연구보고서 2018-36

남북한 보건복지제도 및 협력 방안

조성은 · 이수형 · 김대중 · 송철종 · 황나미 · 이요한 · 민기채 · 오인환
Nguyen Thao · 허신행 · 김예슬

KIHASA
한국보건사회연구원
Korea Institute for Health and Social Affairs

【책임연구자】
조성은 한국보건사회연구원 연구위원

【주요 저서】
북한 영유아 및 아동지원 사업의 네트워크 구조와 발전방안
- 사회연결망 분석을 활용하여
한국보건사회연구원, 2018(공저)

통일 이후 북한지역 사회보장제도-통합기 단일체제
한국보건사회연구원, 2017(공저)

【공동연구진】
이수형 한국보건사회연구원 연구위원
김대중 한국보건사회연구원 연구위원
송철종 한국보건사회연구원 부연구위원
황나미 한국보건사회연구원 초빙연구위원
이요한 건강보험심사평가원 상근평가위원
민기채 한국교통대학교 사회복지학과 교수
오인환 경희대학교 의과대학 교수
Nguyen Thao 한국방송통신대학교 사회복지학과 강사
허신행 ㈜생각의마을 대표
김예슬 한국보건사회연구원 연구원

연구보고서 2018-36

남북한 보건복지제도 및 협력 방안

발 행 일 2018년 12월
저 자 조 성 은
발 행 인 조 흥 식
발 행 처 한국보건사회연구원
주 소 [30147]세종특별자치시 시청대로 370
세종국책연구단지 사회정책동(1~5층)
전 화 대표전화: 044)287-8000
홈페이지 http://www.kihasa.re.kr
등 록 1994년 7월 1일(제8-142호)
인 쇄 처 ㈜다원기획

ⓒ 한국보건사회연구원 2018
ISBN 978-89-6827-560-9 93330

발간사

2018년 봄부터 시작된 한반도 평화·번영의 흐름이 정착되기 위해서는 무엇보다 북한이 정상국가로 국제사회의 요구를 받아들이고 핵무기를 비롯한 군사적 안보에 투입해 온 인적·물적 자원을 경제발전과 사회발전에 사용하고 개혁·개방에 적극적으로 나서는 것이 필요하다. 특히 대북 제재가 지속되면서 북한 주민들의 식량을 비롯한 생활의 문제가 우려되고 있으며, 보건의료 부문에서도 의약품을 비롯한 의료설비의 부족으로 충분한 의료서비스를 받지 못하고 있는 것으로 알려지고 있다. 이러한 점에서 본 연구가 보건의료를 중심으로 남북한의 교류·협력 방안을 모색했다는 것은 매우 시의적절한 일이라 생각된다.

한반도의 평화 정착은 남과 북 모두에게 중요한 과제이다. 특히 분단체제로 인해 주민들의 삶의 질 향상이 지체되고 있는 북측의 상황을 고려할 때 앞으로 군사적 대립에 소모했던 인적·물적 자원을 주민 생활의 질에 투자할 수 있는 여건이 조성되기를 기대한다. 아직 북한에 대한 국제사회의 제재가 지속되고 있기 때문에 우리의 역할도 중요하다. 과거의 시각에 머물지 않고 새로운 미래를 위해 무엇이 중요한지 냉철하게 판단하고 실행에 옮길 수 있는 지혜와 용기를 함께 모아 나가야 할 것이다.

본 연구는 본원의 조성은 연구위원의 책임하에 황나미 초빙연구위원, 이수형 연구위원, 김대중 연구위원, 송철종 부연구위원, 김예슬 연구원 등 연구진과 민기채 한국교통대학교 교수, 이요한 건강보험심사평가원 상근평가위원, 오인환 경희대학교 교수, Nguyen Thao 한국방송통신대학교 사회복지학 강사, 허신행 생각의마을 대표 등의 참여로 수행되었다. 여러 전문가들의 참여와 노고에 감사드린다.

아울러 본 연구의 결과는 연구진의 견해이며 본원의 공식적인 견해는 아님을 밝혀 두며, 이 연구 결과가 향후 한반도 평화·번영의 길에 귀하게 쓰이길 바란다.

