

북한의료제도에 관한 연구

김 충 렬*

목 차

- | | |
|---------------------|-----------------------|
| I. 시작하는 글 | IV. 북한의 보건의료 제도 및 문제점 |
| II. 북한의 보건의료 역사 | V. 맺는 글 |
| III. 북한의 보건의료 제도 정책 | |

요 약

본 연구는 주체사상에 기초한 북한의 보건의료의 이념과 의료정책의 변천을 역사적으로 고찰하여 북한의료정책의 기본요소인 무상치료제, 의사담당구역제, 고려의학 등을 소개하고 북한보건의료 실태와 문제점을 파악하는데 그 목적을 두었다. 모든 병원 비용을 국가가 부담하는 이념상의 우월성을 가지고 있다. 그 점을 강조할 수밖에 없는 것은, 북한은 모든 건설과 생산의 근원은 인간이며 그의 노동력과 건강이 강조되고 북한 특유의 보건의료체계를 수립하였으며, 그 중에서도 위생문화운동과 동의학과 신의학 결합 등을 북한보건의료에서 가장 두드러지는 면이다. 위생문화운동은 예방의학적 관점을 관철하는 것이며, 동의학과 신의학의 결합은 주체적인 의학과학기술을 개발하기 위함이다. 이상과 같은 정책이 북한식 사회주의 보건의료의 핵심을 이루고 있으며, 모든 근로인민대중들에게 높은 민족적 자주, 자립 의식을 가지고 사대교조주의를 반대하며, 모든 것을 자신의 지혜와 힘으로 자기나라의 실정에 맞게 독자적으로 풀어나가게 하는 사고와 사상을 갖도록 하는 주체사상의 보건의료 정책의 결과라고 할 수 있다.

주제어: 보건의료, 무상치료제, 의사담당구역제, 위생문화운동

* 조선대 통일문제연구소 연구원

I. 시작하는 글

한반도가 분단된 지 반세기에 이르고 있다. 그 동안 남과 북은 서로 상이한 생산양식인 - 자본주의와 사회주의라는- 이질적인 체제를 발전시켜 왔다.

보건의료 부문도 예외가 아니어서 남한은 자본주의 시장경제를 바탕으로 하는 자유방임형의 보건의료제도를 개발하였고, 북한은 보건의료를 노동력 재생산의 원천으로 보아서 국가 주도형의 사회주의적 보건의료제도로 개발하였다.

이러한 현실에서 북한 의료보장제도의 역사적 전개 과정과 현황, 문제점을 객관적인 입장에서 고찰해 보고, 주체사상이 북한의 모든 제도나 국민생활에 결정적으로 영향을 미치고 있다고 알려져 있는데 보건의료 측면에서는 어떻게 결합되고 있는지 밝혀 보고자 함이 주요한 목적이자 의의이다.

북한은 김일성 주체사상으로 중무장된 독특한 사회주의 국가이다. 주체사상의 핵심은 “인간이 모든 것의 주인이며, 모든 것을 결정 한다.”는 인간중심의 세계관에 있다. 따라서 “다른 모든 분야와 마찬가지로 보건사업도 마땅히 사람을 중심에 놓고 사람을 위하여 복무할 것을 요구하는 주체사상을 구현해야 한다.”는 것이다. 또한 북한 보건의료 정책에 있어서 결정적 역할은 김일성의 교시와 영도에 의하여 집행되어짐을 특징으로 하고 있다.

북한에서는 해방 전후의 열악했던 보건의료 상황을 개선하기 위하여 예방 의학적 방침을 보건정책의 기본으로 채택하였다.¹⁾ 즉 무상치료제하에서 국가가 전체 주민의 건강관리를 책임지게 됨에 따라, ‘치료의학으로부터 예방의학으로’라는 구호를 내걸게 되었다. 예방 의학적 방침을 성과적으로 관철하기 위하여 북한에서는 “의사 등이 일정한 주민 구역을 담당하여 예방치료사업을 하는 의사담당구역제를 실시하고 있으며, 주민들 속에서 위생 선전사업과 위생 방역 사업을 강화하며, 어린이들과 어머니들의 건강보호를 위해 힘쓰고 있다.”

또한 국가가 위생선전 사업과 위생방역 사업을 전군중적 운동으로 전개하고 있는데, 그 이유는 보건위생 사업을 통하여 사회주의 혁명의 일부분인 문화혁명을 완수하기 위함인 것으로 알려져 있다. 이러한 의미에서 위생문화 운동은 사회주의 혁명 과업 수행의 주요 수단이 되고 있다.²⁾ 북한의 보건기관은 치료 예방기관인 동시에 인민을 위한 보건위생학교요, 위생지식 보급의 거점으로 알려지고 있다. 북한의 보건사업은 인민대중의 건강을 보호하고

1) 「로동신문」 1995년 11월 14일자

2) 김윤희, 「북한의 의료제도에 관한 연구」(동국대 석사학위논문, 1992), p.12.

그들의 자주적 사상의식을 고양시키는 명예롭고 보람찬 ‘혁명사업’이며, 보건의료 인력은 ‘혁명임무’를 수행하는 주체사상으로 무장된 ‘혁명전사’가 되도록 하고 있음으로 유추할 때 보건사업을 사회주의혁명의 정치사업으로 취급하고 있음을 알 수 있다.

Ⅱ. 북한의 보건의료 역사

북한의 보건의료 제도는 다른 제도와 마찬가지로 북한의 정치·사회·문화에 영향을 받으며 형성된 역사적인 결과물이다. 2차 대전의 종결과 함께 소련의 영향 아래서 사회주의 체제를 형성시킨 북한은 지난 60년간 남한과는 다른 보건의료제도를 발달시켰다. 북한의 정치, 사회 구조의 변화를 고려하여 북한의 보건의료정책과정의 변화는 다음 네 단계로 나누어 살펴볼 수 있다.

1. 국영보건의료제도 기반구축기 (1945-1956)

해방 이후에 벌어진 정치적 혼란에도 불구하고 북한의 공산당은 비교적 짧은 기간동안 사회주의적 정치경제구조를 구축하는 데 성공했다. 1946년 2월 북조선임시인민위원회가 구성되고 이를 중심으로 토지개혁, 산업의 국유화, 노동법령과 남녀평등권 법령의 실시 등을 통해 반제반봉건 인민민주주의 혁명을 진행시켰다.³⁾ 이 시기에 북한은 계획적인 경제 개발을 추진했는데, 1945년 8월부터 1947년까지 제 1차 1개년 계획, 1948년 제 2차 1개년 계획, 1949-1950년까지 2개년 계획과 한국 전쟁 후의 복구 및 건설을 위한 전후 복구 3개년 계획이 있었다. 이 시기에 이루어진 생산관계의 변화는 계급구조의 변화를 초래하여 1946년 각각 12.6%와 6.2% 였던 노동자와 사무원은 꾸준히 증가하여 1958년 31.7%, 14.4%로 증가하였다.

북한의 공식적인 보건의료사업은 1946년 2월 북조선임시인민위원회에 보건국을 세우고 보건사업을 통일적으로 지도·조직한 것으로 시작되었다고 볼 수 있다. 이어 1946년 3월 20일 발표된 〈20개조 정강〉에서 보건의료분야에 대한 북한의 계획이 나타난다. 그 내용은 다음과 같다.

3) 홍익표 「북한의 '사회주의적 민주주의'에 관한 연구」(한양대 석사학위논문, 1991), p. 115.

〈통일문제연구〉

첫째, 인민들의 건강관리를 각 개인이 아닌 국가가 직접 관리하는 사회주의 의료정책을 도입하겠다는 것.

둘째, 의료망의 조직을 강조하여 무의료를 없애는 일을 정책적으로 하겠다는 것.

