

『입법정보』 제150호

북한의 보건 의료제도 및
통합방안

2004. 12. 13

이 만 우
(입법정보연구관, 사회학박사)

북한의 보건의료제도 및 통합방안

〈요 약〉

남북한의 현 사회경제적 상황에서 통일이 실현된다면, 한반도 전체에서 일시적으로 급격한 사회구조의 변화가 불가피할 것이고, 인구의 대량이동과 대규모의 실업문제 등 심각한 사회문제가 발생할 것으로 예상된다. 이것은 남북한 체제의 이질성과 함께 두 지역 간의 경제력 격차로부터 비롯되는 것으로서 통일 이후의 사회통합에 큰 장애 요인을 초래할 수 있다. 남북한 주민들이 하나의 국가체제 속의 국민으로서 통일에 따른 과도기적 사회혼란을 야기할 수 있는 새로운 환경에 적응하려면 보건의료 부문의 제도적 준비가 시급하다.

자본주의적 시장경제 체제를 바탕으로 공공성을 사회적으로 형식화시켜 만든 남한의 보건의료제도는 북한 사회주의 체제가 직면하고 있는 한계성에 대한 대안을 제시할 여지를 갖고 있고, 역으로 북한의 보건의료제도는 아직까지 다른 사회주의 국가처럼 제도 그 자체의 붕괴에 이르지 않았다는 점에서 남한 제도의 단점들을 보완하는 측면이 있을 수도 있다.

따라서 여기서는 현 시점에서 북한의 보건의료의 현황에 대한 이해 및 남북한의 비교와 함께 우리보다 앞서 통일을 이룬 독일의 보건의료제도 통합의 예를 살펴봄으로써 통일 이후의 보건의료제도에 대한 상을 그려보고자 한다.

목 차

I. 서론	1
II. 북한 주민의 건강실태	2
III. 북한 보건의료제도의 현황	9
IV. 독일의 보건의료 통합과정에서의 교훈	19
V. 통일시대 보건의료	24
VI. 결론	30

I. 서론

○ 남북한 주민들이 하나의 국가체제 속의 국민으로서 통일에 따른 과도기적 사회혼란을 야기할 수 있는 새로운 환경에 적응하려면 보건의료의 제도적 준비가 시급함.

○ 보건의료제도는 질병으로 인한 신체적 위협에 대한 치료와 질병으로 인한 소득상실에 대해 소득보장을 행하기 위한 여러 장치들을 포괄하는 것으로서 사회보험으로서의 건강보험제도와 국가보건서비스라는 두 가지의 대표적인 대안이 전 세계적으로 보편화되어 있음.

- 자본주의적 시장경제 체제를 바탕으로 ‘공공성’을 사회적으로 형식화시켜 만든 남한의 보건의료제도는 북한 사회주의 체제가 직면하고 있는 한계성에 대한 대안을 제시할 여지를 갖고 있는 반면, 북한의 보건의료제도는 아직까지 다른 사회주의 국가처럼 제도 그 자체의 붕괴에 이르지 않았다는 점에서 남한 제도의 단점들을 보완할 수도 있을 것임.

○ 본 고에서는 현 시점에서 남한과 북한의 보건의료 현황에 대한 이해 및 남북한의 비교와 함께 우리보다 앞서 통일을 이룬 독일의 보건의료제도 통합의 예를 살펴봄으로써 남북통일 이후의 보건의료제도에 대한 상을 그려보고자 함.

II. 북한 주민의 건강실태

1. 각종 보건지표로 살펴본 건강수준

○ 높은 영아사망률¹⁾

국민 건강수준을 가늠할 수 있는 건강지표로 가장 민감한 영아사망률이 식량난이 본격화되기 전인 지난 1994년 1천명당 14명에서 최악의 식량난을 겪은 후인 1999년 22.5명으로 증가했으며, 2003년부터 21명선에 머물러 있음.

- 반면 남한의 경우 영아사망률은 1993년 9.9명에서 1996년 7.7명, 1999년에는 6.2명으로 계속 감소 추세를 보이고 있음.

○ 산모 사망 남한의 5배

모성사망비(임신 및 출산과정에서 연유된 산모의 사망)가 지난 1990년 출생아 10만 명당 70명에서 1996년 110명으로 급증했으며, 지난 해에는 87명으로 줄었으나 남한에 비해 5배 이상 많음.

- 2세 미만 아이를 가진 여성 중 45kg이하 체중을 가진 비율은 16.7%를 차지했고, 32%가 영양장애 상태로 나타났음.
- 북한에서는 신생아에게 모유 수유를 하고 질병이 있을 경우에만 우유를 먹이는데 6개월 미만 영아에 대해 모유 수유만을 하는 비율은 69.6%로 높은 편이나 산모의 영양상태가 나빠 어린이 성장에도 영향을 미치고 있음.

1) 북한에 관한 통계자료는 발표 기관마다 차이를 보이는데 이것은 아마도 북한이라는 폐쇄된 사회에서 정확한 정보 수집이 그만큼 어렵다는 것에 기인하는 것으로 보임. 북한의 영아사망률 역시 미국의 국제인구연구소(PRB)에서 발표한 '2001년 세계인구'에 따르면 1980년 39명, 1990년 31명, 1994년 26.8명으로 꾸준히 감소하다가 대홍수가 발생했던 1995년, 1996년에는 28명으로 늘어나기 시작하더니, 1998년에는 39명으로 늘어났고, 2001년에는 무려 88명으로 급증하였다고 보고하였음.

<표 1> 영아사망율과 모성사망비: 남북한 비교

항 목	북한 ¹					남한 (2001)
	1993	1994	1996	1998	2001	
조출생률(천 명당)	20.0	[24] ²	20.1 [21] ³	21[21] ⁴	[20] ⁵	13.4(2000) ⁶
조사망률(천 명당)	5.5	6.8[5] ²	[6] ³	9.3[5] ⁴	[5] ⁵	5.2(2000) ⁶
영아사망률 (천 출생아당)	14.1 24(1992) ⁷	23 ²	18.6 ⁴ [23] ³	23[23] ⁴	39 ⁸	7 ⁸
<5세 사망률> (천 명당)	26.6 30(1990)	31 ²	30[30] ³	[30] ⁴	52/48 ⁸	10/9 ⁸
모성사망비 (10만 명당)	54	41 ²	41[70] ³	105[110] ⁴	35 ⁸	20 ⁸
평균수명(세)	68.5/76.1/ 73.2	71 ²	66.5/74.1/ 70.1[72] ³	-[72] ⁴	62.5/68.0 ⁸	71.8/79.1 ⁸

(): 연도 []: 통계치 남/여/전체

資料:1. Central Bureau of Statistics, Government of the Democratic People's Republic of Korea(WHO, UNICEF 보고서/자료에서 재인용)

2. UNICEF. The State of the World's Children 1996.

3. UNICEF. The State of the World's Children 1998.

4. UNICEF. The State of the World's Children 2000.

5. UNICEF. The State of the World's Children 2001.

6. 통계청. 인구동태통계연보; 2001.

7. UNFPA. Proposed Projects and Programmes: Assistance to the Government of the Democratic People's Republic of Korea. DP/FPA/PRK/3, United Nations Population Fund; 1998.

8. UNFPA. The State of World Population 2001.

○ 평균수명 및 기대수명, 사망률

- 남한의 1997년 평균수명은 남자 70.6세, 여자 78.1세로 1973년(남자 50.6세, 여자 67.0세)에 비해 남자 11.0세, 여자 11.1세가 각각 높아졌음.
- 북한의 1997년 평균수명은 남자 59.8세, 여자 64.5세로 식량난 이전인 1993년(남자 63.6세, 여자 69.3세)에 비해 남자 3.8세, 여자 4.8세가 각각 낮아진 것으로 추정됨.
- 1997년 북한의 평균수명은 남한에 비해 남자 10.8세, 여자 13.6세가 낮음.

<표 2> 남북한 평균수명 추이

(단위: 세)

연도별	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

資料: 통계청. 1999, 2001. 북한 자료. 2000. 서울: 연합뉴스. p.419.

