

통일한국의 의료보장과 보건의료체계 1)

김창엽(서울대학교 의과대학, 의료관리학)

1. 남북한의 보건의료 현황과 기존의 통합방안 검토

1) 의료 인력

(1) 의사인력 유형 및 역할

북한에는 의사 이외에 부의사, 준의사, 위생의사, 동의사 등 남한에는 존재하지 않는 다양한 유형의 의사인력이 존재하고 있다(표 1). 의과대학을 졸업한 의사의 경우 중앙, 도단위, 시단위에서 주로 활동하는 반면에 준의사 및 부의사는 리 단위 및 군단위에서 주로 근무하는 것으로 알려져 있다.²⁾ 또한 대학병원에서는 준의사가 간호원의 역할을 하기도 한다고 한다.

부의사나 준의사의 일반적으로 환자를 직접 진료하는 의사로서의 역할을 담당하는 것으로 판단되나, 교육기간 및 배치된 의료기관을 고려할 때, 의사와는 어느 정도의 질적 수준에 차이가 있을 것이다. 의사 인력 중 의사와 부의사, 준의사간의 상대적인 구성비는 알려져 있지 않다.³⁾

1) 이 글은 1997년 인의협이 주최한 『통일 한국의 보건의료』 세미나에서 발표한 내용에 최근의 일부 자료를 추가하여 다소 수정·보완한 것이다.

2) 변종화 외. 남북한 보건의료제도 비교연구. 한국보건사회연구원, 1993.

3) 문태준(1992년 12월 3일 의계신보 ‘남북통일 후의 바람직한 보건의료정책’)은 전체 의사 중 약 5%만이 6년제 의과대학 졸업자라고 주장하였으나, 북한 의학대학의 정원이 약 2천명이며 이들이 모두 1970년 이전에 설립되었기 때문에 의과대학 구강학부 및 약학부의 정원을 고려하더라도 상당 수는 6년제 의과대학 졸업자일 가능성이 높다.

<표 1. 북한 보건의료인력 교육기관>

보건의료인력	양성기관	기관수	양성기간
의 사	의학대학 의학부	11개 각 도단위	6년
동의사	의학대학 동의학부		4년
위생의사	의학대학 위생학부		5년
약제사	의학대학 약학부		5년
조제사	의학대학 약학부		5년
부의사	고등의학전문학교		4년
조산원			3년
준의사	고등학교		3년
조제사	보건간부학교		2년
간호원			2년
조산원			2년
간호원	간호학교 및 간호원양성소	미상	1년
보육원	보육원양성소	각 시군별로 1개소	3개월

<자료> 변종화 외. 남북한 보건의료 비교연구: 북한의 실태를 중심으로. 국토통일원. 1989.

<표 2. 보건의료인력 수의 남북한 비교>

(단위; 명)

	1960	1970	1980	1985	1990
인구 1만명당 의사, 약사수					
남한	6.7	10.8	14.1	16.8	22.2
북한	3.3	11.7	23.6	26.3	28.6
인구 1만명당 비의사 의료인력수					
남한	3.6	8.2	30.2	47.6	64.7
북한	19.5	34.3	43.4	42.8	-

<자료> 변종화 외. 남북한 보건의료제도 비교연구. 한국보건사회연구원. 1993.

(2) 의사인력의 교육과정

북한의 의사인력의 교육기간은 유형별로 다양하다. 의사는 의과대학에서 6년, 부의사는 고등의학전문학교 4년, 준의사는 고등학교 3년 과정의 교육을 받는다(표

1).⁴⁾ 1985년 현재 각 도에 1개소씩, 전국에 11개교가 있으며 이들 의학대학의 입학 정원은 약 2천명 정도인 것으로 알려져 있다.⁵⁾

최근까지도 이런 상황은 별다른 변동이 없는 것으로 보인다. 1991년판 중앙조선년감에 기재된 의과대학은 봉화대학(전 평성의학대학), 광제대학(전 신의주의학대학), 인풍대학(전 강계의학대학), 장수산대학(전 해주의학대학), 강건대학(전 사리원의학대학), 송도원대학(전 원산의학대학), 정성대학(전 함흥의학대학), 경성대학(전 청진의학대학), 가림천대학(전 혜산의학대학), 고려약학대학(전 함흥약학대학)등 10개 대학이며, 그 외 평양의학대학을 합하면 11개 대학이다. 그러나 전체 의과대학의 확실한 수는 알 수가 없다.

