

政策研究資料 95-10

인쇄부수: 700부

원고매수: 90쪽

南北韓의 人口·保健·社會保障 比較

鄭基源

姜惠圭

李相恩

韓國保健社會研究院

目 次

I. 序 論	5
1. 問題의 提起	5
2. 研究의 方法	6
II. 南韓과 北韓의 人口現況 및 政策	7
1. 研究의 背景	7
2. 南韓과 北韓의 人口統計	8
3. 南韓과 北韓의 人口政策	10
4. 南北韓 人口規模 및 構造의 變化	14
5. 向後 韓半島 人口變動의 展望	26
6. 要約 및 結論	30
III. 南韓과 北韓의 保健醫療制度	32
1. 南韓과 北韓의 主要 保健醫療制度 및 關聯法의 發展過程	33
2. 南韓과 北韓의 保健行政組織 및 保健醫療傳達體系	40
3. 南韓과 北韓의 保健醫療施設	46
4. 南韓과 北韓의 保健醫療人力	52
5. 政策的 示唆點	58
IV. 南韓과 北韓의 社會保障制度	60
1. 南韓과 北韓의 所得保障制度	60
2. 南韓과 北韓의 醫療保障制度	73
3. 南韓과 北韓의 社會福祉서비스	77
4. 政策的 示唆點	85
參考文獻	88

表 目 次

〈表 2-1〉	南韓과北韓의 人口政策 變化	13
〈表 2-2〉	南韓과北韓의 人口 現況(1990)	16
〈表 2-3〉	南韓과北韓의 推定人口 變動(1945~1995)	17
〈表 2-4〉	南韓과北韓의 合計出産率 推移(1966~1990)	20
〈表 2-5〉	南韓과北韓의 死亡統計(1944~1986)	24
〈表 2-6〉	南韓과北韓의 期待餘命 比較(1966~1990)	26
〈表 2-7〉	北韓 將來人口의 推計值	29
〈表 2-8〉	南北韓 推計人口의 展望(1990~2030)	29
〈表 3-1〉	南北韓의 主要 保健醫療制度 및 關聯法 形成過程	38
〈表 3-2〉	南北韓의 保健醫療施設數 比較(1986)	50
〈表 3-3〉	南北韓의 醫師 및 保健醫療關聯人力數 比較(1986)	55
〈表 3-4〉	南北韓 保健醫療人力 養成機關 比較(1986)	57
〈表 4-1〉	南北韓 年金制度 比較	65
〈表 4-2〉	南北韓 産業災害補償制度 比較	68
〈表 4-3〉	南北韓 雇傭保險制度 比較	70
〈表 4-4〉	南北韓 公的扶助制度 比較	72
〈表 4-5〉	南北韓 醫療保障制度 比較	76
〈表 4-6〉	南北韓 老人福祉 比較	79
〈表 4-7〉	南北韓 障礙人福祉의 比較	81
〈表 4-8〉	南北韓 兒童福祉 比較	84

圖 目 次

[圖 3-1]	南韓의 保健行政組織	40
[圖 3-2]	北韓의 保健行政組織	41
[圖 3-3]	北韓의 道(直轄市)保健行政組織	42
[圖 3-4]	北韓의 市·郡 保健行政組織	43
[圖 3-5]	南韓의 一般診療 受診節次	44
[圖 3-6]	北韓의 醫療傳達體系 模型	45

I. 序論

1. 問題의 提起

南韓과北韓이資本主義와社會主義라고 하는相異한理念과政治·經濟體制로50년의分斷狀態를거쳐오면서,남북한의여러社會制度들은매우큰異質性을보이고있다.이러한異質性으로인하여南北韓의사회보장은그性格이나給與內容에서뿐만아니라그體系에서도상당한차이를보이고있으며,保健醫療制度도각각資本主義와社會主義의특성에따라다르게運營되고있다.그리고解放以後의北韓人口動態도南韓의人口變動추세와는다르게변화된것으로여겨진다.

南北韓社會의異質性은남한과북한의여러制度를比較하는데있어서상당한制約要素로작용한다.특히현재북한의人口動態,保健醫療및社會保障에대한資料는극히제한되어있기때문에남한에서의北韓研究는북한이公開하고있는關聯法이나統計에전적으로의존하고있는실정이다.그러나關聯法의內容을보면보건의료및사회보장을具體적으로계획하고실천하기위하여만들어졌다기보다는오히려선언적,슬로건적성격이매우강하다.그리고北韓은人口關聯統計를거의공개하지않고있으며,불가피하게統計資料를공개해야하는경우에는수정되거나또는歪曲된統計를발표하는수가많다.

이러한탓에이研究의결과도어쩔수없이많은제한점을지니게된다.이와같은제한점을前提하면서도,이연구에서는南北韓의人

口變化와 함께 保健醫療制度, 社會保障制度가 어떻게 다른지를 살펴 보고, 또한 그 原因이 무엇인지를 알아 보는 데 研究의 目的을 두었다. 이러한 異質性은 向後 韓半島 統一의 과정에서 매우 중요한 課題로 제기될 것이다. 따라서 이에 대한 구체적인 比較의 결과는 統一 費用을 算定하는 데 있어서만 아니라, 統一된 韓半島에서의 經濟社會發展計劃을 수립하는 데는 반드시 필요한 基礎資料가 되기 때문이다.

2. 研究의 方法

이 연구에서는 남북한의 사회제도에 대한 비교영역을 인구관련정책, 보건의료제도 및 사회보장제도만으로 한정하였다. 南韓과 北韓의 人口變動을 비교하기 위한 분석틀에서는 人口規模 및 構造의 現況, 人口成長의 主要 要因이 되는 出産力과 死亡力, 그리고 將來人口의 전망을 比較領域으로 삼았다. 남한과 북한의 사회보장제도의 비교는 소득보장, 의료보장, 사회복지서비스의 세부분로 구분하고, 각 부분내에서의 구체적인 제도와 실태를 비교하였다. 그리고 보건의료제도를 비교함에 있어서는 주요 보건의료제도와 관련법, 보건의료 행정조직 및 전달체계, 보건의료 시설, 보건의료 인력 등을 중심으로 분석하였다.

比較研究에서는 이용되는 資料에 따라서 比較의 내용이 많이 달라지게 되며, 資料의 신뢰도에 의하여 比較의 客觀性이 크게 영향을 받게 된다. 따라서 각 비교의 領域에서는 비교하고자 하는 資料를 먼저 概觀하였으며, 특히 북한의 자료가 지니는 제한점을 구체적으로 지적하였다.

II. 南韓과北韓의 人口現況 및 政策

1. 研究의 背景

한 社會에 대한 理解에 있어서 그 社會를 構成하고 있는 人口의 構造와 規模를 파악하는 것은 매우 중요한 일이다. 특히 分斷 半世紀 동안에 南韓과는 전혀 다른 政治, 經濟, 社會, 文化體制를 유지하여 온 北韓의 人口 規模와 構造를 정확히 파악하고, 또한 앞으로의 人口 變動에 대해서 展望해 보는 것은 北韓 社會에 대한 이해를 돕고, 그리고 韓半島 統一政策의 수립에 매우 중요한 의미를 지닌다.

그러나 불행히도 北韓의 人口 規模와 構造는 거의 공개되지 않고 있다. 북한은 人口資料의 공개가 매우 중요하다는 것을 인식하면서, '앞으로의 인구문제가 더욱 심각해질 것으로 여겨지기 때문에 외국의 자료와 함께 북한의 인구, 개발, 그리고 환경에 관한 자료들을 신문이나 잡지에 공개하고 있다'고 주장한다(Population Centre, 1992:338). 그러나 이때까지 公開된 北韓의 人口統計는 1964년판 『조선중앙연감』에서 나타나고 있는 1963년까지의 人口變化 상황과 1988년에 國際聯合 人口活動基金(UN Population Fund: UNFPA)을 통해서 발표한 人口動態統計에 지나지 않는다. 이처럼 北韓의 인구자료가 거의 공개되지 않고 있는 탓에 北韓의 人口 規模나 構造의 변화에 대한 研究도 이루어지기가 어려웠다. 따라서 이 연구에서는 北韓에서 발표되었거나, 또는 外國의 研究機關이나 學者들에 의해 推定된 資料들을 통해서 解放 以後에 보여지는 北韓 人口의 변화가 南韓의 人口 變動 추세와 같은지, 아니면 다른지를 살펴 보고, 만약 다르다면 그 原因이 무엇인

지를 알아 보는 데 研究의 目的을 두었다. 그리고 서로 다른 人口變動의 要素들을 바탕으로 韓半島의 將來人口를 展望하는 것도 연구의 내용에 포함시켰다.

2. 南韓과 北韓의 人口統計

南韓과 北韓의 人口 比較를 위한 資料는 南韓의 경우는 人口總調查의 統計를 중심으로 했으며, 北韓의 경우는 기존의 연구에서 推定된 資料들을 活用하였다.¹⁾ 人口統計를 비롯한 國家의 모든 基礎 統計는 國家의 社會經濟開發計劃을 수립하는 데 必須的이다. 특히 社會主義 國家에 있어서의 統計는 國家의 事業을 계획하고, 또한 國家 政策의 結果를 분석하는 데 매우 중요한 역할을 한다. 이는 北韓의 경우에서도 뚜렷이 나타나고 있는데, ‘정확한 통계가 있어야 옳은 계획을 세울 수 있고 모든 사업을 과학적으로 해 나갈 수 있(으며,) ... 사회주의는 엄격한 계산과 과학적인 통계에 기초하여서만 성과적으로 건설할 수 있’는 것(김일성, 1969/1988:414)으로 認識되고 있다. 따라서 北韓은 韓國戰爭 동안에 中央執權的 國家統計體系의 組織을 구축하였는데²⁾,

1) 解放 以後 北韓에서는 人口總調查가 실시된 적이 없다. 國際聯合 人口活動基金의 도움을 받아서 1992년 1월에 人口總調查를 실시할 예정이었으나 (Eberstadt & Banister, 1992:6), 北韓은 뚜렷한 이유를 설명하지 않은 채 人口總調查의 실시를 1993년으로 연기하였으며(Population Centre, 1992:338), 아직까지도 人口總調查는 실시되지 않은 것으로 판단된다.

2) 北韓이 構築한 中央執權的 國家統計體系는 (1) 중앙통계국을 국가계획위원회 안에 두면서도 하나의 自主的 機關으로 獨立시키고, 그리고 (2) 지방 인민위원회의 통계부서를 바탕으로 自主的인 統計機關을 組織하고, 이러한 조직들을 국가계획위원회 안에 있는 중앙통계국에 직접 從屬시키는 것을 주요 내용으로 하고 있다. 中央執權的 國家통계체계를 조직하기 위해서 北韓에서는 1952년 2월에 ‘국가계획위원회 중앙통계국 및 지방통계기관에 관한 규정’을 內閣

이러한 노력은 ‘전쟁 승리를 위하여 국내의 모든 자원을 동원 이용’하기 위한 組織의 整備에서 처음으로 나타났다(김일성, 1952/1990: 274). 韓國戰爭 동안에 조직된 北韓의 통계체계는 아직도 中央執權의 체계를 유지하고 있는데, 이는 北韓의 經濟體系가 계획경제를 바탕으로 하고 있으며, ‘계획작성 체계와 방법이 사회주의 경제관리체계의 기본구성부분’(한석봉, 1984:138)을 이루고 있기 때문이다.

北韓의 경우 人口統計의 生産을 주로 二元化된 동태신고자료에 의존하고 있다. 하나는 공민등록체계를 통한 資料이고, 또 다른 하나는 건강통계체계를 통한 資料이다. 北韓은 人口統計가 공민등록제도와 보건통계제도를 통해서 이중으로 집계되기 때문에 매우 정확하다고 주장을 하며³⁾, 특히 해마다 실시되는 정기동태신고를 통해 수집된 人口資料는 통계기관에서 分析되고, 國家計劃委員會를 포함한 國家 經濟의 여러 분야에 參考 資料로 제공되고 있다(Population Centre, 1992:336~337). 그러나 이러한 資料들이 공개되는 경우는 거의 없기 때문에⁴⁾,

에서 承認시켰는데, 이 規程에서는 중앙집권제적 국가통계체계의 基本 原則, 중앙통계국 및 지방 통계기관의 基本的 任務와 權限, 그리고 統計機關과 다른 機關들과의 관계를 明示하고 있다.

- 3) 그러나 北韓에서의 統計 生産 및 分析에는 여전히 많은 問題點이 나타나고 있다. 이러한 問題點을 김일성은 1969년 10월 21일에 조선로동당 중앙위원회 정치위원회에서 한 演說文 ‘사회주의 통계사업을 개선하기 위하여 나서는 몇 가지 문제’에서 具體的으로 언급하고 있다. 그는 統計의 科學性과 客觀性, 그리고 迅速性이 保障되어야 한다고 강조하면서, 이때까지의 統計에서 정확하지 못한 統計의 生産이 많았음을 지적하고 있다. 특히 正確하지 못한 統計가 나타나는 것은 ‘거짓 통계보고를 내거나 통계자료를 제멋대로 뜯어 고치는 것과 같은 현상’(김일성, 1969/1988:416)이 原因이 되고 있는데, 이러한 현상을 없애기 위해 統計體系가 一元化되고 細部化되어야 한다고 주장하고 있다.
- 4) 北韓이 人口 關聯 資料를 공개하지 않는 이유는 統計資料를 社會統制의 手段으로 삼고 있기 때문인 것으로 생각된다. 北韓은 統計資料를 ‘중요한 국가기밀이며 … 통계사업의 비밀과 안전성을 보장할 수’(김일성, 1969/1988:421~422) 있도록 해야 한다고 주장한다.

이 研究에서는 주로 外國의 研究機關이나 學者들에 의해 推定된 資料들을 통해서 北韓 人口의 變化를 살펴 볼 수 밖에 없었다.

南韓에서는 인구동태사상이 발생될 때마다 申告되어 매월 집계되는 인구동태신고와 5년마다 실시되는 人口總調查 등의 資料를 바탕으로 人口統計가 생산된다. 인구동태신고제도는 1949년 1월에 人口動態調査法이 제정되고, 같은 해 12월에 人口動態調査令이 제정되면서 시작되었는데, 戶籍申告와는 별도로 인구동태조사서에 의한 統計를 작성하고 있다. 인구동태신고제도와는 별도로 1925년 10월에 처음 실시된 人口總調查 이후 5년마다 人口總調查를 실시해 人口統計의 생산에 활용하고 있는데⁵⁾, 人口總調查에서 생산되는 統計의 신뢰도는 이미 先進國의 수준에 이른 것으로 評價되고 있다.⁶⁾

3. 南韓과 北韓의 人口政策

人口政策은 人口의 量과 質에 영향을 줄 수 있는 국가 또는 공공기관의 노력을 말한다. 人口政策은 일반적으로 ‘人口調整政策’과 ‘人口對應政策’으로 나뉘어 지는데, 前者는 人口抑制政策, 人口分散政策, 그리고 人口資質向上政策 등과 같이 인구변동의 양상을 미리 조정하여 인구문제의 발생을 예방하고자 하는 施策이다. 그리고 人口對應政策은

5) 南韓의 人口·住宅 總調查는 1925년 처음 실시된 이후 거의 5년마다 실시되어 1995년에 15차 調査가 있었으며, 調査는 1925. 10. 1, 1930. 10. 1, 1935. 10. 1, 1940. 10. 1, 1944. 5. 1, 1949. 5. 1, 1955. 9. 1, 1960. 12. 1, 1966. 10. 1, 1970. 10. 1, 1975. 10. 1, 1980. 11. 1, 1985. 11. 1, 1990. 11. 1, 1995. 11. 1을 基準으로 實施되었다.

6) 1995年度 人口總調查에서 조사원의 확보 및 조사 방법과 관련하여 약간의 문제가 보도되기는 했으나 調査 結果의 信賴度에는 큰 영향을 미치지 않을 것으로 여겨진다.

人口의 變動에 따라 생겨난 人口問題의 과급효과를 줄이고자 하는 노력으로, 社會, 經濟, 文化 및 敎育 등의 여러 部門을 통한 對應策이 된다(韓國保健社會研究院, 1991).

많은 나라들에 있어서 人口政策 중 가장 대표적인 例는 出產調節政策이 되는데⁷⁾, 分斷된 以後에 南韓과 北韓에서 각각 전개되어 온 家族計劃事業의 내용을 <表 2-1>에 정리하였다. 北韓에서의 가족계획사업이 언제부터 시작되었는지에 관해서 공개된 자료는 없으나, 1970년대 중반부터 出產抑制政策이 적극적으로 도입된 것으로 판단되며(국가안전기획부, 1986:12), 지금은 가족계획사업이 상당히 진전된 것으로 여겨진다.

韓國戰爭 以後 北韓은 多産을 장려하는 人口增加政策을 시행한 것으로 알려지고 있다. 이에 따라 1970년에는 北韓의 粗出生率이 인구 1,000명당 44.7까지 상승하게 되었다. 1970년대에 접어들면서 北韓은 經濟成長이 지체되자 출産을 억제하는 방향으로 人口政策을 전환하게 되었고(김두섭, 1994), 1970년대 후반기 부터는 보다 구체적이고 적극적인 出產抑制政策을 시행하게 되는데, 保健要員, 醫療人, 女盟委員會 등을 통하여 3子女만 낳기를 권장하였다⁸⁾. 그러다가 1978년을 기점으로 출産억제 정책은 더욱 강화되었는데⁹⁾, 권장 자녀수가 1~2명으로

7) 海外移住政策과 人口再配置政策 등도 중요한 人口政策이기는 하나 北韓의 경우 이들 정책에 대한 자료가 거의 없다. 따라서 이 研究에서의 人口政策 比較는 出產調節政策에만 한정하고자 한다.

8) 北韓의 家族計劃事業은 가족계획에 대한 敎育과 피임서비스의 제공이 주를 이루고 있다(Population Centre, 1992:327). 家族計劃에 대한 啓蒙이나 敎育은 주로 ‘임신조절법의 원리, 그의 장단점, 효과적인 적용방법, 그리고 있을 수 있는 부작용과 대책’ 등을 포함하고 있다(산부인과전서 편찬위원회, 1985:401).

9) 北韓의 家族計劃事業은 ‘오직 모성들의 건강을 보호하기 위하여 여성들이 아이를 적게 낳을 것을 권고하고’(산부인과전서 편찬위원회, 1985:401) 있기 때문에 母子保健의 質的 向上을 위해 추진되고 있는 것으로 알려져 있다. 그러

줄었으며, 避妊을 위한 자궁내 장치가 적극적으로 보급되기 시작했다. 현재 北韓 既婚婦人들의 피임실천율은 시지역에서 68%, 그리고 군지역에서는 53% 가량으로 나타나고 있는데¹⁰⁾, 이 水準은 南韓의 1980년대 초반의 기혼여성 피임실천율과 비슷하다.

南韓에 있어서의 가족계획사업은 北韓보다 훨씬 일찍 시작되었다. 南韓이 가족계획사업을 채택하게 된 배경에는 人口의 過剩이 貧困의 惡循環을 만든다는 인식을 바탕으로 하고 있으며, 1960년대에 시작된 經濟開發政策의 일환으로 가족계획사업이 추진되었다. 南韓의 가족계획사업은 1960년부터 1965년까지의 準備 段階를 거쳐 1966년부터 1981년까지의 15년 동안에 본격적으로 실시되었는데, 그 결과 南韓은 1984년에 代置水準(replacement level)인 2.1명의 合計出産率을 맞게 되었으며, 현재는 1.75명 정도의 合計出産率을 보이고 있다.

1960년대 초부터 시작된 南韓의 가족계획사업은 1970년대까지 주로 피임약제나 피임기구의 보급과 홍보활동에 置重하여 왔으며(이흥탁, 1987:351~352), 1980년대에 접어들면서 다른 部門의 開發事業과 연계 또는 통합되었다. 1978년에는 2자녀를 둔 불임수술 수용자에 대하여 공공주택입주 우선권을 부여하였으며, 1980년부터는 둘째 아기 分娩 後에 불임시술을 받는 경우에는 國公立病院에서 分娩費를 할인해주었으며, 1985년부터는 1자녀 分娩 後에 斷産하는 경우에는 分娩費를

나 김정일이 1978년경에 ‘하나도 낳지 않아도 좋습니다. 하나는 좋습니다. 둘 까지도 괜찮습니다. 셋이상은 염치가 없습니다’라는 구호를 통해 出産抑制政策의 실시를 촉구하고 있는 것은 經濟的인 이유를 바탕으로 하고 있는 것으로 나타나고 있으며(김만철, 1992), 人口問題의 해결을 위하여 家族計劃을 중요한 國家事業으로 推進하고 있다는 인구연구소(1992:327)의 발표는 이를 뒷받침해 주고 있다.

10) 北韓에서 발표한 社會調查의 결과에서 나타난 자료다. 제4차 아시아-태평양 人口會議에서 발표한 論文에서 北韓은 이 社會調查를 언제 실시하였는지 밝히지 않고 있으나, 論文의 전체적인 흐름에 비추어 볼 때 1990년 또는 1991년에 실시된 調查의 結果로 推定된다.

무료로 해주겠다는 政策까지 발표하였다. 이러한 정부의 노력은 初婚年齡의 상승과 人工유산의 증가 등과 함께 南韓에 있어서의 급속한 出産力 저하를 이루게된 주요 要素가 되었다(김두섭, 1994:221~222).

〈表 2-1〉 南韓과北韓의 人口政策 變化

기간	남한	북한
1960~1965	<ul style="list-style-type: none"> • 인구증가 억제정책의 준비 • 가족계획사업을 경제개발 5개년계획의 일환으로 추진 • 피임약제기구의 금수조치 해제 및 국내생산 촉진 	<ul style="list-style-type: none"> • 출산장려정책 • 다자녀 어머니 표창 • 쌍둥이 출산시 양곡배급 확대 및 생활보조
1966~1970	<ul style="list-style-type: none"> • 가족계획 10개년 계획 수립 • 세자녀 낳기를 권장: 3, 3, 35 - 세살 터울로 세아이만 35세 이전에 낳자 • 자궁내 장치의 보급 	<ul style="list-style-type: none"> • 출산방관정책
1971~1975	<ul style="list-style-type: none"> • 돌내기 운동 전개: 딸 아들 구별 말고 둘만 낳아 잘 기르자 • 여성불임수술 보급 • 소득세의 인적공제를 자녀 3명까지로 제한 	<ul style="list-style-type: none"> • 소극적 출산억제정책 • 가족계획의 소극적 계몽
1976~1980	<ul style="list-style-type: none"> • 소득세의 인적공제를 자녀 2명까지로 제한 • 출산력 저하현상의 도래 	<ul style="list-style-type: none"> • 적극적 출산억제정책 • 보건요원, 의료인, 여맹위원회를 활용하여 3자녀 낳기 권장을 • 네째 자녀부터 양곡 차등배급 • 재래식 피임법 및 자궁내 피임장치 보급 • 여자 혼인연령 22세 이상으로 올림(대학졸업자 26세 이상)
1981 이후	<ul style="list-style-type: none"> • 가족계획사업의 결실기 • 모자보건사업과의 통합 	<ul style="list-style-type: none"> • 출산억제정책 강화 • 보건요원, 의료인, 여맹위원회를 활용하여 1~2 자녀 낳기를 권장 • 네째 자녀부터 양곡 차등배급 • 자궁내 피임장치 적극 보급

4. 南北韓 人口規模 및 構造의 變化

가. 人口規模 및 構造

解放되기 전까지 韓半島에 있어서의 人口資料는 비교적 整備가 잘 되어 있다. 韓半島에서 근대적 의미의 人口總調査가 처음으로 실시된 1925년까지의 人口資料는 완전도가 낮아 人口增加의 수준이나 추세에 관하여 推定된 값들에 의존할 수 밖에 없으나(김두섭, 1994), 植民地經濟政策을 위해 정비된 日本의 韓半島에 관한 統計資料는 解放 以前의 人口變動 추이를 살펴 보는 데 충분할 정도이다. 그러나 1945년 일제로부터 解放되어 韓半島가 南北으로 分斷되고 韓國戰爭을 겪는 동안 韓半島의 人口變動은 매우 혼란스러웠으며, 人口變動을 알 수 있는 資料도 충분하지 못하다. 특히 北韓의 경우 人口와 관련된 資料를 제한적으로 공개하고 있기 때문에 韓半島의 人口變動에 관한 資料의 빈곤은 解放 以前보다 더욱 어려운 실정이다.