- 1970년대 초까지 북한이 남한과 비슷했던 점을 생각하면, 이는 악화된 경제사정, 식량부족 및 보건의료의 질적 저하에 기인한 것으로 보임. 1995년-1998년의 가뭄과 홍수 등 천재 지변이 그간의 어려운 경제사정을 더욱 악화시켜 초래한 식량난은 북한의 인구변화에 큰 영향을 미친 것으로 보임.
- 최근 식량난으로 인한 추가 사망자로 인해 북한의 사망률이 1994년 인구 천명당 8.8명 수준에서 1995년-1997년에는 12.1명으로 크게 증가했음. 기아 사망자는 1995년부터 대량 발생하기 시작하여 1997년까지 연간 7만-8만명 수준이었으나, 1998년은 국제사회의 지원으로 절반 수준인 4만명 정도 발생한 것으로 분석됨. 이들 사망자는 1995년-1998년 4년간 약 27만명 수준으로 이 기간 총 사망자 102만명의 약 26%를 차지하는 것으로 추정됨.

<표 3> 남북한 사망가능성 비교

(단위: 명)

구분	총출산율	사망 가능성(천명당)				출생시 기대여명	
		5세이하		15-59세			
		남	여	남	여	남	여
남한	1.7	12	10	215	92	69.2	76.3
북한	2.0	100	99	305	229	58.0	60.6

資料: 통계청. 1999, 2001., 북한 자료. 2000. 서울: 연합뉴스. p.419

2. 영양상태

○ 북한의 보건의료 현황 중 가장 우선적으로 다루어야 할 것은 식량상황임. 왜냐하면 영양상태는 발육에만 관여하는 것이 아니라 모든 질병의 가장 근원적인 원인이 되며 치료에 있어서도 가장 우선적으로 고려되어야 하기 때문임.

- WHO의 1999년 4월 북한의 보건 보고서에 의하면 북한의 15.6%의 어린이가 극심한 영양실조로 응급조치가 필요한 실정이고, 62.3%의 어린이들이 성장저하와 만성적인 영양실조를 보이고 있다고 하였음. 이러한 영양실조는 아시아의 최빈국인 캄보디아, 라오스 등 보다도 심각한 것으로 보고되고 있음(어린이의약품지원본부, 2003).
- 유니세프 보고에 의하면 5세 미만 유아 250만명 중 영양결핍아는 120만 명으로 2명에 1명 꼴임. 이들 중 급성 영양장애는 25만 명, 중증 영양장애는 4만 명, 빈혈은 100만 명, 비타민A 결핍은 100만 명에 달함. 급성의 중증 영양상태에 있는 어린이 7만 명은 당장 병원에서 영양 재활치료를 받지 않으면 사망위험에 놓이게 된다고 하였음(어린이의약품지원본부, 2003).
- 한편, 홍콩 영자지 사우스 차이나 모닝 포스트가 미국 국제개발처(USAID)의 최근 보고서, 『북한의 대 기아 : 기아, 정치, 그리고 대외 정치』를 인용 “북한은 수년간 지속되는 가뭄, 홍수 등 자연재해로 적어도 250만 명의 기아 사망자가 발생했으며 10년전 2,200만 명 수준이었던 북한 인구가 약 700만 명 감소해 현재 1,500만 명을 약간 웃도는 것으로 추정 된다”는 보도는 더욱 충격적임(2004년 8월 17자).

○ 이러한 현재 북한의 영양문제는 만성 영양실조의 후유증으로 초래되는 이른바 ‘세대간 악순환’ 현상이 북한사회에 만연하고 있다는 점이나, 영양상태가 나쁜 산모가 낳은 저체중아가 성장 장애를 겪고 영양실조의 산모가 되어 다시 저체중아를 낳는다는 악순환이 되풀이되고 있다는 점에서 더욱 심각함.

- 이것은 바로 현재 영양문제로 인한 후유증이 통일 이후에 고스란히 우리가 떠안아야 할 문제임을 보여줌.

3. 상병상태

○ 수인성 점염병²⁾

북한의 계속 되는 홍수와 가뭄은 생활 식수의 질과 양에 심각한 문제를 야기시켰고, 이로 인하여 장티푸스, 콜레라와 같은 수인성 전염병이 유행하고 있음(박종연, 2002).

- 러시아 엔테르팩스 통신에 의하면, 1995년 9월 장티푸스의 유행으로 1천명 이상의 사망자가 발생했으며, 같은 시기에 북한 전역의 콜레라의 유행으로 230명이 사망하고 수천명이 치료 중이라는 보도도 일본 산케이 신문이 하고 있음.
- 이러한 수인성 전염병의 만연은 식수 공급시스템과 하수처리 시설의 대부분이 파손 되었고, 살균에 필요한 차아염소산염 같은 화학약품의 부족으로 염소처리가 되지 않은 물을 가정에 공급하고 있기 때문이라고 함.

○ 결핵

북한은 세계적으로 결핵 발생의 80%를 차지하는 22개 국가 중 하나로, 결핵환자 발생 수는 1990년대 초 인구 10만명당 38명에서 2002년 말 220명으로 급격히 증가했음(박종연, 2002).

- 결핵 유병율은 5% 내외로 전체 감염자는 115만명, 신규 발병자는 2만명 가량이 추산됨. 2001년 결핵환자 발생 수는 4만7천명이고, 결핵에 의한 사망률은 10만명당 10명으로 추정되고 있음.
- 안타까운 사실은 아직 백만명이 넘는 결핵 환자들이 적절한 치료를 받지 못하여 죽어가고 있으며 탈북 조산사의 증언에 의하면 결핵약 대신 태반을 먹기 위해 집에서 분만하는 경우가 최근 늘고 있다고 함.

○ 말라리아

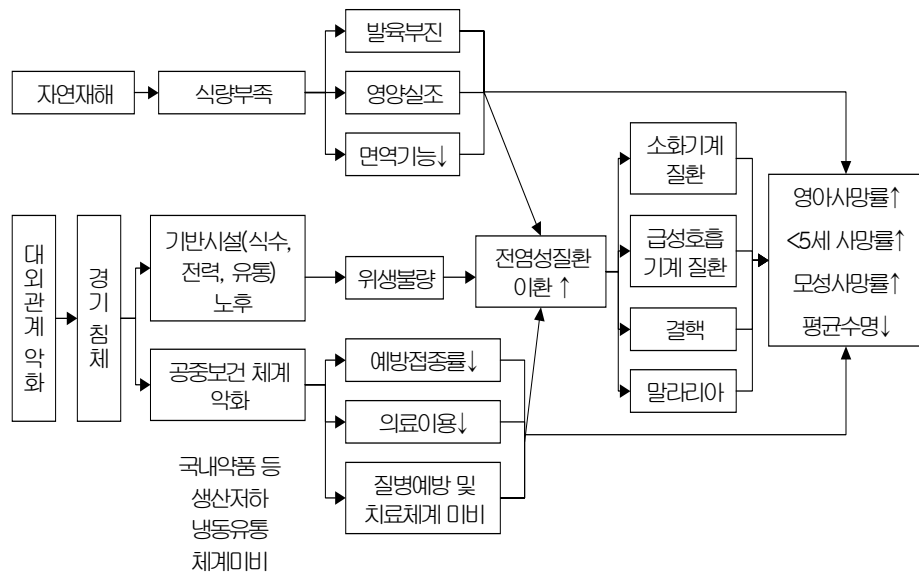
1998년 이후 기하급수적으로 늘어나기 시작해 2001년 거의 30만명에 근접했다가 WHO 등의 지원에 힘입어 2002년 25만4천명으로 처음 감소하기 시작했음(박종연, 2002).

- 올해에는 지난해에 비해 72.3%까지 감소하는데 지난 9월 10일 현재 말라리아 환자 수는 3만 8천 920명으로 전년도 같은 기간의 18만 5천 420명에 비해 크게

2) 가장 주목할 만한 질환은 남한이나 서구 선진국에서는 거의 찾아보기 어려운 수인성 전염병이 여전히 창궐하고 있다는 것임.

줄었음. 그러나 아직 8개 도와 2개 대도시에서 말라리아 환자가 발생, 전체 인구의 40% 정도가 발생 위험에 처해 있음(연합뉴스, 2004. 10. 4).

(그림 1) 북한 전염성 질환의 증가 기전 및 결과



資料: 이윤환 외. 2001. 『북한 보건의료지원의 활성화 방안』.