역사가 제일 오래된 의과대학은 전 함흥의학대학이다. 1946년 10월 15일에 창립되었으며, 전신은 함흥의과전문학교이다. 건교 초기에는 의학과밖에 설치되어있지 않았다. 두 번째로 꼽히는 의과대학은 전 청진의학대학이다. 1948년 9월 1일 창립되었고, 청진의과전문학교와 성진의과전문학교이 통합된 것이었다. 역시 건교 초기에는 의학과밖에 설치되어 있지 않았으며 당시 학생수는 145명이었다. 1990년에 경성대학으로 명칭을 바꾸었다.

세 번째는 평양의학대학으로, 1948년 9월 28일에 김일성종합대학의 의학부가 독립하여 나와 현재의 명칭을 사용하였다. 창립초기 의학과, 약학과 및 위생학과 3개 학과가 설치되어 있었다.

(3) 의료인력 수

북한의 직종별 의료인력 수는 정확히 알려져 있지 않다. 의사, 치과의사, 한의사 및 약사를 모두 포괄하여 1990년 현재 약 5만 9천명에서 약 6만 3천명 정도로 추정된다.⁶⁾ 5만 9천명을 기준으로 할 경우 인구 1만명당 27.0명이며, 약 6만 3천여명을 기준으로 할 경우 인구 1만명당 28.6명으로(표 2 참조), 모두 1990년 현재 남한의 인구 1만명당 의료인력 수인 22.2명에 비하여 높은 수준이다.

그러나 최근(2000년) 한 국제기구의 자료에 의하면, 인구 1만명당 의사 30명, 간호사 18명, 조산사 15명 등의 의료인력이 있는 것으로 보고되고 있어서,⁷⁾ 과거의 자료와 상당한 차이를 보인다. 이 보고에 근거할 경우 1998년 현재 남한의 의사 약

4) 그러나 구체적인 연한은 각 기록이 서로 일치하지 않는 경우가 많다.

5) 북한의 의과대학은 예과 1년, 기초학부 3년 임상학부 3년의 7년제이며, 국가고시제도 없어 졸업과 동시에 의사면허 부여받는다. 북한 의과대학의 체제는 아래와 같다.

- 본학부 : 의학부, 약학부, 위생학부, 동의학부, 구강학부
- 특설학부 : 준의사로 5년 이상 근무한 자가 추천을 받아 입학하여 의사면허를 취득
- 통신학부 : 본과 6년제로 야간에 2시간씩 등교 수강 또는 통산수강
- 학사원- 2년, 박사원-3년

6) 변중화 외(1993). 앞의 책

7) UNICEF. International Symposium on Health and Medical Care for the DPRK. 2000.

15명, 간호사 약 30명(면허소지 기준) 등에 비하여 의사 수는 많고, 간호사 수는 적은 것으로 보인다.

(4) 보건의료인력 부문 통합 방안에서 대한 검토

현재까지의 논의에서는 인력 통합을 위하여 가장 핵심적인 문제는 북한의 의료인력 특히 남한에 존재하지 않는 유형의 인력에 대하여 어떤 지위를 부여하며, 그 과정은 어떠한가 하는 문제였다. 기존 남북한 보건의료통합방안에서는 북한 의료인에 대하여 시도 단위에 설립된 ‘보건인력연수원’을 설립하여 일정기간의 연수교육을 실시한 후 면허를 부여하는 방안을 제안하고 있다.⁸⁾

이러한 방안이 전혀 불합리한 것은 아니다. 북한 의사인력의 경우 앞서 지적한 바와 같이 남한에 존재하지 않는 다양한 유형의 인력이 존재하기 때문에 이들을 모두 동일한 기준을 적용하기 어렵다는 점을 고려해야 할 것이다. 예를 들어 부의사와 준의사에 대한 연수교육 방식이나 기간은 질적 수준이 어느 정도인가에 따라 영향을 받게 될 것이다. 하지만 이들의 질적 수준에 대한 구체적인 자료는 없는 실정이다.

그러나 이 문제는 그리 간단하지 않다. 보건인력연수원과 같은 별도의 시설을 설립하여 교육할 경우 의사 및 약사 인력만 하더라도 약 6만 명에 달하는 인력을 모두 연수교육을 통하여 면허를 부여하기까지는 지나치게 장기간이 소요될 것이다. 또한 그에 따른 북한 지역의 진료공백과 교육시설에 대한 투자비, 교육비, 피교육자에 대한 생계비 지원 등의 엄청난 규모의 관련 비용 등을 고려할 때, 이의 실현가능성을 재검토할 필요가 있다고 판단된다.