北韓에서 공개하고 있는 가장 最近의 人口統計 資料는 1986년의 人口 規模다. 그러나 北韓은 人口 規模를 발표하면서 軍事力 등에 포함된 人口를 統計에서 제외시키고 있으며, 이는 北韓 人口가 보이는 性比의 變化에서 간접적으로 推定되어 진다. 韓國戰爭이 끝난 後 北韓 人口의 性比는 여자 100명당 남자 88.3명의 水準으로 나타나고 있어, 1955년 당시 南韓의 性比가 100.1명이었던 것과 비교하면 매우 낮다. 이처럼 韓國戰爭 後에 北韓의 性比가 낮아지게 된 것은 戰爭 중에 발생한 北韓 死亡者들의 상당수가 男子 軍인이었을 뿐만 아니라, 解放 以後부터 休戰이 될 때까지 많은 北韓의 남자들이 南韓으로 越南했기 때문인 것으로 생각된다.

韓國戰爭 後에 갑자기 낮아지게 된 北韓 人口의 性比는 점차 늘어나 1970년에는 95.1명의 수준까지 되었다. 그러나 北韓이 공개하고 있

는 人口 資料에서는 北韓 人口의 性比가 1975년 以後부터 갑자기 다시 낮아지고 있는데, 이는 결국 1975년 이후부터 공개된 北韓의 人口 統計에는 軍事力이 제외되고 있기 때문이다. 이러한 유추는 특히 1970년부터 1975년까지의 5년 동안에 보이는 北韓 人口의 年平均 成長率이 여자의 경우엔 2.65%인데 반해서 남자의 경우는 0.84%에 지나지 않는 統計値가 잘 뒷받침 해 주고 있다.

北韓의 人口統計에서 軍事力이 제외되고 있는 것은 北韓이 발표하고 있는 人口의 性別 및 年齡別 構造에서 더욱 뚜렷하게 나타나고 있다. 北韓 人口의 性別 및 年齡別 構造에서 15세 이하 集團의 性比는 최소한 103.3으로 남자인구가 여자인구보다 많으나, 16세 集團에서는 性比가 94.5로 줄어 들고 있으며, 17~54세 集團에서의 性比는 77.5로 급작스럽게 떨어지고 있다. 이처럼 17세부터 性比가 낮아지는 것은 北韓의 남자들은 17세가 되면서 軍服務를 하게 되고, 그리고 군복무 중인 남자의 人口가 資料에서 제외된 탓으로 여겨진다.

解放 以後 南韓과 北韓의 人口規模가 어떻게 변화되었는지를 살펴 보기에 앞서 南北韓의 人口現況을 비교하였다. 南韓의 人口은 1990년도 人口總調査 결과에서 4,339만명으로 집계되고 있으며, 에버스타트와 바니스터(1992)가 추정한 北韓의 1990년도 人口는 2,141만명¹¹⁾으로 南韓 人口의 49.3%에 이른다. 그러나 人口構造의 비교에서는 南韓과 北韓 사이에 뚜렷한 차이를 보이지는 않는다. <表 2-2>는 1990년 현재의 南韓과 北韓의 人口 規模와 人口構造의 현황을 보여주고 있다.

11) 에버스타트·바니스터(1992)는 北韓에서 발표한 1975년 以後의 人口統計에서는 軍事力이 제외되고 있다고 지적하면서, 北韓 人口의 性比가 보이는 변화 추이를 바탕으로 北韓의 人口를 推定하는 작업을 하였다. 그들이 推定한 1990년 현재의 年央人口는 21,411,618명으로, 국가안전기획부(1986)에서 推計했던 1990년의 北韓 人口 21,719,940명보다 약 30만명이 적게 나타난다.

〈表 2-2〉 南韓과北韓의 人口 現況(1990)

(단위: 명)

연령	남한			북한		
	계	남자	여자	계	남자	여자
계	43,390,374	21,770,919	21,619,455	21,411,616	10,567,950	10,843,668
0~4	3,279,790	1,726,863	1,552,927	2,301,868	1,174,580	1,127,288
5~9	3,862,508	1,999,001	1,863,507	2,046,355	1,042,714	1,003,641
10~14	3,991,917	2,054,494	1,937,423	1,949,407	991,168	958,239
15~19	4,448,996	2,267,129	2,181,867	2,531,943	1,283,591	1,248,352
20~24	4,396,309	2,294,290	2,102,019	2,658,012	1,342,791	1,315,221
25~29	4,333,500	2,160,912	2,172,588	2,041,534	1,024,064	1,017,470
30~34	4,207,714	2,142,825	2,064,889	1,875,169	939,853	935,316
35~39	3,201,210	1,648,205	1,553,005	1,380,927	691,191	689,736
40~44	2,539,269	1,315,182	1,224,087	1,100,728	548,727	552,001
45~49	2,176,890	1,100,966	1,075,924	900,998	446,532	454,466
50~54	2,010,018	994,511	1,015,507	757,991	345,978	412,013
55~59	1,622,853	760,993	861,860	620,179	269,532	350,647
60~64	1,157,059	494,845	662,214	450,494	181,397	269,097
65~69	900,314	375,752	524,562	329,689	125,824	203,865
70~74	595,116	233,308	361,808	223,830	82,942	140,888
75~79	377,171	127,905	249,266	137,636	47,668	89,968
80+	289,638	73,691	215,947	104,858	29,398	75,460

資料: Eberstadt & Banister, *The Population of North Korea*, Berkeley: University of California, 1992, p.117.

人口現況은 이때까지 展開되어 온 人口變動의 結果이다. 따라서 解放 以後 지난 半世紀 동안에 전개되어 온 人口變動의 양상을 알아보기 위하여 解放 以後 南北韓 推定人口의 變動을 〈表 2-3〉에 整理하였다. 解放되던 해인 1945년의 南韓 人口는 1,614만명으로 推定된다(김두섭, 1994:211). 解放 以後 韓國戰爭을 거치는 동안에 정치사회적 混亂과 경제적 어려움은 人口變動에 있어서도 불규칙한 현상을 야기시키고 있는 것으로 推定되나, 이를 뒷바침 할 수 있는 人口資料가 충분하지는 못하다. 하지만 기존의 研究들이 推定하고 있는 人口變動의 資料에서는 解放과 더불어 만주와 일본으로부터 많은 사람이 귀환하였으며, 戰爭 동안에는 北韓으로부터 많은 피난민이 南韓으로 유입함에

따라 南韓의 人口가 급격하게 증가하였음을 보여주고 있다.¹²⁾

〈表 2-3〉 南韓과北韓의 推定人口 變動(1945~1995)

(단위: 1,000명, 여자 100명당)

	남 한		북 한	
	규모	성 비	규모	성 비
1945 ¹⁾	16,136	-	9,135	-
1946	-	-	9,257	100.0
1949	-	-	9,622	98.8
1953	-	-	8,491	88.3
1955 ¹⁾	21,502	-	9,069	-
1956	-	-	9,359	91.6
1960	25,766	100.7	10,568	93.0
1965	28,705	101.4	12,172	93.9
1970	32,241	102.4	14,388	95.1
1975	35,281	101.4	16,480	95.9
1980	38,124	101.8	17,999	96.5
1981	38,723	101.8	18,314	96.6
1982	39,326	101.8	18,623	96.7
1983	39,910	101.8	18,941	96.8
1984	40,406	101.7	19,267	96.9
1985	40,806	101.7	19,602	97.0
1986	41,184	101.7	19,944	97.1
1987	41,575	101.7	20,292	97.2
1988	41,975	101.6	20,650	97.3
1989	42,380	101.6	21,023	97.4
1990	42,869	101.3	21,412	97.5
1991 ²⁾	43,268	101.3	21,776	97.5
1992	43,663	101.4	22,163	97.6
1993	44,056	101.4	22,572	97.7
1994	44,453	101.4	23,005	97.9
1995	44,851	101.4	23,460	98.0

註: 1) 1945년과 1955년의 통계는 김두섭(1994)에서 인용함.

2) 1991년부터 1995년까지의 추정인구는 남한의 경우 통계청(1992)에서, 북한의 경우 정기원·이상현(1992)에서 인용함.

資料: 1) Eberstadt & Banister, *The Population of North Korea*, Berkeley: University of California, 1992, p.34.

12) 1945년부터 1955년까지 南韓의 純人口流入 規模는 280만명으로, 解放 당시 南韓 人口의 17.4%에 해당한다(김두섭, 1994:211).

2) 통계청, 『한국통계연감』, 제38호, 서울: 통계청, 1991, p.35.

韓國戰爭이 끝난 후의 결혼 붐과 부부의 재결합 등에 따른 베이비 붐 현상이 나타나면서 南韓의 人口는 또다시 급속히 증가하게 되었다. 1960년의 合計出産率은 6.0명으로 매우 높게 나타나고 있으며, 年間 3.0%에 이르는 높은 人口增加率에 따라 1955년에 2,150만명이던 南韓의 人口는 1960년에 2,577만명이나 되었다. 그리고 1960년대 以後에 나타나는 南韓의 人口變動은 人口增加抑制政策의 영향으로 새로운 局面을 맞게 된다. 韓國戰爭 後에 나타났던 높은 수준의 出産力이 급격하게 감소하기 시작하였다. 그러나 死亡率도 계속 낮아지고 平均壽命이 늘어남에 따라 人口增加速度는 여전히 높은 수준을 유지하게 되는데, 1970년에는 이미 人口가 3,000만명을 넘어서게 되었다.

산업화와 근대화가 본격적으로 추진되기 시작하는 1970년대부터는 南韓의 인구현상도 사회경제적 변동의 영향을 받게 된다. 산업시설의 확충에 따른 就業機會의 增大, 都市로의 移動, 子女教育費의 增加, 餘暇活動欲求의 漸增 등으로 자녀에 대한 價値觀이 바뀌게 되고, 피임방법의 올바른 이해와 다양한 피임의 실천으로 出産率이 지속적으로 감소하여 1980년에는 合計出産率이 2.7명으로 낮아졌다(김태현 외, 1993:7). 出産水準이 감소함에 따라 人口增加速度는 둔화되었으나 아직도 可妊女性의 연령층이 두텁고, 人口의 絶對 規模가 큰 탓에 순인구증가의 압박은 여전히 계속되었다.

南韓의 出産水準은 1980년대에 들어오면서 그 감소하는 속도가 더욱 빨라져서 1984년에는 合計出産率이 代置水準인 2.1명에 도달하고, 1987년부터는 1.6명의 水準이 꾸준히 유지되다 1993년의 출산력조사 결과에서는 1.75명으로 다소 상승되고 있다. 이처럼 낮은 出産率의 지속으로 南韓의 人口는 2020년대에 이르면 인구감소 현상이 나타날 것으로 展望되고 있으며, 이에 대비한 새로운 人口政策의 수립이 요구되고 있는 실정이다.

解放 당시의 北韓 人口는 914만명으로 推定된다. 이는 南韓의 推定 人口인 1,614만명의 56.6%에 해당하는 規模가 된다. 解放 以後 韓國戰爭이 일어나기 전까지 北韓의 人口는 크게 증가하지 않고 있다. 그러다가 韓國戰爭을 겪는 동안에 北韓의 人口는 오히려 감소를 보이게 되는데, 1949년에 962만명이던 人口가 休戰이 된 1953년에는 849만명으로 113만명이 줄었음을 보여 준다. 韓國戰爭 동안에 北韓 人口는 절대수의 감소 뿐만 아니라 性別 構造에 있어서도 변화를 가져 왔다. 韓國戰爭 전에 여자 100명당 남자 98.8명의 수준으로 나타났던 北韓 人口의 性比는 韓國戰爭이 끝난 후 88.3명으로 낮아졌다. 韓國戰爭 동안에 겪게 된 북한 人口의 감소와 性比의 저하는 戰爭 동안의 出産力 低下와 막대한 인명 손실, 그리고 南韓으로의 피난민 대량유출에 기인한 것으로 여겨진다(김두섭, 1994:216).

韓國戰爭이 끝난 후 北韓 人口는 매우 빠른 속도로 증가하게 된다. 戰爭에 따른 人口의 손실을 줄이기 위하여 北韓은 出産獎勵政策을 실시함으로써 1970년에는 年平均 人口成長率이 3.6%에 이르게 되었다. 매우 높은 수준을 보이던 北韓의 人口증가율과 出生력은 1970년을 기점으로 하여 급격한 속도로 떨어지고 있다. 그리고 1980년대 중반에 들어서면서는 出生력의 저하현상이 중단되고, 人口증가율이 오히려 약간 상승하는 경향을 보이고 있다(김두섭, 1994:217).

나. 人口動態

1) 出産力

南韓에서 出産力이 감소하게 되는 과정은 시대에 따라서 조금씩 다른 양상을 보이고 있다. 1960년대에 있어서의 出生율 감소는 教育水準의 향상에 따른 初婚年齡의 상승과 가족계획사업을 통한 30대 여성의

斷産 등의 요인에서 비롯되고 있다(김태현 외, 1993:10). 그러나 1970 년대에 들어오면서 出産水準의 감소는 더욱 급격하게 나타나고 있는데, 이는 사회경제발전에 따른 자녀가치관의 변화와 理想子女數의 감소, 가족계획사업의 성공, 斷産時期의 短縮 등에 의한 것이다.

〈表 2-4〉 南韓과北韓의 合計出産率 推移(1966~1990)

(단위: 명)

연 도	남 한	북 한
1966	4.8	6.5
1970	4.5	7.0
1975	3.3	3.9
1980	2.7	3.0
1985	1.7	2.6
1986	1.7	2.6
1987	1.6	2.5
1988	1.6	2.5
1989	1.6	2.5
1990	1.6	2.5

資料: 1) 통일원, 『북한개요 '91』, p.24.

2) Eberstadt & Banister, *The Population of North Korea*, Berkeley: University of California, 1992, pp.108~110.

南韓의 出生率 감소는 매우 급격하게 이루어진 현상으로, 서구 선진국의 경우 高出産·高死亡에서 低出産·低死亡의 단계에 이르기까지 약 100년 이상의 기간이 소요되었는데 비해서 南韓에서는 25년 정도 밖에 걸리지 않았다. 이러한 급속한 人口轉換은 人口構造上的 急變을 초래하고, 長期的으로는 經濟活動人口의 감소와 高齡人口의 증가로 인한 扶養比의 가중 등과 같은 人口問題를 일으킬 가능성이 높은 것으로 展望되고 있다.

北韓의 出生率 變動은 해방 이후부터 韓國戰爭이 일어나기 전까지는 出生率이 급격히 증가하다가 韓國戰爭 중에는 매우 낮은 出生率을

보이고 있다. 그러다가 韓國戰爭 以後의 베이비 붐 탓으로 1955년에는 조출생율이 인구 1,000명당 40.5명의 수준으로 급격히 상승하다가 1956년에 31.0명 수준으로 다시 떨어지는 매우 불안정한 상태를 보였다. 1959년부터 1970년까지는 해마다 조출생율이 지속적으로 상승하였는데, 1975년에는 다시 인구 1000명당 25.9명의 수준으로 급격히 낮아지고 있다. 출생율이 1975년 이후부터는 다시 조금씩 낮아지다가, 최근에는 다시 약간 증가하는 양상을 보이고 있다.

1990년 현재 北韓의 合計出産率은 2.5명으로 推定된다(국가안전기획부, 1987; Eberstadt & Banister, 1992). 北韓은 현재 經濟的인 어려움을 겪으면서 家族計劃事業의 중요성을 깊이 인식하고 있는 것으로 알려지고 있다. 北韓에서 실시되고 있는 出産抑制政策은 ‘하나를 좋고 둘은 많고 셋은 염치없다’(최평길, 1990:234에서 재인용)는 구호에서 알 수 있듯이 한 자녀만을 낳도록 권장하는 데 치중하고 있다. 그러나 아직도 北韓에서는 男兒選好思想이 널리 퍼져 있고(최평길, 1990:234), 또한 두자녀를 갖고자 하는 기혼부인의 比率이 郡地域에서는 65.9%, 그리고 市地域에서는 76.5%로 나타나고 있는 실정으로 미루어 보아서 (Population Centre, 1992:329), 北韓의 出産力이 급격하게 낮아지지는 않은 것으로 推定된다.

현재 2.5명의 수준으로 推定되는 北韓의 合計出産率이 앞으로 어떻게 변화될지를 展望하기란 매우 어려운 일이다. 北韓이 가족계획사업에서 나타나는 문제점으로 피임을 주로 자궁내 장치에 의존하는 것을 지적하고 있으며, 현재는 별로 쓰이지 않는 불임수술의 방법이 많이 도입되리라고 전망하고 있는 점을 고려한다면(Population Centre, 1992:329), 北韓의 出産力은 꾸준히 저하될 것으로 예측된다.

이러한 예측은 현재 북한이 겪고 있는 食糧問題를 해결하고, 또한 직면하고 있는 經濟的 어려움을 풀어 나가기 위한 政策의 일환으로

北韓이 出生抑制政策을 더욱 강력하게 推進할 것으로 展望되기 때문이다. 따라서 北韓의 合計出生率은 2000년쯤에 가서 代置水準인 2.1명 정도로 낮아질 것으로 推定된다. 이러한 展望은 北韓이 期待하고 있는 出生率의 低下와도 부합되고 있다. 北韓은 앞으로의 人口變動이 정부의 政策에 의해서 많은 영향을 받게 될 것으로 예상을 하면서, 女性의 社會活動 參與를 擴大하고, 家族計劃 및 母子保健 事業을 강화하게 되면 금세기 안에 代置出生率의 수준에 도달할 수 있다고 주장하고 있다(Population Centre, 1992:321~323). 그리고 代置水準으로 낮아진 合計出生率은 일단 停滯 현상을 보이면서, 低下되는 속도가 서서히 늦어져 2030년에는 合計出生率이 1.8명의 수준에서 멈출 것으로 예상된다.

2) 死亡力

解放될 당시의 南韓의 粗死亡率은 人口 1,000명당 19.5명으로 나타나고 있다. 이러한 死亡率은 1960년대에 들어오면서 급속히 낮아져 1960~65년에는 10.5명의 수준으로, 그리고 1990년에는 5.8명의 水準까지 낮아졌다.

北韓의 粗死亡率은 南韓의 粗死亡率과 비슷한 수준으로 나타나고 있다¹³⁾. 北韓이 발표하고 있는 粗死亡率을 보면, 1965년에 이미 人口 1,000명당 10.0명 이하로 낮아 졌으며, 1975년 이후에는 5.0명 이하로 낮아 졌다. 北韓의 발표에 따른 死亡率은 南韓의 死亡率보다 낮다. 그러나 北韓이 발표하는 死亡率의 수준은 에버스타트·바니스터(1992)가 推定하고 있는 北韓의 死亡率보다도 훨씬 낮게 되어 있다. 또한 國際

13) 粗死亡率을 바탕으로 死亡力의 水準을 比較하는 데에는 한계가 있다. 粗死亡率은 사망력의 수준 뿐만 아니라 人口構造(예를 들어, 高齡化의 水準 등)에 의해서 많은 영향을 받게 된다. 따라서 단순한 조사망률의 비교를 바탕으로 國民保健 水準을 評價할 수는 없다.

聯合에서 推定한 北韓의 死亡率은 1960~65년에 12.5명, 1970~75년에 8.3명, 1975~80년에 6.1명, 그리고 1980~85년에 5.6명으로 나타나고 있다(United Nations, 1991:454).

이처럼 北韓에서 발표하고 있는 死亡率에 관한 統計資料에 신뢰성을 부여하기는 어렵다. 北韓의 死亡率에 관한 統計가 너무 낮게 발표되는 이유는 '지난 30년간 北韓의 出生報告는 거의 완벽하게 이루어져 왔으나, 死亡報告는 완벽하지 못하고 오히려 누락보고되는 경우가 많기' 때문이다(Eberstadt & Banister, 1992:43). 北韓에서 死亡報告가 누락되기 쉬운 까닭은 食糧配給制度에서 비롯된다. 出生이 발생할 경우 食糧을 배급받아야 하기 때문에 出生報告가 누락될 가능성은 낮다. 그러나 死亡의 경우 사망보고를 하지 않음으로써 사망자의 食糧배급분이 追加로 지급될 수 있기 때문에 意圖적으로 死亡報告를 누락할 가능성이 높다.

北韓의 死亡統計에 대한 신뢰도의 問題는 北韓이 발표하고 있는 영아사망률에서도 나타나고 있다. 北韓은 영아사망률에서 이미 先進國水準보다 앞서 있는 것으로 발표하고 있다. 北韓의 資料에 의하면 1944년에 영아 1,000명당 204.0명으로 나타나던 영아사망률이 1955년에는 56.4명으로, 그리고 1986년에는 9.8명의 수준까지 떨어진 것으로 되어 있다. 1982년에 출생아 1,000명당 11.4명의 수준에 달하던 영아사망률(장인원, 1984:3)이 1986년에는 9.8명의 수준(중앙통계국, 1987; Eberstadt & Banister, 1992:42에서 재인용)으로 급격히 줄어 들고 있으나, 1989년에도 영아사망률은 9.8명의 수준에서 여전히 머물고 있는 것으로 되어 있다(Population Centre, 1992:321). 이처럼 北韓이 발표하고 있는 영아사망률은 南韓의 영아사망률보다 훨씬 낮은水準이다(表 2-5 참조). 그러나 國際聯合(1991)이나 에버스타트·바니스터(1992)가 추정하는 北韓의 영아사망률은 北韓이 발표하는水準보다 훨씬 높게

나타나고 있다.¹⁴⁾

〈表 2-5〉 南韓과北韓의 死亡統計(1944~1986)

연 도	조사망률			영아사망률		
	남한	북한 ¹⁾	북한 ²⁾	남한	북한 ¹⁾	북한 ²⁾
1944	-	20.8	-	-	204.0	-
1949	-	18.7	-	-	-	-
1953	-	18.1	-	-	-	-
1955	-	20.9	-	-	56.4	-
1956	-	17.6	-	-	-	-
1959	-	12.0	-	-	-	-
1960	-	10.5	-	-	37.0	-
1961	-	11.5	-	-	-	-
1962	-	10.8	-	-	-	-
1963	-	12.8	-	-	-	-
1965	-	9.8	-	-	35.3	-
1970	9.8	7.0	9.7	-	22.7	-
1975	7.3	4.7	6.9	-	18.1	-
1980	6.7	4.5	5.9	-	14.2	-
1982	-	4.3	-	15.6	-	37.9
1985	6.2	4.6	5.7	13.3	10.5	35.4
1986	6.1	5.0	5.7	12.5	9.8	34.6
1987	6.1	-	5.6	12.5	-	33.8
1988	5.9	-	5.6	12.5	-	33.0
1989	5.8	-	5.6	12.5	-	32.2
1990	5.8	-	5.6	12.8	-	31.3

註: 1) 북한이 발표한 통계자료를 에버스타트·바니스터(1992)에서 재인용함.