셋째, 토착병 (주로 디스토마)과 전염병 (콜레라 등)을 없애기 위한 보건위생교육을 중시 하겠다는 것.

넷째, 모자보건 관리를 강조하겠다는 것.

다섯째, 의학교육을 강조하여 많은 의료 인력을 배출하겠다는 것.

이와 같이 북한은 체제 형성 초기부터 사회주의적 보건의료체제를 지향하여, 의료시설의 공공화와 의료시설의 확장을 계획하였다. 일반적으로 사회주의 보건의 원칙은 ①포괄적이고 양질의 보건의료, ②수혜대상의 보편성, ③국가에 의한 단일의 통일된 서비스, ④무료서비스, ⑤광범위한 예방의료, ⑥보건서비스에의 대중 참여를 들 수 있다. 이 시기에 북한의 보건의료는 위의 원칙 중 보편성, 포괄성, 무상의료의 원칙이 법적으로 제도화되는 과정으로 볼 수 있다.

2. 사회주의 예방의학제도 정착기 (1957 - 1970)

북한은 전면적인 산업발전을 위해 1957년부터 1961년까지 제 1차 5개년계획을 추진하였고, 1961년부터 1970년까지 예상보다 3년이 더 길어진 7개년 계획을 통해 중공업 육성 정책을 강력하게 추진하게 된다. 기술혁명과 문화혁명, 사상혁명이 밀접히 연관되어 추진된 이 시기에 주목해야 할 것은 1967년 주체사상을 유일 지도사상으로 하는 체제가 구축되기 시작한 것이다. 1958년 3월 제 21차 당 대표자회를 소집하여 반대파에 대한 숙청을 일단락 지었던 김일성은 1967년 5월 다시금 종파분자를 몰아내고 유일체제를 구축하게 된 것이다. 1967년부터 김일성에 대하여 “위대한 수령”이라는 호칭을 쓰기 시작하였다.

북한은 이전 시기에 국가가 보건의료자원을 독점, 관리하게 되자 구체적인 사회주의적 보건제도를 실천에 옮기려고 하였다. 즉, 병원과 진료소를 늘리고, 전문병원과 요양소의 서비스를 강화하며, 집단적인 어린이 보육교양사업을 개선, 강화하며 도시와 농촌에서 위생방역 사업을 전개함으로써 보건사업에서 예방의학적 방침을 확고하게 하는 것이었다. 이 시기의 보건의료정책 중 주목할 만한 것은 1960년에 전반적 무상치료제가 법적으로 선포된 것과

1961년 의사담당구역제의 개념이 도입되어 실시된 것으로, 예방의학적 관점이 정착되고 이를 위한 인프라의 구축이 확립된 것이다. 1963년 처음 의사담당구역제 시범실시를 앞두고 북한은 의료 인력 양성에 힘을 기울여 1963년에 3,179명의 의사 및 준의가 양성되었고, 기술검정시험을 통하여 913명의 의사 및 준의가 배출되어 인구 만 명당 의사 및 준의가 1946년 1.1명에서 1963년 15.8명으로 증가하였다. 1966년 10월 김일성의 교시 〈사회주의의학은 예방의학이다〉가 발표되었고, 위생문화운동, 위생방역사업이 대중적으로 전개되어 대중참여의 원칙이 적극적으로 실천되었다. 이 시기의 예방의학은 노동력을 확보하고 산업 재해를 줄이는 등 중공업우선의 경제 계획과 관련되어있었다. 또한 동의학을 강조하고 동의 의료시설을 증가시키며 동의사들을 대량으로 배출하기 시작하는 것도 이 시기의 일이다.⁴⁾

3. 주체적 인민보건제도 성숙기 (1971- 1990)

이 시기는 사회주의의 물질·기술적 토대를 공고히 하기 위한 6개년 계획(1971-1976)과 인민경제의 주체화·현대화·과학화기술혁명의 추진을 위한 제 2차 7개년 계획(1978-1984) 및 제 3차 7개년 계획(1985-1992)이 이루어진 기간이다. 1960년대 이루어진 사회주의 공업화의 성과를 토대로 1970년대부터는 '사회주의의 완전한 승리와 무계급사회에 어울리는 물질적·기술적 토대와 사상 문화적 기반을 구축하는 것'을 목표로 삼은 시기이다. 1972년 12월에는 1948년 제정된 인민민주주의헌법 대신에 전문 11장 149조로 이루어진 사회주의 헌법을 채택하였다. 이 헌법에서 무상으로 치료받을 공민의 권리를 다시 한번 천명하였다.⁵⁾

이 시기 보건의료정책은 기존의 위생방역사업과 의사담당구역제의 강화를 토대로 한 사회주의 예방의학 원칙을 더욱 내실화하려는 것이었다. '주체의학'을 강조하고 주체적 인민보건 제도를 성숙시키는 것이 목표였다. 1980년 4월 3일 최고인민회의에는 〈인민보건법〉이 제정 되는데, 다음과 같은 내용을 천명하고 있다.

제 1 장 인민보건의 기본원칙

(제 1조) 조선민주주의 인민공화국에서 인민보건사업은 자연과 사회의 주인이며 세상에서

4) 「로동신문」 1979년 5월 10일자 참조.

5) 도홍렬, "북한 사회의 변화동기", 「통일문제 연구」 제 3권 4호 (서울 : 통일원, 1991), p. 112.

〈통일문제연구〉

가장 귀중한 존재인 사람들의 생명을 보호하고 건강을 증진시키며 모든 근로자들이 무병장수하여 사회주의, 공산주의위업을 수행하는 데 적극 이바지하게 하는 보람차고 영예로운 혁명사업이다.

(제 2조) 국가는 전반적 무상치료제를 더욱 공고히 발전시킨다.

(제 3조) 사회주의의학에서 기본은 예방의학이다.

(제 4조) 국가는 주체적인 의학과과학기술을 발전시키며 인민보건사업에 필요한 물질, 기술적 조건과 수단을 원만히 보장하여 치료예방사업을 끊임없이 현대화, 과학화한다.

(제 5조) 국가는 보건일군들을 계획적으로 양성하며 그들의 사상의식과 기술수준을 끊임없이 높여 인민의 참된 복무자로 만든다.

(제 8조) 국가는 우리나라를 우호적으로 대하는 모든 나라들과 보건 분야에서의 과학기술 교류와 협조를 끊임없이 발전시킨다.

제 2 장 완전하고 전반적인 무상치료제 (제 9조-16조)

제 3 장 비방 의학적 방침에 의한 건강보호 (제 17조 -27조)

제 4 장 주체적인 의학 과학 기술 (28조-32조)

제 5 장 인민보건사업에 대한 물질적 보장 (33조-37조)

제 6 장 인민의 참된 복무자인 보건일군 (38조-43조)

제 7 장 보건기관과 그에 대한 지도관리 (44조-49조)

이 시기의 주요 보건정책을 보면, 사회주의 의료제도를 실현하기에는 부족하고 낙후된 의료자원 상황을 타개하기 위해 의사담당구역제를 전국적으로 정착시키고, 낙후된 보건의료기술 개발에서 주체적인 입장을 강조하고 부족한 의료자원의 자체적인 해결을 도모하기 위해 기존의 예방의학적 방침과 고려의학을 더욱 강조한 것이다.⁶⁾ 1980년대 후반에 이르면 의사담당구역제가 지방을 포함해 전국으로 실시되었다. 1980년대 후반부터 의사담당구역제를 호담당제로 개칭하였고, 각 리인민병원 및 진료소에 호담당과가 생겼다. 김일성이 1988년 3월 당 중앙위원회 제 6기 13차 전원회의에서 '의사호담당제' 강화를 지시한데 따라 1990년부터는 일반의사가 담당구역의 전염병과악, 진단서 발급과 환자발생시 전문분야 의사와 연결시켜 주는 업무도 담당하였고 탄광·공장 등에서는 개별·직장의사담당구역제가 실시되

6) 도홍렬, 위의 글, p. 119.