2018년 12월

한국보건사회연구원 원장

조 흥 식

목 차

Abstract ····· 1
요 약 ····· 3

제1장 서론 ····· 9
제1절 연구의 배경 및 목적 ····· 11
제2절 연구 방법과 구조 ····· 15

제2장 북한 보건의료의 체계와 변화 ····· 19
제1절 들어가며 ····· 21
제2절 북한 보건의료의 제도적 특징 ····· 23
제3절 북한 보건의료의 구성체계와 변화 ····· 35
제4절 소결 ····· 93

제3장 체제전환기 국가의 의료보장 체제 변화: 베트남을 중심으로 · 97
제1절 들어가며 ····· 99
제2절 베트남 통일 이전 보건의료 현황 ····· 101
제3절 베트남 통일 이후 보건의료 정책 전개 ····· 108
제4절 소결 ····· 132

제4장 남북한 건강 수준 격차와 보건의료의 수요 ····· 137
제1절 들어가며 ····· 139
제2절 남북한 주요 건강지표의 비교 ····· 139
제3절 북한 주민의 보건의료 수요와 비용 전망 ····· 171

제4절 북한 보건의료 문제의 우선순위 ····· 193
제5절 소결 ····· 197

제5장 남북한 보건의료 교류·협력의 쟁점과 과제 ····· 199
제1절 들어가며 ····· 201
제2절 남북한 보건의료의 쟁점: 통합과 회복 ····· 202
제3절 북한 보건의료체계 회복의 과제 ····· 212
제4절 북한 보건정책 기획 및 실행 지원 방안 ····· 236
제5절 소결 ····· 239

제6장 결론 ····· 241
제1절 연구의 주요 결과 ····· 243
제2절 정책적 함의 ····· 245

참고문헌 ····· 251

부 록 ····· 265
부록 1 질적 인터뷰 질문지 ····· 265

표 목차

〈표 1-1〉 의료인 북한이탈주민 면담 대상자의 특성 ····· 16
〈표 2-1〉 북한 사회보험법(1946. 12. 19. 임시인민위원회 결정 제135호)의 급부 ····· 26
〈표 2-2〉 북한의 의학대학 ····· 39
〈표 2-3〉 북한의 보건의료 인력 양성기관 및 양성 기간 ····· 40
〈표 2-4〉 남북한 및 동남아시아 국가들의 의료 인력 비교 ····· 42
〈표 2-5〉 북한의 의료기관별 진료과와 규모 ····· 44
〈표 2-6〉 2011년, 2014년의 북한의료기관 현황 ····· 45
〈표 3-1〉 공적·사적 의료시설 수 및 분포 ····· 126
〈표 3-2〉 지역별 의료 인력 ····· 131
〈표 4-1〉 남북한 인구구조 비교(2000~2015년) ····· 140
〈표 4-2〉 기대수명 및 건강수명: 2000년과 2016년의 비교 ····· 144
〈표 4-3〉 남북한 사망 원인(대분류): 2016년 성, 연령별 표준화 사망률 기준 ····· 145
〈표 4-4〉 남북한 주요 사망 원인(중분류): 2016년 성, 연령별 표준화 사망률 기준 ····· 146
〈표 4-5〉 남북한 주요 사망 원인(세분류): 2016년 성, 연령별 표준화 사망률 기준 ····· 148
〈표 4-6〉 남북한 원인별 장애보정손실년수(DALYs): 대분류 기준, 2000년과 2016년의 비교 ····· 150
〈표 4-7〉 남북한 원인별 장애보정손실년수(DALYs): 2016년 ····· 152
〈표 4-8〉 남북한 원인별 장애보정손실년수(DALYs): 2016년 ····· 157
〈표 4-9〉 2016년 북한인구의 연령별 DALYs ····· 159
〈표 4-10〉 2016년 북한인구의 성별 DALYs ····· 160
〈표 4-11〉 남북한 모성, 신생아, 영아 5세 미만 아동 사망률: 2000-2017년 ····· 162
〈표 4-12〉 남북한 결핵 발생 현황: 2017년 추정치 ····· 167
〈표 4-13〉 북한이탈주민 성, 연령별 현황(입국 시 성, 연령 기준, 2017년 4월 말 기준) · 171
〈표 4-14〉 연도별, 분야별 통일비용 ····· 178
〈표 4-15〉 건강보험 추계비용 결과 ····· 180
〈표 4-16〉 남한 및 북한의 1인당 국민총소득 ····· 183

〈표 4-17〉 북한의 연령별 추계인구수 ····· 184
〈표 4-18〉 WHO 보건의료 부문 대북지원전략(2014~2019) 방향 개요 ····· 195
〈표 5-1〉 남북한 보건의료 통합의 쟁점 ····· 209
〈표 5-2〉 의료시설의 기능단위별 세부시설 분류(예시) ····· 223
〈표 5-3〉 총사업비 항목 ····· 224
〈표 5-4〉 신규 병원의 총사업비 구성(예시) ····· 225
〈표 5-5〉 베트남 옌바이성 종합병원 건립 사업의 사례 ····· 226
〈표 5-6〉 교육 과정 개발 예시(모자보건 분야) ····· 231