2) 에버스타트·바니스터(1992)가 추정한 자료임.

資料: Eberstadt & Banister, *The Population of North Korea*, Berkeley: University of California, 1992.

14) 국제연합(1991: 454)은北韓의 영아사망률을 1950년에 115명, 1965~70년에 58명, 1975~80년에 35명, 그리고 1980~85년에는 30명의水準으로 推定하고 있다. 에버스타트·바니스터(1992)가 推定하는北韓의 영아사망률은 本文의 〈表 2-5〉에 실었다.

死亡力 水準을 가장 잘 나타내는 指標 중의 하나는 出生時의 期待餘命이다. 北韓의 期待餘命에 대한 統計資料에는 중앙통계국의 發表値와 통일원(1991) 및 에버스타트·바니스터(1992)의 推定値가 있는데, 北韓 中央통계국의 자료에서 보이고 있는 期待餘命이 다른 推定値보다는 훨씬 높게 나타나고 있다. 北韓의 期待餘命은 1976년에 73.0년으로 발표되었는데(김일성, 1980), 1982년에는 74.0년으로 늘어 났으며(송창호, 1986:106), 1986년 현재는 74.3년(중앙통계국, 1987:23; Eberstadt & Banister, 1992:46에서 재인용)인 것으로 발표되고 있다. 그러나 1992년 第4次 亞·太 人口會議에서 北韓의 대표는 國家別 報告書에서 北韓의 期待餘命이 1990년 현재 74.3년인 것으로 밝히고 있는데(Population Centre, 1992:321), 이는 1986년의 期待餘命과 전혀 다름이 없다. 또한 北韓이 발표한 期待餘命에 대해 에버스타트·바니스터(1992:45)는 北韓 全體人口의 期待餘命이 남녀의 性別 期待餘命 중 어느 한쪽으로 기울고 있는 것을 지적하고 있다. 예를 들면, 1960년의 期待餘命에서는 여성의 期待餘命으로 기울고 있으며, 1961년의 期待餘命은 남성의 期待餘命과 비슷하게 되어 있다.

에버스타트·바니스터(1992)는 北韓 人口의 期待餘命을 1990년 현재 69.0년(남자: 65.6년, 여자: 72.0년)으로 推定하고 있다(表 2-6 참조). 이는 1985년 南韓 人口의 期待餘命과 비슷한 수준이 된다. 解放되기 以前인 1942년의 韓半島 全體人口의 期待餘命이 남자 43년, 여자 47년 이던 것과 비교하면 南韓과 北韓 모두 期待餘命에 있어서의 급격한 증가를 보이고 있다. 南韓은 1955~60년에 남자와 여자가 각기 51.0년과 54.0년으로 되어있던 期待餘命이 1966년에는 61.9년으로(남자: 59.7년, 여자: 64.1년), 그리고 1987년에는 70.0년(남자: 66.0년, 여자: 74.1년)이 되었다. 1990년 현재 南韓 人口의 期待餘命은 71.3년으로 北韓 보다는 2.3년이 높게 나타나고 있다. 北韓의 期待餘命은 1990년 현재

69.0년으로 推定되고 있는데, 이 期待餘命은 점차 늘어나고 있는 추세다. 北韓 人口의 期待餘命은 2020년을 전후하여 다소 급격한 증가를 보이고, 2030년에 이르면 期待餘命이 77.2년(남자: 75.0년, 여자: 80.0년)으로 늘어 날 것으로 推定된다.

〈表 2-6〉 南韓과 北韓의 期待餘命 比較(1966~1990)

(단위: 년)

	남 한			북 한		
	전체	남자	여자	전체	남자	여자
1966	61.9	59.7	64.1	55.0	51.9	58.1
1970	63.2	59.8	66.7	59.1	56.0	62.2
1975	-	-	-	63.2	59.9	66.3
1980 ¹⁾	65.8	62.7	69.1	66.0	62.7	69.0
1985	69.0	64.9	73.3	67.4	64.1	70.4
1987	70.0	66.0	74.1	68.0	64.7	71.0
1989	70.8	66.9	75.0	68.7	65.3	71.6
1990	71.3	67.4	75.4	69.0	65.6	72.0

註: 1) 남한의 통계는 1978~1979년도의 자료임.

資料: 1) 통일원, 『북한개요 '91』, 서울: 통일원, 1991, p.88.

2) Eberstadt & Banister, *The Population of North Korea*, Berkeley: University of California, 1992, pp.108~109.

5. 向後 韓半島 人口變動의 展望

向後 韓半島의 人口變動에 대한 展望은 南韓과 北韓 人口을 各各 推計하여 單純 合計하였다. 이는 統一이 되기 前까지는 南韓과 北韓의 人口變動 要因이 되는 出産力과 死亡力이 各各 다르게 展開될 것이기 때문이다.

그리고 이 研究에서 제시되는 韓半島 人口의 推計는 統一이 되는 時點까지로 한정된다. 統一을 前後로 일어날 大規模의 人口移動은 결코 가정으로만 끝나지 않으며, 이미 獨逸의 統一 過程에서 경험한 일이다.

1961년에 베를린장벽이 세워진 후 해마다 5천에서 6천명의 東獨 住民이 西獨으로 넘어 왔다. 그러다가 統一의 가능성이 엿보이기 시작한 1989년에는 24만명의 東獨 住民이 西獨으로 脫出하였으며, 통일이 되던 해인 1990년에는 6개월 동안에 무려 23만명이 서독으로 건너 왔다.

獨逸의 經驗에 비추어 볼 때 韓半島에서도 統一을 전후하여 大規模의 北韓 住民이 南韓으로 탈출할 것이 분명하다. 그러나 통일을 전후해 일어날 人口移動의 規模에 대해서는 알 수가 없다. 人口移動의 規模는 統一이 漸進적으로 이루어지느냐, 아니면 緊急한 상황에서 急進적으로 이루어지느냐에 따라서 달라질 수가 있다. 그리고 北韓의 生活에서 더 이상 못참을 정도로 소외되고 있는 住民의 規模, 北韓의 經濟狀態 및 南韓에 대한 情報 接近 程度, 南韓에 친척을 두고 있는 北韓 住民의 規模 등도 統一의 과정에서 발생될 人口移動의 規模를 결정짓는 要因이 된다.

統一을 前後한 大規模의 人口移動이 韓半島 안에서만 이루어진다고 가정할 때, 人口移動이 韓半島의 人口規模에 영향을 직접적으로는 미치지 않을 것이다. 그러나 人口移動에 따른 婚姻行態 등의 변화에 따라 統一이 되고 난 後의 韓半島 人口의 變動要因은 分斷되어진 南韓과 北韓 人口의 人口行態와는 전혀 달라질 것으로 예상된다. 따라서 人口推計의 假定이 되는 出產水準이나 死亡水準 등이 다시 調整될 필요가 있으며, 이는 앞으로의 研究課題로 남아 있다.

이 研究에서는 北韓 人口의 展望은 鄭基源·李尙憲(1992)이 推計한 資料를 바탕으로 하고, 南韓 人口의 展望은 金泰憲 外(1993)의 性別 및 年齡別 人口의 中位 推計 資料를 활용했다. 北韓 人口에 대한 推計의 結果는 研究者에 따라서 다르게 나타나고 있다. 이 研究에서 사용된 北韓 人口의 推計 結果는 國際聯合(1988, 1991)이나 에버스타트·바니스터(1992)의 推計 結果보다는 낮게, 그러나 국가안전기획부(1986)

의 中位出産力을 바탕으로 한 推計 결과보다는 약간 높게 나타나고 있다. 이러한 차이는 推計의 과정에서 設定되는 出産力과 死亡力에 대한 假定들을 서로 다르게 하고 있기 때문인데, 특히 國際聯合(1988, 1991)은 北韓의 出産率을 너무 높게 가정하는 경향이 있다.¹⁵⁾

15) 국제연합(1988)은 世界 人口를 推計하면서 北韓에 대해선 1990년 현재의 合計出産率을 3.2명의 수준으로 推定하고, 이 출산율이 2025년에는 2.1명의 수준으로 낮아질 것으로 가정하여 北韓의 人口가 2025년에 3,959만명에 이를 것으로 推計하고 있다. 국제연합(1991)은 1990년의 世界 人口 現況을 파악하면서 北韓의 出産力 變動에 대한 가정을 다시 하고 있다. 국제연합(1991)은 北韓의 合計出産率이 1990년 현재 2.4명의 수준에서 2025년에는 1.8명의 수준까지 낮아질 것으로 가정하고 있다. 낮아진 출산율에 대한 가정을 바탕으로 北韓의 將來 人口를 推計하였을 때, 새로운 人口 推計의 결과에서는 2025년에 北韓의 人口가 3,306만명에 이를 것으로 나타나 국제연합(1988)이 推計한 결과보다는 653만명이나 적은 人口 規模를 보이고 있다.

국제연합(1991)이 北韓의 人口를 추계하면서 설정하고 있는 합계출산율의 변동에 대한 가정은 정기원·이상현(1992)의 가정과 비슷한 수준이나, 推計 人口의 規模는 약간 높게 나타나고 있다. 정기원·이상현(1992)이 推計한 2025년의 北韓 人口는 3,179만명으로 국제연합(1991)의 推計值보다 약 128만명이 적다. 이러한 차이는 추계의 과정에서 출산력 변동의 推移 形態와 평균수명을 서로 다르게 가정하고 있기 때문이다. 국제연합(1991)은 北韓의 합계출산율이 일정한 비율로 낮아지는 線型의 變動 推移를 나타낼 것으로 가정하고 있는데 반해서, 정기원·이상현(1992)은 北韓의 합계출산율이 推計期間의 초기 단계에서는 급격한 低下를 보이다가 어느 수준에 이르면 완만하게 低下될 것으로 가정하였다. 그리고 死亡力에 대하여 국제연합(1991)은 1990년 현재 北韓 人口의 平均壽命을 71.1년(남자: 67.7년, 여자: 73.9년)로 推定하고 있는데, 이는 에버스타트·바니스터(1992)가 推定하고 있는 北韓 人口의 平均壽命보다 2년 가량 높다.

北韓 人口의 平均壽命을 높게 가정함에 따라 국제연합(1991)이 推計한 北韓의 將來 人口는 정기원·이상현(1992)의 推計 結果보다 높은 값들을 보이는데 반해서, 국가안전기획부(1986)는 北韓 人口의 平均壽命을 너무 낮게 가정함으로써 2030년을 기준으로 할 때 정기원·이상현(1992)의 推計보다 약 284만명이 적게 나타나는 결과로 北韓 人口를 推計하고 있다.

〈表 2-7〉 北韓 將來人口의 推計值

(단위: 1,000명)

연도	보사연 ¹⁾ (1992)	국제연합 ²⁾ (1988)	국제연합 ³⁾ (1991)	안기부 ⁴⁾ (1986)	에버스타트 ⁵⁾ (1992)
1990	21,412	22,939	21,773	21,720	21,412
1995	23,460	25,549	23,966	23,261	23,487
2000	25,381	28,166	26,117	24,746	25,491
2005	26,997	-	27,896	26,144	27,137
2010	28,320	33,110	29,325	27,310	28,491
2015	29,511	-	30,640	28,229	29,742
2020	30,674	37,590	31,929	28,944	30,969
2025	31,787	39,594	33,063	29,503	32,089
2030	32,768	-	-	29,926	32,964

- 註: 1) 정기원·이상현, 『북한 인구의 현황과 전망』, 한국보건사회연구원, 1992.
 2) United Nations, Dept. of International Economic and Social Affairs, *World Demographic Estimates and Projections, 1950~2025*, New York: United Nations, 1988.
 3) United Nations, Dept. of International Economic and Social Affairs, *World Population Prospects 1990*, New York: United Nations, 1991.
 4) 국가안전기획부, 『북한총인구 판단(1970~2030)』, 국가안전기획부, 1986.
 5) Eberstadt & Banister, *The Population of North Korea*, Berkeley: University of California, 1992.

〈表 2-8〉 南北韓 推計人口의 展望(1990~2030)

(단위: 1,000명)

연도	계			남한			북한		
	계	남자	여자	계	남자	여자	계	남자	여자
1990	64,281	32,136	32,145	42,869	21,568	21,301	21,412	10,568	10,844
1995	68,328	34,215	34,113	44,868	22,603	22,265	23,460	11,612	11,848
2000	72,173	36,207	35,966	46,792	23,617	23,175	25,381	12,590	12,791
2005	75,438	37,892	37,546	48,441	24,482	23,959	26,997	13,410	13,587
2010	77,995	39,199	38,796	49,675	25,122	24,553	28,320	14,077	14,243
2015	80,004	40,221	39,783	50,493	25,549	24,944	29,511	14,672	14,839
2020	81,691	41,065	40,626	51,018	25,819	25,199	30,673	15,246	15,427
2025	83,161	41,772	41,389	51,374	25,987	25,387	31,787	15,785	16,002
2030	84,272	42,267	42,005	51,504	26,024	25,480	32,768	16,243	16,525

- 資料: 1) 김태현·홍문식·장영식, 『한국의 인구규모와 구조: 인구변화에 따른 사회·경제적 영향』, 서울: 통계청, 1993.
 2) 정기원·이상현, 『북한 인구의 현황과 전망』, 서울: 한국보건사회연구원, 1992.

南北韓 人口推計의 基準年度인 1990년 현재 韓半島의 人口規模는 6,428만명으로 推定된다. 1990년 현재 2,141만명으로 推定되는 北韓 人口는 2000년까지 약 400만명이 늘어나 2,538만명이 될 것으로 예상된다. 그리고 2018년쯤에는 北韓의 人口가 3,000만명에 이르러, 2030년에는 3,277만명이 된다. 이에 따라 韓半島의 人口規模는 1995~2000년 사이에 7,000만명을 넘어설 것으로 展望되며, 2015년에는 8,000만명에 이르게 될 것이다.

6. 要約 및 結論

解放 以後에 보여지는 南韓과 北韓의 人口變動 趨勢를 比較하였으며, 人口變動의 추이가 다른 경우에는 그 原因이 무엇인지를 分析하였다. 比較研究에서는 이용되는 資料의 客觀性이 전제되어야 하나, 北韓은 人口 關聯 統計를 거의 공개하지 않고 있으며, 불가피하게 統計 資料를 공개해야 하는 경우에는 수정되거나 또는 歪曲된 統計를 발표하는 수가 많다. 이러한 탓에 이 研究의 결과도 어쩔 수 없이 많은 制限점을 지니게 된다.

北韓에서 발표되었거나, 또는 外國의 研究機關이나 學者들에 의해 推定된 資料들을 살펴 보았을 때, 解放 以後에 나타나는 南韓과 北韓의 人口變動 樣相에는 큰 차이가 없다. 그러나 北韓은 현재 經濟的인 어려움 속에서 가족계획의 重要性을 심각하게 認識하고 있는 것으로 알려지고 있으며, 經濟적인 어려움을 이기기 위한 政策의 하나로 出產 抑制政策을 더욱 강력하게 推進할 것으로 展望된다. 따라서 南韓이 이때까지 이루어온 家族計劃事業의 成功 經驗과 開發途上國들에 대한 기술 지원의 經驗을 바탕으로 北韓의 가족계획사업에 대해 기술적 지원을 해 줄 수 있다면, 이는 北韓의 人口問題 해결에 많은 도움을 줄

수 있을 뿐만 아니라, 南北韓間의 技術 교류에도 도움이 될 것이다. 그리고 이러한 技術 지원을 통해 北韓이 統計 資料를 공개하도록 유도해 나갈 수 있을 것이다.

Ⅲ. 南韓과 北韓의 保健醫療制度

한 국가의 保健醫療制度는 여타의 사회제도들과 마찬가지로 그 국가의 政治, 經濟, 社會的 與件을 반영한다. 따라서 남한과 북한의 보건의료제도 역시 각각 資本主義國家의 특성과 社會主義國家의 특성에 따라 운영되고 있다.

南韓은 개인의 能力과 自由를 최대한 존중하고 정부의 통제나 간섭을 제한하여 자유기업정신의 民間主導를 중시하는 자본주의국가이며, 北韓은 자유가 제한되고 모든 분야가 統制·計劃下에 이루어지는 全體主義國家이다. 이러한 체제 특성은 전반적인 보건의료의 原則 및 制度의 틀을 규정하는데, 이를 정리해 보면 다음과 같다(장동민, 1989:15).

자본주의 국가로서 福祉國家라 할 수 있는 스칸디나비아국가나 영국과 달리 사회보장제도가 잘 갖춰지지 않은 미국, 일본, 남한 등의 의료제도는 첫째, 의료인이나 의료기관에 대한 選擇의 自由와 責任이 주어지고, 국민의료에 대한 企劃이나 調整이 어렵다. 둘째, 의료의 專門化傾向이 강하고 서비스의 내용과 質的 水準이 높으며, 治療中心의 의료제도가 발달되어 있다. 셋째, 地域間, 階層間 의료수준의 격차가 있고, 높은 醫療費의 문제가 있다.

이와 반대로 대부분의 공산권국가와 북한의 의료제도는 첫째, 국가에 의한 單一의 통일된 서비스로 包括的인 보건의료서비스가 제공된다. 둘째, 의료자원 및 서비스의 均等 分布와 機會提供의 원칙이 강조되며, 無料原則下에 豫防醫學에 중점을 두고 있다. 셋째, 官僚體系로 인한 경직성과 動機附與의 결여로 의료서비스의 質的 水準이 낮다.

이와 같이 상이한 체제에 따른 보건의료원칙은 남북한 보건의료전

반의 制度 形態와 水準에 차이를 초래하고 있다. 이를 보다 구체적으로 주요 保健의료제도 및 관련법, 保健의료행정조직 및 전달체계, 保健의료시설 및 수준, 保健의료인력으로 구분하여 비교분석하고자 한다.¹⁶⁾ 앞서도 밝힌 바와 같이 북한의 保健의료상황을 파악할 수 있는 資料 역시 극히 제한되어 있다. 전반적인 體制에 대한 분석은 北韓에서 發刊한 資料나 이를 기초로 再編輯한 자료들을 근거로 할 수 있으나, 실제적인 제도 實行의 現況은 북한 歸順者나 訪問者의 진술을 근거로 추정할 수 밖에 없었다. 따라서 가급적으로 客觀的인 比較를 하기 위하여 관련 法律 및 外的 體制 및 基本原則을 중심으로 분석하고자 한다.

1. 南韓과北韓의 主要 保健醫療制度 및 關聯法의 發展過程

남북한의 保健의료제도는 해방 이후 남북 분단의 과정에서 각각 상이한 社會的 與件과 國家政策의 基調를 반영하며 형성되었다. 본 절에서는 현재의 제도가 수립되기까지 성립된 주요 제도들과 이에 근거가 된 保健의료 관련법을 解放以後의 시기를 중심으로 검토하고자 한다. 이는 北韓 保健의료제도의 實際 運用 現況을 알 수 없는 상황에서, 전체적인 政策 志向을 파악하고 제도 실시의 效果를 유추할 수 있는 근거가 될 것이다.

가. 解放以後 1960年代 以前의 保健醫療制度 및 關聯法

남북한 保健의료제도의 발전과정과 관련법을 비교해 볼 때, 해방 이

16) 保健의료체계의 구성요소로는 자원의 개발 및 조직, 전달, 관리방식, 경제적 지원 등을 들 수 있는데(정영일 외, 1992:90~93), 북한 자료의 제약으로 심도있는 분석이 이루어지지 못했으며, 특히 재정부문은 비교가 불가능하여 제외되었다.

후 초기에 南韓은 傳染病 管理 및 醫療救護事業의 실시를 시작으로 民間中心의 自由企業型 醫療制度 발전의 기반을 마련했으며, 北韓은 豫防醫學을 중시하며 無常治療制와 대중의 보건사업 참여, 國家保健醫療施設의 확대를 기치로 社會主義 國營保健醫療制度의 근간을 형성한 기간이다.

해방 이후 남한의 보건의료는 군정기간 중 美 軍政法 제1호에 의해 보건행정개혁으로서 傳染病의 대책으로 예방사업을 추진하기 시작했다. 1951년에는 「國民醫療法」이 제정되었고, 1953년 전국 15개 保健所와 471개 保健診療所의 설치로 전염병 예방사업과 의료구호사업이 실시되었으며, 일제시대부터 존속되어 온 40여개의 市·道立病院은 내무부 지방행정관서 관리하에 두었으나 그 기능이 쇠퇴하였고, 國·公立病院은 국가재정상 증설이 어려워 주로 소규모 民間 病醫院 施設 中心體系로 발전되었다. 1954년 「海空港檢疫法」, 「傳染病豫防法」이 공포되었으며, 1956년 「保健所法」의 제정으로 시·도립 보건소의 직제가 완성되었다. 1958년에는 미국식 전문의 제도가 보사부의 승인을 받게 되는 등 의학 및 의료기술의 발전이 있었다.

한편 북한 체제형성 초기의 보건의료정책은 ‘일제 식민지 보건의 잔재를 청산하고 보건의 민주화를 실현함으로써 광범한 勤勞人民大衆에게 복무하는 民主主義的 保健制度를 세우는 것’(홍순원, 1989:300)이었다. 1946년 「社會保險法」과 「勞働者·事務員 및 그 扶養家族들에 대한 醫療上 幫助實施와 産業醫療施設 改編에 관한 決定書」 채택을 근간으로 1947년 1월 부터 노동자·사무원에 대하여 사회보험에 의한 無常治療制를 실시하기로 하였다. 그러나 당시 노동자·사무원 등은 인구의 18.7%에 불과하여 농민(69.3%)과 상공업자(2.6%) 등 다수의 인민은 제외되었다.

1952년 11월에는 내각결정 제203호의 「無常治療制를 實施할 데 대

하여」를 근거로 국가의료기관이 국민전체에 무상치료를 행한다고 규정하고 있고, 1953년부터는 내각결정 제203호에 의해 개인농민과 개인상공업자를 제외한 모든 사람들이 무상으로 치료받을 수 있도록 제도화하였다. 그러나 실제로 ‘무상치료제’의 원칙이 적용된 것은 모든 개인소유자산에 대한 국유화로 個人農民과 商工業者가 없어지고 農業協同組合員과 協同團體加入 手工業者로 변화한 1958년부터이며, 당시 일부 개업의들이 모두 국가의료기관에 편입됨으로써 완전한 사회주의 보건의료제도가 수립된 것으로 보고 있다.