연수교육을 정당화할 수 있는 근거가 남북한 의료기술 수준의 격차를 완화하기 위한 것이라면, 별도의 교육시설에서의 연수교육보다는 의료기관에서의 수련(on the job training)이 더 절실하게 필요한 것으로 판단된다. 왜냐하면 남북한 의료기술 수준 격차는 주로 북한 의료인들이 첨단 장비 및 약품을 사용해본 경험이 없는 데서 비롯되는 것으로 추정되기 때문이다.⁹⁾

8) 정경배, 문옥륜, 김진수 외. 남북한 사회보장 및 보건의료제도 통합방안. 한국보건사회연구원, 1993. 이러한 제안에는 사실상 남한에 의한 ‘흡수통일’이라는 가정이 포함되어 있다고 보아야 할 것이다. 예를 들어 이 연구에서는 이러한 제도를 통하여 “통일초기에 북한의료인의 남한 이동을 방지하는 효과와 북한의료체계의 전면적 붕괴를 방지하는 효과를 함께 거둘 수 있을 것으로 기대된다”고 주장하고 있다.

9) 최삼섭 등은 북한의 의료기술수준에 대하여 다음과 같이 기술하고 있다. “외과교과성에 실려있는 신경외과 진단장비는 총 11가지이며 이 중 단순촬영 및 뇌혈관촬영이 근간을 이루고 있다.” “내과에서 보편적으로 중요하게 취급되는 약물의 하나인 항생제의 경우, 일차 항생제가 주종을 이루고 있으며 세파계통의 2, 3차계 항생물질이 없다.” 최삼섭, 문옥륜, 이상섭 외. 북한의 보건의료와 의약현황 분석. 한국과학기술단체총연합회, 1991.

2) 보건의료시설

(1) 보건의료시설의 구성

북한 보건의료시설은 의료전달체계에 따라 행정구역별 및 산업장별로 1차, 2차, 3차 진료기관이 배치되어 있다. 1차 진료기관인 진료소 및 리 인민병원, 2차 진료기관인 시·군인민병원, 3차기관인 도인민병원, 중앙의 특수진료기관으로 구성되어 있다(표 3 참조).

<표 3. 북한의 보건의료시설 유형>

진료 수준	의료기관		진료과 및 의사	병상 규모	역할
4차/특수 진료	정부 중앙병원				- 특권층 진료 - 도 인민병원 의뢰환자 진료
3차	도 인민병원 도 의학대학병원		- 모든 진료과목 - 200명	- 800-1,200 병상	- 중환자 및 의뢰환자,
2차	시인민병원		- 120명,		- 시 당 1-3개
	군인민병원		- 10여개 진료과 - 50명	- 100-200병상	
1차	도시	종합진료소	- 내과, 외과, 소아과, 동의과, 산부인과 등 5-10명	- 5-20 병상	- 2-3개 동진료소를 통합하여 설치
	농촌	리인민병원			
		리진료소	- 1-2명	- 1-2병상	
	산업장 협동농장 부락	산업병원	- 1-3명	- 10병상 이상	- 대규모 산업장
		산업진료소	- 최대 4개과		- 소규모 산업장
		구급소	- 4명		- 탄광 및 광산 등

(2) 시설 및 병상 수

남북한의 의료시설 수 및 병상 수를 직접 비교하기는 매우 어렵다. 북한의 리 인민병원은 일반적으로 ‘병원’으로 분류되어 남북한 시설 공급량을 비교하고 있으나, 병상규모나 장비 등을 고려할 때 남한의 의원과 유사한 수준이라고 판단된다. 1985년 북한의 인구 1만명당 의료시설 수는 4.09개로 남한의 3.71개에 비하여 오히려 많은 수준이다. 최근의 자료에서도 ‘병원’ 8,117개, 진료소 5,700여개, 요양소 131개 등으로 보고되고 있어,¹⁰⁾ 단순 수 비교에서는 북한의 의료기관이 남한보다 훨씬 많다.

10) UNICEF. 앞의 자료

북한의 병상수는 1985년 현재 인구 1만당 135.3병상으로 남한의 5.5배 수준이나 (표 4 참조) 최근 자료에는 인구 1만당 13.6개로 보고되고 있다.¹¹⁾ 그 사이에 기준이 달라졌거나 한 쪽 기록에 오류가 있는 것으로 보인다. 어떤 경우든 북한의 병상수 산정에는 탁아소 등의 침상까지 포함된 것으로 추정되고 있다.¹²⁾

표 4. 보건의료시설의 남북한 비교

(단위; 개, 병상)

	1960	1970	1980	1985	1990
의료기관수					
남한	7,700	10,493	11,781	15,154	21,701
북한	4,813	7,232	7,916	8,182	-
병원수					
남한	150	245	341	534	627
북한	449	1,665	2,558	2,454	-
의원수					
남한	7,550	10,248	11,440	14,620	21,074
북한	4,364	5,577	5,358	5,728	-
인구 1만명당 병상수					
남한		5.1	17.1	24.5	
북한		104.1	130.1	135.3	
인구 1만명당 시설수					
남한	3.08	3.25	3.09	3.71	5.06
북한	4.46	5.17	4.36	4.09	-

<자료> 변종화 등, 남북한 보건의료 비교연구: 북한의 실태를 중심으로, 국토통일원, 1989.