그림 목차

[그림 1-1] 연구의 구조 ····· 18
[그림 2-1] 보건의료체계 구성요소의 연계 흐름 ····· 22
[그림 2-2] 북한 보건의료 정책 결정 및 집행체계 ····· 69
[그림 2-3] 북한 내각보건성 조직도 ····· 71
[그림 2-4] 북한의 보건의료서비스 전달체계 ····· 74
[그림 3-1] 의료보험 적용 대상자 확대 및 가입률 ····· 115
[그림 3-2] 베트남 보건의료 재원 조달 경로 ····· 119
[그림 3-3] 2012년 보건의료 재원 구조(%) ····· 121
[그림 3-4] 베트남 의료서비스 전달체계 ····· 124
[그림 3-5] 의료 인력 교육의 새로운 모형 ····· 129
[그림 4-1] 남북한 인구 피라미드: 2015년 ····· 141
[그림 4-2] 남북한 기대수명 변화(1995~2050년): 남자 ····· 142
[그림 4-3] 남북한 기대수명 변화(1995~2050년): 여자 ····· 143
[그림 4-4] 남북한 10대 사망 원인: 2016년 성, 연령별 표준화 사망률 기준 ····· 149
[그림 4-5] 2016년 북한인구의 질환별 DALYs ····· 153
[그림 4-6] 1990년 대비 2016년 북한인구와 DALYs 순위 변화 ····· 154
[그림 4-7] 2016년 북한인구의 위험요인별 DALYs ····· 154
[그림 4-8] 2016년 북한인구의 연령별 YLDs ····· 155
[그림 4-9] 북한 10대 질병부담: 2016년 ····· 161
[그림 4-10] 남북한 5세 미만 아동 사망 원인: 2016년 ····· 164
[그림 4-11] 5세 미만 아동 영양상태: 북한 ····· 165
[그림 4-12] 5세 미만 아동 영양상태: 남한 ····· 166
[그림 4-13] 남북한 결핵 사망률(2000~2016년) ····· 168
[그림 4-14] 남북한 결핵 발생률(2000~2016년) ····· 168
[그림 4-15] 남북한 성, 연령별 결핵환자: 2017년 ····· 169
[그림 4-16] 남북한 결핵 치료성공률(2000~2015년) ····· 170

[그림 4-17] 연도별 의료급여 북한이탈주민의 입원의료이용 비율 ····· 172
[그림 4-18] 22대 질병분류별 의료급여 대상 북한이탈주민과 남한 주민의 입원진료 이용자수: 2015년 ····· 173
[그림 4-19] 22대 질병분류별 의료급여 대상 북한이탈주민과 남한 주민의 외래진료 이용자수: 2015년 ····· 174
[그림 4-20] 북한이탈주민 및 남한 주민 1인당 연간 평균 입원일수: 2005-2015 ····· 176
[그림 4-21] 북한이탈주민 및 남한 주민 1인당 연간 평균 외래진료 횟수: 2005-2015 176
[그림 4-22] 북한의 질병부담 전체 비용 ····· 185
[그림 4-23] 연도별 전체 비용 변화(북한) ····· 186
[그림 4-24] 각 연령군의 비용 변화 추계(연도별) ····· 187
[그림 4-25] 연령별 전체 비용 변화(2030년 기준 추정치) ····· 188
[그림 4-26] 질병군 비용 부담(2030년 기준 추정치) ····· 189
[그림 4-27] 연도별 비용 변화 - g08(Neoplasm, 신생물·종양) 질병군 ····· 190
[그림 4-28] 각 질병군의 연도별 변화 추세(g01~g10) ····· 191
[그림 4-29] 각 질병군의 연도별 변화 추세(g11~g21) ····· 192

수식 목차

[수식 4-1] 간접비의 추계식 ····· 183
[수식 4-2] 직접비의 추계식 ····· 183
[수식 5-1] 소요병상수 추계식 ····· 221

Abstract

A Plan for North-South Korean Cooperation in Health and Welfare

Project Head: Cho, Sungeun

As the North-South has lately seen rapid progress, the need is growing for research studies that look into ways to reduce social disparities in the process of establishing a Korean Peninsula peace regime. As a response to such a need, this study proposes a feasible integration scenario for healthcare in the two Koreas and presents policy goals that should be pursued at different stages the integration.