1957년부터 시작된 『社會主義 建設 5個年計劃』의 보건사업 기본 방향은 질병의 예방, 농촌 里까지의 진료소 설치, 의료시설 및 의약품생산 확대 등으로 사회주의 보건제도를 확고히 함으로써 一時的 勞動力 喪失의 감소와 住民 健康保護를 증진하는 것이었다.

나. 1960年代의 保健醫療制度 및 關聯法

1960년대에 들어서며 南韓은 정부보건사업 확대를 위한 제도개선 및 조직확대를 모색하였고, 공공보건조직 확대를 위한 법령을 제정하였다. 또한 제약산업의 기반을 구축하고, 의료복지제도의 법적근거들을 마련해가기 시작하였다. 北韓은 기존 보건제도를 보강하고 발전시키기 위한 施設 및 人力의 확충과 醫師擔當區域制 실시에 주력하였고, 韓方醫療를 중시하여 이를 위한 시설을 확충하였다.

南韓의 군사혁명정부는 경제개발계획의 적극적 추진과 함께, 과거의 보건의료사업을 탈피하여 政府事業 확대를 위한 제도개선과 公共保健組織의 확대를 시도하였다. 1962년 『保健所法』의 전면개정으로 보건소 업무를 새로 규정하고 시·군 단위로 보건소를 설치하게 되어 방치되었던 農村住民의 공공보건의료 서비스가 개선되었다. 그러나 인력 구성 등 보건소나 보건지소는 진료서비스 제공에 한계를 지니며, 국공립

병원도 정부의 재정지원 부족으로 활동이 위축되어 民間病醫院 中心의 진료서비스가 지속적으로 발전하였다. 또한 의약품 자급자족을 위한 國產醫藥品 製藥基盤이 조성되었고, 1963년 「임의적용의 의료보험법」이 제정되었으며, 「사회보장에 관한 법률」과 「산업재해보상보험법」 등이 제정되어 의료부문의 복지정책에 대한 법적 근거가 마련되었다.

北韓의 경우 이 시기는 「제1차 7個年 經濟開發計劃」(1961~1970)¹⁷⁾의 기간으로서, 시·군 병원과 리 진료소의 증설, 의사담당구역제 실시, 전문병원 및 요양시설 확충, 위생방역사업의 적극 추진 등을 기본 방향으로 하고 있다. 1960년에는 모든 리에 진료소가 설치되어 ‘無醫里 退治’가 이루어졌다고 제시하고 있으며, ‘完全하고 全般的인 無常治療制’가 선포되어 무상치료제의 질을 높이고자 하였다. 1962년에는 김일성의 주도로 ‘模範衛生 郡 創造運動’이 발기되어 위생방역사업을 범국민적 운동으로 강화하였다. 1963년에는 ‘醫師擔當區域制’가 처음으로 실시되어 전문의사들에 의한 주민 건강관리체계가 도입되었다. 1966년에는 김일성의 『사회주의 의학은 예방의학이다』라는 책자 발간을 계기로 ‘病 없는 里 創造運動’이 전개되었다.

다. 1970年代 以後의 保健醫療制度 및 關聯法

1970년대에는 남북한 모두 지역·사회계층간 醫療不衡平 및 環境汚染問題 해결을 위한 제도개선 및 공해방지대책을 강구하였다. 남한은 全國民醫療保險의 실시로 소득계층간 醫療 均霑을 제고하게 되었고, 북한은 기존 제도의 심화발전을 목표로 하여 無常治療制의 실시와 예방의학적 방침에 의한 1次保健醫療機能이 강화된 人民保健法을 제정하였다.

17) 1961년부터 실시한 이 계획은 3년간 연장하여 1970년에 완료되었다고 한다(변종화 외, 1993:46).

南韓에서는 경제성장이 추진됨에 따라 경제개발 위주의 정책으로 등한시되던 복지부문과 보건의료분야에 대한 관심이 증대되어, 1977년부터 시작된 제4차 經濟開發 5개년 계획에 보건의료분야가 社會開發의 한 부분으로 포함되었다. 1976년에는 「醫療保險法」을 強制保險으로 전면 개정하였는데, 1977년부터 500인 이상 고용사업장 근로자들이 의무적으로 의료보험에 가입하게 되었고, 「醫療保護法」의 제정으로 저소득층 대상의 의료보호사업이 추진되었다. 1978년부터는 「公務員 및 私立學校敎職員 醫療保險」이 시행되었다. 1981년 다시 「의료보험법」을 개정하고 1988년에는 농촌지역, 1989년에는 도시지역을 대상으로 지역 의료보험을 실시함으로써 全國民醫療保險化가 실현되었다. 한편 1980년 「農漁村 保健醫療를 위한 特別措置法」을 제정하고 1981년부터 농어촌 의료취약지에 公衆保健醫師와 保健診療院을 배치하는 등 국민 보건의료정책의 근거가 되는 법령들이 마련되었다.

北韓의 경우 1970년대 이후에는 종래의 사회주의 보건시책들을 발전시키고자 하였는데, 1970년 당 5차 대회에서 김일성은 保健事業 發展의 基本課業으로 ‘사람들의 생명을 잘 보호하며, 근로자들의 건강을 끊임없이 증진시키기 위하여 더 많은 병원 증설, 의료인력 양성, 의약품 및 의료기구의 생산을 통하여 勤勞者들의 治療豫防事業을 더욱 개선하도록 하는 것이며, 특히 農村의 醫療奉仕事業을 개선 강화하기 위한 조치로서 군병원 및 농촌의 산원시설의 개선 강화, 농촌 리진료소의 병원화 및 아동병동 설치 등’을 제시하였다(홍순원, 1986:603~604).

이 시기에는 豫防醫學과 大衆參與의 原則을 기조로 위생방역사업의 강화, 의사담당구역제의 완전 실시, 제약공업과 의료기구공업 발전을 통한 의약품 및 의료기구 생산 제고, 의료시설의 확충 및 인력양성을 통한 치료사업의 개선 강화, 보건사업의 과학기술수준 제고, 동의학의 과학화 등에 역점을 둔 것으로 알려지고 있다.

〈表 3-1〉 南北韓의 主要 保健醫療制度 및 關聯法 形成過程

남 한	북 한
1951 국민의료법 제정(500여개 보건진료소 설치)	1946 20개조 정강중 15조 노동자·사무원대상 생명보험실시 제시;
1954 해공항검역법, 전염병예방법 제정 공포	20조 국가병원 수 확대, 전염병 근절, 빈민대상 무상치료제 실시 제시; 사회보험과 노동자
1956 시·도립 보건소법 제정	사무원·무양 가족 의료제공, 산업의료시설 개편 결정서 채택(1949 실시)
1957 전염병예방법 시행령 공포	1953 전반적 무상치료제 실시(개인 농민·상공인 제외)
	1960 완전하고 전반적인 무상치료제 실시 선포(전주민 대상)
1961 정부 국민의료법에 의거 의사 강제동원령 발동 무의지 배치	1961 농촌여성 유급산전산후 휴가제 실시
1962 보건소법 전면 개정을 통한 시·군보건소 설치와 13개항의 보건소 업무규정; 식품위생법 제정 공포	1964 의사담당구역제 실시
1963 의료보험법(임의가입) 및 산업재해보상보험법 제정 공포; 노동보건관리법규 공포	
1976 의료보험법의 전면 개정	1972 사회주의 헌법 제정; 노동·휴식의 권리와 무상치료 수혜권리 규정
1977 직장의료보험 실시; 의료보호법 제정으로 저소득층 대상 의료보호 실시	
1980 농어촌 보건의료를 위한 특별조치법 제정; 의료취약지에 공중보건·보건의료원 배치	1980 인민보건법 제정으로 기존 보건정책 및 관리지침 등 제법규를 종합보완
1988 의료취약 농촌 군보건소 병원화	
1989 전국민 의료보장 실시	

資料: 변중화 외, 『남북한 보건의료제도 비교연구』, 한국보건사회연구원, 1993, p.41, 42, 49, 50, 58에서 재구성.

1970년 제기된 농촌 리진료소의 병원화사업이 汎國民的 運動으로 전개되었고, 1974년 말에는 모든 농촌 리진료소들의 病院化를 추진하였다(변중화 외, 1993:35).¹⁸⁾ 한편 범국민적 위생문화운동으로서 ‘模範 衛生 郡 創造運動’과 ‘病 없는 里 創造運動’를 활발히 전개하였으며, 중공업 우선의 경제발전 추진전략에 따른 노동환경위생 및 공해문제로 工場 및 企業所의 위생시설 및 공해방지시설을 강화하고, 위생지도 및 감시체제를 강화하였다고 한다. 1980년에는 보건분야의 관리운영지침으로 이용되던 政務院 決定이나 김일성 敎示 등의 제규정을 통폐합하여 『人民保健法』을 제정하였다. 그러나 이는 북한이 복지향상에 주력하고 있음을 宣傳하여 社會主義體制의 우월성과 黨의 업적을 고양하기 위한 것으로서 이 법을 實施하기 위해서는 대규모의 재원, 시설, 인력자원 등이 필요하다는 사실을 감안할 때 북한의 經濟與件上 주장과 같이 施行이 가능한지는 의문시되는 것이다(변중화 외, 1993:35~36).

이와 같은 과정을 통해 형성된 남·북한의 보건의료제도는 그 體制의 特性을 반영한 상이한 유형으로 나타나고 있다. 南韓은 전국민의료보험제도 및 의료보호제도를 근간으로 하는 民間·公共體系가 혼합된 유형이며, 北韓은 무상치료제를 근간으로 하는 국가관리의 國營 보건의료제도를 갖추고 있다. 이와 같은 특성이 반영된 제도의 原則들은 근본적으로 운용의 肯定的·否定的 측면을 내포하여 실제 나타나는 문제점과 장점들을 예측하게 하는 것이다.

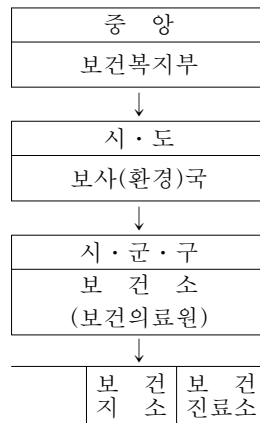
18) 귀순한 김만철씨의 증언으로는 진료소 수준을 탈피하지 못한 곳이 많다고 한다

2. 南韓과 北韓의 保健行政組織 및 保健醫療傳達體系

가. 保健行政組織

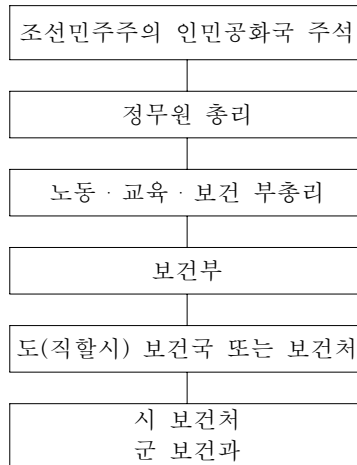
남한의 보건행정은 중앙의 保健福祉部를 중심으로 시·도수준의 保健社會局, 시·군·구 수준의 保健所의 체계를 통해 이루어진다. 道 보건행정조직은 지사와 부지사 산하에 보사(환경)국이 있고, 그 밑에 대체로 보건과·환경위생과 등이 설치되어 있다. 郡 수준의 보건행정조직은 군수 및 부군수 밑에 保健所長이 있으며, 산하에 보건행정계·가족보건계·예방의약계 등이 있다, 의료취약지역인 일부 농어촌 지역에 保健醫療所가 설치·운영되고 있다(圖 3-1 참조).

[圖 3-1] 南韓의 保健行政組織



북한의 보건행정조직은 국가행정 집행기관인 정무원내에 保健部를 두고 있으며, 도·직할시에 保健局 또는 保健處, 시·도에 시 保健處, 또는 군 保健課가 있다(圖 3-2 참조).

[圖 3-2] 北韓의 保健行政組織

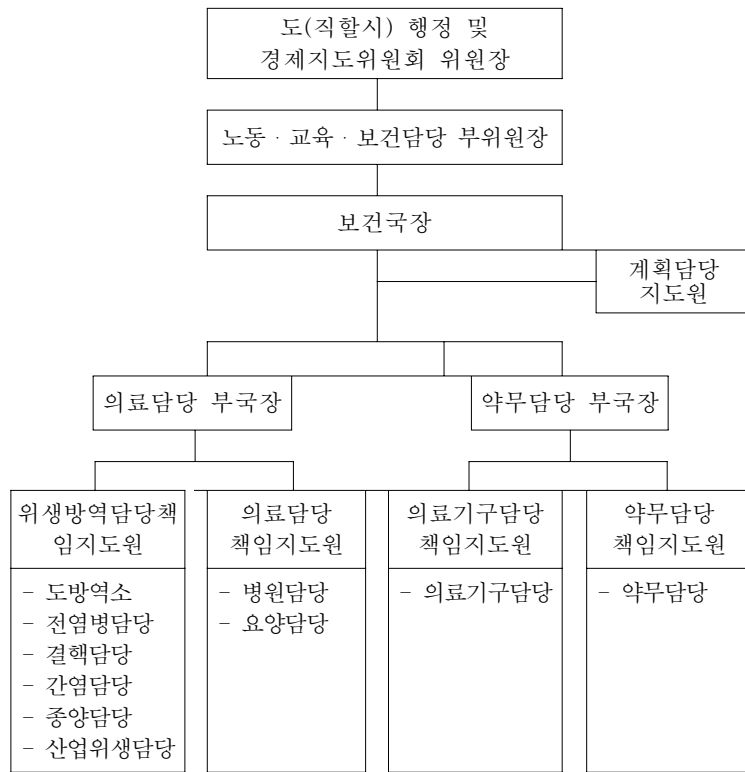


중앙보건행정조직으로서 政務院 保健課는 산하 보건기관들에 정치적, 행정실무적 지도업무를 수행한다. 그 임무 및 기능은 ① 保健要員들에게 노동당정책·혁명전통 및 공산주의교양 敎育, 당적 사상체계를 확립하고 사무기술수준 제고를 위한 대책 강구, ② 保健政策의 체계화 사업을 개선하고 보건정책 집행에 群衆路線을 관철하도록 지도, ③ 보건사업 발전을 위한 展望 및 計劃案 작성, ④ 생활 및 노동환경 조직의 개선, 衛生法規의 제정과 집행에 대한 검열, 전염병 방역대책, 위생선전사업 지도, ⑤ 治療豫防事業의 확대와 質의 제고, ⑥ 母性과 幼兒 保護를 위한 치료·예방대책 강구, ⑦ 東醫學 계승발전을 위한 대책 강구, ⑧ 勤勞者에 대한 정양 및 치료사업 강화, ⑨ 세균영재·의약품·의료기구 생산 및 藥草 재배·채취 및 수매사업 실시, ⑩ 保健人力의 정확한 선발·배치·합리적 이용·자질향상책 강구, ⑪ 보건부문의 財政 및 豫算 수립·집행 등이다.

地方保健行政組織도 상급보건행정기관과 해당지구 경제지도위원회

의 지도통제를 받고 있는데, 道 및 直轄市와 市·郡의 보건조직을 그림으로 살펴 보면 다음 [圖 3-3] 과 같다. 도 및 직할시의 경우 노동·교육·보건담당 부위원장 밑에 의료담당부국장과 약무담당부국장이 보건국장의 통제를 받고 있고, 위생방역·의료·의료기구·약무담당 책임지도원이 업무를 담당하고 있다.

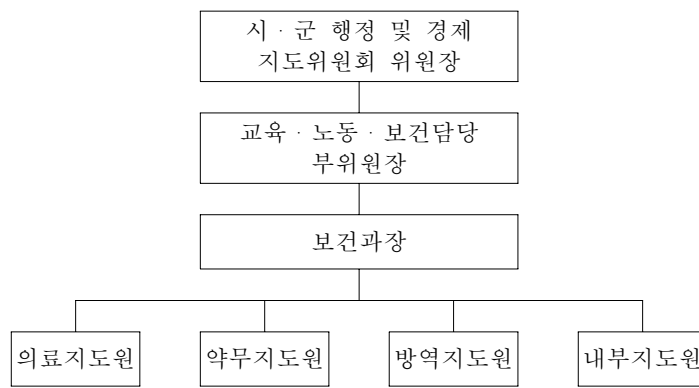
[圖 3-3] 北韓의 道(直轄市)保健行政組織



市·郡의 보건행정조직은 도 및 직할시와 마찬가지로 교육·노동·보건담당 부위원장에 속한 보건과장 밑으로 의료·약무·방역·내부지도

원이 업무를 담당하고 있다. 郡保健課는 보건기관을 행정적으로 지도감독하고 실제 보건의료서비스는 산하 군병원 등 保健醫療機關에서 제공하며 위생방역업무는 衛生防疫所에서 담당하고 있다(圖 3-4 참조).

[圖 3-4] 北韓의 市·郡 保健行政組織



이와 같이 보건행정조직의 경우 남한은 保健福祉部에서 보건 및 사회업무를 같이 관장하고 있으며 지방수준에서는 內務部 산하 조직을 통해 업무가 수행되고 있고, 북한은 保健業務만을 전담하는 一元的 보건행정조직을 유지한다는 차이점을 보이고 있다.

그러나 일관되게 組織化된 것으로 보이는 북한의 체계가 실행면에서 얼마나 效果的으로 運營되고 있는지는 판단하기 어려운 실정이다. 오히려 單一化되고 細分化되어 있는 북한의 조직체계가 타부서와의 협조를 방해하고 업무의 效率性を 저해할 가능성을 지니고 있는 것으로 보인다. 북한 귀순자들의 증언에 의하면, 地域擔當醫師制에 따라 지역 진료소에서부터 중앙의 대학병원까지 無料로 치료를 받을 수 있는 制度 自體를 모르고 있는 경우가 있는 등 의료행정체계가 行政的인면에서는 조직화된 것으로 보이나 內容面에서는 이에 따른 효율적

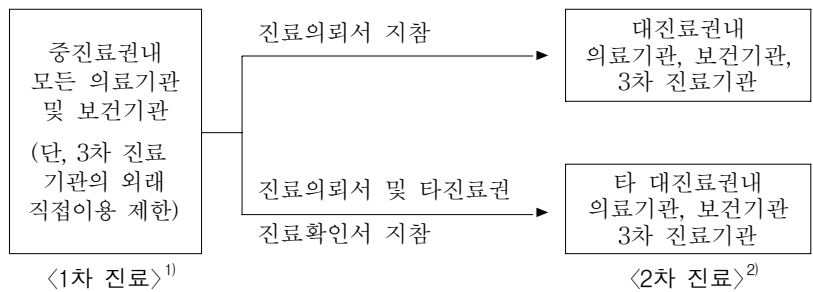
운영이 이루어지지 못하는 것으로 판단할 수 있겠다.

나. 保健醫療傳達體系

남한에서는 1989년 전국민의료보험의 실시와 함께 의료전달체계가 수립되었다. 診療圈은 전국을 道單位 행정구역을 중심으로 한 8개 大診療圈과 대체로 郡單位 행정구역을 기준으로 한 140개 中診療圈으로 구분되어 있다. 대진료권내에는 전국단위로 이용할 수 있는 일정규모(500명 상)이상의 대규모 종합병원인 3次 診療機關과 特殊診療機關¹⁹⁾이 있다.

이에 따라 一般診療, 齒科 및 韓方診療, 特殊診療體系로 구분하여 1次 診療로 중진료권내 진료기관을 우선 이용하고 이후 보다 전문적인 진료를 받고자 하는 경우 대진료권 또는 타 진료권의 진료기관을 이용하는 2次 診療를 段階別로 이용하도록 되어 있다(圖 3-5 참조).

[圖 3-5] 南韓의 一般診療 受診節次



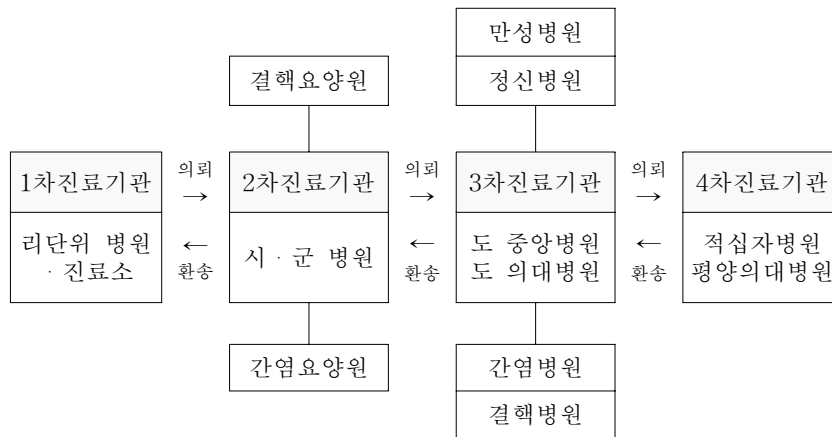
註: 1) 치과 또는 한방진료의 경우 대진료권내 모든 치과 또는 한방 의료기관, 특수진료의 경우 일반진료와 동일
 2) 치과 또는 한방진료의 경우 전국의 치과 또는 한방의료기관, 특수진료의 경우 대진료권(진료의뢰서 지참시) 3차 진료기관·특수진료기관, 타진료권(타진료권 진료확인서 지참시) 3차 진료기관

資料: 보건사회부, 『보건사회백서』, 1994. pp.162~163.

19) 결핵, 정신질환, 나병, 재활치료, 심장질환 등 특정질환 전문진료기관임.

북한은 行政區域과 일치하는 診療圈을 설정하고, 리·동, 구·시·군, 시·도 등 3개 단위의 행정구역을 기초로 리 진료권, 郡 진료권, 道 진료권 등으로 구분되어 있으며, 각 진료권 별로 리에는 1次 診療를 받을 수 있는 리 진료소·리 병원, 군에는 2次 診療를 받을 수 있는 종합병원 수준의 군 병원, 도에는 3次 診療를 받을 수 있는 도 중앙병원 및 동의병원과 의학대학병원이 있다. 中央診療圈이라 할 수 있는 평양에는 4次 診療를 받을 수 있는 전문치료기관인 대형종합병원들이 집중되어 있다. 대부분의 경우 3차 진료에서 끝나며 희귀한 특수 질환자나 黨에서 중요시하는 인물의 경우 4차 진료기관으로 후송되는 것으로 알려지고 있다(圖 3-6 참조).

[圖 3-6] 北韓의 醫療傳達體系 模型



북한의 의료전달체계는 의사마다 일정수의 주민을 대상으로 1차 진료를 담당하는 醫師擔當區域制와 밀접하게 연관되어 있다. 이를 기초로 거주지에 가장 가까운 1차 진료기관을 이용하고 전문진료가 필요한 경우에 上級病院으로 후송시키는 절차를 거친다. 이에 따라 환자의

醫療要求水準과 醫療提供者의 技術水準이 일치하도록 조직화되어 있다는 장점이 있으며, 1차 진료기관을 육성하여 리·동단위의 醫療接近性 제고에 중점을 두고 있는 것으로 알려지고 있다.²⁰⁾ 그러나 거주지 시·군을 벗어날 경우 통행증·여행증명서를 발급받아야 하므로 2·3차 診療利用이 불편하다는 취약점을 지니고 있는 등 운용이 硬直的이고, 이용환자의 選擇權이 없는 제한점이 있으며, 1차 진료기관 중심의 병없는 리 창조운동으로 醫療需要가 抑壓될 가능성이 있는 것으로 보인다. 또한 醫療提供者에 대한 動機附與가 미흡하여 形式的인 의료서비스가 제공되는 경향이 있는 것으로 평가되고 있다.