었다.⁷⁾

고려의학은 1970년 초부터 활성화되어 1970년대 말까지 모든 의학대학에 고려의학부가 설치되고 약학대학과 의학대학의 약학부에 동약제약과가 설립되었다. 1970년 말경과 1980년대 북한의 고려의학에 대한 정책은 1979년 2월 「동의학을 발전시킬 데 대하여」에서 주체적 민족의학으로서의 고려의사의 배출을 늘이는 동시에 그들의 수준을 향상시키고, 신의학과 고려의학의 결합을 통한 고려의학의 발전, 약초 재배 등을 기본방침으로 제시하였다. 1989년 4월 김정일의 연설문 「전국 보건일군대회 참가자들에게 보낸 서한」에서도 고려의학과 신의학을 옹계 배합하여 발전시키는 것을 중요한 과업으로 제시하였다.⁸⁾

4. 북한식 사회주의 의료제도의 쇠퇴기 (1991 - 현재)

1990년대 들어 북한은 두 차례의 큰물사건과 김일성 주석 사망 및 극심한 경제난을 겪었다. 식량부족으로 인한 전체적인 보건 및 건강 수준의 악화와 경제난으로 인한 의료자원의 극심한 부족, 폐쇄적인 사회체제로 인해 북한의 보건의료체계는 사실상의 위기를 맞이하였다. 식량난으로 영양결핍이 사회문제로 확산되고 각종 질병으로 사망자가 늘어나고 있고 의약품 생산도 마비된 상태가 된 것이다. 북한은 1980년대까지 이루어 놓았던 보건의료체계의 정비, 기대여명의 연장 등과 같은 성과들이 1990년대에 들어서서 무너지게 된 것이다. 이를 타개하려는 조치의 일환으로 북한은 1998년에는 인민보건법을 보완한 '의료법'을 채택하였다. 〈의료법〉은 지난 1980년에 채택된 「인민보건법」을 보완한 것으로 보이며, 의료사업을 발전시키기 위한 제반 원칙들을 규정하고 있다. 또한 2001년을 '21세기 강성대국 건설의 활로를 열어나가야 할 새로운 진격의 해'로 규정하고 국제적 고립을 탈피하고 침체된 경제의 활성화를 도모하기 위해 노력하고 있다. 2004년 헌법에서는 '국가는 전반적 무상치료제를 공고 발전시키며 의사담당구역제와 예방 의학제도를 강화하여 사람들의 생명을 보호하며 근로자들의 건강을 증진시킨다.'라고 하여 기존 헌법에서 약간의 문구만 수정되었다. 즉, 최근 북한은 국가 및 보건의료 체계에 변화가 있었지만, 사회주의국가의 보건의료에 대한 기본원칙을 이전과 동일하게 지키고 있음을 알 수 있다.

7) 조재길, 「북한은 변하고 있는가」(서울 : 삼민사, 1990), p. 56.

8) 곽학천, "우리식대로 살아가는 것은 우리 당이 일관되게 견지하고 있는 전략적 방침", 「근로자」, 1989. 10. p. 19

Ⅲ. 북한의 보건의료 제도 정책

북한의 보건의료제도는 모든 보건의료시설을 국가가 소유하며 관리·운영하며, 국민에 대한 보건의료서비스를 무료로 제공하고, 중앙집권적인 보건의료조직을 운영하는 형식이다. 북한 「사회주의헌법」(제56조)의 규정과 「인민보건법」으로 볼 때 북한의 보건정책은 (1) 전반적 무상치료제, (2) 의사담당구역제 (3) 예방의학적 방침 등의 3분야로 대별될 수 있다.

1. 전반적 무상치료제

인민보건법 제 9조에 의하면, “국가는 모든 공민에게 완전한 무상치료의 혜택을 준다.” 또한 “모든 의료봉사는 완전히 무료이다.”라고 되어 있다. 이와 관련된 자세한 내용을 살펴보면 다음과 같다

1. 외래치료환자를 포함하여 의료기관에서 환자에게 주는 약은 모두 무료이다.
2. 진단, 실험검사, 치료, 수술, 왕진, 입원, 식사 등 환자치료를 위한 모든 봉사는 무료이다.
3. 근로자들의 료양의료봉사는 무료이며 료양을 위한 왕복려비는 국가 또는 협동단체가 부담한다.
4. 해산방조는 무료이다.
5. 건강진단, 건강상담, 예방 접종 등 예방 의료봉사는 무료이다.

(제 12조) 국가는 노동능력을 잃은 사람, 돌 볼 사람이 없는 만성환자, 년로한 환자들에게 무상치료의 혜택이 잘 차레지도록 그들을 책임적으로 돌보아준다.

(제 13조) 환자 및 산전산후휴가를 받은 녀성들과 그 부양가족에게 식량, 보조금, 분배를 준다. 그들에게 주는 식량, 보조금, 분배몫은 국가와 사회협동단체가 부담한다.

(제 14조) 국가는 도시와 농촌, 공장, 기업소, 어촌, 립산마을들에 인민병원, 진료소를 합리적으로 배치하고 현대적으로 꾸리며 산원, 소아과병원을 비롯한 전문병원, 전문 료양소를 곳곳에 설치하고 의료봉사의 전문화수준을 끊임없이 높여 인민들이 언제 어느 곳에서나 불편 없이 치료를 받도록 한다.

(제 16조) 국가는 온천, 약수지대와 기후가 좋은 지대에 현대적인 료양시설들을 많이 들어 인민들이 자연인자에 의한 료양치료의 혜택을 더 잘 받도록 한다.

2. 의사담당구역제

「의사담당구역제」는 원칙적으로 태아부터 출생까지는 산부인과 담당의사가, 출생 후 14세까지는 소아과 담당의사가, 성인이 되면 내과 담당의사가 일생 동안 건강관리를 하도록 되어있다. 성인의 경우에는 거주지역을 단위로 하는 「거주지 담당제」와 생산 활동 단위를 기본으로 하는 「직장 담당제」로 이원화되어 있으며 편의에 따라 이용할 수 있게 「이중 등록제」를 운영하고 있다. 의사 구역 담당제 하의 의사는 약 100-400 가구에 대하여 담당환자 진료 이외에, 보건교육, 위생, 소독, 예방접종 및 신체검사 등 포괄적인 서비스 제공을 담당하고 있다. 또 의사 구역 담당제는 생애주기에 따른 건강관리체계 및 복수등록체계를 통하여 체계적이고 지속적인 서비스 제공체계를 구축하고 있다. 즉, 전체주민이 일생동안 담당구역 의사들로부터 체계적이며 전반적인 건강관리를 받을 수 있게 하는 건강관리책임제인 것이다. 담당구역병원은 전문과 의사에 따라 의사담당구역을 설정하는데 의사담당구역의 규모는 생산, 경제적 특징, 주민의 건강상태, 보건위생상태에 따라 다르게 규정된다. 농촌에서는 의사 1인당 인구 500명, 내과를 중심으로 의사담당구역제를 실시하고, 도시에서는 주민 4,000명을 기준으로 내과, 외과, 소아과, 산부인과 등 기본 4개과 의사가 담당구역제에 의해 사업을 시행하고 기타 전문과 의사는 담당구역 사업을 협조하는 형태이다.⁹⁾

의사담당구역제의 장점으로는 ①의사가 주민의 일상생활과 밀접하기 때문에 그들의 건강상태나 질병동태를 계속적으로 파악할 수 있으며 ②주거행정단위와 생산단위를 일치시킴으로써 지역 내 의료기관 또는 생산단위의 의료기관이 이들의 건강을 통일적으로 책임지게 되며 생애를 통해 건강관리가 이루어진다. 문제점으로는 ①주민의 의사 자유선택권을 인정하지 않는 점에서 의료기관 간의 경쟁이나 선택개념이 배제되어 있어서 의료의 질 향상이 잘 되지 않고 ②의료인의 환자 자유선택권도 인정되지 않기 때문에 진료서비스가 관료주의화하거나 권위주의화 할 소지가 있다.