<표 4> 남북한 주요 사망원인 구성비 비교**(단위:%)**

	해방전 한국	남	한	북한 ¹⁾	
	1938 - 1942	1985		1980	1986
감염성 및 기생충질환	14.4	4.1		5.2	3.9
악성 신생물	0.8	15.1		12.0	13.9
순환기계의 질환	1.0	31.8		42.3	45.3
호흡기계의 질환	16.8	4.6		10.3	9.4
소화기계의 질환	19.4	9.0		10.6	10.4
증상·징후 및 불명확한 병태	21.2	3.0		5.7	2.6
손상 및 중독	2.1	11.6		6.5	7.7
신경계 및 감각계 질환	15.8	1.2		1.2	1.3
기타	12.4	19.6		6.2	5.5

註: 북한은 세계보건기구(WHO)의 세계질병분류(International Classification of Disease: ICD)를 이
용한 것으로 추정됨.

資料: N. Eberstadt and Banister. 1992. Population of North Korea. pp. 56-57

Ⅲ. 북한 보건의료제도 현황

1. 북한 보건의료제도의 기본 원칙

○ 북한은 사회주의 건강관과 질병관에 의거하여 사회주의적 보건의료체계를 구축하기 위하여 사유재산제도를 철폐하듯 사적 의료를 근절시키고, 보건의료인력을 양성함으로써 모든 주민이 보건의료서비스를 받을 수 있는 국영의료체제의 성립을 지향하였음. 아울러 의료지식을 탈신비화시키고 보건의료인력 상호간 및 일반주민과 보건의료인력간의 권위와 지위의 장벽을 허물어 버림으로써 보건의료의 보편화 내지 대중화의 실현을 목표로 하고 있음.

- 이러한 이념을 실현하기 위하여 북한은 의료에 대한 중앙정부의 엄격한 계획에 따른 행정적 규제 조치와 인민대중의 광범위한 참여를 통한 군중노선의 관철이라는 수단을 동원하였음.

○ 결국 북한의 보건의료제도는 1980년 최고인민회의에서 채택된 <인민보건법>에 포괄적으로 규정되어 현재에 이르고 있음.

- 이 법에 제시된 보건의료제도의 특징은 완전하고 전반적인 무상치료제의 실시, 예방의학의 중시와 의사담당구역제, 주체적 의학기술의 진흥, 위생문화사업에 대한 대중 동원 및 보건일군의 혁명화 등으로 요약되며, 보건의료조직과 일반주민이 가장 밀접히 결합된 의료서비스를 제공하는 것을 목적으로 함을 알 수 있음.

<인민보건법>의 주요 내용

제1장 인민보건의 기본원칙

(제1조) 조선민주주의 인민공화국에서 인민보건사업은 자연과 사회의 주인이며 세상에서 가장 귀중한 존재인 사람들의 생명을 보호하고 건강을 증진시키며 모든 근로자들이 무병장수하여 사회주의, 공산주의 위업을 수행하는 데 적극 이바지하게 하는 보람차고 영예로운 혁명사업이다.

(제2조) 국가는 전반적 무상치료제를 더욱 공고히 발전시킨다.

(제3조) 사회주의 의학에서 기본은 예방의학이다.

(제4조) 국가는 주체적인 의학과학기술을 발전시키며 인민보건사업에 필요한 물질기술적 조건과 수단물을 원만히 보장하여 치료예방사업을 끊임없이 현대화, 과학화한다.

(제5조) 국가는 보건일군들을 계획적으로 양성하며 그들의 사상의식과 기술수준을 끊임없이 높여 인민의 참된 복무자로 만든다.

(제8조) 국가는 우리 나라를 우호적으로 대하는 모든 나라들과 보건분야에서의 과학기술교류와 협조를 끊임없이 발전시킨다.

제2장 완전하고 전반적인 무상치료제(제9조-16조)

제3장 예방의학적 방침에 의한 건강보호(제 17조 -27조)

제4장 주체적인 의학과학기술(28조-32조)

제5장 인민보건사업에 대한 물질적 보장(33조-37조)

제6장 인민의 참된 복무자인 보건일군(38조-43조)

제7장 보건기관과 그에 대한 지도관리(44조-49조)

<표 5> 남북한 보건의료관련 법규의 비교

항 목	남 한	북 한
건강에 대한 기본 인식	<p>사회보장 및 의료보장</p> <ul style="list-style-type: none"> - 국가는 사회보장 증진에 노력할 것(제34조 2항)과 생활 능력이 없는 국민은 법률이 정하는 바에 의해 국가의 보호를 받으며(제34조 5항) - 모든 국민은 보건에 관하여 국가의 보호를 받는다.(제36조 3항) 	<p>국영의료제도 구축(20개 정강, 1946년)</p> <ul style="list-style-type: none"> - 노동자와 사무원들에 대한 생명보험 실시와 국가 병원수를 확대하고 전염병을 근절하며 빈민들은 무료로 치료받도록 무상치료제 시도(1953년) - 전반적인 무상치료제 실시 선포(1960년) - 의료봉사 완전무료(인민보건법 제9조)
의료서비스에 대한 접근성 제고	<p>의료보험 실시(1977년), 전국민 확대 조치(1989년) 및 국민건강보험으로의 통합(1999년)</p> <ul style="list-style-type: none"> - 경제적 접근성 제고 보건지소 및 보건진료소 설치 운영 - 농어촌등 보건의료를 위한 특별조치법의 제정(1980년)으로 공중보건 의사와 보건진료원의 운용으로 지리적 접근성 제고 	<p>제3차 당대회(1957년, 김일성 연설)</p> <ul style="list-style-type: none"> - 모든 질병을 철저히 예방하고, 농촌 리까지 진료소를 설치하며, 의료시설과 의약품 생산을 늘려 사회주의 보건제도를 확고히 세우며, 인민들의 건강을 끊임없이 보호증진 - 의사담당구역제 실시(1960년대 초반) 거주지 담당제 및 직장담당제로 생활근거지를 중심으로 접근
예방보건사업의 실시	<p>전염병예방법(1954년) 제정 및 개정(2000년)</p> <ul style="list-style-type: none"> - 전염병의 발생과 유행을 방지하기 위하여 2000년 현재 총 33개 전염병 관리 및 예방보건사업 실시 후천성면역결핍증예방법(1987년) 제정 	<p>대중동원의 원칙 채택(1958년)</p> <ul style="list-style-type: none"> - "보건위생사업을 전 군중적 운동으로 벌린대 대하여"란 김일성의 연설 이후 대대적인 '위생문화운동'으로 전개 - 예방보건사업과 대중참여 원칙을 근거하여 위생방역체계 구축하여 위생방역사업 시행
동의학의 육성	<p>양한방의 병존 체계로 발전</p> <ul style="list-style-type: none"> - 동일 의료서비스제공체계 내에서 별도의 교육과정을 통해 의료인력(의사/한의사)이 양성되어 상호 독립적인 서비스 제공 - 최근 의료일원화에 대한 논의 제기 	<p>대중보건사업의 일환으로 동의학 육성</p> <ul style="list-style-type: none"> - 동의학이 질병의 치료보다는 예방에 유용하며, 종합적인 치료 효과를 발휘하는 우월한 서비스라고 규정(김일성 연설) - 약초재배사업, 야생약초 채취 보호증식사업을 전 대중적 전개로 동약 생산증대 - 동의병원, 동의과 및 동약국을 설치 운영

資料: 문옥륜, 2001. 『북한의 보건의료제도 운영: 탈북자의 증언을 중심으로』, 아주대 남북한 보건의료연구소.

2. 무상치료제

○ 1946년 ‘북조선임시인민위원회’에서는 노동자, 사무원 및 그 부양가족에 대한 의료상 방조 실시, 산업의료 실시 개편에 관한 결정서와 사회보험법에 의해 무상치료제의 실시를 처음으로 선포했으며, 1952년 노동당 중앙위원회 조직위 제15차 회의에서 개인상공자와 개인농민을 제외하고는 모두가 무상치료를 받을 수 있도록 결정하였음.