이에 비해 남한의 경우 1차진료를 받을 수 있는 中診療圈이 북한에 비해 廣域化되어 있고 복수중진료권을 인정하여 醫療利用을 편리하게 하며, 중진료권내의 모든 의료기관을 選擇할 수 있다는 장점을 지니고 있다. 그러나 전문의료시설이 대도시지역에 집중 배치되어 있어, 都農間·診療圈間 의료시설 분포가 균형을 이루고 있지 못하여 醫療資源配置와 자원이용의 非效率 문제 등을 지니고 있는 것으로 평가되고 있다.

3. 南韓과 北韓의 保健醫療施設

南韓의 보건의료시설은 民間病院을 중심으로 발달하였고, 國立病院으로는 국립의료원·결핵병원·나병원·정신병원 등이 설치되어 있다. 地方病院은 80~90%가 민간이 운영하고 있으며 地方公社 醫療院이

20) 1차 진료기관으로서 리 단위 행정구역에는 리진료소 또는 리병원, 협동농장에는 협동농장진료소, 산업지역에는 기업소 규모에 따라 산업병원·산업진료소·구급소(탄광·광산 등)를 설치하고 있어 의료이용의 공간적 접근성을 제고시키고 있다(변중화 외, 1993:170).

설치되어 있다. 韓方分野 역시 한의과대학과 민간 한방병의원을 위주로 발전하였으며, 국립의료원에도 한방진료과가 있다. 이들 병원의 조직들은 臨床各課 외에 일부 병원에 保健課 또는 地域保健課 등 질병 예방조직이 있으나 대부분의 병원들이 임상위주로 운영되고 있다.

한편 衛生·防疫行政은 시·도, 시·군·구 수준에서 分離되어 이루어지는데, 大都市 지역은 보건소 방역과, 中小都市 및 郡地域은 보건소내 예방의약계, 道에는 保健課內 방역계에서 방역업무를 수행하고 있다. 시·郡·區에서는 위생행정업무를 각 청의 위생행정 담당부서에서, 방역업무는 각 보건소에서 담당하고 있다.

이와 같은 보건의료시설들은 大都市 集中現象이 나타나고 있는데, 1993년 현재 전체 의료기관 26,661개소의 89.5%가 市部에 분포하고 있으며, 郡部에는 10.5%만이 설치되어 있다(보건부지부, 1994). 따라서 農漁村地域에는 전문치료시설이 부족하고 보건소·지소, 진료소²¹⁾가 補完的 기능을 수행하고 있으며, 이에 保健所 시설의 病院化²²⁾와 醫療脆弱地域의 의료기반 확충에 노력하고 있다.

한편 北韓의 병원은 모두 國家病院으로서 그 체계는 다음과 같다. 도(직할시)인민위원회 소재지에 醫學大學病院과 中央病院이 1개소씩 설치되어 있고, 시·군 행정위원회 소재지에 1~2개의 人民病院이, 리 단위에 리 및 노동자 구역 里人民病院과 診療所가 1개소씩 있으며, 작

21) 의사가 배치되어 있지 않거나 배치가 곤란할 것으로 예상되는 의료취약지역 및 의료시설과의 거리가 통상의 교통수단에 의하여 30분 이상 소요되고 인구 500인 이상 지역으로 군수가 필요하다고 인정하는 지역에 설치운영하고 있다.

22) 1989년부터 전국민의료보험에 대비하여 병원급 의료시설이 없는 15개 군 지역 보건소의 진료기능을 보강하고자 20~40병상 규모의 입원시설을 확보하고 내과, 외과, 산부인과, 소아과 및 치과를 설치하여 운영중에 있으며, 1994년에 2개소에 병원화사업을 실시한 이후 사업을 확대 추진하고 있다.

은 리·동을 합하여 綜合診療所가 1개소씩 있는 것으로 알려지고 있다. 지역별로는 도시지역에 대학병원을 비롯한 中央級病院, 一般市(구역)病院, 專門治療豫防機關, 特殊病院, 東醫治療豫防機關, 救急醫療機關이 설치되어 있고, 산업지역에는 産業病院, 産業診療所, 救急所가 있으며, 농촌지역도 地域別 擔當區域制의 원칙이 강조되어 군소재지 구역은 군병원이 직접 담당하고, 리는 협동농장 진료소가 담당하여 보건 위생사업을 추진한다(변종화 외, 1993:77).

이를 보다 구체적으로 살펴 보면, ① 政府中央病院은 부부장급 이상과 그 가족, 그리고 외국인을 진료하며, ② 中央病院은 각 도, 특별시, 주요 도시에 1개소씩 설치되어 인민병원과 진료소에서 치료할 수 없는 장기치료가 필요한 중환자 및 리병원 소재지의 후송환자들을 치료한다. ③ 人民病院은 시지역에 1~3개소, 군인민위원회 소재지에 1개소씩 설치되어 있다. ④ 道中央病院은 도내 주민들에 대한 전문과적 의료시혜와 도내 치료예방기관의 지도, 의학교육 및 과학연구사업의 기지역활을 하는 도내 치료예방사업의 중심기관이며, ⑤ 郡病院은 군 주민들에게 전문과적 의료시혜를 하며 군내 위생상태의 개선 및 전염병 퇴치사업과 모성·유아보호사업을 하는 군내 치료예방사업의 중심기관이다. ⑥ 協同農場診療所는 리단위로 협동농장이 직접 관리운영하며 기술지도와 의약품의 공급은 상급보건기관이 책임을 지고 있다. ⑦ 産業病院은 큰 규모의 산업기업소 종업원들에게 의료방역사업, 모성·유아보호사업 등을 종합적으로 시행하는 산업 치료예방기관으로 외래와 입원실을 갖는다. ⑧ 救急所는 탄광, 관산 등에서 독립적으로 1차 구급의료행위를 하는 기관이다.

한편 중앙에서 도 및 군단위까지 모든 병원 및 진료소에는 東醫課가 설치되어 있다. 特殊病院으로는 중앙에 뇌병원, 구호병원이 있으며, 도마다 도결핵병원, 도만성병원, 도전염병원이 있다.

한편 각 병원에는 臨床各課가 있고, 도의학대학병원에는 治療豫防課(질병예방)와 5호 研究室(산업재해)이 있어 건강 관련 사항을 研究指導한다. 이들 의료기관의 裝備設置에 관한 구체적인 자료는 없으나 군인민병원의 경우 胸探針과 X선 촬영기, 현미경 정도만 갖추고 있는 등 매우 미흡한 것으로 알려지고 있다. 法醫鑑定院에서는 사망자가 발생하거나 환자나 기관의 요구가 있을 때 의사가 치료의 적합성 여부를 판단한다.

衛生防疫機關으로는 중앙 인민위원회 산하에 중앙 위생방역소가 있고, 도위생방역소, 시·군위생방역소가 설치되어 있다. 위생행정과 방역행정이 統合運營되며, 정무원 보건부 산하에 中央衛生指導委員會가 있고, 도·시·군·리·읍·부락·공장·기업소까지 指導員들이 임명되어 있으며 별도로 도·시·군 衛生檢閱員이 있어 강력한 통제기능을 수행하고 있다.

북한의 보건의료시설은 개인병원의 社會化, 개업의들의 國營部門 영입 등 社會主義 보건의료제도 수립정책에 따라 설치운영되어 왔다. 無醫面 解消政策에 따른 진료소 및 간이진료소의 설치, 1957년 사회주의 건설을 위한 5개년 계획기간 중 새로운 專門病院의 설립, 모든 시·군·구 區域病院에 기본 專門課와 東醫課 설치가 이루어졌다. 그러나 전반적 무상치료제의 실시로 醫療施設과 物資가 부족하였으며, 이를 극복하기 위하여 藥草栽培와 東醫學을 통한 치료를 강조하게 되었다고 한다. 1970년대 이후에는 리진료소의 병원화사업을 중점 지원하여 1974년말까지 모든 農村診療所들이 전문과와 입원실을 갖춘 병원이 되어 지역간 불균형이 경감되었으나, 병원급 의료기관에 당 간부급이 이용하는 특별진료실이 운영되는 등 階層間 醫療利用 隔差의 문제가 심각한 것으로 알려지고 있다.

남북한의 保健醫療機關의 數를 북한자료의 입수가 가능했던 1986년

의 경우를 비교한 결과 <表 3-2>에 나타난 바와 같다.

<表 3-2> 南北韓의 保健醫療施設數 比較(1986)¹⁾

(단위: 개소)

남 한		북 한	
병원	9,081	병원	7,172
종합병원	195	일반입원치료	
병원	316	예방기관 ²⁾	1,528
의원	8,570	외래치료기관 ³⁾	5,644
한방병의원 ⁴⁾	2,791	동의병원 ⁵⁾	26
치과병의원	3,278	구강예방원	13
특수병의원	15	특수병의원	790
결핵병원	5	결핵병원	338
나병원	1	간장병원	263
정신병원	9	정신병원	189
보건소·지소	3,528	위생방역기관	228
의약품판매업소 ⁶⁾	28,714	의약품판매업소 ⁷⁾	846

註: 1) 1986년 이후의 북한자료를 입수할 수 없어 비교 가능한 1986년 자료를 제시함.

2) 중앙·도인민병원·시구역 인민병원·군인민병원·산업병원·리인민병원 포함.

3) 종합진료소·진료소·구급소를 말함.

4) 1985년의 수치임.

5) 1982년의 수치임.

6) 약국·도매상·약종상·매약상·의료용구 및 위생용품 판매업소임.

7) 약품공급기관임.

資料: 통일원, 『북한개요 '91』, 서울: 통일원, 1991, pp.94~108; 보건사회부, 『보건사회백서』, 서울: 보건사회부, 1994, p.106에서 재구성.

病醫院은 남한이 9,081개소, 북한이 7,172개소로서 남한이 북한의 1.3배이다. 韓方病醫院은 남한이 2,800여개소로 나타나고 있고 북한은 26개소에 불과한데, 이는 북한에서는 東醫學과 新醫學의 배합으로 별도의 한방병의원이 거의 설치되지 않았기 때문으로 볼 수 있다. 齒科病醫院의 경우도 남한이 3,300여개소로 북한의 250배에 해당하는 규모

인데 북한에서는 몇 개의 口腔豫防院을 제외하고는 치과가 人民病院에 설치되고 있다. 特殊病醫院은 남한이 15개소가 설치되어 있는 반면, 북한이 790개소로 나타나고 있다. 특히 結核病院이 338개소가 설치된 것으로 보아 후진적인 보건수준을 짐작할 수 있는 부분이다. 公共保健施設로는 남한의 경우 보건소와 지소가 3,528개소, 북한의 위생방역기관이 228개소로 나타나 남한이 월등하게 보건기관을 확보하고 있었다. 醫藥品 販賣業所는 북한의 경우 의약품공급기관으로서 남한이 북한의 34배에 달하고 있다.

또한 남북한 보건의료시설의 특성을 비교해 보면, 남한의 경우 民間醫療機關이 대부분을 차지하고 공공병원은 전문병원으로 국한되어 있는 반면, 북한은 민간병원이 전혀 없고 國家所有 또는 公共病院으로 설치운영되고 있어 보건의료시설의 基本運營體系가 상이하하다.

病院組織도 남한은 자유경쟁체제하에서 臨床爲主로 조직되어 있으며 일부 병원들의 地域保健組織은 선진국 유형에 속한다고 평가되고 있다. 북한은 도의학병원내 질병예방과가 있지만 일반 疾病의 豫防은 일차진료기관 및 방역기관이 담당하고, 법의감정원에서 의료분쟁을 해결한다. 韓方分野의 경우 남한은 양·한방이 독립적인 운영체제를 이루고 있으며, 북한은 각 병원에서 양·한방 협진체제로 相互補完적으로 운영하고 있다. 衛生防疫機關의 경우는 남한은 위생행정과 보건행정이 분리운영되고 保健 및 行政職 一般公務員에 의해 위생방역업무가 수행되고 있고, 북한은 강력한 검열권을 가진 防疫醫師들이 위생방역업무를 통제하고 있다.

이와 같이 보건의료시설은 각각 民間中心 및 國家中心 運營으로 그 체계가 상이하나, 전반적인 規模面에서도 일단 남한이 優位에 있는 것으로 볼 수 있다. 그러나 이와 더불어 북한의 경우 감기치료에 필요한 항생제조차 구하기 어렵다고 알려지고 있는 등 設備程度와 技術水準

을 감안한다면 실제 제공되는 보건의료서비스의 수준은 현격한 差異가 있을 것으로 판단된다.

한편, 이들의 地域別 分布의 특징을 살펴 보면 다음과 같다. 남한의 경우 시장경제체제에 따른 수급불균형이 나타나 의료기관의 地域偏在 現象을 보이고 있으며, 이를 국가가 公衆保健醫 및 保健診療院制度로 보완하고 있다. 그러나 지역분포의 경우 북한에서는 計劃經濟體制에 따른 이점이 있어 중앙에서 수립하는 보건계획에 따라 각급 행정수준 또는 산업장 단위로 계획 배치하고 있어 資源配分의 부분은 유리한 것으로 나타나고 있다.

4. 南韓과 北韓의 保健醫療人力

가. 保健醫療人力의 養成

현재 남한의 保健醫療人力은 醫療法에 의료인으로 규정된 의사, 치과 의사, 한의사, 조산사, 간호사와 醫療技士法에 규정하고 있는 의료기사(임상병리사, 방사선사, 물리치료사, 작업치료사, 치과기공사, 치과위생사 등), 의무기록사 및 안경사가 있으며, 그밖에 간호조무사, 의료유사업자, 안마사가 포함된다.

이들 人力의 養成은 의사·치과의사·한의사의 경우 각각 의과대학·치과대학·한의학대학에서 6년씩을 수학하도록 하고 있고, 의사의 경우 專門醫制度를 두어 醫師免許를 가진 자가 修練病院(기관)에서 소정의 인턴과 레지던트의 수련과정을 이수한 후 전문의자격시험에 합격하여 보건복지부장관이 인정한 전문의 資格證을 받아 의료기관 등에서 전문의로 근무할 수 있다. 看護師는 간호대학 및 전문대학에서 4년 및 3년, 看護助務士는 양성학원에서 10개월, 醫療技士는 전문대학에서

2~3년을 수학하도록 하고 있다. 의사·치과의사를 비롯하여 한의사 및 간호사는 國家試驗을 거쳐서 보건복지부장관이 부여하는 免許를 취득하게 된다.

북한의 경우 「人民保健法」에서는 保健醫療人力을 “전체 인민을 건강하게 사회주의건설에 참가하게 하는 영예로운 革命家”로 규정하고 있어, 교육 및 양성과정에서도 이러한 입장을 반영하고 있다. 또한 이에 따라 ‘保健일꾼(인력) 養成의 基本 方針’을 다음과 같이 정하고 있다(변중화 외, 1993:95~96). 첫째, 각 도마다 醫學大學을 설치하여 지역에 필요한 의사인력을 자체적으로 양성하고, 둘째, 夜間 및 通信醫學體系를 도입하며, 셋째, 의학대학과 고등학교의 학생모집 規模 및 特設班을 늘리고, 각 道에 保健人力 養成所를 설치한다. 넷째, 의학교육의 質을 높이기 위해 노력하고, 여성보건인력 양성에 주력하며, 다섯째, 의대에 실습조건 구비·설비 보강·실습병원 마련 및 現代의 의료설비와 기구가 구비되도록 하며, 여섯째, 豫防醫學의 중요성 및 東醫學과 新醫學의 통합발전을 강조하는 보건정책이 고려되고 있다.

해방 직후 보건인력이 별로 없어 문제가 되었던 북한은 그 양성에 주력하여 여러 형태의 保健人力 養成體系를 마련하였다. 이에 따라 1960년대까지는 ‘중등보건일꾼’ 양성에 중점을 두어 1970년까지는 그 수가 의사수의 증가를 능가하였고, 1970년을 고비로 하여 의사 수가 급격히 증가하였는데, 이는 김일성이 제시한 보건부문 기본과업에 대한 정책적 고려에 따른 것이었다. 1982년에는 인구 만명당 의사수가 1949년에 비해 20배에 달했으며, 현재 북한에서는 醫師人力 活用に 비중을 두고 있고, 그 외 인력에 대해서는 그다지 비중을 두고 있지 않다고 한다(변중화 외, 1989:68).

保健醫療要員의 養成은 의학대학, 약학대학, 도보건간부학교 등에서 이루어진다. 醫學大學은 예과 1년, 본과 6년의 7년제로서 의사자격은

재학중 필요한 과목별 시험에 합격하여 국가고시제 없이 졸업과 동시에 부여된다. 대학내에는 醫學部, 藥學部, 衛生學部, 東醫學部 등이 설치되어 있으며 特設學部에는 臨床學科가 있고²³⁾, 본과 6년제인 통신학부는 야간에 2시간씩 수강하거나, 원거리 거주자는 통신수강으로 전과정을 이수할 수 있다. 의학대학을 졸업하면 학위가 수여되지 않고 근무지로 배치되며, 연구업적이 현저하면 기관장의 추천으로 學士院(2년), 博士院(3년)에서 수학하고, 논문심사에 합격하면 학사 또는 박사학위가 수여된다. 藥學大學에는 의료기구학부, 항생소학부, 약제학부 등이 있고, 5년의 과정을 마치도록 되어 있다. 道の 保健幹部學校는 간호사와 의료기사를 양성하는데, 간호학과·조산학과·보철과·조제과 등으로 구성되어 있다. 또한 간호사 양성을 위하여 이 기관에 별도의 1년제 ‘看護員養成所’가 설치되어 있다.

남북한의 보건의료인력은 그 種類와 教育課程 등에 있어 심한 차이를 나타내고 있다. 北韓의 의사 및 의료관련인력은 해방이후 성장의 規模는 남한에 비해 앞서왔다. 그러나 북한에서 의사는 부의사·준의사·위생의사 등 教育水準이 다른 의료인력을 포함하여 정의되고 있으며, 대학병원에서는 준의사가 간호사 역할을 하기도 한다는 지적을 감안하면 남북한간 보건의료인력을 단순하게 數的으로 比較하는 것은 별반 의미가 없다.

1990년을 기준으로 醫師 및 藥師 1人當 人口數가 남한은 451명²⁴⁾, 북한은 350명²⁵⁾으로 나타나고 있어 人力 規模의 측면에서는 북한이 다소 우위에 있는 것으로 평가될 수 있겠다(表 3-3 참조). 그러나 예를 들어 1986년 기준시 남한의 의사·치과의사·한의사·약사 73,000

23) 5년 이상 근무한 준의사가 추천을 받아 특설학부의 과정을 이수하면 의사가 될 수 있다.

24) 의사·치과의사·한의사·약사 포함.

25) 의사·치과의사·동의사·위생의사·약사 포함.

여명 중 약 50% 이상이 6年制 醫大 출신인데 비해, 북한은 약 55,000여명의 의사 중 6年制 大學卒業者는 5% 정도인 것으로 알려져 있다(변종화 외, 1993:98). 또한 보건의료관련인력의 경우 북한은 機能的으로 遞 分化되어 있고 ‘중등보건일꾼’ 등으로 包括적으로 명명되고 있는 데 비해 남한은 종사업무가 고도로 細分化되어 있으며, 從事者 數가 계속 증가하고 있다. 따라서 이와 같은 인력의 質的 水準과 業務性格 등을 감안하여 비교한다면 단순한 수적 비교와는 상이한 양상을 나타낼 것이다.

<表 3-3> 南北韓의 醫師 및 保健醫療關聯人力數 比較(1986)¹⁾

(단위: 명)

보건의료인력	남한	북한
의사	72,986	54,918 ²⁾
의사	31,616	
치과의사	5,995	
한의사	4,041	
약사	31,334	
의료관련인력	206,100	87,696 ³⁾
조산원	6,513	
간호사	172,602 ⁴⁾	
의료기사	27,085 ⁵⁾	

註: 1) 1986년 이후의 북한자료를 입수할 수 없어 비교 가능한 1986년 자료를 제시함.

2) 북한의 의사 수는 의사, 치과의사, 동의사, 위생의사, 약사 등을 포함한 수치로서 북한이 발표한 인구 만명당 의사 수를 총인구에 대비 산출한 것임.

3) 보조의사·보조약사·조산사·보조방사선사·간호사·보조의료기 제조사 등을 포함한 수치로서, 북한이 발표한 인구 만명당 간호원 및 준의사 수를 북한 총인구에 대비하여 산출한 것임.

4) 간호조무사가 포함됨.

5) 임상병리사·방사선사·물리치료사·작업치료사·치과기공사·치과위생사·의무기록사 등임.

資料: 통일원, 『북한개요 '91』, 서울: 통일원, 1991, pp.104~106; 승창호 외, 『북한보건의료연구』, 서울: 청년세대, 1989, p.150에서 재구성.

나. 保健醫療人力の 活用

남한의 경우 1990년 현재 人口 萬名當 醫療人力(치과의사·한의사·약사 포함)은 22.2명으로 나타나고 있다. 이들은 병·의원, 공공기관, 사업장에 소속되거나 일반개업을 하는 등의 다양한 형태로 활동하고 있다. 醫師 數는 인구 萬名當 9.9명으로 이들 중 54.6%가 專門醫師이며, 의과대학 졸업 후 3~4년간 집중적으로 전문 지식 및 기술을 습득한 후 국가고시를 거쳐 전문의사 자격증을 취득하여 1·2·3차 의료기관에서 활동한다. 의사 및 치과의사의 地域別 醫療機關 分布現況을 보면, 취업의사의 72.8%, 취업치과의사의 70%(1993년)가 6대도시 등 시부지역에 분포하고 있어 地域別 醫療惠澤 不均衡의 문제점이 있음을 알 수 있다.

한편 의료서비스의 질을 유지·향상시키기 위하여 이들에게 정기적인 補修教育을 이수하게 하고, 국내외 학술회의 참석, 해외연수, 자체 세미나 개최, 학위과정 이수 등의 다양한 管理프로그램을 실시하고 있다.

북한의 醫療人力(의사·치과의사·동의사·위생의사·약사)은 1986년 현재 人口 萬名當 27명으로 추정되는데, 중앙·도 및 시단위에서 활동하고 있다.²⁶⁾ 醫師는 수준에 따라 의사·부 의사·준의사·구강의사·위생의사 등이 있는데, 부의사 및 준의사는 리진료소, 군병원에 근무하거나 대학병원에서 간호사로 활동하고 있다. 專門醫師는 별도의 국가고시 없이 교육기간은 3년이며, 도의학대학 병원에서 활동한다.