9) 스키 마사유키, 유영구(역), 「김정일과 수령제 사회주의」(서울 : 중앙일보사, 1997), p. 197.

3. 예방의학적 방침

북한은 예방 의학을 사회주의 의학의 기본으로 삼고 예방 의학적 방침을 보건 사업의 기본으로 강조 하면서 이를 전사회적으로 추진하고 있다. 예방 의학적 방침의 구체적 사업으로는 위생 교육 및 검열, 방역, 위생개조 및 환경공해 방지 등의 예방보건사업을 위생방역소의 주관으로 각급병원 및 진료소 등의 보건 의료 조직망으로 하여금 실시하고 있다. 이러한 예방 의학적 방침을 실천하기 위해서 보건사업에의 대중 동원사업을 진행하고 있으며 이러한 원칙은 관철하기 위해 당의 지도체제가 강화되고 각급 행정 조직과 각종 단위의 대중회의를 통하여 보건 사업의 대중화를 위한 사상교양이 강화되었다.¹⁰⁾

4. 의료전달체계

북한은 체계화된 전형적인 사회주의적인 의료전달체계를 갖추고 있다. 북한의 진료권은 행정구역과 일치되는데, 리(소진료권), 시·군(중진료권), 도(대진료권), 중앙으로 이어지는 체계를 갖추고 있다. 리에는 리진료소 또는 리인민병원이 1차 진료를, 시·군에는 인민병원이 2차진료를, 도에서는 도중앙병원이 3차진료를 각각 담당하고 있다. 희귀한 질환자나 고위 관료 등은 중앙의 4차 진료기관으로 후송하여 진료를 받도록 하고 있다.

시·군 인민병원은 의뢰된 환자에 대한 진료와 함께 인근 지역 주민에 대해서는 1차 진료를 동시에 담당하고 있다. 또한 상급병원은 단순히 의뢰된 환자에 대한 진료기능 뿐만 아니라 하급병원에 대한 기술지원 및 지도의 책임을 지고 있다. 리진료소 또는 리 인민병원의 의사는 문지기(gatekeeper)의 역할을 담당하며, 전문 진료가 필요한 경우에 한해서 상급병원으로 후송하는 원칙을 철저히 지키고 있다. 따라서 일차 진료 의사의 의뢰 없이는 상급병원 이용 불가능하며, '교환병역서'라고 불리는 진료의뢰서가 있어야 상급병원의 이용이 가능하다고 한다. 이처럼 북한의 의료전달체계는 환자의 의료수준에 따라 적절한 수준의 의료기관에서 진료할 수 있도록 구축되어 있어 효율적으로 의료서비스가 제공될 수 있다는 장점이 있다.

10) 조재길, 앞의 글, p. 102.

〈북한의 의료기관의 형태〉

지역	병원형태	병상	의사
직할시·도	대학병원 중앙병원 각 1개소 40여 개 가운데 1/2이 평양에 밀집	1,000~ 2,000	200
시·군	인민병원 1~2개소	100~200	50
리, 노동지구	인민병원, 진료소 1개소	5~20	10
작은리, 동	종합 진료소 1개소	1~2	1~2
3급이상 기업소	산업(인민)병원 1개소		
4급이하 기업소 협동농장	진료소 1개소		
전문 병원	결핵, 간염, 구강, 고려의학 시군 이상 1개소		

* 자료 : 북한 내 공식적인 의료기관(통일경제 2004.8)

〈북한의 병원체계〉

도 단위 : (약 20개 군)

도(직할시)의 학 대학 병원

군 단위 : (약 10개 리)

시(구역)·군 시민 병원

리 단위 :
(인구 약
1,500~
5,000명)

산업 병원, 진료소
(공장, 광산 등)

리 병원, 진료소
(협동농장)

(산업 병원 : 군 병원과
유사하나 규모가 작음)

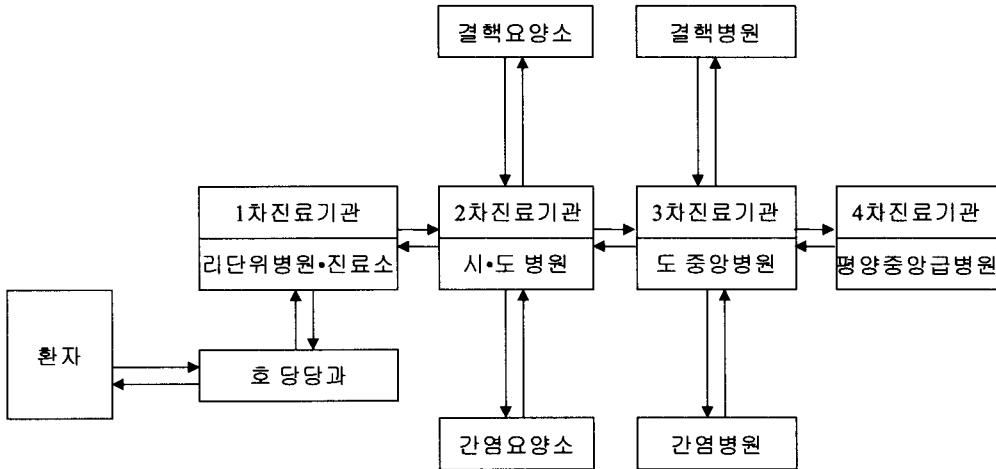
전국의 모든
보건의료기관
(단, 3차 진료기관의
외래직접이용 제한)



전국의
3차 의료기관

(진료의뢰서 지참)

〈남한의 의료전달 체계모형〉



〈북한의 보건의료 제공체계〉

* 자료 : 변종화 등, 남북한 보건의료제도 비교연구, 한국보건사회연구원, 1993:164.

문옥륜, 북한의 보건의료제도 운영, 아주남북한보건의료연구소, 2001:30.

〈남북한 보건의료체계관리 비교〉

	남한	북한
의사결정과정	정부와 당, 민간의료단체와 여론의 복합적이고 다원적인 의사가 반영되어 정책결정	당의 영도아래 정부가 따르며 중앙당 과학 교육 보건과에서 정책 결정
정책결정방식	중앙집권적 형태에서 지방분권적형태로 이행 중	원칙적으로 당 위주의 중앙집권적 방식이나 내용적으로 하부집행기관에서 상신한 내용이 위로 올라가 결정되어지는 방법을 취함
조정기능	부처간 조정기능 미흡	일사불란한 획일주의
정책수단확보 용이성	민간부문의 의존도가 높아 정책수단확보가 어려움	공공 일변도이므로 정책수단확보가 용이함
규제방식	유인과 역유인의 혼합	통제위주
정보지원기능	개방적이며 지원정보량 증가추세	지극히 폐쇄적이며 목적과 직위에 따라 필요한 정보만 선별해서 지원
이익집단의 역할	이익집단 이해관계 및 갈등증폭	당 지배 이익집단의 개념이 없음
국민불만 해소기구	소비자운동 활성화	불만사항 수리제도를 만들어 이의제기하게 하는 방식 취함