- 1960년 ‘인민보건사업의 강화에 대하여’라는 최고인민회의 결정을 통해 북한 전지역에서의 완전하고 전반적인 무상치료제가 채택되었음. 이를 위한 구체적인 조치로서 무의리의 해소, 전임산부에 대한 무상방조대책의 수립, 전 도 시 군에 소아과 병동의 설치, 의사담당구역제의 확대 실시, 의료기관과 의학연구기관의 확장, 의료기구 및 설비품의 생산시설의 확장 등을 추진하였음.
- 또한 농민에 대한 의료봉사사업을 개선하기 위하여 1970년 노동당 제5차 대회에서 농촌의 리 보건소를 병원화할 방침을 결정하여 1974년에는 전국 농촌진료소의 대부분이 병원화되어 농민들도 도시지역의 주민들과 같이 전문적인 의료서비스를 제공받게 되었음.³⁾

○ 그러나 무상치료와 관련한 선전과는 달리 실제로는 매달 월급에서 미리 사회보장비라는 명목으로 1%씩 공제하고 있고, 노동자 사무원의 부양가족으로서 직장에 다니지 않는 노약자는 약값 명목으로 치료비를 내야 하는 등 여러 구실로 기본 임금의 10% 이상이 공제되는 추세로 보면, 이는 포장된 북한판 의료보험제도라 할 수 있음.

- 특히 현재와 같은 북한의 생산력 수준으로는 북한에서 주장하고 있는 정도의 무상치료 내용을 충당하기는 어려우므로 실질적으로 의약품이나 현대식 의료장비가 덜 소요되는 일차의료에 국한되는 한정적인 제도의 성격이 짙다고 볼 수 있음.
- 또한, 북한의 경제사정이 악화되면서 의약품 부족현상이 심각해지자 무상치료제에 대한 불만이 팽배해지기 시작하였음. 다시 말해, 의약품이 없는 상황에서 무상치료제의 의의가 퇴색할 수밖에 없음. 좋은 의약품을 구입하려면 비용을 지불해야하기 때문임. 따라서 의약품을 얻지 못한 환자들이나 일부 치료

3) 물론 이 제도는 1980년 <인민보건법>에서 “국가는 모든 공민에게 완전한 무상치료의 혜택을 주며, 노동자, 농민, 병사, 근로인테리를 비롯한 모든 공민은 무상으로 치료받을 권리를 가진다”고 규정하고 있음.

를 제대로 받지 못한 환자들은 무상치료제를 ‘당 간부를 위한 무상치료제’로 폄하하기도 함(문옥륜, 2001).

3. 예방의학의 중시와 의사담당구역제

- 북한에서 예방의학을 중시하는 것은 제11차 5개년 경제계획이 시작되고 기술·문화·사상의 3대 혁명이 착수되는 등 사회주의 건설을 위한 동원단계에서 주민들의 유병률을 계속 낮추고, 근로자들의 일시적 노동능력의 상실을 줄이며 인민들의 건강을 보호 증진시키는 것이 절실히 요청되었기 때문이다.
- 북한의 의료보장체계인 예방의학적 방침을 지탱하는 조직적 기초로서 의사담당 구역제를 실시하였는데, 이는 1960년대 초반 소아과부터 시작되었음.

○ 의사구역담당제란 의사들이 일정한 수의 주민들을 맡아 그들의 건강을 전적으로 책임지고 예방치료사업을 하는 의료봉사제도로써 거주지 생활단위를 기본으로 하는 거주지담당제 형태와 생활활동 단위를 기본으로 하는 직장 담당제 형태로 구분하는 ‘이중등록제’로서 이를 통합 관리하고 있음.

- 이 제도는 전체 인민이 일생동안 담당구역의 의사로부터 체계적이고 전면적인 건강관리를 받을 수 있는 건강관리 책임제로서 원칙적으로 행정경제단위와 일치하도록 그 운영단위를 조직하고 있음. 즉 의사담당구역의 기본 단위는 도시에서는 시구역병원과 시인민병원, 산업지구에서는 공장병원과 공장진료소 등 말단 단위 병원이 진료소가 됨.

○ 그러나 이 제도의 운영상 주민 4,000여명을 대상으로 하는 1명의 의사가 평균 200-300명의 환자를 한나절에 치료해야 되니 정상적인 진료가 어려울 뿐만 아니라 의사들이 책임을 면하기 위하여 질병발생에 대한 허위 보고·은폐함으로써 결국 환자에게 피해가 돌아가는 부작용을 초래하는 경우도 많음.

- 의사담당구역제의 장점으로는 ① 의사가 주민의 일상생활과 밀접해 있기 때문에 그들의 건강상태나 질병동태를 지속적으로 파악할 수 있으며 ② 주거행정단위와 생산단위를 일치시킴으로써 지역 내 의료기관 또는 생산단위의 의료기관이 이들의 건강을 통일적으로 책임지게 되며 생애를 통해 건강관리가 이루어짐.
- 문제점으로는 ① 주민의 의사 자유선택권을 인정하지 않는 점에서 의료기관 간

의 경쟁이나 선택개념이 배제되어 있어서 의료의 질 향상이 잘 되지 않고 ② 의료인의 환자 자유선택권도 인정되지 않기 때문에 진료서비스가 관료주의화하거나 권위주의화 할 소지가 있음.

4. 주체적 의학기술의 진흥 정책

○ 보건의료 분야에서는 소위 주체적 의학기술의 발전 방향의 하나로서 고려의학(동의학)을 발전시켜 신의학과와의 통합을 통한 의학기술의 발전에 주력하고 있음. 북한이 인민보건법에 동의학 관련 규정을 두면서까지 고려의학을 중시하는 이유로는

- 첫째로 고려의학이 국민의 체질적 특성과 습관, 지리적 환경, 문화 및 경제적 여건에 적합한 주체적인 민족의학으로 예방에 유용하고 종합적인 치료 효과를 발휘하는 우월한 의료봉사라는 점
- 둘째로 북한에서는 용이하게 구입할 수 있는 한약재 자원이 풍부하고 치료효과가 높는데 비해 부작용이 낮다는 점을 들고 있음.
- 이에 1958년부터 의과학원 산하에 동의학연구소를 설치하였고, 1970년대에 들어와서는 시·군단위까지 동의학 관리국을 설치했으며, 1974년부터 동의학 약초시험장을 설치하는 등 동의학 개발에 주력하였음.

5. 보건의료요원 및 양성체계

○ 해방 직후 북한에서는 의료요원이 매우 부족했음에도 불구하고 무상치료제와 의사담당구역제를 실시함에 따라 보건의료인력에 대한 수요가 크게 늘어나자 보건일군의 양성에 지대한 관심을 보였음. 그리하여 해방 직후부터 의학교육기관을 다수 설립하고 여러가지 형태의 보건일군 양성체계를 통하여 의사와 중등 보건일군을 양성해 왔음.

- 현재 의료분야의 종사자는 의사, 간호원, 약제사와 조제사 등이 있는데, 의사는 정규 의사, 부의사, 준의사, 동의사 및 위생사로 구분됨.
 - 정규의사는 7년제 의대, 부의사는 4년제 고등전문학교, 준의사는 3년제 고등 의학교에서 양성되며, 이들은 각각 진료와 대우면에서 차이가 남. 정규의사를 양성하는 의대는 평양을 비롯한 각도에 11개교가 있음.
 - 부의사 또는 준의사는 집도와 마약 처방을 하지 못하며, 직장, 리 군병원에

배치됨.

- 약제사는 북한 전지역에서 하나 밖에 없는 고려약학대학과 각 의학대학 약학부에서 양성되며, 이들은 거의 큰 병원에서 조제감독과 연구업무를 맡음.
- 조제사는 2년제 보건간부학교에서 교육받은 자이며, 작은 병원에서 조제업무나 또는 약국에서 가정 상비약을 판매하는 업무를 맡음.
- 이 밖에 조산원은 2년제 보건간부학교와 의학전문학교에서, 보육원은 3년제 보육양성소에서 양성됨.