This study sets itself apart from others in that it takes account not only current situations of North Korea, but also the microeconomic changes that are likely to occur in different stages of South-North social integration. Some of the findings of this study are as follow. Firstly, since the 1990s, healthcare use in North Korea has become so market-oriented as to render the existing system of free-of-charge health services largely ineffective. North Koreans still suffer from lack of access to essential medicines. To help them have better access to necessary pharmaceuticals requires comprehensive management of phar-

Co-Researchers: Lee, Suehyung · Kim, Daejung · Song, Cheoljong · Hwang, Nami · Lee, Yohan · Min, kichae · Oh, Inhwan · Nguyen Thao · Heo, Shinhang · Kim, Yeseul

maceuticals sales and production. Secondly, this study makes projections of changes that could occur in a possible integrated health system that combines South Korea's National Health Insurance and the North's free-of-charge care. Thirdly, a comparative look at key indicators of health and healthcare use in South and North Koreas suggests that it is highly likely that North Korea's healthcare costs, kept to a minimum under a largely inoperative public health care system, will grow exponentially when the system gets activated to a full extent. Thus, there is a need for policies that can help reduce infectious, non-infectious and maternal and child diseases. Also needed are policies that improve the sustainability of healthcare. Fourthly, this study suggests ways to reinforce healthcare facilities, capacity building for healthcare workers, health information systems, health policy capacity, health governance, and health financing capacity.

*Key words: South and North Korea Healthcare System, North Korean Medical System, Korean Peninsula Social Integration, South and North Exchange and Cooperation

요 약

1. 연구의 배경 및 목적

본 연구는 2017년 『통일 이후 북한지역 사회보장제도-통합기 단일체제』 연구의 연속선상에서 지금까지 제도 통합을 전제로 한 보건·의료분야의 기존 연구를 검토하되 중장기적인 평화 정착과 교류·협력을 바탕으로 앞으로 전개해야 할 정책적 과제를 도출하는 데 초점을 둔다.

2018년 봄부터 남북 관계가 급속히 진전되면서 한반도 평화 정착과 나아가 민족 통일 국가에 대한 기대가 한껏 높아졌다. 그러나 종국에 남북한 합의에 의한 평화적인 통합 과정이 진행된다 하더라도 남북한의 냉엄한 현실상 이후 남북한 사회통합은 점진적일 수밖에 없으며, 하나의 공동사회를 이루어 갈 때 후유증을 최소화하여 안정적인 통합을 이룩해 가는 것은 통일보다 더 큰 과제가 될 것이다. 이에 중장기적 차원에서 남과 북의 이질적인 사회의 간극을 점차 줄여 나가는 것이 중요하다.

평화체계 구축 과정에서 남북한의 사회보장제도에 대한 체계적이고 실질적인 차원의 연구의 필요성이 높아지고 있다. 최근 북한은 사회주의 속에서 자본주의 현상이 확산되고 있으며, 1990년대 중반 이후 장기화되었던 북한의 경제난과 이에 따른 남북한의 건강 격차가 확인되었다. 또한 이전부터 누적된 제도와 현실의 괴리, 자립 불가능한 보건복지의 제 문제에 조응하기 위한 정책적 방안 연구가 필요하다. 이를 통해 남북 사회통합을 위한 남북한 보건의료 통합에 관한 현실적이고 합리적인 최적의 적용 방안이 마련되어야 한다.

본 연구는 이러한 필요성에 따라 한반도의 사회통합을 목표로 하여 남

북한 보건의료에 대한 합리적 통합 방안을 제시하고 그에 따른 단계적 과제와 사회적 비용 최소화를 위한 교류·협력 방안을 도출하여 남북한 사회보장제도의 정책적 실효성과 효율성을 제고하는 데 그 목적을 둔다.