의사인력의 경우 승진시험제도·급수유지시험·재교육·자체현장학

26) 북한의 의사 배치 실태를 행정구역수(1991년)를 기준으로 추정한 결과, 중앙에 2,600명(11개 병원), 도단위에 12,000명(10개병원/12개 도), 시단위에 5,800여명(2개병원/24개 시), 군단위에 18,000여명(인민병원, 결핵병원, 정신병원, 감염요양소, 방역소/147개 군), 리단위에 27,000여명(병원, 진료소/4,617개 리)으로 나타나고 있다(변중화 외, 1993:109~112).

습 등을 통해 의사인력의 質的 管理를 실시하고 있다. 看護人力은 주로 병원에서 활동하며 助産士는 산원, 병원, 리병원 등에서 활동하고 있다(변중화 외, 1989:70~71).

〈表 3-4〉 南北韓 保健醫療人力 養成機關 比較(1986)

보건의료 인력	남 한		북 한	
	양성기관	기간	양성기관	기간
<u>의사</u>				
의사	의과대학	6년	의학대학	6년
한(동)의사	한의학대학	6년	의학대학 동의학부	5년
위생의사	-	-	의학대학 위생학부	5년
부 의사	-	-	고등의학전문학교	4년
준 의사	-	-	고등의학고	3년
<u>보건의료인력</u>				
약사	약학대학	4년	의학대학 약학부	5년
조산사	간호대학졸업후 수련	5년	고등의학전문학교	3년
조제사	-	-	보건간부학교	2년
간호사	간호대학·간호전문대학	4·3년	보건간부학교	2년
간호조무사	간호학원	9-12개월	간호학교·간호원양성소	1년
병원·방역소· 요양소 간부	-	-	중앙보건간부학교	1년
보육원	-	-	보육원양성소	3개월

資料: 변중화·박인화·서미경·김만철, 『남북한 보건의료제도 비교연구』, 서울: 한국보건사회연구원, 1993, p.106에서 재인용.

人力養成에 대해 비교해 보면, 남한의 경우 의과대학·치과대학·한 의과대학·약학대학으로 구분되는 分離體制下에 이루어지고 있으며, 북한에서는 의학대학 산하에 의학부, 동의학부, 구강학부, 약학부를 두는 統合體制下에 이루어지고 있다. 人力技術水準의 향상을 위해서 남한은 능력별 보직제도 및 보수의 차등화를, 북한은 승진시험제도 및 급수유지 시험제도를 근간으로 하고 있다. 이들에 대한 社會的 待遇는

남한의 경우 타직종에 비해 상대적으로 高所得이지만 의료인 상호간 所得隔差가 심하고, 북한의 경우 報酬水準이 전반적으로 낮으나 상호 所得隔差는 적은 것으로 나타나고 있다.

이러한 현실을 고려할 때 남북한 의료인력의 水準 差는 상당할 것이며, 특히 醫療서비스의 水準을 좌우하는 高度의 專門人力 確保는 남한이 절대적 優位에 있을 것으로 평가되고 있다.

5. 政策的 示唆點

남한과 북한의 보건의료제도를 비교함에 있어, 外的 體制에 대한 측면과 함께 實際 制度가 어떻게 운용되는지 實行의 部分을 동시에 검토할 때 보다 정확한 평가가 가능할 것이다. 그러나 앞에서 전제했듯이 신빙성있는 北韓資料의 구득이 불가능하고, 歸順者 등의 증언으로는 일관성있는 一般化가 곤란하므로 균형있는 비교는 어려운 실정이다. 따라서 制度의 틀과 基本 原則 및 政策 志向을 검토하여 이를 통해 수반되는 問題點 등을 파악하고자 하였다.

보건의료제도 역시 각각 社會經濟體制의 특성이 반영되어 남한은 市場原理를 중심으로, 북한은 國家主導로 운영되고 있으며 이에 따라 人的·物的資源의 開發 및 管理方式 등에서 현격한 차이를 보이고 있다. 앞서 이의 개략적인 내용을 검토한 결과, 統一을 대비하여 同質性을 제고할 수 있는 統合體制 구상을 위해서 고려되어야 할 점들을 정리해 보면 다음과 같다. 이는 남한의 自由市場經濟原理에 따른 체제를 근간으로 이에 따른 부정적 측면을 최소화하고 북한제도의 장점을 최대한 반영하도록 해야 할 것이다.

첫째, 북한제도에 비해 월등한 장점으로 부각되고 있는 의료이용의 自律選擇權이 유지되고, 階層과 地域에 관계 없이 보장될 수 있도록

하여야 할 것이다.

둘째, 보건의료 行政組織이 업무의 效率性을 제고하면서 전반적으로 豫防의 기능을 강화하여 보다 효과적인 資源 管理와 서비스 傳達이 이루어지도록 해야 할 것이다.

셋째, 보건의료시설 설치의 경우 地域偏在을 조정하고 의료취약지역에 接近性을 제고할 수 있는 국가차원의 補完方案을 지속적으로 추진하도록 하며, 이에 따라 醫療欲求의 통제방안이 마련되어야 할 것이다.

넷째, 현재 북한에서 양성된 醫療人力은 그 教育內容과 技術水準이 매우 상이할 것이므로 남한의 의료인력에 비해 질적 수준에서 큰 격차를 보일 것이다. 따라서 必要人力의 공급과 관련하여 教育體系와 需要推計 등의 대응방안을 마련해야 할 것이다.

한편 점진적으로 南北韓 協力이 이루어질 경우, 보건의료분야는 理念을 초월하여 보다 활발한 交流가 가능할 것이다. 이에 북한에 비해 앞서 있는 現代 醫學技術과 의료 장비 및 의약품을 제공하고, 韓醫學과 관련한 資料 및 한방의료 科學化를 이룰 수 있는 자료를 교환할 수 있는 방안을 추진하도록 한다. 이와 함께, 保健醫療指標의 정확한 공개를 통해 상호 이해를 우선 제고하도록 하고, 이질적인 체제와 내용을 최소화하도록 醫學用語와 醫藥品 및 器機, 人力 및 施設에 관한 基準을 統一할 수 있는 방안을 검토하도록 한다.

IV. 南韓과 北韓의 社會保障制度

南韓과 北韓의 체제 이질성으로 인하여 남북한의 사회보장은 그 성격이나 給與內容에서 뿐만 아니라 그 體系에서도 상당한 差異를 보이고 있다. 이러한 이질성의 극복은 향후 남북한 사회보장통합의 과정에서 중심적인 과제인 한편, 남북한 사회보장의 이질성은 남한과 북한의 사회보장을 비교하는 데 있어서 상당한 制約要素로 작용한다. 또한 현재 북한의 사회보장에 대한 資料는 극히 制限되어 남한에서의 北韓 社會福祉研究는 그동안의 북한의 관련 法規에 전적으로 의존하고 있는 실정이다. 그런데 이 법 조차도 사회보장을 구체적으로 계획하고 실천하는 데 필요한 법률이 아니라 宣言的, 슬로건의 성격이 매우 강하여, 북한의 사회보장을 파악하는 데 많은 限界를 가지고 있다.

이와 같은 제한점을 전제하고, 남한과 북한의 사회보장제도를 비교해 보면 다음과 같다. 본고에서는 南北韓 社會保障制度를 所得保障, 醫療保障, 社會福祉서비스의 세부분으로 구분하여, 각 부분내에서 구체적인 제도와 실태를 비교해 보고자 한다.

1. 南韓과 北韓의 所得保障制度

社會保險制度는 노후 소득상실에 대한 年金制度, 산업재해로 인한 소득상실에 대한 産業災害補償制度, 실업으로 인한 소득상실에 대한 失業保險制度, 그리고 빈곤에 대한 公的扶助制度의 4가지로 크게 구분된다. 이 4가지 각각에 대하여 南北韓 所得保障의 현실을 比較해 보고자 한다.

가. 年金制度

年金制度는 국민이 老齡, 廢疾 또는 死亡에 의하여 소득능력이 상실되거나 감퇴된 경우에, 국민의 생활안정과 복지증진을 위하여 정기적으로 일정한 현금급여를 행하는 대표적인 所得保障制度이다. 南韓의 年金制度는 소득비례 일원화 방식으로서 누진율이 적용되기는 하지만 소득에 따라 보험료가 각출되고 급여가 지급되는 체계를 가지고 있고, 재정방식은 수정적립방식의 구조를 가지고 있다. 北韓의 年金制度는 북한 전체 사회보험제도에 통합되어 그 속에서의 급여종류의 하나로써 연금이 별도의 제도로 형성되어 있지는 않다. 북한의 연금제도는 所得比例體系인지 定額年金體系인지가 명확히 알려져 있지는 않지만, 기본적으로 정액연금의 성격이 강하고, 일반 연금급여와는 별도로 근로자의 경우에 특혜로서 보다 높은 급여를 제공하는 功勞者年金이 부가적으로 결합되어 있는 체계로 평가된다. 그리고 재정방식은 전체 사회보험을 통합운영하므로 기본적으로 賦課方式(pay-as-you-go)을 가진 것으로 평가된다. 南北韓 年金制度를 보다 자세하게 검토해 보면 다음과 같다.

첫째, 適用對象의 範圍와 適用時期를 비교해 보면 다음과 같다. 南韓의 연금제도는 1988년부터 10인 이상 사업장 근로자를 대상으로 國民年金法이 실시되면서 일반국민에 대한 연금제도가 처음으로 시작되었다. 그 후 1992년에 5인 이상 事業場 勤勞者에게로 확대되었고, 현재에는 農漁村 住民 및 都市地域 居住 農漁民까지 국민연금제도에 강제적용되고 있다. 물론 남한의 연금제도가 1988년 국민연금제도가 실시되기 이전까지 전무했던 것은 아니다. 1961년 공무원 연금제도, 1963년 군인연금, 1975년 사립학교교직원연금제도가 실시되었다. 그러나 이들 연금은 국민 중 一部の 特殊階層에 한정하여 특별히 실시된 것이어서, 일반 국민들의 노후생활보장을 위한 제도로는 보기 어렵다

는 한계가 있다.

北韓의 年金制度는 1946년 사회보험법의 제정 이후 모든 勤勞者들에 대하여 실시되었는데, 농어민과 자영자들은 연금제도에 포함되지 못하고 있었다. 그 후 1986년에야 『협동농민들에게 사회보장제를 실시할데 대하여』라는 법률이 제정됨으로써 이때부터 協同農場 農民들도 연금제도의 적용을 받게 되었다.

이렇게 볼 때, 適用對象에 있어서 남한과 북한은 職域의 측면에서 비슷한 체계를 가지고 있다. 남한의 경우에도 도시자영자를 제외한 직장근로자와 농어민을 대상으로 하고 있고, 북한의 경우에도 도시자영자를 제외한 직장근로자와 농어민을 대상으로 하고 있다. 그러나 연금제도가 包括하고 있는 人口範圍의 측면에서는 일정한 差異가 있다. 南韓의 경우 都市自營者가 상당한 규모로 存在하고 있고 특히 5인 미만 사업장의 종사자들이 연금제도의 적용을 받지 못하고 있는데 비해, 北韓의 경우에는 그동안의 사회주의계획경제 운용의 결과 都市自營者가 거의 존재하지 않고 있다. 그러나 앞으로 남한의 경우 1998년부터 도시지역자영자 및 5인 미만 사업장 종사자에 대해서도 국민연금적용이 확대될 것으로 계획되어 있으며, 현재의 계획대로 진행된다면 남한은 1998년에 일단 전국민연금을 이루게 될 것이다. 北韓의 경우에는 현재에는 거의 전국민연금을 이루고 있지만, 향후 개방, 시장화의 전개에 따라 도시지역자영자의 규모가 증대될 것이므로, 이 경우 북한도 都市地域自營者에 대한 年金制度의 擴大를 이루어야 全國民年金을 達成할 수 있을 것이다.

한편 制度導入時期에 있어서는 일반 勤勞者의 경우 북한 1946년 남한 1988년으로 북한이 남한보다 약 42년 앞서는 한편, 農漁民의 경우에는 북한 1986년 남한 1995년으로 약 10년으로 그 차이가 줄어들었다.

즉, 適用時期에 있어서 남북한은 연금제도 적용에 있어서 상당한 차이를 보였지만, 현재에 있어서는 勤勞者와 農漁民을 가입대상으로 하고 있고, 도시자영자에 대한 제도보완의 문제를 가지고 있다는 점에서 類似한 양상을 보이고 있다.

둘째, 給與에 있어서는 노령연금의 給與內容과 老齡年金의 支給時期를 비교해 볼 수 있다. 南韓의 경우, 노령연금 급여는 평균소득자의 경우 20년 가입하고 60세에 도달하였을 때 所得階層에 따라, 평균소득자의 경우 평균소득의 약 35%, 그리고 평균소득 이하자에게는 그 이상의 보다 높은 비율을, 특히 최하위 등급(1등급)인 경우에는 소득의 100%를 현금으로 지급받도록 되어 있다.

北韓의 경우에는 남자 만 60세, 여자 만 55세에 도달하면 현금급여로 月基本生活費의 60~70%, 현물급여로 食糧 300g을 지급받도록 되어 있다.²⁷⁾ 月基本生活費의 60~70%가 어느 정도 되는지에 대해 안계춘(1989)은 북한귀순자로부터의 증언을 인용하며 월 16원 30전이라고 한다. 한편, 귀순자 오길남은 1994년 韓國社會保障學會 討論會에서 월 20원이라고 증언하였다. 또한 오길남은 北韓의 경우 年金給與는 소득에 따라 급여수준이 달라지는 소득비례연금제도가 아니라, 定額給與가 이루어지고 있다고 증언하였다. 단지 일반 근로자 연금과 달리 功勞者 年金의 경우에는 그 공로정도에 따라 多樣的 水準의 높은 給與가 이루어지고 있다고 증언하였다.

즉, 給與方式에 있어서, 南韓은 소득 특히 보험료 납부액과 관련하여 所得比例給與方式을 택하고 있는 한편 北韓은 현재까지의 정보를

27) 그런데 우리나라에는 현재 북한의 노령연금 급여에 대한 자세한 내용이 알려지지 않고 있다. 1974년 중앙정보부에서 발간된 『북괴법령집』과 1990년 대륙연구소에서 발간한 『북한법령집』 등 모든 북한 법령집에는 사회보험법 중 양로연금법을 취급하고 있는 95~99조가 빠져 있어서, 양로연금의 급여내용, 방법, 수준에 대한 더욱 자세한 자료가 없는 실정이다.

종합해 보면, 일반 근로자들에 대해서는 定額給與를 제공하고 근로자로 인정된 사람에 대해서는 보다 높은 수준의 특혜적인 差等給與를 제공하는 방식을 채택하고 있는 것으로 보여진다. 그리고 給與水準은 남북한의 생활수준을 정확하게 비교하기 어렵지만, 北韓의 경우 정액 연금으로서의 월 20원은 월기본생활비의 60~70% 수준에 해당되고 나머지 30~40%는 식량배급에 의해서 이루어지는 것으로서 그야말로 월기본생활비로서 최소한의 기초생활 가능수준을 제공하는 것으로 볼 수 있다. 한편 年金受給年齡은 남한은 남녀 모두 만 60세, 북한은 남자 만 60세, 여자 만 55세로 되어 있어, 남북한간에 수급연령에 있어서 큰 차이는 없는 것으로 생각된다.

셋째, 財政에 있어서는 財政方式과 保險料 水準을 비교해 볼 수 있다. 南韓의 경우, 修正積立方式으로서 연금가입후 20년 동안 납입한 보험료를 적립하여 이를 연금가입 20년 후 급여로 지급받는 형식을 취하고 있다. 보험료는 최초 5년간은 3%, 다음 5년간은 6%, 그리고 그 후에는 9%를 지급하도록 되어 있다.

北韓의 경우, 연금의 재정방식이 적립방식이 아니라 賦課方式으로 이루어지는 것으로 생각된다. 북한의 경우 社會保險이 개별 사회보험 제도별로 별개의 재정을 가지고 있는 것이 아니라, 統合 運營되고 있다. 그래서 保險料의 경우에도 사회보험 전체 보험료로 피용자의 경우에는 임금의 1%, 그리고 고용주는 국가, 조합, 사회기업소, 단체의 경우에는 임금의 5~8%, 개인기업소의 경우에는 임금의 10~12%를 보험료로 납입하도록 되어 있다.

즉, 財政方式에 있어서 남한이 修正積立方式을 채택하고 있는 반면에 北韓은 賦課方式을 채택하고 있다. 이 문제는 향후 남북한 연금제도 통합에 있어서 해결되어야 할 주요한 정책과제로 대두될 것이다. 또한 保險料의 경우에는 南韓은 보험료를 使用者와 被傭者가 折半씩

負擔하는 체계로 이루어져 있는 반면, 北韓의 경우에는 使用者가 大部分의 保險料를 支拂하는 체계로 이루어져 있다.

넷째, 傳達體系를 보면, 南韓의 경우에는 국민연금은 보건복지부와 그 산하의 국민연금관리공단, 공무원연금은 총무처, 군인연금은 국방부, 그리고 사립학교교직원연금은 교육부에서 각각 담당하는 등 分化되어 있는 반면, 北韓의 경우에는 노동부 감독하에 연금 뿐만 아니라 사회보험 전체를 一元的이고 統一的인 전달체계로 형성하고 있는 것이 특징이다. 북한은 노동부에서 전체 사회보험을 담당하고 있으며 이를 위해 그 산하에 사회보험처를 두고 있다. 그리고 地方에서도, 시, 군 인민위원회 노동행정기관에서 사회보험업무를 수행하고 있으며, 그 수행을 위해 도, 시, 군 각각에 사회보험금고, 사회보험사무소, 심사위원회, 사회보험검사원이 관계하고 있다.

〈表 4-1〉 南北韓 年金制度 比較

	남 한	북 한
적용대상	- 5인 이상 사업장 - 농어촌 및 도시지역 농어민	- 전체 근로자 - 협동조합 농민
급 여	- 60세(20년 가입시) 평균소득자의 경우 임금의 35%를 현금 지급 받음	- 60세(남), 55세(여) · 현금급여: 월기본생활비의 60~70%(정액) · 현물급여: 식량 300g
재 정	- 적립방식 - 연금만 별도 운영	- 부과방식 - 사회보험전체 통합운영
전달체계	- 보건복지부 산하 국민연금관리공단에서 담당	- 사회보험전체를 노동부에서 총괄담당

나. 産業災害補償制度

産業災害補償制度는 근로자의 業務上의 災害로 인한 傷害나 死亡으로 所得能力이 감소·상실되거나 所得을 상실하게 되는 데 대한 補償을 목적으로 하는 제도이다. 南韓의 産業災害補償制度는 별도의 사회보험 제도로서 산업재해를 입은 사람에 대한 치료와 소득보상을 담당하는데 비해, 北韓의 産業災害補償制度는 사회보험 중의 급여의 일종으로 소득보상을 하고, 치료는 사회보험과는 별도의 無償治療制에서 담당하는 체계를 가지고 있다. 南北韓 産業災害補償制度에 대하여 보다 자세히 살펴보면 다음과 같다.

첫째, 適用對象의 範圍와 그 制度導入時期를 살펴보면 다음과 같다. 南韓의 경우, 산업재해보상보험은 1963년 산업재해보상보험법이 제정된 후 1964년 7월부터 집단적 사용자 공동책임의 近代的인 産災保險制度가 500인 이상 사업장을 대상으로 시작되었다. 그 이후 1967년 100인 이상 사업장, 1973년 16인 이상 사업장, 1982년 10인 이상 사업장, 그리고 1992년 이후 5人 以上 事業場 被傭者를 당연적용대상으로 하여 실시되고 있다(단, 농업, 임업, 어업, 도소매업, 금융, 보험, 부동산, 일부 서비스업 및 5인 미만 사업장 당연적용 제외).

北韓의 경우에는 연금과 마찬가지로 산재보험법이 별도로 설정되어 있지는 않고 사회보험의 일부로 통합되어 있는데, 그 適用對象은 職務執行上의 原因으로 인하여 勞動能力을 喪失한 本人과 직무집행상의 원인에 의한 사망시의 遺家族이다. 북한에서는 1986년 『협동농민에게 사회보장제를 실시할 데 대하여』라는 법령이 제정됨으로써, 農民들도 산재보험의 적용을 받게 되었다.

즉, 適用範圍에 있어서 北韓의 경우 전체 사업장근로자를 대상으로 하고 또한 협동농장농민들도 산재보험의 適用對象이 됨으로써, 일부업종이 제외된 5인 이상 사업장만을 당연적용대상으로 하고 있는 南韓

과 비교하여 포괄적이다. 또한 사업장 근로자의 경우 그 適用時期도 북한은 1946년으로 남한의 1964년보다 약 20년 가량 앞섰다.

둘째, 급여에 있어서는, 給與內容과 給與方式을 비교해 볼 수 있다. 南韓의 경우, 給與의 種類에는 요양급여, 휴업급여, 장해급여, 유족급여 등이 있으며, 給與支給方式에 있어서는 연금방식과 일시금방식 그리고 양자 중 하나를 선택하는 방식이 있다. 年金方式이 적용되는 급여로는 장해등급 1~3급자에 대한 장해급여가 해당되고, 年金과 一時金 중 選擇 가능한 給與로는 장해급여상의 장해등급 4~7급과 유족급여가 해당되며, 一時金 方式이 적용되는 급여로는 장해등급 8~14급과 휴업급여가 해당된다.

北韓의 경우에는, 피보험자가 직무집행상의 질병, 부상으로 불구 폐질된 자에 대해 6個月 未滿의 노동능력상실의 경우에는 國家 社會保險에 의하여 短期補助金을 지급하고, 長期的으로 노동능력을 상실한 경우에는 國家社會保障에 의하여 年金을 지급하도록 규정하고 있다.

南北韓의 경우 給與의 種類에는 거의 차이가 없다. 북한의 경우 사회보험에서 요양급여가 규정되어 있지는 않지만, 이는 전국민에 대한 無償治療制의 차원에서 담당되고 있기 때문이다. 그리고 給與方式에 있어서, 장해정도가 낮은 경우에는 양자 모두 일시금을 지불하고 있고, 장해정도가 높을 경우에는 연금을 지급하고 있다. 그러나 남한의 경우 장해정도가 중간일 경우 일시금과 연금 중 하나를 선택할 수 있도록 하고 있다는 특징이 있다.

셋째, 財政에 있어서는 南韓은 산재보험 別途의 財政마련 體系를 가지고 있는 반면, 北韓은 사회보험 전체에서의 統合的인 財政마련 體系를 가지고 있다. 재정방식을 보면 南韓의 경우에는 賦課方式(pay-as-you-go)으로서 당년도 급여지출에 대해 당해 보험료율을 결정하는 체계를 가지고 있다. 北韓의 경우에도 재정방식이 기본적으로 賦課方式

으로 되어 있는데, 6개월 미만의 장해일 경우에는 기업소와 근로자의 보험료로, 6개월 이상의 장기장해일 경우에는 정부예산으로 재정을 충당한다. 그러나 구체적으로 사회보험에서의 보험료율이 어떤 기간(예를 들면, 단년도 급여지출, 또는 4~5년 급여지출, 또는 그 이상의 급여지출 등)을 중심으로 설정되고 변화되는지에 대해서는 확인되지 못하고 있다.