〈남북한 보건의료전달체계 비교〉

	남 한	북 한
기본방침	치료의학 위주	포괄적 의료서비스의 제공
진료지역 결정	59개 의료보호구역과 8개 대진료권, 140개 중진료권을 운영하나, 사실상 유명무실해짐	시·군단위의 진료권(지역간 통행 제한), 특히 평양을 들어오는 것은 외국을 가기보다 어려움
의사담당 구역제	없 음	주민수와 진료량 기준 의사담당구역제 채택 (생아 주기와 생활근거지에 따른 이중등록제 실시) 현재는 의미없게 되어버림
1차의료 접근방법	각급 의료기관(의원, 병원, 종합병원) 간의 경쟁체제	기본 전문과목(내과, 소아과, 산부인과)중심의 접근
기능분담제	의료기관별 1,2,3차 환자 의뢰제도	진료권 내 상급병원제가 있으나 중앙병원이 대부분 평양에 있으므로 지방의 일반주민은 접근 불가
왕진서비스	생활수준 향상에 따라 극히 퇴조	주민에게 접근된 의료로 규정
한방의학	현대의학과 한방의학의 분립체제(협진 체제의 모색)	신의학의 진단후 고려의학 처방을 의무화하였으나 중앙병원에서는 이를 무시. 지방병원에서는 약이 없어 선택의 여지가 없음.
서비스의 일반 특징	-의료서비스의 선택권 보장 -고도의 기술지향적 서비스 -자본주의적 상품화(친절운동)	-환자의 의료인 선택권 박탈 -의료기술수준의 낙후 -사회주의적 탈상품화(정성운동)

자료 : 문옥륜, 「북한의료제도분석」(서울, 국토통일원, 1999), p. 26

〈남북한 보건의료자원조달체계 비교〉

	남 한	북 한
접근방법	의료보험, 의료보호 및 산재보험으로 다원화	사회서비스의 통합적 접근
대표적 제도	전국민의료보험제도	완전하고 전반적인 무상의료제(현재는 실질적 붕괴 상태)
주된 재원	보험료	국가재정
보조재원	-본인일부부담금 -국가부담금(공공의료제공 및 보험재정의 40%)	-사회보장비(기본임금의 1%공제) -치료비(담당구역 밖의 치료) -의약품비(인민약국에서 구입시 본인부담)

〈남북한 보건의료 보수지불체계 비교〉

	남 한	북 한
진료비 지불방식	진료행위별 수가제와 봉급제	봉 급 제
의사 생산성	높 음	아주 낮음
의료의 질	높 음	아주 낮음
의사-환자 관계	과잉진료, 과다투약시 불신초래	과소진료 및 비정형 진료비
의료인력 및 시설분포	도시지역 편중	균형적 분포되어 있으나 실제 지방은 열악함.
진료비 지불조직	국민건강보험공단에서 관장	국영의료체제로 별도의 지불조직 없음

5. 북한의 보건의료 인력 양성

〈인민보건법〉에 의하면, 북한의 보건일군은 “조선민주주의 인민공화국에서 보건일군은 전체인민의 건강한 몸으로 사회주의 건설에 적극 참가하게 하는 인간생명의 기사이며 영예로운 혁명가이다.”(38조) 또한 “보건일군은 주체사상으로 튼튼히 무장하며 자신을 끊임없이 혁명화, 로동 계급화 하여야 한다.”(39조) 보건일군의 역할은 “정성운동을 힘 있게 벌려 환자들을 자기의 육친처럼 아끼고 사랑하며 온갖 지혜와 정성을 다 바쳐 치료하여야”(40조) 할 뿐 아니라 “위생지식을 보급하며 사람들의 병을 고치는 의사의 역할을 하는 것과 함께 인민들을 조선로동당의 두리에 묶어세우는 선전교양자의 역할을 하여야 한다.”(41조)

보건일꾼이라고 하며 의학대학의 교원, 연구사, 의사, 준의사(부의사), 간호원을 말한다. 북한은 보건의료인력 내에 계층이 있는데, 상등보건일꾼이란 단과대학을 포함한 의학대학을 졸업한 사람을 가리키는 것으로서 의사, 약제사, 동의사, 의료기구기사, 위생의사, 구강의사를 들 수 있다. 중등보건일꾼은 준의, 부의사, 조산원, 렌트젠기사, 고려약사, 구강준의, 약조제사, 고려약사, 보철사, 엑스레이기사를 들 수 있다. 보조의료일꾼은 간호원이다. 상등보건일꾼, 중등보건일꾼은 사회적 등급은 같은 사무원이지만 권한에 있어서 차이가 난다. 간호원의 사회적 등급은 노동자계급에 속한다.¹¹⁾

북한에서는 의료인들을 교육위원회, 보건성, 인민무력부에서 양성해 왔다. 보건인력양성의 기본 방향은 각 도마다 의과대학을 설치하여 지방에 필요한 의사인력을 자체적으로 양성하

11) 노동신문, 1992. 8. 21일자.

고, 현실발전의 요구에 맞게 더 많은 보건일군들을 키워내기 위하여 일하면서 배우는 야간 및 통신의학체계를 도입한다. 또한 의학대학과 의학전문학교의 학생 모집규모를 늘이는 한편 대학과 의학전문학교의 특설반을 강화하고, 통신 및 야간학부의 규모를 대대적으로 늘인다. 또한 기술검정시험을 통하여 의사들을 양성함은 물론 각 도에 보건일꾼 양성소를 설치한다. 보건일꾼 양성부문에서는 의학교육의 질을 높이기 위하여 노력하는 한편 여성보건일꾼 양성에 주력한다.¹²⁾

최근 북한의 의학교육에 관한 연구에서는 남북이 통일 된 이후, 다른 교육제도와 내용을 교육받은 북한의 의료 인력을 어떻게 통합할 것인가에 관한 논의가 있었다. 이 중에서 특이 문제시되는 것은 남한에서는 없는 “준의사”이다. 북한 보건인력별 양성에 관해서는 다음 표를 참조할 수 있다.¹³⁾

〈북한 보건의료인력별 양성기간〉

의료인력	양성기관	양성기간(년)
의사	11개(각 도단위)의학대학	7년(예과1년, 본과6년 6개월)
동의사	의학대학 고려의학부	6년 6개월
위생의사	의학대학 위생학부	6년 6개월
약제사	의학대학 약학부	6년 6개월
부의사(준의사)	11개 고등의학전문학교	3-4년
준의	11개 의학전문학교	2년
	11개 보건간부학교	1년 8개월
약제사	고려약학대학	5년
	11개 보건간부학교	2년
간호원	11개 보건간부학교	2년
	간호학교 및 간호원양성소	1년
조산원	11개 보건간부학교	2년
보육원	보육원 양성소	3개월

12) 홍순원, 「조선 보건사」 (평양 : 과학백과사전출판사, 1982), p. 16.

13) 홍순원, 앞의 글, p. 22.

6. 북한의 고려의학 (동의학)

북한은 해방이후부터 고려의학에 대한 관심을 갖고 정책을 세우고 추진했다. 1947년 5월 북조선 인민위원회 제 37차 회의에서 북한은 공중보건사업에서 고려의학(동의학)을 포함시킬 것과 고려의사(동의사)에게 재교육을 하도록 하는 정책을 시도하였다. 1954년 6월 4일 내각결정 제76호에는 고려의사 자격증에 관한 규정을 공포하여 고려의사자격시험이 실시되기 시작하였다. 또한, 1957년부터 3개월부터 6개월 기간으로 해마다 2회씩 고려의사 재교육을 실시했다. 1960년에는 평양의학대학 내에 의사 재교육부를 실시하였고, 고려의 임상기술의 향상과 등록사업 단기교육을 통하여 고려의사의 자질향상을 시켰다. 1961년 고려의 간부 양성을 위해 평양의학대학 의학부 및 특설학부와 개성고등의학 전문학교에 고려의과를 설치하여 고려의사를 양성하기 시작하였다. 1961년 9월 조선로동당 제4차 대회는 신의학과 대등한 위치에서 고려의학을 발전시킬 것을 강조했다.