2. 주요 연구 결과

본 연구는 기존의 연구와는 달리 시장화가 진행된 북한 사회의 최근 현실을 반영할 뿐 아니라 남북한 사회통합 과정에서 나타날 건강 관련 미시적 변화를 연구에 반영하고자 한다. 이를 위해 최근 탈북한 북한이탈주민 중 보건의료 종사 경험자에 대한 질적 조사를 통해 가장 최근의 북한 보건의료체계의 현실을 연구에 반영하였다. 문헌 고찰 및 탈북 의사들을 대상으로 한 면담 결과, 북한은 무상치료제, 예방의학제도, 의사담당구역제도라는 형식적 요소는 보편적으로 잘 갖추었지만, 1990년대 이후 국가의 계획경제가 작동하지 않기 시작하면서 주민들의 의료서비스 이용이 매우 빠르게 시장화되며 무상치료가 더 이상 작동하기 어려운 현실이 되었다. 공식 의료기관의 설비는 낙후되었고, 의약품을 비롯한 물품의 공급은 수요를 충족시키지 못해 시장에 의존하기 시작하였다. 보건의료의 시장화에도 불구하고 여전히 의약품은 부족하여 중국의 의약품이나 일부 국제기구의 원조 의약품이 장마당까지 흘러나와 거래되고 있는 실정이다. 북한 주민의 의약품에 대한 접근성이 매우 열악한 상황이기 때문에 이를 향상시키기 위해 의약품 판매의 통제 및 생산을 포함한 전반적인 관리가 필요하다. 의약품 생산 기반이 취약한 상황에서 우선 필수의약품을 중심으로 제네릭 의약품 생산이 가능하도록 기반을 구축하여야 할 것이다. 이를 위해 북한의 노동력과 남한의 자금이 결합된 형태의 의약품 생산 합작회사를 설립하여 의약품을 공급하는 정책을 고려해 볼 필요가 있다.

베트남은 현재 북한에서 적용되고 있는 무상치료제를 실시했다가 사회

주의적 시장경제를 채택해서 의료사회화와 의료보험을 도입한 바 있다. 베트남 사례 분석을 통해 통일 한국에서 북한의 무상치료제가 남한의 건강보험과 결합할 경우 나타날 수 있는 변화를 예측하였다. 주된 시사점들로는 앞으로 통일 한국의 건강보험제도 적용에 있어서 나타날 수 있는 북한 지역의 문화적 특성을 고려할 필요성, 재난적 의료비 지원 확대 등에 대한 정책 대안의 필요성, 통일 이후 북한 주민에게 의료보험에 대한 적극적 홍보를 통해 가입을 독려할 필요성, 높은 의료비 지출에 대한 재정 불균형 문제 및 의료비 지출 효율화, 재정 확보 방안 마련 등이 있다.

남북한 주요 건강지표와 북한의 우선순위 보건의료 문제, 북한 주민의 보건의료 수요 전망 결과에 따라, 심혈관계질환 및 호흡기계질환, 근골격계질환 등의 비감염성질환과 조산으로 인한 합병증, 출산질식 및 외상, 신생아 패혈증 및 감염, 철 결핍 빈혈 등의 모성·아동 질환, 결핵, 설사질환, 뇌염 등의 감염성질환이 북한의 주요 건강 문제로 나타났다. 남북한 의료이용 행태 비교 결과, 현재 열악한 의료 환경하에 잠재되어 있던 의료이용은 보건의료체계가 제대로 가동될 경우 폭발적으로 증가할 것으로 예상된다. 이에 따라 비감염성질환, 모성 및 아동 질환, 감염성질환을 해소하기 위한 정책 개발 및 지원과 더불어 지속가능한 서비스 제공을 위한 보건의료시스템 강화 정책이 필요할 것으로 보인다.

남북한 보건의료체계에 대해 장기적으로 남북한 보건의료를 하나의 체제로 통합하는 관점과, 북한 고유의 보건의료 시스템을 회복시키는 데 주안점을 두는 관점에 대한 논의를 정리하고, 이를 바탕으로 현시점에서 남북 보건의료 교류·협력에서 어떠한 실천적 과제들이 있는지 살펴보았다. 이러한 관점의 차이는 북한의 경제 상황과 국가책임 사회보장제도의 실질적 운영 실태에 대한 해석 차이에서 기인한다. 공적 사회보장체계의 약화 수준을 어떻게 해석하느냐에 따라 통합의 관점은 차이를 보인다. 남북

한 보건의료 인력 통합의 쟁점은 북한 보건의료 인력을 면허 발급 대상으로 보고 그 발급을 남한이 주도해야 할 것인지, 아니면 상호협력적으로 인적자원을 교류할 것인지의 문제로 요약된다. 결국 북한 보건의료인의 전문성에 대한 해석의 차이에서 기인하며 남북한 보건의료 지식체계 통합 쟁점도 같은 양상을 보인다.