넷째, 傳達體系에 있어서는 南韓의 경우 노동부 산하의 勤勞福祉公團에서 관리운영을 담당하고 있고, 北韓의 경우에는 산재를 포함하여 전체 사회보험을 勞動部 監督下에 도 인민위원회 노동행정기관, 시군 인민위원회 노동행정기관에서 담당하고 있다.

〈表 4-2〉 南北韓 産業災害補償制度 比較

	남 한	북 한
적용대상	- 5인 이상 사업장 근로자(농림수산업 종사자, 도소매업, 금융 보험, 부동산, 일부 서비스업 종사자 제외)	- 전체 사업장 근로자 - 협동농장농민
급여	- 급여종류: 요양급여, 장해급여, 유족급여 등 - 급여방식 · 연금: 장해급여의 1~3등급, · 연금과 일시불 중 선택: 장해급여 4~7등급과 유족급여 · 일시불: 그외는 일시불	- 급여종류 및 방식 · 단기급여(6개월 미만): 사회보험에서 · 장기급여(6개월 이상): 사회보장에서 (요양급여: 무상치료제 담당)
제정	- 단년도 급여지출에 대해 보험료를 설정하는 부과방식	- 단기급여: 사회보험에서의 보험료 각출 - 장기급여: 사회보장에서 정부일반예산
전달체계	- 노동부 산하 근로복지공단에서 담당	- 사회보험 전체적으로 노동부에서 담당

다. 雇傭保險制度

雇傭保險制度는 근로자들의 失業으로 인한 소득상실에 대해 失業給與를 제공하여 생활안정을 기할 뿐만 아니라, 積極的인 勞動市場政策을 통하여 근로자들의 雇傭을 提高시키고자 하는 社會보험제도이다. 이 雇傭保險制度의 경우, 南韓에서는 1995년 7월 1일부터 실시가 시작된 반면, 北韓의 경우에는 일찍이 1946년 社會보험법에서 失業보조금 규정이 제정되어 실시되었으나, 1978년 노동법에서 北韓에서는 완전고용의 달성으로 失業이 영원히 없어졌다고 주장하며 失業보험을 폐지하여 현재에 이르고 있다. 따라서 여기에서는 南韓의 고용보험제도를 간단하게 소개한다.

南韓의 雇傭保險制度는 고용안정사업, 직업능력개발사업, 실업급여의 3가지 주요사업을 실시한다. 雇傭安定事業이란 국내외 경기의 변동, 산업구조 변화 등으로 고용상태가 불안하게 되는 경우에 고용안정을 위하여 고용조정지원, 지역고용촉진, 고령자고용촉진, 고용촉진시설에의 지원, 고용정보제공 및 직업지도 등의 사업을 실시하는 것을 말한다. 職業能力開發事業이란 근로자에게 자신의 직업능력을 향상시킬 수 있는 기회를 제공하기 위하여 사내직업훈련지원, 교육훈련 등의 지원, 실업자의 재취직훈련, 직업훈련시설에 대한 지원, 직업능력개발사업의 발굴, 지원 등의 사업을 실시하는 것이다. 失業給與는 실업에 대한 소득상실에 대하여 소득을 보조하는 것으로서, 기본급여와 취직촉진수당이 있다. 雇傭保險制度의 適用範圍는 실업급여는 30인 이상 사업체, 고용안정사업과 능력개발사업은 70인 이상 사업체를 대상으로 하였다.

그리고 財政은 失業給與에 대하여 勞働者와 使用者가 임금총액의 0.6% 중 折半인 0.3%씩 負擔하고, 雇傭安定事業과 能力開發事業은 使用者가 負擔하는 것으로 하였다. 국가의 재정지원은 관리운영비에 한정하고 있고, 제도의 管理運營은 勞働部가 직접 담당하도록 되어 있다.

〈表 4-3〉 南北韓 雇傭保險制度 比較

	남 한	북 한
적용대상	<ul style="list-style-type: none"> - 실업급여: 30인이상 사업장 - 고용안정사업 및 직업능력개발사업: 70인 이상 사업장 	
급여	<ul style="list-style-type: none"> - 고용안정사업: 고용조정지원, 지역고용촉진, 고령자고용촉진, 고용촉진시설 지원, 고용정보제공 및 직업지도 등 - 직업능력개발사업: 사내직업훈련지원, 교육훈련지원, 실업자 재취직훈련과 직업훈련시설에의 지원, 직업능력개발사업들의 발굴 지원 등 - 실업급여: 기본급여, 취직촉진수당 	<ul style="list-style-type: none"> - 1946년 사회보험법이후 실업급여 시행 - 1978년 이후 완전고용달성했다는 이유로 폐지
재정	<ul style="list-style-type: none"> - 실업급여: 임금 0.6%를 노사 1/2씩 부담 - 고용안정사업과 직업능력개발사업: 각각 0.1~0.5%와 0.2%로서 사용자 부담 	
전달체계	- 노동부	

라. 公的扶助制度

公的扶助(public assistance)制度는 社會扶助(social assistance)制度和 혼용되어 쓰기도 하고, 공적부조제도를 보다 狹義의 概念으로 간주하여 빈곤에 처하게 된 사람들에 대한 대책으로 한정시키고, 사회부조제도를 보다 廣義의 概念으로 간주하여 보편적인 아동수당제도 등을 포함하여 정부의 재정책임에 의한 사회적 부조를 총칭하는 것으로 사용하기도 한다. 여기에서는 公的扶助를 일단 전자의 해석을 기반으로

빈곤에 처하게 된 사람들에 대한 대책으로 한정하여 사용하고자 한다.

南韓의 경우 公的扶助制度는 빈민에 대한 개별입법으로서의 생활보호법에 의하여 生活保護制度가 실시되고 있는 반면,北韓의 경우에는 특별한 개별입법에 의하여 총괄되는 공적부조제도를 가지고 있지 않은 것으로 알려져 있다. 북한의 경우에는 기본적으로 노동가능한 국민들은 모두 강제적으로 할당된 노동에 종사하여야만 하고 그 댓가로 국가로부터 기본생활에 필요한 配給을 받고, 또한 노동능력을 상실했을 경우에는 社會保險 및 社會保障制度에 의한 급여를 받음으로써 기본생활을 영위할 수 있도록 되어 있다. 만일 노동능력을 상실하고서도 사회보험 및 사회보장제도의 보호를 받지 못하는 경우에는 家族의 責任이 강조되고 국가는 이러한 노인에 대해 500g의 糧穀을 지원하는데 그치고 있는 것으로 보인다. 그리고 부양할 가족이 없을 경우에는 養老院이나 養生院 등에 수용된다. 즉, 북한에서는 빈곤대책으로서의 전형적인 公的扶助制度는 존재하지 않는 것으로 보인다. 단지 빈곤대책의 성격과는 차이가 있지만 援護政策으로서, 일제시대 때 빨치산 운동과 6.25 전쟁으로 인한 전상자들과 그 유족들에 대해 국가의 각종 보호조치가 이루어지는 양상을 보이고 있다. 南北韓의 公的扶助制度를 좀 더 자세하게 검토해 보면 다음과 같다.

첫째, 適用對象에 있어서,南韓은 빈곤선 이하(1995년 현재 소득 20만원, 재산 2,500만원 이하)의 빈민들에 대하여 생활보호대상자로 지정하여 보호하고 있다. 生活保護對象者는 근로능력이 없는 거택보호대상자, 시설에 수용되어 있는 시설보호대상자, 그리고 근로능력이 있는 자활보호대상자의 세가지 종류로 구분되어 있다. 남한의 생활보호대상자 선정에 있어서는 빈민임을 증명할 수 있는 資産調査(means test)가 필수적이다. 한편,北韓은 이와같이 빈곤선을 따라 설정되는 적용대상은 없다. 북한 주민들은 현재의 노동이나 과거의 노동에 의하여 配

給制의 적용을 받거나 社會保險(保障)의 給與를 받게 된다. 단, 戰傷者나 그 遺族의 경우 援護政策的 次元에서 保護를 받고 있다. 즉 북한의 경우에는 자산조사를 통하여 빈민임이 확인되는 적용대상자가 없다.

〈表 4-4〉 南北韓 公的扶助制度 比較

	남 한	북 한
적용대상	<ul style="list-style-type: none"> - 빈곤선 이하(소득 20만원, 재산 2,500만원 미만의 빈민) - 자산조사를 통해 생활보호대상자로 선정 · 거택보호, 시설보호, 자활보호의 세 범주로 구분됨 	<ul style="list-style-type: none"> - 빈민에 대한 개별 보호제도는 부재 - 배급제, 사회보험(보장)제도에 의하여 기본생활 보장 - 전상자와 그 부양가족에 대하여 원호정책을 실시함.
급여	<ul style="list-style-type: none"> - 생계보호: 월 75,000원 지급 - 자활보호 프로그램: 교육보호, 직업훈련, 생업자금융자, 취로사업 실시 	<ul style="list-style-type: none"> - 기본생활품 배급 - 전상자와 그 부양가족: 국가보조금 지급, 농업현물세 감면, 직업알선, 교육보장, 주택보장 등의 사업 실시
재정	<ul style="list-style-type: none"> - 정부일반예산 	<ul style="list-style-type: none"> - 정부일반예산
전달체계	<ul style="list-style-type: none"> - 보건복지부의 전체적 관리감독 - 일선내무부 행정기관에 의한 대상자 선정과 급여관리 - 사회복지전문요원에 의한 전문성 제고 	<ul style="list-style-type: none"> - 각 급여의 성질에 따라 노동, 보건, 교육, 건설부 등 여러 관련행정부처들에서 분산 담당 - 일반행정담당자가 담당

둘째, 給與에 있어서, 南韓은 빈곤선 이하의 생활보호대상자에 대하여 生計保護로서 거택보호대상자에 대하여 월 7만 5천원의 現金給與를 지급하고 있고, 自活保護 프로그램으로 교육보호, 생업자금융자, 직업훈련, 취로사업 등의 프로그램을 제공하고 있다. 北韓은 配給制를 통하여 북한 주민들의 기본적인 생활필수품을 공급하고 있다. 한편 援護政策으로서의 戰傷者와 그 扶養家族에 대한 보호프로그램들에서 국가보조금 지급, 농업현물세 감면, 직업알선사업, 교육보장사업, 주택보

장, 기타 생활필수품의 제공(양곡배급, 신탄배급, 피복제공 등) 등의 프로그램을 실시해 왔다.

셋째, 財政에 있어서는, 南北韓 모두 政府의 一般豫算으로 재정을 충당한다.

넷째, 傳達體系에 있어서는, 南韓의 경우에는 자산조사의 실시와 빈민들의 자립자활을 기하기 위하여 이를 전문적으로 담당할 社會福祉 專門要員을 전국에 배치하여 생활보호제도를 실시하고 있다. 한편 北韓의 경우에는 빈민들을 담당하는 전문직은 없고 一般行政官僚에 의하여 관리운영이 담당되고 있다.

2. 南韓과北韓의 醫療保障制度

醫療保障制度는 질병으로 인한 신체적 위협에 대한 治療와 질병으로 인한 소득상실에 대해 所得保障을 행하는 사회보험제도이다. 현재 남한과 북한의 의료보험제도는 매우 상이한 형태를 띠고 있어, 전체 사회보험제도 중 가장 강한 이질성을 가지고 있다. 南韓의 경우에는 보험료 부담능력이 있는 계층에게는 醫療保險制度를 그리고 부담능력이 없는 빈민에 대해서는 醫療保護制度를 실시하고 있다. 그런데 의료보험과 의료보호제도는 질병의 치료에만 집중하고 있고, 질병으로 인한 소득상실에 대해서는 질병으로 장애를 입게 되었을 경우 국민연금의 障害給與를 통하여 대처하고 있다. 그리고 단기간의 치료기간 동안의 소득상실에 대해서는, 정부 차원의 소득보장급여가 제공되지는 않지만, 대부분의 민간기업에서 유급병가를 제공함으로써 이에 대처하고 있다.²⁸⁾ 한편, 北韓의 경우에는 질병에 대한 治療에 있어서는 全國民

28) 그러나 민간기업의 유급병가는 기업에 따라 차이가 있으므로, 대기업의 상시 근로자와 영세사업장 근로자와 일용 및 임시 그리고 시간제 근로자간에 일

無償治療制를 도입하여 사회주의적 의료공급으로 대응하고 있고, 질병으로 인한 所得喪失에 대해서는 6개월 미만의 단기질병의 경우에는 社會保險으로, 6개월 이상의 장기질병인 경우에는 社會保障으로 대응하고 있다. 남북한의 질병에 대한 대응을 보다 구체적으로 살펴 보면 다음과 같다.

첫째, 適用範圍에 있어서, 남북한 모두 전국민을 대상으로 하고 있다. 南韓의 경우에는 1977년 500인 이상 사업장 근로자를 대상으로 의료보험제도를 시작한 이후 1989년부터 全國民에 대하여 醫療保險을 실시하게 되었고, 보험료 부담능력이 없는 貧民에 대해서는 醫療保護를 실시하고 있다. 한편, 北韓은 1940년대에 노동자와 그 부양가족에 대하여 國家無償治療制를 실시한 이래 1950년대에 全國民에 대해 國家無償治療制를 실시하게 되었다. 즉, 남북한은 모두 전국민에 대하여 의료보장을 실시하고 있으나, 남한은 사회보험방식인 의료보험과 공적 부조방식인 의료보호로 이원화하여 제도를 실시하고 있고, 북한은 전국민에게 보편적으로 적용하는 일원적 방식을 채택하고 있다.

둘째, 給與에 있어서 남북한의 給與範圍와 給與水準을 比較해 보면 다음과 같다. 給與範圍에 있어서는 제도적 규정이라는 형식의 측면에서 보면 남한에 비하여 북한이 훨씬 더 포괄적으로 나타난다. 南韓의 경우에는 의료보험과 의료보호에서 給與項目과 年間 保險適用日數가 制限되어 있고 또한 의료비의 일부를 本人이 負擔하도록 하고 있다. 이에 비해 北韓의 경우에는 無償治療制를 실시함으로써 급여항목과 급여기간 등에 制限이 없고 본인의 직접적인 費用負擔도 거의 없다.

그러나 實際 運營上의, 즉 實際 利用可能한 給與範圍라는 內容의 측면에서 보면 이러한 제도형식상의 차이는 상당히 다르게 해석될 수 있다. 南韓의 경우 給與範圍 制限規程은 市場經濟에서의 利潤追求行爲

정한 차이가 존재한다.

에 따라 발생하는 지나치게 고가이거나 필수적이지 않은 醫藥品 및 醫療行爲의 濫用을 抑制하고 의료보장의 범위를 질병 치료에 필수적인 의료행위로 제한하여 의료의 건전성을 기하고자 하는 목적을 가지고 있다. 그러나 北韓의 경우에는 의료부문의 국유화로 인하여 醫療供給 자체가 基礎的인 水準으로 제한되어 있어서 지나치게 고가이거나 불필요한 의료의 남용 문제가 거의 제기되지 않으므로, 의료에 대한 제도적 제한의 필요성이 거의 없다. 한편 北韓에서도 주로 대도시의 大型病院을 중심으로 한 고질, 고가의 전문적인 의료서비스에 대한 이용은 北韓의 黨幹部 등 特權層을 중심으로 制限되어 있고 일반 주민들의 접근은 어려운 것으로 알려지고 있다.

給與水準에 있어서는 북한에 비하여 남한의 醫療提供의 質이 훨씬 높은 것으로 평가된다. 醫藥品과 醫療施設의 면에 있어서 北韓은 남한에 비하여 치료에 필요한 약, 진찰장비, 병원시설 등에서 매우 劣惡한 것으로 알려지고 있다. 최근 북한 주민들에 대한 중국이나 일본 등의 해외동포들의 의약품 제공 사례들은 이러한 측면들을 잘 보여준다. 또한 醫療人力의 質에 있어서도 남한의 의료인력이 장기간의 전문적 훈련을 통한 전문의를 중심인데 비하여 북한의 의료인력들은 상대적으로 단기간의 훈련을 통한 준전문가 중심으로 구성되어 있다.

즉, 南韓의 醫療保障은 양질의 전문적인 의료시장이라는 환경에서 의료보장의 급여범위를 치료에 필수적인 부분으로 제한하여 의료의 건전성을 기하고자 하는 특성을 가지고 있고, 北韓은 의료부문 자체의 국유화에 따라 이미 제한되어 있는 의료행위의 범위를 제도적으로 보장하는 성격을 가진 것으로 평가된다.

셋째, 財政에 있어서는 南韓은 醫療保險의 경우 기본적으로 保險料에 의하여, 醫療保護는 政府豫算에 의하여 재정이 충당되는데 비해, 北韓은 政府一般豫算에서 충당된다. 南韓의 醫療保險의 경우, 근로자

는 사용자와 피용자가 1/2씩 부담하고, 농어민과 자영자는 보험료 전액을 본인이 부담하는데, 의료보험이 조합주의로 이루어져 있어 재정도 각 조합별로 독립채산제를 원칙으로 하며 보험료율도 조합에 따라 차이가 있다. 그러나 지역의료보험조합의 경우 재정적자의 문제가 심각하여 지역의료보험조합 재정의 50% 정도를 정부의 국고보조로 충당하고 있다.

〈表 4-5〉 南北韓 醫療保障制度 比較

	남 한	북 한
적용대상	<ul style="list-style-type: none"> - 이원적 적용 · 의료보험 적용대상: 부담능력 있는 전국민 · 의료보호 적용대상: 부담능력 없는 빈민 	<ul style="list-style-type: none"> - 전국민 일원적 적용
급여	<ul style="list-style-type: none"> - 급여범위 · 제도형식: 제한적(상병수당 없고, 급여항목 및 기간 제한, 그리고 본인부담금제 존재) · 실제운영: 고가 또는 불필요한 의료비용 억제하고 의료보장을 필수적 의료로 제한하고자 함. 	<ul style="list-style-type: none"> - 급여범위 · 제도형식: 포괄적(상병수당 있고, 급여항목 및 기간 제한없고, 본인부담금 없음) · 실제운영: 의료공급 자체가 국유화에 따라 기초수준으로 이루어져 의료비용의 문제 거의 없음. 한편 대도시 대형병원에서의 전문적 의료서비스는 특권층으로 제한됨.
재정	<ul style="list-style-type: none"> - 급여수준: 높은 수준 - 의료보험: 보험료, 일부국고보조 - 의료보호: 정부일반예산 	<ul style="list-style-type: none"> - 급여수준: 낮은 수준 - 정부예산
전달체계	<ul style="list-style-type: none"> - 의료공급: 사적 민간부문 - 진료체계: 1, 2, 3차 진료체계 - 관리운영: 조합주의 방식 	<ul style="list-style-type: none"> - 의료공급: 국영화 - 1, 2, 3, 4차 진료체계 - 관리운영: 전국적 통합

넷째, 傳達體系에 있어서는, 의료공급의 성격과 진료체계, 그리고 관리운영체계의 세가지 문제를 살펴볼 수 있다. 醫療供給의 성격에 있어

서, 南韓은 의료공급을 사적 부문의 民間醫療供給에 의하여 조달하고 있는 반면에, 北韓은 의료공급을 國營化하여 정부가 직접 의료서비스를 공급하고 있다.

診療體系에 있어서는 南韓은 診療圈을 중진료권, 대진료권, 전국진료권으로 구분하여 1·2·3차의 진료체계를 거치도록 하고 있는 반면, 北韓은 1·2·3·4차 진료기관을 구분하여 이 4段階 診療體系를 거치도록 설정하고 있다.

그리고 의료보장의 管理運營體系에 있어서는, 南韓은 직장의료보험, 공교의료보험, 지역의료보험의 크게 3가지로 구분되는 관리운영체계에 기반하여 각 의료보험조합이 독립성을 가지는 組合主義方式을 채택하고 있는 반면에, 北韓의 경우에는 정부책임하여 전체 의료보장체계를 統合運營하고 있다.

3. 南韓과北韓의 社會福祉서비스

가. 老人福祉

老人福祉는 노령으로 인한 경제적, 육체적, 정서적 상실에 대처하여 老人들이 人間다운 生活을 營爲할 수 있도록 하는 여러가지 社會의 서비스를 말한다. 남한과 북한은 양자 모두 노인복지서비스에 있어서 家族에 의한 老人保護를 기본기조로 삼고 있다. 이러한 공통된 기반위에서 각각의 특성을 가지고 있는데, 南韓의 경우에는 民間部門의 活動과 이에 대한 정부지원을 強調하고 있고, 北韓의 경우에는 老人福祉서비스가 거의 不在한 狀況에서 老人의 勞動活動을 強調하고 있다. 남북한의 노인복지서비스를 보다 자세하게 살펴보면 다음과 같다.

첫째, 適用對象에 있어서, 南韓의 경우에는 貧困老人에 대해서는 정

부의 책임과 개입을 강조하고 中産層 以上の 老人에 대해서는 개인부담에 의한 민간서비스의 확대를 강조하고 있다. 한편 北韓의 경우에는 所得이 없는 老人이나 無依無托老人에 대해 部分的인 保護措置(노령연금 받지 못하는 노인에 양곡 지급, 무의무탁 노인 양로원 수용)가 있을 뿐 노인의 인간다운 생활을 위한 社會的 서비스는 거의 없는 것으로 알려져 있다. 단지, 특징적인 것은 노동을 강조하여 노인이 되어서도 본인의 희망에 따라 부분적인 노동을 장려한다는 것이다.

둘째, 給與에 있어서, 南韓은 경로우대제도, 무료건강검진, 노령수당 지급, 노인복지시설, 노인능력은행 운영, 노인공동사업장 실시, 재가노인복지사업 지원, 유료노인복지시설과 실버산업에 대한 유인강화 등의 사업을 실시하고 있다. 北韓은 老齡年金을 지급하는 외에 노령연금을 수급받지 못하는 노인에게는 그 노인을 부양하는 가족에게 양곡 500g을 지급한다. 그리고 무의무탁한 노인은 養老院에 수용한다. 양로원에서는 노인 1인당 양곡 300g을 지원하고 있고, 매일 생활에 대한 회의를 거쳐 개인별로 작업량을 배당하여 실꼬는 작업, 돛자리 제작, 텃밭 가꾸기 등의 작업을 행하고 있다.

셋째, 財政에 있어서, 南韓은 경로우대제도, 무료건강검진, 노령수당 지급은 政府財政으로 부담하고, 노인 수용 및 이용시설들에 대해서는 운영비의 약 80%를 정부에서 부담하고 있다. 그리고 유료노인복지시설이나 실버산업의 경우에는 稅制惠澤을 부여하고 있으나 기본적으로 個人的 負擔으로 하고 있다. 한편 北韓의 경우에는 國家負擔이다.

넷째, 傳達體系에 있어서는 南韓은 내무부 一線行政機關의 家庭福祉課, 社會課에서 담당하며, 구, 시, 군에 老人福祉相談員이 배치되어 노인의 복지를 위한 상담 및 지도업무를 담당하고 있다. 한편 北韓의 경우에는 養老院이 도단위로 1개소씩 존재하는 것으로 알려지고 있으며, 협동농장 경영으로 운영되는 것이 간혹 있는 것으로 알려지고 있다. 양로원의 운영은 주로 勞動部의 관할하에 이루어지고 있다.