<표 6> 북한의 보건의료 인력별 양성기간 및 기간

의료인력	양성기관	양성기간(년)
의사	11개 (각 도단위) 의학대학	7년(예과1년, 본과6년 6개월)
동 의사	의학대학 고려의학부	6년 6개월
위생의사	의학대학 위생학부	6년 6개월
약제사	의학대학 약학부	6년 6개월
부의사(준의사)	11개 고등의학전문학교	3-4년
준 의	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

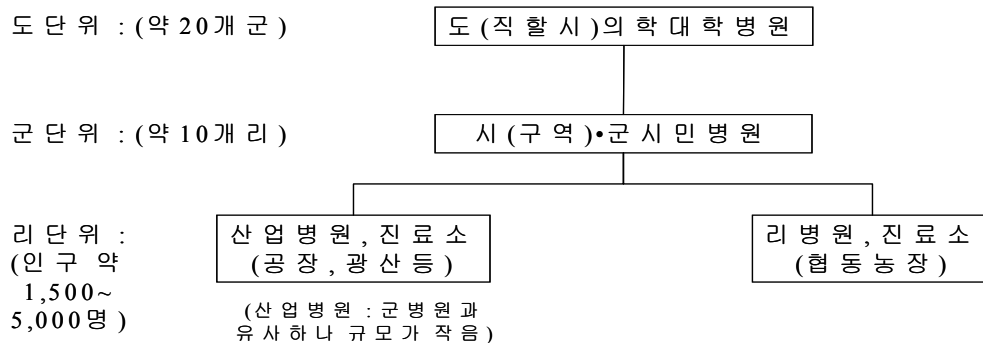
資料: 문옥륜. 2001. 『북한의 보건의료제도 운영: 탈북자의 증언을 중심으로』.

○ 북한의 보건인력 양성의 특징은 이들의 경력 발전의 체계가 개방적이어서 중등 보건일군이 자기 노력에 의해 의사로 상승할 수 있는 기회가 있다는 점임. 즉 의학대학에 통신 및 야간교육체계가 설치되어 보건의료기관에서 준의사나 준조제사로 일하고 있는 중등 보건일군이 등록하여 수학하면 정규과정과 똑같이 졸업과 동시에 면허를 취득하도록 되어 있음.

6. 보건의료자원 및 보건의료전달체계

- 보건의료기관으로는 병원, 진료소, 요양소, 위생방역소, 검역소를 비롯한 치료 예방기관, 의약품공급 관리기관과 의약품 검정기관이 있음. 병원은 일반병원과 전문병원 및 특수병원으로 구분됨.
- 일반병원으로서는 특권계층을 대상으로 하는 봉화진료소와 남산진료소, 일반주민을 대상으로 하는 적십자종합병원, 제1, 2 인민병원, 평양의대부속병원 등과 헝가리의 지원으로 건설된 헝가리병원, 재일 조총련교포가 건설해 준 김만유병원 등.
- 전문병원으로서는 평양산원, 평양시립병원과 평양중앙결핵병원 등, 지방에는 각도(직할시)에 도인민병원과 의학대학부속병원, 시·군에는 시·군인민병원, 리에는 리인민병원 또는 리진료소 등.
- 특수병원으로서 도(직할시) 군에 각각 결핵병원, 정신병원, 간장병원과 구강예방원 등이, 주요 군급에 결핵요양소가 있음. 또 방역기관으로는 중앙, 도 및 시·군에 위생방역소가 있으며, 대외검역기관으로는 국경검역소와 해안검역소가 설치 운영되고 있음.

(그림 2) 북한의 병원조직체계



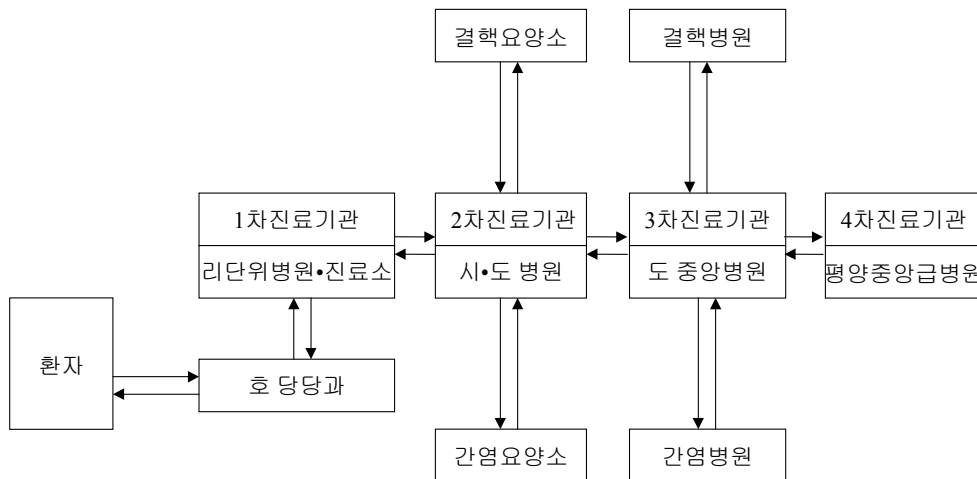
資料: 문옥륜. 2001. 『북한의 보건의료제도 운영: 탈북자의 증언을 중심으로』.

<표 7> 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	시 인민병원		- 120명,		- 시 당 1-3개
	군 인민병원		- 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	리 인민병원			
		리 진료소	- 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

資料: 문옥륜. 2001. 『북한의 보건의료제도 운영: 탈북자의 증언을 중심으로』.

(그림 3) 북한의 보건의료전달체계



資料: 문옥륜. 2001. 『북한의 보건의료제도 운영: 탈북자의 증언을 중심으로』.

○ 북한의 모든 보건의료기관은 국가가 운영, 모든 보건관련 시설, 장비 및 기자재는 공적 소유로 되어 있음. 사적 개업의는 존재하지 않음.

- 보건사업에 대한 지도관리는 정무원의 집행조직 가운데 하나인 보건부에 의하여 수행되고 있으며, 보건부의 하위 집행기관으로서는 도단위에는 보건국, 군단위에는 보건과가 조직되어 있음. 보건부는 국가 전체의 보건의료에 관한 최고기관으로서 국민보건에 관한 전반적 업무(위생, 방역, 봉사 등) 집행·감독함.
- 지방 보건조직은 당과 정부의 상급 보건행정기관 및 지방행정위원회의 보건사업에 관한 결정, 지시, 명령을 지방 실정에 맞게 구체화시키고 산하 보건기관으로 하여금 이를 정확히 집행하도록 지도함.

<표 8> 남북한 보건의료전달체계 비교

	남한	북한
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
의사구역담당제	없음	주민수와 진료량 기준 의사구역담당제 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(협진체제의 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)

資料: 문옥륜, 2001. 『북한의 보건의료제도 운영: 탈북자의 증언을 중심으로』.

IV. 독일의 보건의료 통합과정에서의 교훈

1. 독일 보건의료 통합과정

○ 통일 전 서독과 동독 간 차이⁴⁾

- 의료의 재정적 자원: 서독은 의료보험료로 거의 충당하였으나 동독은 70% 이상을 세금으로 조달하였음.
- 재원기관: 서독은 공공과 민간이 혼합되고, 의료보험 자금에 대한 경쟁이 존재하였으나 동독은 사회보험과 정부 보조가 있어 경쟁이 없었음.
- 행정조정: 서독에서는 정부와 각각 단체 간의 조정에 의해 이루어졌으나 동독에서는 중앙집중형태로 정부의 직접 통제 하에 있었음.
- 서비스제공 주체: 서독에서는 주로 개인 의사가 의료서비스 제공을 담당하고, 동독은 정부에 의해 고용된 의사가 담당하였음.

○ 통독 당시 서독 정부의 중장기 대비책

- 1990년 8월 31일 서독과 동독 사이에 ‘통일조약’이 조인되면서 동독의 소비에트식 사회주의 보건의료체계는 급속하게 서독 자본주의 체계로의 전환이 진행되었음.
- 조약 조인 4개월 만에 서독형 의료보험조합(Sickness Fund)이 조직되었고 치료비 지불시스템이 예정대로 완결되었음. 정부로부터 월급을 받고 일하는 의사, 간호사, 의료기사, 사회사업가, 지원인력 등으로 구성되었던 국가보건의료체계가 거의 모두 민간부문으로 대체되는데 2년도 채 걸리지 않았음.
- 헬무터 콜 수상 정부는 사회혼란을 최소화하는 방안으로 결국 서독 모델을 그대로 채택하기로 결정하고 1990년 ‘통일조약’을 조인하는 즉시 기능마비에 빠진 동독의 보건의료 인프라를 희생시키기 위한 <긴급원조계획>을 신속히 실천에 옮겼음.⁵⁾

4) 이러한 차이는 각기 사회체제가 유사한 남북간에도 유사하게 존재한다고 짐작됨.