(3) 시설 및 장비 부문 통합방안에 대한 검토

기존 연구에서는 대체로 북한 의료시설의 현대화를 위하여 “보험자 직영의 현대

11) UNICEF, 앞의 자료

12) 변종화(1993), 앞의 책

적인 의료시설"을 건립하고 공공 및 민간자원의 투입을 유도하며, 자선적 의미의 "독지가 유치"가 이루어지도록 할 것을 제안하고 있다. 의료장비에 대해서는 "기초 및 최신 장비의 대폭적인 지원과 더불어 사후관리가 철저히 이루어지도록 한다. 북한에 있는 기존의 의료장비 생산시설도 현대화될 수 있도록 지원한다."라고 하고 있다.¹³⁾

현재까지 알려진 것에 의하더라도 북한의 의료시설이나 장비가 크게 보완되어야 하는 것은 틀림없다. 그러나 정확한 규모나 필요한 재원의 크기를 추정하기는 불가능하다. 당연히 북한의 의료시설부문에 대한 통합정책은 북한의 의료시설에 대한 시설 및 장비 투자비의 필요한 재원 규모에 대한 추정에 근거하여 이루어져야 할 것으로 판단된다. 참고로 독일의 경우 동독의 의료기관의 시설과 장비를 서독의 수준으로 끌어올리기 위하여 1995년부터 2004년까지 약 210억 DM 정도의 투자를 투자할 계획을 세운 바 있다.¹⁴⁾

이런 엄청난 비용을 조달하는 데, 막연히 공공 및 민간 재원의 유치를 유도한다는 원칙만으로는 대안의 구체성이 부족하다고 생각된다. 또한 통일 후 의료보장체계를 남한의 그것을 따라 의료보험방식으로 한다 하더라도, 보험료 부담 능력이 부족한 북한 주민들이 다수 발생함으로 인하여 보험 재정 압박에 초래될 가능성이 높은 상황에서 막대한 비용이 소요되는 보험자 직영의 의료시설 건립은 우선 순위가 낮다고 생각된다.

따라서 시설부문 통합방안에서는 전체 보건의료시설 중 어느 정도를 민간에 이양하여 운영토록 할 것인지 그리고 1, 2, 3차 보건의료시설 중 어느 부분을 공공에서 책임지고 투자와 운영을 담당할 것인가를 검토할 필요가 있다. 또한 도시 지역 등 의료수요에 대한 구매력이 있는 지역과 농촌 등의 의료취약지역에 대한 정책도 달라질 수 있을 것을 판단된다. 별도의 보건의료 통일기금이 조성되어 있지 않은 현재와 같은 상황하에서는 공공 투자 재원 확보 가능성이 매우 낮다. 그러나 그렇다 하더라도 민간에 의존한 시설과 장비의 확충이 가능성 여부를 떠나서 통일 이후에도 과연 바람직한 것인가를 검토할 필요가 있다.

3) 의료전달체계 및 보수지불체계

(1) 진료권과 의사구역담당제

북한은 체계화된 전형적인 사회주의적인 의료전달체계를 갖추고 있다. 북한의 진

13) 정경배 외. 앞의 책

14) OECD. The reform of health care. 1992.

료권은 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.¹⁵⁾

리진료소 또는 리 인민병원의 의사는 문지기(gatekeeper)의 역할을 담당하며, 전문진료가 필요한 경우에 한해서 상급병원으로 후송하는 원칙을 철저히 지키고 있다. 따라서 일차진료의사의 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.

(2) 의사구역담당제에 의한 생애주기별 건강관리제

의사구역담당제 하의 의사는 약 100-400 가구에 대하여 환자진료 이외에, 보건교육, 위생, 소독, 예방접종 및 신체검사 등 포괄적인 서비스 제공을 담당하고 있다.¹⁶⁾ 또 의사구역담당제는 생애주기에 따른 건강관리체계 및 복수등록체계를 통하여 체계적이고 지속적인 서비스 제공체계를 구축하고 있다.¹⁷⁾¹⁸⁾

북한의 의사구역담당제에 근거한 생애주기별 건강관리제 및 복수등록제의 기본 이념은 현재 남한의 보건의료체계가 안고 있는 여러 가지 문제점을 극복할 수 있는 실마리를 제공할 수 있다고 판단된다.¹⁹⁾ 물론 북한의 낙후된 보건의료기술 수준이나 의약품 부족 등을 고려할 때, 실제로 북한 주민들이 양질의 포괄적인 의료서비

15) 안주군 인민병원의 경우 리 인민병원에서 의뢰된 환자를 진료하는 것 이외에 리 인민병원을 순회하면서 새로운 기술을 전수하기도 하고 주민 대상의 보건교육을 담당하기도 한다.