1960년대부터 북한은 고려의학과 신의학의 배합정책을 채택했는데, 1962년 3월 2일 “재직간부들에게 전문기술교육을 실시함에 대하여”에 따라 평양의과대학에 3개월 기간으로 신의사들에게 고려의학에 대한 올바른 인식을 갖고 고려의와 신의를 배합한 고려의학 과학화에 적극 나설 것을 독려하였다. 또한, 1967년 12 최고 인민회의 제4기 1차 회의에서 발표한 조선민주주의 인민공화국 정부정강에서 ‘고려의학을 신의학에 배합하여 발전시키는 문제’를 토론하였다. 1975년 이후부터 평양의과대학 고려의학부를 더욱 활성화시켜 2년제 고려의 의학원반을 조직하고, 신의학을 전공한 우수 현직교원들을 1년제 고려의 재교육반에 입학시켜 고려의 교육을 했고, 1986년에 발표된 병원관리 운영사업 개선 강화지침에서는 정무원 보건부에 고려의 지도부서를 신설하고 도급 병원과 일부 시, 군급 병원에까지 고려의 사업을 전문적으로 관장하는 고려의부원제를 두었다.¹⁴⁾ 이 제도는 고려의학진료의 결상과 함께 진료의 행정체계를 일원화하는데 크게 기여하였다.

북한의 고려의학육성정책은 고려의학을 과학화, 체계화시키고 고려의학과 신의학의 적절한 배합을 성취한다는 것이다. 기본방침으로는 ①고려의학 의료사업과 신의학 의료사업의 유기적 결합 ②의료 활동에서 동의사와 신의사의 동지적 협조 실현 ③의학연구에서 동의사와 신의사의 동지적 협조 실현이다. 이는 기본 원칙만을 제시한 것이고 동·서의 결합의 구

14) 박태진, “북한 보건의료의 이해를 위하여”, 『한국의료보장연구』 (서울 : 청년세대, 1989), p. 212.

체적인 내용을 보면 ①분리된 직능 하에 내용적 결합 ②신의학적 진단과 고려 의학적 치료의 결합 ③교육의 결합 등이 있다.

북한이 고려의학을 장려하고 육성하는 북한에서 그 동안 고려의학을 중시하였던 이유는 다음과 같은 이유로 판단된다. 첫째, 부족한 의료시설 및 인력을 보충하려는 실용적인 이유가 있다. 즉 한방 의료에 필요한 시설 및 장비확보에 있어 경제적인 부담이 적고 또 비용이 적게 드는 재래식 민간요법을 통해 주민들의 건강관리에 효과를 거두기 위한 것이다. 둘째, 최근 한의학과 한약에 대한 세계적 관심이 크게 높아지고 있으며, 약초생산으로 외화벌이를 용이하게 할 수 있다. 셋째, 현대의료기술의 낙후와 더불어 의약품의 생산수준이 질·양적인 면에서 수준이하를 면치 못하고 있어 주민들의 질병치료에 어려움이 있고 최소한의 투약조차 어려운 현실에서 기인된다. 넷째, 북한의 '주체의학의 확립'이라는 요구, 즉 주체사상의 의학적 투영인 주체의학의 이데올로기적인 지향점과 일치하기 때문이다.

IV. 북한의 보건의료 제도 및 문제점

1. 보건 의료 제도 현실

〈남북한 평균수명 추이〉

(단위: 세)

	북한 (A)		남한 (B)		차이 (B-A)	
	남자	여자	남자	여자	남자	여자
1973	60.7	65.6	59.6	67.0	-1.1	1.4
1983	62.1	67.5	63.2	71.5	1.1	4.0
1993	63.6	69.3	68.8	76.8	5.2	7.5
1995	59.8	64.7	69.6	77.4	9.8	12.5
1997	59.8	64.5	70.6	78.1	10.8	13.6
2000	62.9	67.4	71.0	78.6	8.1	11.2
2010	67.9	72.4	73.3	80.7	5.4	8.3
2020	71.7	76.1	74.5	81.7	2.8	5.6
2030	73.4	77.9	75.4	82.5	2.0	4.6

* 출처 : 통계청 2003, 2004 북한 자료.

남한의 2004년 평균수명은 남자 76.6세, 여자 80.3세로 1973년(남자 50.6세, 여자 67.0세)에 비해 남자 11.0세, 여자 11.1세가 각각 높아졌다. 북한의 2002년 평균수명은 남자 59.8세, 여자 64.5세로 식량난 이전인 1997년(남자 63.6세, 여자 69.3세)에 비해 남자 3.8세, 여자 4.8세가 각각 낮아진 것으로 추정된다. 1999년 북한의 평균수명은 남한에 비해 남자 10.8세, 여자 13.6세가 낮다 1970년대 초까지 북한이 남한과 비슷했던 점을 생각하면 이는 악화된 경제사정, 식량부족 및 보건의료의 질적 저하에 기인한 것으로 보인다.¹⁵⁾

1995년-1998년의 가뭄과 홍수 등 천재지변이 그간의 어려운 경제사정을 더욱 악화시켜 초래한 식량난은 북한의 인구변화에 큰 영향을 미친 것으로 보인다. 최근 식량난으로 인한 추가 사망자로 인해 북한의 사망률이 1994년 인구 천 명당 8.8명 수준에서 1995년-1997년에는 12.1명으로 크게 증가했다. 기아 사망자는 1995년부터 대량 발생하기 시작하여 1999년까지 연간 7만-8만명 수준이었으나, 2002년은 국제사회의 지원으로 절반 수준인 4만 명 정도 발생한 것으로 분석된다. 이들 사망자는 2001년-2003년 4년간 약 27만명 수준으로 이 기간 총 사망자 102만명의 약 26%를 차지하는 것으로 추정된다.¹⁶⁾

북한의 인구에 대한 연구는 북한 당국이 제대로 된 통계자료를 공개하지 않아 오랫동안 어려움을 겪어 왔다. 사하라 이남 아프리카나 다른 빈곤지역 국가들과 달리 북한은 문맹지역이나 전쟁 중이거나 유목민족인 경우가 아니고, 그와 정 반대로 매우 관료화되고 중앙집권화된 국가인데도 의도적으로 자료공개를 하지 않았다. 특히 주체사상이 지배하던 시기에는 그 이전 시기보다 더욱 심했는데, 이는 소련이나 중국 등, 다른 사회주의 국가에 비해서도 유달리 자국에 대한 정보 공개를 꺼리는 경우에 속했다.¹⁷⁾ 그래서 “North Korea is a country of demographic mystery”라고 알려져 왔다. 2002년 북한은 전에 없이 많은 인구학적 자료를 유엔 인구기금(United Nations Population Fund)에 제출했다. 이 자료들은 북한의 중앙 통계국에 의해 말단 행정조직으로부터 수집된 것으로 내적 일관성이 있는 자료들로 평가되었지만, 공식적으로 보고된 것과 이 자료를 바탕으로 Eberstadt가 분석한 것 사이는 차이가 있다.

15) 박태진, 앞의 글, p. 121.

16) 중앙일보, 2004. 12. 6일자.

17) 변종화, 「남북한 보건의료 비교 연구」, (서울 : 국토통일원, 1999), p. 50.