5) 통일 이전 서독에서는 통일 독일의 보건의료체계의 모델 선정을 둘러싸고 논쟁이 치열했었음. 비록 결함이 있기는 하지만 서독 모델을 그대로 확대 적용해야 한다는 주장과 함께 서독 모델의 장점과 동독 모델의 장점을 접목시킨 통합 모델을 개발해야 한다는 주장도 만만치 않았었음. 한편 이번 기회에 아예 다른 나라, 예컨대 영국이나 스웨덴, 핀란드, 심지어는 미국식 보건의료체계를 도입하자는 주장마저 난무했었음(최병호, 2001).

<긴급원조계획>의 내용⁶⁾

① 응급 대책

2억 4,800만 달러 규모의 긴급원조계획 가운데 중요 내용은 240대의 특수 장비 차량을 포함한 장애인 운송차량과 5,000대의 휠체어, 그리고 1,300대의 아동용 청각 보조기, 85대의 앰블런스, 200대의 신장 투석기와 5군데의 인공신장 치료센터, 요양원의 병상, 소모성 의료용구, 기타장비, 의약품, 병원의 의료기기, 1,305명의 동독환자의 서독병원으로의 이송치료 등 이었음.

② 중기 대책 : ‘비상하는 동독’ 계획

동독의 병·의원 및 노인, 장애인 복지 시설의 개보수, 응급 식수 공급 시설 등에 5년 동안 24억 달러를 투자하는 계획이었음. 당시 동독 의료 기관의 20% 정도가 지붕이 새고, 상하수 처리가 망가져 있었으며, 난방 시스템이 파손되어 있고 배전 시스템이 위험스러울 정도로 낙후, 손과를 입은 상태여서 완전히 새롭게 지어야 하는 것으로 판명되었는가 하면 병의원에는 소독 주사기나 고무장갑 같은 기본적인 의료 용구와 기기가 거의 없는 실정이었기 때문이었음.

③ 장기 대책: 보건의료 인프라 재건 계획

붕괴된 동독의 보건의료 인프라를 서독 수준에 버금갈 정도로 재건하기 위해 10년에 걸쳐 총 120-134억 달러를 쏟아 붓는 야심만만한 계획찬 보건의료 인프라 재건계획이었음.

- 독일의 보건의료 통합과정에서 한가지 특이한 점은 동독이 다른 분야와는 다르게 ‘기본조약(1973년)’이 비준되지 않은 상태에서 ‘보건협정’을 먼저 제안하였다는 것임. ‘보건협정’의 주요 내용은,
 - 상대편 지역 방문중 발병시 의료지원, 비상업적인 의약품 교환, 선물소포 가

6) 이렇듯 신속하고 체계적인 대비책의 실행이 가능했던 것은 정책 결정자의 강력한 실천의지와 이를 뒷받침해주는 풍부한 재정, 그리고 국민들의 합의 도출에 성공한 탓이기도 하지만 또 하나 간과할 수 없는 점은 서독은 통독 이전에 동독의 보건의료에 관련된 정보와 통계 자료를 충분히 확보하고 있었다는 사실임.

능한 의약품 발송 등임.

- 아마도 보건의료분야가 사회체제 전반에 영향을 줄 수 있는 사항이 아니지만, 주민의 생존권에 있어서 가장 중요한 문제이었기에 가장 먼저 ‘보건협정’이 체결되었을 것임.
- 이로 인한 독일의 통일과정에서 어느 분야보다도 보건의료 분야의 교류가 동독의 보건의료 상황을 제대로 알 수 있도록 정보를 제공해 주었을 것임.

2. 독일 보건의료 통합과정 평가

○ 통합에 따른 문제점

- 통합형태가 서독제도와 동독제도의 합리적인 균형과 장·단점의 선택적인 제도개혁이 아닌 단순한 서독제도의 적용과 이로인한 적용 마찰부분에 대해서는 유보 또는 차등적용 그리고 일률적 조건완화에 의한 급여수준 인상 등 동독지역 국민의 피해에 대한 보완적이고 과도기적인 임시조치와 함께 단순히 비용 집약적인 방법으로 처리하여 급여가 급속히 증가함에 따라 재정악화를 조장하는 조치들로 이루어졌음.
- 또한, 동독의 사회주의적 장점이 상대적으로 낮게 평가되고 동독제도가 시장경제의 효율성이라는 기준에 의해 대체함에 따라 동독지역 국민들에게 고도의 정신적 적응능력을 요구하게 되고 이로인한 사회 불안이 조성되었음.

○ 동서독과 남북한의 차이

- 동서독과 남북한의 경제력 차이의 문제(통일부담의 크기 차이)
 - 통일 당시 서독과 동독의 GNP는 5배 가량 차이를 보이고 있으며, 인구규모 면에서도 서독과 동독의 차이는 약 3.7배를 보이는 반면, 남한과 북한은 명목 GNI에 있어 28배 가량의 차이를, 1인당 GNI에서는 13.1배의 차이를 보이고 인구면에서도 남한과 북한은 2.1배정도로 나타남.
 - 이러한 인구지표나 경제지표로 볼 때 남북한 통합 시 지게 될 남한의 부담은 서독의 4배를 훨씬 초과할 것으로 추정됨. 여기에 덧붙여 현재 북한 주민의 심각한 건강상태를 고려한다면 통합 시 남한이 부담해야 할 경제적 부담은 더욱 가중될 것임.
 - 이러한 동서독 간의 경제력의 차이와 남북한의 차이는 단순히 양지역 간의

차이뿐만 아니라 서독과 남한의 경제력 차이, 즉 서독은 동독에 대해 남한은 북한에 대해 통일과 함께 재정부담을 어느 정도까지 할 수 있는가에 대한 부담능력의 차이의 문제가 남아 있음.

<표 9> 동서독 및 남북한의 경제적 차이

	단위	서독	동독	남한	북한
총인구	천명 (%)	62,063 (78.8)	16,614 (21.2)	47,640 (68)	22,369 (34)
국민총생산	억	24,550(DM)	816.5(M) 181.4(DM)	5968,812	213,307
1인당 GNP	천 DM	35.8(DM)	21.5(M) 4.8(DM)	1,252.9(만원)	13.1(만원)
무역규모	억 U\$	6,111	470	3,146	22.6
재정규모	억 U\$	333	123,5		

註: 서독 통화(DM)는 통일 이후의 서독 DM과 동독 DM의 실제차이 4:1-5:1의 중앙값인 4.5:1로 환산했을 경우의 환산액임. 남한과 북한은 GNP 대신 GNI를 비교함

資料: 동서독 - 주독대사관.1992. 『숫자로 본 독일 통일』.

남북한 - 통계청 2002. 『장래인구추계』.

- 남북한과 동서독의 통일 이전의 기본 이념상의 차이

- 동독에서는 2차 세계 대전 이후 소련 점령과 함께 공산화되었기에 자의가 아닌 소련에 의한 강압에 의해 공산화되었다는 점에서 주민들에게 공산주의에 대한 반발이 잠재적으로 내재함.

- 동서독과 남북한의 상호 신뢰도의 차이

- 동서독의 경우 분단 이후 상호 인적교류와 함께 서독의 동독에 대한 경제지원을 바탕으로 신뢰도 향상에 크게 기여하였음. 한국의 경우 6·25전쟁으로 인한 동족상잔의 비극이 각인되어 있으며 이러한 상황이 아직까지 거의 변동없이 지속되고 있음.

- 북한의 경제력을 포함한 실제 상황에 대한 조사가 미비함.

- 과거 서독은 동독과의 사회문화적인 접촉과 경제지원 뿐만 아니라 주변국과의 계속적인 접촉을 유지하여 비교적 동독 상황에 대한 많은 정보를 가지고 있었음. 하지만 통일 이후 실제 동서독 지역 간의 경제력 격차는 예상보다

훨씬 컸으며, 실제 행정적 또는 현실적인 운용상황 등의 제도적 실상을 파악
되지 못한 부분이 많았음. 동서독 간 노동에 대한 인식 차이도 통일 이후의
계획에 차질을 가져다 주었음.