16) 일반 주민은 1년에 1회 담당의사에 의해서 신체검사를 받으며, 중노동이나 식당 및 식품업에 근무하는 근로자는 매년 4회의 신체검사를 받도록 되어 있다.

17) 모든 출생아는 출생 후 1주일이 되면 담당 구역 소아과 의사에게 인계되어 건강관리를 맡도록 되어 있으며, 아동이 유치원이나 탁아소에 가게 되면 유치원 또는 탁아소 담당 소아과 의사에게 인계되고, 학교에 입학하면 학교담당 소아과 의사의 책임 하에 놓이게 된다. 15세가 되면 구역 담당 내과의사의 책임 하에 건강관리를 받게된다. 또한 산부인과 의사는 산모의 건강과 분만을 책임지며, 적어도 18회의 산전 및 산후관리를 받는다.

18) 모든 주민들은 자신이 거주하는 지역의 담당의사에게 등록되어 있고 동시에 근무하는 일터의 공장병원 및 진료소에 이중으로 등록되어 있다.

19) 남한의 보건의료체계는 치료서비스 위주의 보건의료서비스 제공, 분절적인 서비스의 제공으로 인하여 불필요하고 비효율적인 의료서비스의 제공, 높은 의료비 등의 문제점을 안고 있다.

스를 제공받고 있다고 생각하기는 어렵다. 하지만 포괄적이고 지속적인 보건의료서비스 제공이라는 기본 이념은 통일 후에도 지속시켜 나가야 할 요소라고 생각된다.

(3) 무상치료제

북한도 다른 사회주의국가와 마찬가지로 국가가 직접 의료서비스를 무상으로 제공하는 제도를 시행하고 있다. 북한은 1960년부터 ‘완전하고 전반적인 무상치료제’를 시행을 선포하였다. 북한에서는 일상적인 진료비 이외 식대, 요양치료비, 교통비, 보장구 비용을 포함하는 모든 의료비를 국가가 부담하고 있다고 주장하고 있다.

북한 보건의료 관련 연구에서는 북한의 경제적 수준을 고려할 때, 완전 무상치료제하의 보건의료서비스의 질적 수준이 높지 않을 가능성이 높기 때문에 이를 정치적 색채가 짙은 선전이라고 주장하고 있다. 의료기관에서의약품 부족 등으로 인하여 일반 주민들의 경우 경제적 여유만 있으면 쉽게 이용할 수 있는 약국을 자주 이용한다고 한다.²⁰⁾

(4) 의료전달체계 및 보수지불제도 부문 통합방안에 대한 검토

의료전달체계 및 지불제도에 대한 기존 연구들에서는 자유시장경제적인 의료체계의 틀 내에서 북한의 장점을 수용할 수 있는 의료전달체계 및 보수지불제도는 어떤 형태인가를 검토하는 것에 초점이 맞추어져 있다. 이러한 관점을 가질 경우 중요한 것은 통일 후 북한지역의 경제상황이다. 통일 직후의 북한 지역의 실업률이 매우 높을 것이며 그에 따라 북한 주민의 의료비 부담능력은 매우 낮은 수준일 것이다. 이러한 상황을 예상할 때, 정부 재정 부담 능력을 고려한 의료보장방안 및 재원조달방안을 마련해야 할 것이다. 또한 북한 의료인력의 새로운 보건의료체제에 대한 적응력도 고려해야 할 것이다.²¹⁾ 기존에 제시된 통합방안을 요약하면 다음과 같다.²²⁾

의료전달체계

- 공공부문 1차 보건의료서비스는 무상치료제의 골격을 유지
- 민간부문 1차 진료와 2, 3차 진료에 대해서는 유상치료제를 도입
- 행정권역별로 남한에서와 같이 중진료권 및 대진료권을 설정
- 북한의 의사구역담당제, 생애주기별 건강관리제 및 복수등록제의 기본 이념

20) 변중화 외(1993). 앞의 책

21) 독일 통일 이후에 동독의사들이 서독식 보건의료체제에 적응하는 데 어려움을 겪었다고 한다.