〈남북한 사망원인 비교〉

	남 한		북 한	
	명	%	명	%
감염성 및 기생충질환	4,921	2.08	185	24.40
신생물	51,218	21.70	22	2.90
혈액, 조혈기관, 면역기관 질환	397	0.17	-	
내분비, 영양, 대사질환	8,554	3.62	247	32.50
정신 및 행동장애	5,967	2.53	-	
신경계 질환	2,127	0.53	-	
눈 및 부속기관 질환	17	0.01	-	
귀 및 유양돌기의 질환	8	0.00	-	
순환기계의 질환	58,130	24.60	52	6.85
호흡기계의 질환	10,613	4.49	2	0.26
소화기계의 질환	16,506	6.99	27	3.56
피부 및 피하조직 질환	164	0.07	-	
근 골격계 및 결합조직 질환	2,024	0.86	2	0.26
비뇨생식기 질환	2,199	0.93	7	0.92
임신, 출산, 산욕	75	0.03	1	0.13
주산기에 기원한 특정 병태	256	0.11	-	
선천성 기형, 변형 및 염색체 이상	956	0.40	-	
증상·징후 및 불명확한 병태	37,734	16.00	177	23.32
사망의 외인(각종 사고사)	34,368	14.50	37	4.87
계	236,234	100	759	100

* 출처 : 2002. 장남수, 북한의 식량문제 실태와 대책

2. 문제점

무상치료제의 실시내용을 살펴보면 수술비, 외래약값을 포함한 일체 진단·치료비와 입원 환자의 식사비, 병 증세에 따르는 영양식사비, 요양치료, 건강검진비, 예방접종비, 분만비, 불구자들을 위한 교정기구비, 보철비등 모든 의료봉사비를 국가가 부담한다고 하다. 그러나 이 제도의 이념상의 우월성에도 불구하고 현실으로는 제대로 구현되고 있지 못하다는 지적이 각종 문헌에 많이 나타나고 있다.

「북한개요」를 보면 월남자가족·반동종파분자로 숙청된 사람과 그 가족 등 성분이 좋지 못한 주민들은 아무리 중병에 걸려도 고가의 약품을 쓸 수 없으며, 시·구역·군병원이상

시설이 좋은 병원에는 입원할 수 없다고 월남자들은 한결같이 증언하고 있다.

또한, 「북한총람」은 이 제도의 허구성에 대해서 ①사회보장비라는 명목하에 매월 기본임금의 1%공제, ②노동자 및 사무원의 부양가족 중 직업이 없는 자는 약값이라는 명목하에 치료비 징수, ③농민들이 도회지병원으로 이송되는 경우 치료비 지불, ④농촌지역에서 담당구역 이외의 주민들 치료시 치료비 징수, ⑤치료내용면에 있어서 시설과 약품의 부족 및 의사 간호사의 절대수부족으로 인하여 양질의 치료를 제공하지 못하는 것 등을 들고 있다.¹⁸⁾

결론적으로 북한의 무상치료제는 전술한 바와 같이 전쟁으로 인한 민심을 진정시키고 사회주의혁명과 건설을 위한 산업화과정에서 노동력 확보를 위해 이상적인 사회주의 보건원칙을 현실적인 토대 위에 충실하게 구체화시킨 제도로 볼 수 있지만 이를 실시할 수 있는 경제적인 여건의 결여로 북한주민들에게 실질적인 혜택이 균등하고 질적하게 돌아갈 수 있도록 정착되지 못하고 있는 것으로 판단된다.

의사담당구역제는 1차 보건의료를 값싼 비용으로 적기에 제공하고, 의사로 하여금 주민들의 건강상태를 수시로 체크하도록 하여 예방, 치료 및 재활에 이르기까지 포괄적인 의료를 제공하는데 효율적인 측면을 가지고 있으나, 한편으로는 이 제도가 경제발전을 위한 건강한 노동력의 확보라는 체제기능적인 역할수행에 지나친 의미를 부여하고 있고, 북한주민들에 대한 사회통제수단의 하나로 이용되고 있기 때문에 실질적으로 주민들에게 양질의 의료를 제공하는데 상당히 미흡한 현실적 여건을 보유하고 있다고 판단된다.¹⁹⁾

3. 대책

북한의 심각한 의료상황은 근시안적인 질병대책으로 풀 수 없는 근본적인 문제점을 안고 있다. 의료시설을 가동시킬 전력 공급, 전염병을 예방하기 위한 수질 개선, 영양결핍을 해소하기 위한 식량난 해결 등의 기본적 보건의료 인프라 구축이 선행되어야 한다. 이를 위해서는 우선 북한 사회가 개방되어야 하고 자본주의 원리를 도입하여 경제적 발전을 꾀하여야 하며 아울러 있는 그대로의 북한의 모습을 국제사회에 드러내어 적절한 지원을 받아야 할 것이다. 북한의 보건의료문제는 북한 뿐 아니라 국제사회가 함께 협력하여 해결해 나가되 무엇보다 남한의 보건의료 지원이 무엇보다도 절실히 요구된다. 하지만 염두에 두어야 할

18) 변종화, 위의 글, p. 52.

19) 변종화, 위의 글, p. 55.

것은 북한 보건 의료 당국이 장기적 계획을 가지고 보건의료문제를 스스로 풀어 나가도록 그들의 의견에 귀를 기울이며 긴급재난구호, 전염병 예방, 만성 질환 예방, 어린이 건강사업 등 우선순위에 따른 지원이 이루어져야 할 것이다.

〈북한의 질병퇴치와 보건의료지원에 관한 원칙〉

① 북한의 보건의료문제는 식량문제, 에너지문제 등 북한의 다른 문제들과 분리시켜 생각할 수 없기에 우리가 견지해야 할 기본적인 자세는 단순히 질병 퇴치나 선진적인 의료기술 지원 이전에 대다수 북한 주민들이 기본적인 건강을 유지할 수 있도록 돕고 협력하는 것이 되어야 한다.

② 의학교육을 포함한 대북 보건의료 교류협력활동은 시혜적 차원에서가 아니라 상호협력 및 상호보완의 차원에서 이루어져야 한다.

③ 앞으로는 국제기구(WHO)가 제시하는 양질의 표준 의약품들이 북한에 공급될 수 있어야 하며 특히, 결핵약, 항생제 등 몇 가지 중요한 질환의 퇴치를 위해 우선순위에 입각한 의약품 지원이 이루어져야 한다.

④ 기초 보건의료체계를 바로 세우기 위해서는 북한의 의약품 생산을 돕기 위한 의약품 원료 지원, 제약공장 및 의료기기 공장의 건립, 최신 병원설비의 지원 등 다양한 방식의 협력이 이루어져야 한다.

⑤ 우선순위의 결정은 북한 의료당국과의 협의 하에 이루어져야 하며 유아들에 대한 영양 공급, 결핵퇴치를 위한 노력, 구충제 지원, 말라리아 및 소아마비 퇴치를 위한 노력, 항생제 지원 등이 중요한 우선순위로 논의되었다.

V. 끝맺는 글

북한은 8.15해방 이후 '사회주의 혁명'의 길을 걸어 오늘에 이르렀다. 이러한 역사 발전과정을 거치면서 의료보장제도는 북한사회의 정치, 경제, 사회구조에 부합되게 발전하여 왔다. 즉 북한사회 특유의 이데올로기(주체사상)와 생산수단의 사적소유가 폐지된 사회주의적 물질 토대 위에 북한 특유의 보건의료체계를 구축한 것이다.²⁰⁾

20) 박태진, 앞의 글, p. 33.