- 하지만, 서독에 비해서도 남한의 경우는 북한에 대한 정보가 매우 부족한 실
정이며, 이는 국제사회에서도 마찬가지임.

- 동독과 북한의 정신적인 고립에 의한 통일 이후의 갈등문제 차이

- 동독의 경우 베를린의 분단 통치에 따라 자체 영토 내에서 서유럽 시장경제
와의 접촉 상황이 직·간접적으로 이루어진 반면, 북한의 경우에는 정치적 목
적과 함께 반도의 지형적 이유로 인하여 외국과의 접촉기회가 단절되어 있음.

○ 남북한 통일에서의 유리한 점

- 동독에서는 일부 사유재산이 인정되어 통일 이후 구동독지역의 재산권에 대한
결정조치는 소유주 결정에 대한 마찰로 인해 오히려 동독지역에 대한 외부로
부터의 투자를 지연시켰음.
- 하지만 북한의 경우 전면적인 국유화와 집단화가 이루어져 통일 이후 마찰의
소지를 줄이면서 새로운 제도적용이 용이함. 또한 단일 민족이라는 개념이
독일 민족보다 훨씬 강하다는 점에서 유리할 수 있음(정경배 외, 1993).

V. 통일시대 보건의료

1. 통일시대 보건의료 준비를 위한 원칙

○ 북한 보건의료의 붕괴위기가 단순히 자연재해 때문만이 아니고 이른바 ‘사회주의 기근’때문이라고 한다면, 독일 통일이 어느날 갑자기 찾아왔던 것처럼 남북한 통일도 뜻밖에 실현될 개연성이 충분히 있음.

- 그러므로 우리들에게 시급히 요구되는 것은 현재 생존의 위기에 처한 북한 주민들에 대한 다각적인 보건의료 지원대책과 함께 북한 보건의료 관련 정보와 통계자료 수집에 가능한 방법을 총동원해야 함.
- 아울러서 남북한 보건의료계의 교류와 협력을 보다 적극적으로 추진하는 것도 한 방안임.

○ 무엇보다도 통일시대 보건의료 준비를 위한 가장 중요한 원칙은 현재 남북한 보건의료제도의 장점을 살리는 방향으로 추진되어야 한다는 것임.

- 구체적으로는 남한이 민간부문에서 가지는 개별 의료기관 수준에서의 효율성과 북한 보건의료제도의 공익성과 형평성 등을 살릴 수 있어야 함.

<표 10> 남북한의 보건의료 서비스 제공체계의 장단점 비교

기준항목	자유방임형(남한)	사회주의형(북한)
의료서비스의 질	++	-
의료서비스의 포괄성	-	++
의료 균점	-	++
선택의 자유	++	-
형평	-	++
의료비 절감	-	++

++ : 매우 바람직함, - : 바람직하지 못함.

資料: 양재모·유승흠, 1984. 『국민의료총론』, 수문사.

2. 통일과정의 시나리오에 따른 준비 과제

○ 남북통일의 과정에 대한 두가지 시나리오의 가능성

- 전쟁이나 정치적 격변에 의한 급격한 통일과정에서의 대처방안: 주로 응급의료 체계, 전염병 관리와 방역, 기초 보건사업 등이 중요한 과제가 될 것임. 한시적

으로 기본적인 의료에 대한 국가서비스가 존속되어야 하고, 단기적으로는 대량 실업자 및 취약 계층에 대한 의료급여가 지원되어야 함.

- 이러한 경우에도 막대한 재원이 필요할 뿐만 아니라, 충분한 물적 지원이 이루어 질 수 있다 하더라도 두 보건의료체제의 상이성에 의한 북한 주민과 의료인의 혼란으로 인해 기존 보건의료체계마저 붕괴할 가능성이 농후함.
- 이렇게 되면 상당 기간 동안 북한 지역 보건의료 문제는 통제 불능의 상태로 지속되면서 의료인의 남하로 인한 의료 공백이 대규모로 만들어 질 것이고, 자유방임적이고 상업적 의료행위가 산발적으로 성행할 수 있겠지만⁷⁾ 대부분의 경제적 능력이 부족한 북한 주민은 그나마 접근도가 떨어지고, 건강 상태는 더욱 악화될 수도 있을 것임.
- 남북 상호 평화적 협정에 의한 단계적으로 통일 추진: 남북한의 이질성을 극복하기 위해 보건의료 분야에서의 인적, 물적 교류를 확대시켜 나가는 것이 첫 단계일 것임. 이러한 교류를 통해서 남북한 보건의료 실태를 정확히 파악하여 상호 이해의 폭을 확대시키고 상호 협력을 기할 수 있는 영역을 찾음.

7) 이 경우 의료 공급자가 의료제공을 위한 자격이나 능력이 갖추어지지 않은 경우도 있을 것임.

<표 11> 남한내, 남북간 보건의료 교류·협력 기반구축을 위한 장단기 전략

구 분		단기 (2004 ~ 07년)	중장기 (2008년 ~)
[남한내]	○ 대북 보건의료사업에 대한 국가목표 정립 및 전담조직 운영		
	- 남북 보건의료 교류·협력 증진을 위한 세부규정 마련		
	- 대북 보건의료사업의 조정을 위한 기구 마련		
	- 남북 교류·협력사업에 대한 장단기 계획 수립		
	○ 북한 보건의료 수준 평가 DB 구축 및 평가		
	○ 지방자치단체에서의 보건의료사업 참여 유도		
	○ 보건의료인 참여를 통한 공공-민간 연계체계 구축		
	○ 통일부 등 관계부처와의 유기적인 협조체계 강화		
	○ 남북 교류·협력 사업모형 개발 및 관련 재정 지원		
	○ 남북협력기금사업 평가체계 개선		
	○ 보건의료단체, 공공-민간 및 국제기구와 네트워크		
[남북간 관계]	○ 의과학 기술교류		
	○ 남북 교류·협력에 따른 육로이용 개방		
	○ 남북 의료기관, 의과대학 및 동일 직종간의 자매결연		
	○ ‘남북 보건협정(가칭)’ 마련 및 체결 시도		
	- 남북한 보건의료 협의체 구성 및 공동 사업 및 연구		
	- 보건의료 용어의 조정 등 의 연구		
	- 우선순위 보건문제 선정 및 협력사업 시도		
	- 보건의료분야에서의 통일비용 추계		

資料: 보건복지부·한국보건사회연구원, 2004. 『보건의료분야에서의 남북 교류 및 협력 증진을 위한 세미나 자료집』.

○ 통일시대 통합 보건의료체계를 구축해 내기 위한 준비과정으로서 다음의 단계가 이루어져야 함.

- 첫째, 남북한의 보건의료 전문가들이 통일 보건의료제도의 구축에 대한 공동연구를 수행하도록 함.
- 둘째, 남북 보건의료보장협의회를 구성하여 현실적으로 적합한 정책방안을 숙의하도록 함. 이 협의회의 구성에는 책임있는 당국자 이외에도 보건의료 전문가, 민간단체 종사자 및 주민 대표들이 참가해야 할 것임.
- 셋째, 동 협의회는 남북한에서 공개토론회를 개최하여 민의의 수렴과정을 거치도록 하고, 상호간의 이견을 좁혀서 협의회의 최종안을 마련하도록 함(문옥륜, 2001).

3. 건강보험제도를 중심으로 한 통일시대 보건의료체계의 구축 방안

○ 어떤 방향으로 남한의 건강보험제도가 발전하더라도 남북한 간의 의료보장은 급진적인 통합보다는 보건의료제도의 차이 및 의료수준의 격차로 발생할 수 있는 의료수혜의 불평등을 최소화할 수 있는 점진적인 통합방안을 추구하여야 함. 그리고 의료보장제도는 남북 양 지역의 경제사회 구조 변화와 연계할 수 밖에 없음을 염두에 두고 통합을 추진하여야 함.