22) 정경배 외. 앞의 책

수용

지불제도

- 자유개원의를 의사구역담당제의 의사로 위촉토록 하며 이 경우에는 인두제에 의한 지불방식을 택하되, 능력별 지불방식을 가미
- 공공병원 및 리 진료소에서는 외래는 방문당 수가제, 입원은 입원일당 진료비, 이에 근거한 예산할당제
- 민간병원에서는 외래는 정액제, 입원은 일당진료비, 이에 근거한 의료보험조합에 대한 진료비 청구 및 환자 본인부담금 의료보장체계
- 남한의 의료보장체계를 이식, 산업재해보상제도와 의료보호제도를 도입
- 재정수입은 의료시설 및 장비에 대한 투자와 의료보호 진료비에 활용
- 의료보험료는 임금근로자는 소득비례정률제, 자영자는 5요소 방식에 의해 정액제로 각출
- 본인부담금은 외래는 정액제, 입원은 정률제로 하며 총진료비의 20%를 본인이 부담

그러나 이러한 의료전달체계 및 보수지불제도 부문 통합방안간의 상호관계는 명확하지 않다. 예를 들어 1차 의료에서는 자유개원의 제도에 근거한 인두제를 제안 하면서 의원과 병원간의 환자 의뢰관계 및 병원에 대한 진료비 지불방식에 대한 명확한 언급이 없다. 대신에 병원급의 외래 및 입원진료비 보수지불제도를 별도로 언급하고 있다. 남한의 건강보험체계를 그대로 이식하면서 1차 진료에서 인두제를 시행할 경우 고려해야 할 보험자와 1차 진료의사와의 관계도 명확하지 않다.

또한 북한 지역의 새로운 의료제도와 남한의 의료제도의 관계에 대한 언급이 없다. 북한 지역에서는 인두제를 시행하면서 남한지역에서는 현 보수지불제도를 그대로 유지할 것인지가 명확하지 않다. 이는 병원의 진료비 지불제도의 경우도 마찬가지이다.

공공부문 1차 보건의료서비스를 무상치료제로 하는 방안의 경우 앞서 의료시설 부문 통합방안에서 지적한 바와 같이 어느 정도의 수의 1차 의료기관을 공공부문에 서 운영할 것인가에 따라 그 영향과 정부의 재정부담 규모가 크게 달라질 수 있다.

2. 통일한국의 보건의료-기본 원칙과 구상

1) 원칙

다른 많은 논의와 마찬가지로 통일한국의 보건의료에 대한 기본구상도 충분히 논의되었다고 할 수는 없다. 그러나 적어도 원칙에 있어서 크게 차이가 난다고 보기도 어렵다. 그것은 아마도 기본구상이 대단히 모호하고 포괄적으로 제시되고 있고 또한 규범적인 성격을 지니기 때문일 것이다.²³⁾

가장 대표적으로 제시되는 기본원칙은 통일 한국의 보건의료가 현재의 남북한의 장점을 살리는 방향이 되어야 한다는 것이다.²⁴⁾ 남북한 보건의료체계의 장점이 무엇인가에서부터 의견이 달라질 가능성도 없지 않으나, 이 원칙은 아무리 강조해도 지나치지 않을 것이다.

구체적으로는 남한의 민간부문이 가지는 개별 기관 수준에서의 효율성,²⁵⁾ 북한의 보건의료체계가 가지는 공익성과 형평성 등은 아마도 가장 쉽게 동의할 수 있는 장점이 아닌가 한다.

고려하여야 할 원칙은 비단 이것만은 아니다. 우선 양체제에 동일한 원칙과 제도가 적용되는 것이 바람직하다는 것이다. 많은 논의에서 명시적, 혹은 암묵적으로 통일 후 양체제를 잠정적으로 별개의 체계로 운영하는 것을 상정하고 있으나,²⁶⁾ 이는 어떤 통일 방식(급진적이든 점진적이든)에서든 바람직하다고 하기 어렵고 현실성도 높아 보이지 않는다. 또 통일과정에서는 하드웨어적인 통일뿐 아니라 정신과 심리적 통합도 매우 중요하다는 지적도 이러한 점에서 귀기울일 만하다.²⁷⁾

한 국가로 통합된 이후에 인위적으로 한 지역에 한정되는 정책을 시행한다는 것은 대단히 어려울뿐더러 자칫 대중의 광범위한 심리적 좌절과 저항을 불러일으킬 가능성이 높다. 따라서 제도의 변화가 필요하더라도 그것은 전국적으로 적용되는 것이어야 하고, 특히 형평의 원칙에 어긋나지 않아야 할 것이다.