〈表 4-6〉 南北韓 老人福祉 比較

	남 한	북 한
적용대상	- 저소득층: 정부개입 - 중산층 이상: 개인부담에 의한 민간서비스	- 사회보험(보장)에서 제외된 노인이나 무의무탁 노인
급 여	- 경로우대제도, 무료건강검진, 노령수당 지급, 노인복지시설, 노인능력은행 운영, 노인공동사업장 실시, 재가노인복지사업 지원, 유료노인복지시설과 실버산업에 대한 유인강화 등	- 사회보험제외 노인: 부양가족에 1일 양곡 500g 지급 - 무의무탁 노인: 1일 양곡 300g 지급, 각종 작업활동 수행
재 정	- 경로우대제도, 무료건강검진, 노령수당 등은 전액 국고부담 - 노인복지시설: 운영비의 80%를 정부 부담 - 유료노인복지시설: 개인부담, 정부 세제혜택 제공	- 국가부담
전달체계	- 내무부 일선행정기관에서의 가정복지과, 사회과에서 담당 - 구·시·군에 노인복지상담원 배치되어 노인복지를 위한 상담 및 지도업무 담당	- 양로원이 도단위로 1개소씩 배치되어 있고, 협동농장에서 운영하기도 함. - 양로원은 노동부에서 총괄 관리

나. 障礙人福祉

障礙人福祉란 국가와 사회적 수준에서 障礙人에 대한 인간으로서의 존엄한 권리를 보장하고 사회적으로 동등한 대우를 받도록 하는 제반 서비스를 말한다. 南韓의 障礙人福祉서비스는 장애인에 대한 收容 中心의 보호로부터 점차 장애인의 雇傭과 社會活動支援이 강조되고 있다. 한편 北韓의 경우에는 戰傷者에 대한 再活 서비스를 중심으로 一般 障礙人에 대한 보호가 이루어져 왔다. 그러나 여전히 일반 장애인

의 경우에는 수용보호의 차원을에서 크게 벗어나지 못하고 있는 것으로 보인다. 南北韓의 障礙人福祉서비스에 대하여 보다 구체적으로 살펴보면 다음과 같다.

첫째, 適用對象에 있어서, 南韓의 경우에는 低所得 및 無依無托한 障礙人으로부터 一般 障礙人에게 까지 障礙人福祉서비스의 주대상이 확대되고 있는 한편, 北韓의 경우에는 戰傷者로 부터 一般 障礙人으로 확대가 이루어지고 있다. 그러나 여전히 북한은 일반장애인에 대한 보호는 극히 부분적인 것으로 보인다.

둘째, 給與에 있어서, 南韓의 경우에는 장애인 생계보조수당 지급, 장애인 자립자금대여 지원, 장애인 자녀 교육비 지원, 장애인 의무고용제 실시, 장애인 의료비 지원, 보장구 무료교부, 장애인복지시설에서의 보호 등을 실시하고 있다. 北韓의 경우에는 傷痍軍人에 대하여 고등교육까지 본인의 희망에 따라 무료로 교육보장을 실시하고, 무료치료 뿐만 아니라 교정기구의 무상급여와 매월 정기건강검진 등의 의료보장을 실시하며, 취업희망자의 건강과 기능조건을 고려하여 적합한 직업에의 우선 취직을 보장한다. 또한 勞働能力 喪失程度에 따라 1~3급으로 구분하여 연금과 양곡을 지급하는 소득보장을 실시한다. 그리고 住居保障을 위하여 불구자를 위한 노동합숙소, 불구가 된 고아를 위한 특수애육원, 맹아학교시설을 설치하고, 노동능력을 잃은 無依無托한 不具者들을 養生院에서 무료로 보호하고 있다. 이외에도 정신장애인을 위한 수용시설로 49호 保養所 등이 설치되어 있다.

셋째, 財政에 있어서, 南韓의 경우에는 각종 수당 및 자금융자 및 지원, 그리고 장애인복지시설에의 자금지원 등을 정부부담으로 수행하고 있다. 北韓의 경우에도 모든 활동은 정부부담으로 수행되고 있다.

넷째, 傳達體系에 있어서, 南韓의 경우에 장애예방, 재활보호 등 다양한 서비스에 대해, 보건복지부, 노동부, 교육부, 건설부, 국립재활원

등이 각각 관련업무를 담당하고 있다. 그리고 내무부일선행정조직에서는 가정복지과 및 사회과에서 업무를 담당하고 있다.北韓의 경우에도 노동부, 보건부, 교육부 등 다양한 부서가 관련되어 있다. 그리고 養生院이 각 도에 1개소씩 있고, 道에 49호 病院이 하나씩 있고, 郡에 49호 療養所가 하나씩 있다.

〈表 4-7〉 南北韓 障礙人福祉의 比較

	남 한	북 한
적용대상	- 빈곤 및 무의무탁 장애인으로부터 일반 장애인으로 확대	- 전상자로부터 일반 장애인으로 확대
급 여	- 장애인 생계보조수당 지급, 장애인 자립자금대여 지원, 장애인 자녀 교육비 지원, 장애인 의무고용제 실시, 장애인 의료비 지원, 보장구 무료교부, 장애인복지시설에서의 보호 등	- 전상자: 교육보장, 의료보장, 생계보장, 직업보장, 주거 및 시설보호 등 상대적으로 포괄적 서비스 - 일반 장애인 · 취업가능자: 취업활동 · 취업불능자: 양생원 수용
재 정	- 정부부담 중심	- 전액 정부부담
전달체계	- 다양한 부서가 관련 - 내무부 일선조직에서 가정복지과 및 사회과 관련	- 다양한 부서가 관련 - 양생원: 각 도에 1개씩 - 49호 보양소: 도에 49호 병원이 1개씩, 그리고 군에 49호 요양소가 1개씩

다. 兒童福祉

兒童福祉란 특수한 障礙를 가진 兒童은 물론 모든 兒童들이 가족 및 사회의 일원으로 육체적으로나 정신적으로 건전하게 성장, 발달할 수 있도록 地域社會나 社會福祉서비스 분야에 있는 공사단체와 기관

들이 협력하여 아동의 복지에 필요한 사업을 계획하며 실행에 옮기는 조직적인 활동이다. 南韓의 兒童福祉는 要保護兒童에 대한 保護와 發生豫防을 중심으로 이루어져 왔고, 一般 兒童의 경우에는 다양성과 인간개성 중심의 프로그램을 가진 民間部門에서의 有料서비스가 주가 되어 왔다. 반면 北韓은 아동의 社會主義的 集團意識 養成과 女性의 經濟活動參與 擴大라는 정책적 목적을 수행하기 위해서, 國家保護를 基本方向으로 탁아시설이나 유치원 등을 보편적으로 공급하여 왔다는 특징을 가지고 있다. 남북한의 아동복지에 대하여 보다 자세하게 살펴보면 다음과 같다.

첫째, 適用對象에 있어서, 南韓의 경우에는 그동안 주로 要保護兒童들을 대상으로 하다가 1980년대 이후 全體 兒童에 대한 서비스가 점차 강조되고 있다. 北韓의 경우에는 兒童福祉는 주로 취학전 아동에 초점을 두어 유치원 가기 전 시기의 어린이에게는 탁아소에서, 만 4~5세 어린이는 유치원에서, 부모가 없는 어린이는 육아원과 애육원에서 서비스를 받도록 하였다.

南韓의 경우 아동복지활동이 가족의 기능이 원활하게 이루어지지 못하여 특별한 도움을 필요로 하는 要保護兒童을 중심으로 이루어져 왔고, 점차 여성의 경제활동참가가 확대되면서 전체 취학전 아동에 대한 保育서비스가 증가되고 있다. 한편 北韓의 경우에는 초기부터 여성 노동력의 경제활동참가를 유인하기 위하여 전체 아동들의 社會的 養育을 강조하여 왔다고 할 수 있다.

둘째, 給與에 있어서, 南韓의 경우에는 要保護兒童의 發生豫防을 위한 아동상담소 및 어린이 찾아주기 종합센터 설치운영, 父母가 없는 少年少女家長에 대한 생계·의료·교육보호 실시, 保護가 必要한 兒童에 對한 兒童福祉施設(영아시설, 육아시설, 아동일시보호시설, 아동직업보호시설, 교호시설, 자립지원시설 등) 설치 운영, 就學前 兒童에 대한

保育事業 등을 실시하고 있다.北韓의 경우에는 만 5世 未滿의 就學前 全體 兒童에 대한 국가부담의 託兒所와 幼稚園 無料供給을 핵심으로 하고 있는데, 탁아소와 유치원에서는 아동의 식생활, 건강보호, 의생활과 어린이용품, 교육 등의 보호서비스를 제공한다. 또한 탁아소와 유치원 외에 兒童相談所가 개설되어 운영되고 있다.

셋째, 財政에 있어서,南韓의 경우 要保護兒童에 대한 보호는 대부분 政府의 豫算 支援으로 민간부문에 의하여 활동이 이루어지고 있으며, 一般 兒童의 경우에는 대부분 민간부문의 서비스를 有料로 이용되고 있다. 그리고 취학전 아동보육사업의 경우에도 대부분 유료로 이용되고 있다.北韓의 경우에는 탁아소, 유치원, 아동상담소 등이 모두 국유기관으로서 政府의 財政負擔으로 이루어지고 있다.

넷째, 傳達體系에 있어서,南韓의 경우 아동복지를 전담하는 중앙행정기관으로는 보건복지부 家庭福祉局 兒童福祉課를 들 수 있다. 지방에서는 각 一線行政機關의 家庭福祉課, 社會課에서 담당하고 있다. 이러한 행정기관을 협조하여 민의를 수렴하고 전문가의 의견을 아동복지정책 수행에 반영시키기 위하여 兒童福祉委員會라는 자문기관이 설치되어 있는데, 중앙, 각 직할시 및 도에 중앙 및 지방 아동복지위원회가 설치되어 있다.

北韓의 경우 託兒所와 幼兒相談所의 제반활동에 대한 관리는 中央次元에서는 보건성에서, 地方次元에서는 지방인민위원회 보건행정부서에서 담당하고 있다. 託兒所는 入所期間에 따라 일탁아소, 주·월탁아소가 있고²⁹⁾ 設置單位에 따라 농장작업반 탁아소, 리탁아소, 공장탁아소, 노동자구 탁아소, 읍탁아소 등이 있다. 또한 託兒所 外部의 活動組織

29) 일탁아소는 작업반(200~300명 기준 1개소)이나 행정구역단위(부락, 리, 읍탁아소)별로 설치되어 있다. 그리고 주·월탁아소는 평양, 함흥, 청진 등 3대 도시에는 2개구역당 1개소, 일반도시에는 2~3개소, 군소재지에는 1~2개소가 설치되어 있다.

으로서 託兒會가 광범위하게 조직되어 있다. 託兒會는 탁아소 전체 직원, 유아의 부모, 해당 도시(일반탁아소) 또는 도시내 및 지방에 소재하는 산업기관(산업기관 탁아소)의 사회단체 대표 및 여성동맹 대표로서 조직된다. 한편, 幼稚園의 경우에는 中央에서는 교육위원회 보통교육부에 설치되어 있는 幼稚園 指導處가 관리감독을 총괄하고, 地方에서는 각각 教育處와 教育課(園兒教育擔當 있음)에서 관리감독 기능을 수행한다.

〈表 4-8〉 南北韓 兒童福祉 比較

	남 한	북 한
적용대상	- 요보호아동 중심으로부터 일반 영유아로 확대되는 추세	- 초기부터 전체 취학전 아동에 대해 보편적 적용
급 여	- 아동상담소 및 어린이 찾아주기 종합센터 설치운영, 소년소녀가정에 대한 생계·의료·교육보호 실시, 아동복지시설(영아시설, 육아시설, 아동일시보호시설, 아동직업보호시설, 교호시설, 자립지원시설 등) 설치 운영, 취학전 아동에 대한 보육사업 등	- 국가부담의 탁아소와 유치원 무료공급: 아동의 식생활, 건강보호, 의생활과 어린이용품, 교육 등의 보호서비스를 제공 - 아동상담소 설립, 운영
재 정	- 요보호아동: 정부지원 - 일반아동: 개인부담	- 정부부담
전달체계	- 보건복지부 가정복지국, 일선행정기관의 가정복지과, 사회과 - 자문기구로 아동복지위원회 설치, 운영	- 보건성이 탁아소 및 아동상담소의 관리운영 담당 - 탁아소의 경우, 탁아회가 설치 운영됨 - 유치원은 교육위원회 보통교육부 산하 유치원지도처에서 관리감독 총괄

4. 政策的 示唆點

南韓과北韓의 社會保障은 그 기본체제의 차이와 관련하여 유사한 제도의 존재에도 불구하고 그 形態와 內容, 그리고 社會的 機能에 있어서 相異한 特性을 가지고 있다.

南韓의 社會保障은 자본주의 시장경제에서 발생하는 각종 사회문제들에 대한 대응으로서, 기존의 시장에서의 개인의 생활을 가능한 한 유지시키고자 하는 所得比例的 體系로서 개인의 부담에 의한 權利的 性格을 강하게 가지고 있다.

이에 비해北韓의 社會保障은 사회주의 계획경제에 따른 배급제를 기반으로 基礎的 水準의 劃一的인 保障을 행하고 그 비용이 집단의 부담에 의하여 이루어짐으로써 개인의 권리적 성격보다는 機能的이고 溫情主義的인(paternalistic) 性格을 강하게 가지고 있다.

이와 같은 남북한 사회보장의 基本的인 性格의 差異로 인하여 南北韓 社會保障制度는 그 적용대상, 급여, 재정, 그리고 전달체계 각각에 있어서 서로 많은 差異點을 가지고 있다. 앞으로 남북한간의 제도상의 차이를 극복하고 南北韓 社會保障 統合을 이루기 위해서는 기본적으로 다음과 같은 몇가지 점에서의 考慮와 準備가 이루어져야 할 것으로 생각된다.

첫째, 適用對象에 있어서 零細事業場 및 自營者에 대한 適用擴大가 이루어져야 한다.南韓의 경우 사회보험이 거의 전국민확대를 이루어가고 있으나 아직 부분적으로 도시지역 자영자 및 5인미만 사업장 종사자들에 대한 制度的 適用이 이루어지지 않고 있다.北韓의 경우에도 이들 계층에 대한 사회보장 적용이 이루어지지 않고 있다. 북한에서는 그동안의 폐쇄적인 사회주의 경제체제로 인하여 자영자 및 개인영세사업장이 거의 없어 이 문제가 심각하게 대두되지는 않았으나 향후 開放과 市場化의 과정에서 이들 階層의 擴大는 필연적일 것이다. 특히

통일이 될 경우 이들 계층은 相對적으로 不安定한 經濟活動狀態에 처하게 될 것이므로 이들에 대한 사회보장부문의 대응이 큰 문제로 제기될 것이다. 그러므로 자영자 및 영세사업장 종사자의 사회보장제도 적용에 대한 적극적인 대처가 필요하다.

둘째, 給與에 있어서 기존의 所得比例體系에 더하여 基礎保障體系가 확립되어야 한다. 남한은 주로 소득비례방식의 급여체계를 가지고 있는 반면 북한은 기초보장 수준의 획일적인 급여체계를 가지고 있다. 따라서 사회보장의 통합을 위해서는 남한은 基礎保障 體系를 確立하여 북한의 주민들을 포괄할 수 있는 기반을 마련하여야 한다. 특히 현재의 老人에 對한 社會保障, 兒童 保育의 基盤 擴充, 一次 保健醫療의 強化 등이 강조되어야 할 것이다. 한편 북한은 획일적인 기초보장의 체계로부터 시장경제 도입에 따라 시장에서의 소득에 따른 소득비례적 급여체계를 보완하게 될 것이다.

셋째, 財政에 있어서 남한 사회보장부문의 財政健實化 및 南北韓 財政方式의 一致化가 이루어져야 한다. 남북한의 사회보장통합은 남한에 막대한 사회보장 비용의 부담문제를 제기할 것이다. 그런데 남한의 사회보장 자체가 재정악화로 시달리고 있다면 統一로 인한 財政負擔은 사회보장에 큰 위기를 초래할 것이다. 현재 남한 사회보장에 있어서는 연금재정의 문제, 지역의료보험조합 재정적자 문제 등이 제기되어 있다. 앞으로 남북 사회보장통합에 대처하기 위하여 남한의 사회보장에서 수급구조의 적절한 조정을 통하여 健全한 財政狀態를 이루도록 노력하여야 할 것이다.

그리고 財政方式에 있어서는 年金制度의 경우 北韓은 賦課方式, 南韓은 積立方式의 財政方式을 채택하고 있어서 통일시의 불일치 문제가 제기된다. 그런데 남한 연금제도는 2030년을 전후로 기금이 고갈하여 부과방식으로서의 이전이 불가피할 것으로 예상되고 있다. 그러므로

남북한 社會保障 統合의 時點과 관련하여 南韓 年金制度의 財政方式을 賦課方式으로 轉換하는 問題가 심각하게 고려되어야 할 것이다.

넷째, 傳達體系에 있어서는 남북한간의 地域的 差異를 調整, 緩和할 수 있는 체계를 형성하여야 할 것이다. 南韓 醫療保險制度의 경우 조합주의 방식의 전달체계하에서 의료보험조합간의 격차 問題가 제기되고 있다. 이에 대해 國庫支援, 財政調整事業 등으로 조합간 격차문제를 완화하기 위하여 노력하고 있다. 그런데 統一이 될 경우 南北韓間의 隔差는 현재 남한에서의 조합간 격차보다 더욱 深刻하고 廣範圍한 형태로 나타날 가능성이 높다. 그러므로 이러한 지역간 격차에 보다 능동적으로 대응할 수 있도록 社會保障전달체계를 형성해 나가야 할 것이다.

또한 社會保障 人力에 있어서는 차이가 있다. 南韓은 社會保障에서 專門人力이 社會保障급여의 전달에 있어 중요한 역할을 하고 있다. 그러나 北韓의 社會保障분야의 人력은 準專門家 또는 一般行政家를 중심으로 이루어지고 있는 듯하다. 따라서 社會保障 통합에 있어서는 北韓 社會保障 人力의 再教育 및 專門人力의 養成이 주요 과제로 제기될 것이다.

參 考 文 獻

- 국가안전기획부, 『북한총인구 판단(1970~2030년간)』, 서울: 국가안전기획부, 1986.
- 김두섭, 「한반도의 인구변천, 1910~1990: 남북한의 비교」, 『통일문제연구』, 제5권 제4호, 1994, pp.202~235.
- 김만철, 간담회 내용, 서울, 한국보건사회연구원, 1992년 8월 19일.
- 김일성, 「사회주의 통계사업을 개선하기 위하여 나서는 몇가지 문제」, 『주체의 경제관리 체계와 방법을 철저히 구현할데 대하여』, 평양: 조선로동당출판사, 1969/1988, pp.414~422.
- _____, 『인민보건법을 철저히 관철하자』, 평양: 조선로동당출판사, 1980.
- 김태현 · 홍문식 · 장영식, 『한국의 인구규모와 구조: 인구변화에 따른 사회 · 경제적 영향』, 서울: 통계청, 1993.
- 문옥륜 외, 『북한의 보건체계와 의료보장제도 연구』, 서울: 의료보험관리공단, 1989.
- 변종화 외, 『남북한 보건의료 비교연구: 북한 실태를 중심으로』, 서울: 국토통일원, 1989.
- 변종화 · 박인화 · 서미경 · 김만철, 『남북한 보건의료제도 비교연구』, 서울: 한국보건사회연구원, 1993.
- 보건사회부, 『보건사회백서』, 서울: 보건사회부, 1994.
- 북한연구소, 『북한총람』, 1983.
- 산부인과전서 편찬위원회, 『산부인과전서』, 제1권 기초편, 평양: 과학백과사전출판사, 1985.
- 승창호 외, 『북한보건의료연구』, 서울: 청년세대, 1989.
- 이시백, 「한국의 인구문제와 대책」, 한국인구보건연구원(편), 『한국의 인구문제와 대책』, 서울: 한국인구보건연구원, 1987, pp.22~52.

- 이흥탁, 「인구정책과 사회제도적 개선방향」, 한국인구보건연구원(편), 『한국의 인구문제와 대책』, 서울: 한국인구보건연구원, 1987, pp.348~371.
- 장동민, 「북한의 보건의료정책에 관한 연구」, 서울대 보건대학원 석사 학위 논문, 1989.
- 장인원, 「우리 나라 사회주의제도하에서 주민 사망률의 저하와 도시와 농촌에서의 그의 차이의 축감과정에 대한 고찰」, 『주체의학』, 제2호(루계 222), 1984, pp.2~6.
- 정기원 · 이상헌, 『북한 인구의 현황과 전망』, 서울: 한국보건사회연구원, 1992.
- 정영일 · 강성홍, 「보건의료체계에 관한 소고」, 『한국보건교육학회지』, 제9권 제2호, 1992.
- 조선민주주의인민공화국 내각, 「중앙집권적 국가통계체제 조직에 관하여」, 정경모 · 최달곤(편집), 『북한법령집』, 제1권, 서울: 대륙연구소, 1952/1990, pp.274~277.
- _____, 「국가계획위원회 중앙통계국 및 지방통계기관에 관한 규정」, 정경모 · 최달곤(편집), 『북한법령집』, 제1권, 서울: 대륙연구소, 1952/1990, pp.277~282.
- _____, 「지방통계기관 조직사업에 관하여」, 정경모 · 최달곤(편), 『북한법령집』, 제1권, 서울: 대륙연구소, 1952/1990, pp.283~284.
- 조선중앙연감 편집위원회, 『조선중앙연감 1961』, 평양: 조선중앙통신사, 1961.
- _____, 『조선중앙연감 1964』, 평양: 조선중앙통신사, 1964.
- 최보한, 「여성들의 해산나이, 해산횟수, 월경주기에 따르는 임신지속일수 및 해산예정일 판정법에 관한 연구」, 『주체의학』, 제3호(루계 233), 1986, pp.15~20.
- 최평길, 『북한주민 의식조사 연구: 월남 귀순자 진술을 중심으로』, 서울: 연세대학교, 1990.

- 통계청, 『한국통계연감』, 제38호, 서울: 통계청, 1991.
- _____, 『남북한 경제사회상 비교』, 서울: 통계청, 1995.
- 통일원, 『북한개요 '91』, 서울: 통일원, 1991.
- 한국보건사회연구원, 『인구정책30년』, 서울: 한국보건사회연구원, 1991.
- 한석봉, 『조선민주주의인민공화국 국가사회제도』, 평양: 과학·백과사전출판사, 1984.
- 홍순원, 『조선보건사』, 평양: 과학·백과사전출판사, 1981.
- _____, 『조선보건사』, 서울: 청년세대, 1986.
- Eberstadt, Nicholas and Judith Banister, *North Korea: Population Trends and Prospects*, Washington D.C.: Center for International Research, Bureau of the Census, 1990.
- _____, *The Population of North Korea*, Berkeley: University of California, 1992.
- United Nations, Dept. of International Economic and Social Affairs, *World Demographic Estimates and Projections, 1950~2025*, New York: United Nations, 1988.
- _____, *World Population Policies*, Vol.1, New York: United Nations, 1990.
- _____, *World Population Prospects 1990*, New York: United Nations, 1991.