- 첫째, 통일이 가시화되는 시점에서는 긴급의료구호를 통하여 북한 주민의 기초적인 의료보장에 역점을 두어야 함. 이 때에 긴급의료구호는 선별적인 지원을 지양하고 포괄적으로 추진하여야 함.
- 둘째, 통일 추진단계나 통일 직후에는 북한의 적응기간을 고려하여 무상치료제와 같은 국가의료서비스 방식의 근간을 유지하면서, 남한의 의료급여제도를 확대·적용하여야 할 것임. 특히 북한의 체제전환으로 예상되는 실업가정, 빈곤층, 노약자 및 편부모 가정에 대한 의료급여제도에 의한 보호가 필요함.
- 셋째, 통일 이후에 상당기간 동안 북한의 보건의료 인프라 구축을 지원하면서, 북한 경제의 자생력 기반을 확충하면서 북한의 기업 및 근로자들의 소득수준이 상승하는 추이에 따라 사회보험방식을 서서히 확대·적용하는 방식으로 진척시켜야 할 것임.
- 남한의 건강보험제도와 통합하기 전까지 의료보장제도의 한시적 분리운영이 바람직함.
- 이러한 단계적인 통합방식이 혼란을 최소화하면서 남한 중심의 의료보장제도를 확산시키는 데에 비용효과적인 방법이 될 것임.

○ 북한의 기업 및 근로자, 자영자의 사회보험 기여금 부담능력이 어느 정도 접근하는 선에 이를 때까지 양 지역의 제도와 재정을 분리하되 북한의 부족한 재정을 지원하는 형태로 운영되어야 할 것임.

- 이러한 엄청난 비용을 조달하는 데, 막연히 공공 및 민간 재원의 유치를 유도한다는 원칙만으로는 대안의 구체성이 부족하다고 생각됨.

○ 통일 후 의료보장체계를 남한의 그것을 따라 의료보험방식으로 한다 하더라도, 보험료 부담능력이 부족한 북한 주민들이 다수 발생함으로 인하여 보험 재정 압

박에 초래될 가능성이 높은 상황에서 막대한 비용이 소요되는 보험자 직영의 의료시설 건립은 우선 순위가 낮다고 생각됨.

- 따라서 시설부문 통합방안에서는 전체 보건의료시설 중 어느 정도를 민간에 이양하여 운영토록 할 것인지 그리고 제1, 2, 3차 보건의료시설 중 어느 부분을 공공이 책임지고 어느 부분을 민간이 투자와 운영을 담당할 것인가를 검토할 필요가 있음.
- 또한 도시 등 의료수요에 대한 구매력이 있는 지역과 농촌 등의 의료취약 지역에 대한 정책도 달라질 수 있을 것으로 판단됨. 별도의 보건의료 통일기금이 조성되어 있지 않은 현재와 같은 상황 하에서는 공공 투자 재원 확보 가능성이 매우 낮을 것이기 때문임.

○ 통일 후 보건의료인력의 직종별 역할을 재조정해 양성 관리 방안을 마련해야 할 것임. 통일 직전까지 배출된 인력에 대해서는 국가자격시험을 거쳐 일정 요건 이상일 경우에만 서로의 지역에서 활동할 수 있도록 제한함으로써 인력의 급격한 이동을 조절해야 할 것임.

- 그러나 통일 이후 동일한 양성체계에서 배출되는 인력의 활동지역을 제한할 수는 없을 것임.

<표 12> 통일시대 보건의료체계 제안

<p>① 의료전달체계</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 기본이념 수용
<p>② 지불제도</p> <ul style="list-style-type: none"> - 자유 개원의를 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
<p>③ 의료보장체계</p> <ul style="list-style-type: none"> - 남한의 의료보장체계를 이식, 산업재해보상제도와 의료급여제도를 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

資料: 정경배 외. 1993 및 문옥륜. 2001. 재구성.

VI. 결론

○ 통일시대 보건의료를 준비하는 데에 있어서 지금 당장 시급한 문제는 북한의 심각한 건강수준을 완화시켜내는 것임. 이것은 단지 인도주의적 차원 뿐만 아니라 특히 소아에 있어서 현재의 건강문제가 세대 전체에 이르는 장기적 문제로 지속될 수 있고, 이후 막대한 통일비용을 가중시킬 것이라는 측면에서도 고려되어 질 필요가 있음.

- 기본적 건강수준 유지를 위한 의약품 지원의 확대를 위한 보다 광범위한 국민적 합의가 이끌어내어 질 필요가 있고, 민간 중심의 산발적 지원방식에서 통합적이고 체계적인 지원이 이루어질 수 있도록 바뀌어야 하며, 북한 보건의료 체계의 복구 또는 재형성을 위한 개입 역시 필요할 것으로 생각됨.
- 여기에 단지 물적 지원 뿐만 아니라, 보건의료 전문가들의 정치적 문제를 넘어선 학술적 교류 등이 활발히 이루어짐으로써 남북 상호 간의 보건의료 현황에 대한 이해를 높이고, 현재의 건강문제에 대한 상호 협력체계의 구축부터 통일시대를 대비한 보건의료제도 준비를 위한 노력에 시작이 될 수 있을 것임.

○ 통일시대를 대비한 보건의료체계를 장기적으로 준비하는 과정이 북한의 건강수준과 보건의료체계를 재정립하기 위한 문제임과 동시에 현재의 남한 보건의료제도 내에서의 다양한 문제점들을 체계적으로 개선해 나가는 것임을 인지할 필요가 있음.

- 즉, 남한 보건의료제도에서 의료전달체계의 미비, 무한 경쟁과 고비용 구조로의 변화, 보건의료의 계층간 형평성 문제, 공공의료의 취약성 등에 대해 사회 각층의 논의를 통한 점진적이고 발전적인 재정비가 필요함.
- 단지 북한의료제도에 대한 일방적 민영화 요구가 통일시대를 준비하는 상호 존중의 자세가 아니라면, 이러한 과정이야말로 서로의 장점을 살리며 제도의 이질성을 완화해나가는 현실적 방법이 될 것임.

<참 고 문 헌>

- 김영치. 1997. 남북한 주민의 건강수준 비교연구. 『보건행정학회지』, 제7권 제1호
 _____. 2001. 위기의 북한 보건의료와 통독의 교훈. 『의협신보』, 제3577호.
- 김창엽. 1997. 남북한 보건의료의 비교 및 통합. 『인의협 세미나 자료집』.
- 문옥륜. 2001. 남북통일 후 의료문제와 대처방안: 의료전달체계. 『대한의사협회지』, 제44권 제1호.
 _____. 1995. 북한의 보건의료정책. 『대한의학협회지』, 제38호.
 _____. 2001. 북한의 보건의료제도 운영 : 탈북자 증언을 중심으로 『아주남북한보건의료연구소』.
 _____. 2001. 통일 후 의료체계. 『의협신보』, 제3577호.
- 민성길. 2001. 결핍과 보완 그리고 상생. 『대한의사협회지』, 제44권 제3호.
- 박상은. 2001. 북한의 보건의료 현황과 주요 질병대책. 『대한의사협회지』, 제44권 제3호.
- 박종연. 2002. 북한 주민의 질병양상 및 보건의료서비스 충족 실태. 『남북한 보건의료』.
- 변종화 외. 1993. 『남북한 보건의료제도 비교 연구』. 한국보건사회연구원.
- 이운환 외. 2001. 『북한 보건의료지원의 활성화 방안』.
- 정경배 · 문옥륜 · 김진수 외. 1993. 『남북한 사회보장 및 보건의료제도 통합방안』. 한국보건사회연구원.
- 최병호. 2001. 통일 후 의료보장. 『의협신보』, 제3577호.
- 보건복지부 · 한국보건사회연구원. 2004. 『보건의료분야에서의 남북 교류 및 협력 증진을 위한 세미나 자료집』.
- 세계보건기구(WHO). 『1999년 4월 북한의보건보고서』.(<http://www.who.int>)
- 어린이의약품지원본부. 2003. 『북한 어린이 건강실태 보고서』.
- 유니세프. 『2000년 5월 북한의 보건실태 보고서』.(<http://www.unicef.or.kr>)
- Action Against Hunger. Action Against Hunger stops its activities in North Korea. 2000. Available at <http://www.aah-usa.org/DPRK.html>, Accessed on December 2000.
- Central Bureau of Statistics. Report of the Second Multiple Indicator Cluster Survey 2000, DPRK. 2000.