23) 기존의 논의에서 제시되었던 내용들을 여기에서 일일이 재론하지는 않는다. 필요하다면 앞에서 제시한 내용 혹은 참고문헌을 보는 것으로 족할 것이다.

24) 아마도 가장 대표적인 것이 정경배 등의 통합방안에서 제시된 내용일 것이다. 정경배, 문옥륜, 김진수 외. 남북한 사회보장 및 보건의료제도 통합방안. pp.220-221, 한국보건사회연구원, 1993.

25) 개별 기관 수준에서의 효율성은 국가나 지역단위의 효율성과는 다르다. 예를 들어 개별 단위에서는 극히 높은 수준의 효율성을 가지고 있다고 할 수 있는 미국의 보건의료가 국가적인 수준에서는 전형적인 비효율성을 보이고 있다.

26) 정경배, 문옥륜, 김진수 외. 앞의 책; 박진, 이유수. 남북한 사회보장제도의 비교 및 통합방안. 한국개발연구원, 1994.

27) 민성길, 전우택. 사람의 통일-정신의학적 접근. 송자, 이영선(편). 통일 사회로 가는 길. pp.72-110, 오름출판, 1992; 전우택. 난민들의 정신건강과 생활응용에 대한 고찰 및 한반도 통일과정에서 전망과 대책. 신경정신의학 1997;36(1):3-18; 전우택. 사람의 통일을 위하여. 오름, 2000.

또 한가지 원칙은 통일 방안 자체가 현실성이 있는 것이라야 한다는 것이다. 이것은 일반적인 경우에는 더 강조할 필요도 없는 원칙이나, 통일 방안의 경우에는 무시되거나 소홀하게 다루어지는 경우도 없지 않다.

통일 방안의 현실성이란 양체제에 얼마나 근본적인 변화를 초래하는 통일인가에 많은 부분 의존한다. 예를 들어 전쟁이나 일방적인 흡수 통일의 경우와 협상과 타협에 의한 점진적인 통일 사이에는 현실성 자체에도 많은 차이가 있을 수밖에 없다.

현재 우리나라의 경우 남과 북 어느 쪽이라도 상대방을 완전히 '접수'하는 형태의 보건의료 통합은 불가능한 것으로 보인다. 급격한 통일의 경우에조차 상대방의 체제를 상당 기간 인정하고 그 바탕 위에서 점진적인 변화를 추구해야 할 것이다. 이는 남의 보건의료체계가 급격하게 국가공영체계가 되는 것을 상정하기 어렵듯이, 북한의 의료체계가 남한과 꼭 같은 보건의료체계가 되는 것도 어렵다는 것을 의미한다.

또 다른 예로 통일에 따른 자원 투입도 생각해 볼 수 있다. 통일 후 새로운 보건의료체계 구축에 자원 투입이 필요하다고 해서 정부 부문에서 필요한 자원을 모두 부담할 수 있다고 상정하는 것도 비현실적이다. 현실적으로는 민간의 일부 부담과 자원 투입이 불가피할 것이다.

2) 장기적 목표

통일 한국의 보건의료가 지향하여야 할 장기적인 목표는 매우 일반적인 형태로 표현될 수 있다. 그것은 우리나라의 보건의료가 매우 효율적이면서도 국민의 건강을 보장할 수 있는 것이라야 한다는 것이다.

이는 남북한 보건의료의 장점을 모두 살린다는 기본원칙과 무관하지 않다. 남한의 보건의료에 비하면 정부(혹은 공공)의 책임은 더 커져야 하고, 예방과 포괄적 보건의료 서비스가 더 강조되어야 할 것이다. 북한의 보건의료에 비하면 보건의료의 기술적 수준은 더 높아져야 할 것이고, 개인이나 개별 기관 단위의 효율성은 더 커져야 한다.

그러나 어느 쪽이든 국민의 건강에 대한 우선순위가 높아지고, 건강이 개인의 책임과 영역이 아니라 사회적 연대를 통하여 해결되며, 주어진 자원의 한계 안에서 효율적으로 보건의료가 제공되어야 한다는 것이 통일한국의 보건의료가 목표로 삼아야 할 가치라 할 수 있을 것이다.

3) 단기적 목표

포괄적인 장기 목표에도 불구하고 단기적으로는 통일 국면에서의 급격한 변화에 보건의료가 제대로 대응한다는 것이 대단히 어려울 것이라는 것을 쉽게 짐작할 수 있다.

물론 단기적으로는 기본적이고 필수적인 보건의료를 전국민에게 제공하는 것이 목표가 될 수밖에 없다. 특히 급격하게 통일이 이루어지는 경우 이러한 목표는 매우 중요하고도 필수적인 것이 된다.