이러한 관점에서 볼 때 북한의 의료보장제도는 사회주의 보건의료가 가지는 일반적인 요소들 — 곧 포괄적인 보건의료 서비스, 수혜대상자의 보편성, 무료서비스, 대중참여에 의한 광범위한 예방 의료등 — 을 대체로 구현하는 방향으로 짜여져 있다고 볼 수 있다. 즉, 북한의 보건의료는 ‘완전하고 전반적인 무상치료제’, ‘예방의학적 관점’, ‘의사담당구역제’, ‘국가적 및 사회적인 어린이보육 교양방침’, 등의 시책으로, 일반적으로 사회주의 국가의 보건의료가 가지는 제 속성을 실현하고 있는 듯 하다. 이 같은 제 속성은 ‘사회주의 혁명’의 이상인 ‘인간들의 복리 향상과 인간해방’에 기여해야하는 사회주의 보건의료의 원칙상 당연한 귀결이다.

주체사상에 의거하여 북한은 “모든 건설과 창조와 생산의 근원은 인간이며 그의 노동력이며 그의 건강”이라고 하고 보건의료는 “이 고귀한 노동력의 빛나는 수호자로서 그 건강증진의 적극적인 안내자” 라고 규정하고 있다.²¹⁾ 이러한 기본철학의 바탕과 북한 현실이 제기하는 필요성에 의거하여 북한은 특유의 보건의료체계를 수립하였으며, 특히 그 중에서도 실천적 관점에서의 ‘위생문화 운동’과 ‘동의학과 신 의학의 결합’ 및 ‘의사담당구역제’가 북한의 보건의료에서 가장 두드러지는 면이다. 위생문화 운동은 예방의학적 관점을 관철하는 기본이 되고 있으며, 동의학과 신 의학의 결합은 주체적인 의학과학 기술을 개발하기 위함이다. 또한 의사담당구역제는 예방의학적 방침의 조직적 기초로써 거주지 담당제와 직장 담당제를 결합하여 이중적 보호가 가능하도록 되어있다. 의사담당구역제는 점차 전문과별로 세분화되고 있으며 의료서비스를 생산 현장에 최대한 접근시켜 노동자들로 하여금 생산 활동에 떨어지지 않고 의료봉사를 받을 수 있게 해주고 있다. 이상과 같은 정책 등은 소위 말하는 북한식 사회주의 보건의료의 핵심을 이루고 있으며, 모든 노동자들에게 높은 민족적 자부심과 자주의식을 가지고 사대주의, 교조주의를 반대하며, 모든 것을 자신의 지혜와 힘으로 자기 나라의 실정에 맞게 독자적으로 풀어 나가게 하는 사고방식과 사상을 갖도록 하는 주체사상의 보건의료에의 적용이라고 할 것이다.

그러나 비록 제한된 자료이지만 북한의 의료보장제도가 가지는 문제점을 파악해 보면 다음과 같은 점들을 지적할 수 있다. 북한의 자체의 문헌에서 가장 최근 시기의 문제점을 확인할 수 있는 것은 6개년 계획 시기(1971~1976)에 제시된 ‘도시와 농촌의 의료봉사 차이

21) 김영수, 「사회주의 국가헌법」 (서울 : 인간사랑, 1998), pp. 572-574.

를 줄일 것' 그리고 71년 노동당 5차 대회에서 지적한 '보건부문의 과학기술 수준을 높일 것'이라는 보건의료 부문에서의 두 가지 과업이다. 농촌 보건위생의 낙후성에 대하여 북한은 식민통치의 영향으로 워낙 농촌이 낙후되어 있어 보건 위생면에서 도시와 농촌간의 차이가 존재한다는 점을 인정하면서, 이를 해결하기 위해 '리 진료소들을 병원화하고 농촌리(里)에 까지 아동 병원을 설치하며, 농촌 주민과 도시 주민간의 의료방조에서 차이를 줄일 것'을 목표로 잡고 있다. 보건 부문의 기술적 낙후성에 대해서는, 특히 다른 부문에 비해 보건 부문의 과학기술 발전이 '우리 혁명과 건설의 요구에 비해 볼 때 떨어져 있는 실정이다'는 점을 제기하고 있다. 도시·농촌간의 보건의료 수준 차이의 극복이나 보건 부문의 과학기술의 발전(이것은 치료의 질과 관련되는 문제임)이 빠른 기간에 해결되기 힘들고, 막대한 재정의 투입이 요구되는 것이기 때문에 90년대 이후도 이 부분이 북한 의료보장제도의 문제점으로 남아있을 것으로 생각된다.

한편, 국내의 연구 결과 그리고 귀순자의 증언에 의한다면 북한 의료보장제도의 문제점은 무상치료제의 표방에도 불구하고 일부 유상의 본인 부담이 존재하고 있다는 점(약국의 경우 처방전이 있어도 약간은 유상 그리고 부식비의 본인부담), 그리고 의료시설의 낙후성과 약품의 부족 등으로 양질의 치료를 받지 못하고 있다는 점, 전문과목의 전문의료 인력이 부족하여 높은 기술을 요구하는 의료 행위를 만족시켜주지 못하고 있다는 점, 그리고 당 간부에 대한 치료상의 특혜가 있어 의료에 대한 평등한 접근에 위배되고 있다는 점 등이 지적되고 있다.

마지막으로 북한의 의료보장제도에 대한 약간의 전망을 언급해 보기로 한다. 앞에서 살펴 보았듯이 북한의 보건의료에 소요되는 비용을 국가에서 부담하는 특징을 갖고 있기 때문에 경제가 활성화되지 않으면 보건예산을 충당하는데 상당한 애로를 겪게 되고 이것은 간접적으로 의료보장제도에 영향을 미치게 될 것이다. 최근의 북한 경제가 추구해 온 '자력갱생에 의한 자립적 민족경제'가 일정한 한계에 부딪히면서 생산성이 저하되고 경제성장이 둔화되는 등 전반적으로 경제에 문제점이 대두되는 것으로 알려지고 있기에, 북한의 이러한 경제 사정은 향후 북한의 의료보장제도의 질적 발전을 방해하는 부정적 요인으로 작용할 것이 분명하기 때문이다. 결국 장기적인 측면에서는 북한 의료보장제도의 방향을 좌우하는 것은 전적으로 북한의 생산력 수준에 달려있다고 하겠다.

참고문헌

- 김영학, 마르크스레닌주의백서, 명성출판사, 1986.
- 구영록, 인간과 전쟁, 법문사, 1983.
- 김중호, 북한의학의 이성과 현실, 대한의사협회지, 2002.
- 손광주, 김정일 리포트, 바다출판사, 2003.
- 이찬삼, 평양특파원, 중앙일보사, 1990.
- 김학준 外2, 남북생활상, 박영사, 1988.
- 내외통신사, 북한실상종합자료집, 내외통신사, 1995.
- 중앙일보사, 북한소사전, 중앙일보사, 1992.
- 이창헌, 남북대화의 과거, 현재, 그리고 미래:환경요인을 중심으로, 한국정치학회보, 1996.
- 정석홍, 남북한 비교론, 사람들, 1998.
- 황의각 外4, 북한 사회주의 경제의 침체와 대응, 경남대극동문제연구소, 1995.
- 연하청, 북한 의료 학습, 한국학술, 2002.
- Balassa, The Theory of
Keynes, The General Theory of Employment, Interest and Money, Vol.
VII.(London : Macmillan, 1999)
- Meade, J.E, The Theory of Customs Union North Korea Medical
system(Amsterdam : Holland Publishing C, 1995.
- Viner, J., The Customs Union Issue(London : Stevens sons, 1997)
- Karl W. Deutsch, The Analysis of Internation Medical system(Prentice-Hall,
Inc, 2001)
- Stephen P. Robbins, Organizational behavior, lothed(New Jersey : Pearson
education, Inc, 2003)