필수적인 보건의료 서비스는 익히 알고 있는 일차보건의료 서비스의 내용과 다를 바 없다. 흔한 질병의 진료, 필수적인 의약품 공급, 전염성 질환 관리 등이 바로 그것이고, 다른 분야와 다소 중복되기는 하지만 적절한 영양공급, 위생과 방역 등도 포함되어야 할 것이다.

그러나 통일 시기의 보건의료가 가져야 할 목표는 여기에 그치지 않는다. 사실상 장기적인 전망을 바탕에 두고 새로운 보건의료체계의 단초를 만들어 나가는 것이 또 다른 중요한 목표가 아닐 수 없다.

아무런 대책 없이 통일이 맞이하는 경우 보건의료는 소위 '체계의 실패(system failure)' 혹은 '무체계(non-system)'로 귀결될 가능성이 가장 높다.²⁸⁾ 오늘날 세계의 많은 후진국에서 보고 있는 것이 바로 이런 무체계로서의 보건의료체계이다.

보건의료체계의 실패는 비단 양체제 어느 한 쪽에 국한되지 않을 것이다. 급격한 인구이동과 기존 사회의 해체, 그리고 이에 따른 보건의료체계의 통제 불능 상태는 어느 한 쪽이 이루어 놓은 나름대로의 보건의료체계를 완전히 와해시킬 가능성이 높다.

따라서 통일 시기에 단기적으로 전국적 차원의 기본보건의료체계를 갖추는 것은 무엇보다 중요한 목표이다. 이는 사회 전체의 발전을 보장하는 것인 동시에 장기적인 우리나라 보건의료체계의 발전 전망을 여는 중요한 단초로서의 의미를 가질 것이다.

이제 통일 논의는 그 동안 진행되었던 원론적 수준을 벗어나 좀 더 현실에 밀착한 통일방안을 마련하고자 하는 목표를 가져야 한다는 것을 부인하기 어렵다. 그러나 보건의료 분야의 여러 방안들은 아직도 개략적인 수준에 불과한데다, 지나치게

28) 여기에서 체계실패 혹은 무체계라 하는 것은 정부 혹은 민간이 모두 이 문제에 대해 어떤 종류의 체계적인 대책도 마련하지 못하고, 발생하는 요구에 그때 그 때 즉흥적으로 대처하는 상태를 말한다. 이러한 경우에는 대부분의 보건의료 필요(need)를 각 개인 스스로 해결하여야 하고, 개인이 받을 수 있는 보건의료 서비스의 종류와 질은 주로 경제적인 부담 능력에 따라 결정되게 될 것이다.

현실 상황에 경도되었거나 원론적이라는 지적을 면키 어려운 상황이다. 이는 한편으로 전반적인 사회 환경을 반영하는 것이지만, 통일을 준비하고 대비하는 세력(힘)이 상황을 제어할 수 있는 역량이 그만큼 약하다는 것을 의미하기도 한다.

한 제도가 다른 한 쪽으로 복제되어 이식되는 것을 바라지 않는 한, 통일과 통합을 위한 자기갱신과 변화는 필연적인 요구이다. 남한의 보건의료제도가 가지고 있는 여러 가지 문제점들이 통일 과정에서 극복되어야 마땅한 것이다. 그러나 안타깝게도 현재 우리가 보건의료 상황을 제어할 수 있는 힘은 매우 약하다고 할 수밖에 없다. 이것은 필연적으로 통일방안과 그에 대한 논의를 소극적으로 만들고 현실 유지적인 것이 되게 한다.

그렇다면 통일 논의는 우리(남한) 보건의료의 개혁과 전혀 별개의 것이 될 수 없다. 우리가 가진 문제점을 해결하기 위한 노력은 그 자체로서도 중요하지만, 통일한국의 보건의료를 바람직한 것으로 만들기 위한 직접적인 기여도 된다는 점을 기억할 필요가 있다. 바람직한 보건의료 통합을 위해서도 우리 보건의료의 개혁 노력을 게을리 하지 말 일이다.

보다 구체적인 준비도 필요하다. 가장 기본적인 요소라 할 수 있는 재정소요를 대체적으로만 따져 보더라도, 통일 후 상당 기간에 걸쳐 막대한 비용을 기본적인 보건의료를 위하여 정부와 민간부문이 부담해야 할 것으로 추정된다. 막대한 소요 재원을 마련하는 것은 준비가 필요하다. 정부뿐 아니라 민간도 이러한 준비에서 예외일 수 없다. 현재 빈번하게 논의되고 있는 보건의료부문 재정지출, 건강보험제도의 개선 등에 이러한 ‘통일 비용’에 대한 논의가 반드시 포함되어야 한다.