현재 붕괴 수준에 있는 북한 보건의료체계가 주민에 대한 필수 의료서비스를 안정적으로 제공하도록 하기 위한 전략과 함께 근본적인 방안으로 보건의료 시설 회복 방안, 보건의료 인력 역량 강화 방안, 보건정보시스템 강화 방안, 보건 정책 역량 강화 방안, 보건 거버넌스 및 재정 운영 역량 강화 방안 등을 제시하였고, 이를 위한 남북 간 보건의료협정 체결의 중요성을 논의하였다. 향후 남북 보건의료협정에는 단순 구호나 지원 활동에 대한 것 이상의 보다 긴밀한 파트너십에 대한 구체적인 조항이 들어가도록 해야 한다.

3. 결론 및 시사점

본 연구는 북한의 건강 수준을 파악하는 기존의 연구와 달리, 앞으로 새롭게 대두될 건강 및 보건의료 문제를 파악하고 이를 해결하기 위한 선제적 정책 방안에 초점을 두었다는 점에서 차별성을 가진다. 새로운 평화 시대에 발 맞추어 남북한 보건의료 분야에서도 새로운 교류·협력 방식이 요청되고 있다. 더불어 상호존중과 구동존이의 원칙하에 구축된 남북한 보건의료 교류·협력에 기초하여 장기적으로 남북한 보건의료 통합 전략과 방식을 마련해야 한다.

본 연구를 통한 정책적 함의는 다음과 같다. 첫째, 평화와 교류의 시대적 흐름에 따라 급진통일과 급진통합 방식을 따른 서독 중심의 독일 식

보건의료제도 개편은 적절한 모델이 될 수 없다. 둘째, 평화시대의 보건의료 교류·협력이 자칫 남북한 보건의료 통합을 목표로 하여 전개되지 않는 것은 지양해야 할 것이다. 셋째, 통독 이전 '동서독 보건협정'의 경험을 한반도 실정에 맞게 적용하여 남북한 보건의료협정을 추진하는 것을 우선적인 과제로 삼아야 한다. 넷째, 한반도 통합은 장기적인 시야에서 이루어지는 것이 바람직하며, 그에 따라 보건의료 시스템 및 의료자원 개발을 단계적으로 구상해야 할 것이다.

*주요 용어: 남북한 보건의료제도, 북한 의료시스템, 한반도 사회통합, 남북한 교류협력

제 1 장 서 론

제1절 연구의 배경 및 목적
제2절 연구 방법과 구조

1 서 론

제1절 연구의 배경 및 목적

본 연구는 2017년 『통일 이후 북한지역 사회보장제도-통합기 단일체제』 연구의 연속선상에 있다. 보건·복지의 영역이 방대해서 2017년 연구에서는 소득보장 정책을 중심으로 남북의 사회보장 통합을 다루었고, 2018년에는 보건의료 분야를 중심으로 남북의 보건복지 분야 교류·협력 방안을 모색하였다. 이 일련의 연구는 3년 계획으로 시작되었는데 2019년에는 아동, 여성, 노인, 장애인 등의 분야별 사회정책을 중심으로 북한의 사회발전(social development)을 위한 교류·협력 방안을 논의할 예정이다.

다만 본 일련의 연구가 기획된 시점에는 남북한의 제도 통합 논의에 주목하였지만 최근 남북 관계 진전에 따라 남한 시각에서의 제도 통합에 대한 연구 필요성이 약해졌다. 이에 본 연구에서는 지금까지 제도 통합을 전제로 한 기존 연구를 검토하되 중장기적인 평화 정착과 교류·협력을 바탕으로 앞으로 전개해야 할 정책적 과제를 도출하는 데 초점을 두었다.

본 연구가 막 시작되던 2018년 봄부터 남북 관계가 급속히 진전되면서 한반도 평화 정착과 나아가 민족 통일 국가에 대한 기대가 한껏 높아졌다. 하지만 종국에 남북한 합의에 의한 평화적인 통합 과정이 진행된다 하더라도 남북한의 냉엄한 현실을 감안할 때 이후 남북한 사회통합은 점진적일 수밖에 없으며, 하나의 공동사회를 이루어 갈 때 후유증을 최소화하여 안정적인 통합을 이룩해 가는 것은 통일보다 더 큰 과제가 될 것이다. 더욱이 그동안의 남북 관계가 냉각되었던 것이 급속히 해동되고 있을

뿐 이념과 체제의 차이를 극복하는 데는 상당한 시일이 필요할 것으로 보인다. 따라서 앞으로 중장기적인 전망을 가지고 남과 북의 이질적인 사회의 간극을 점차 줄여 나가는 것이 무엇보다 중요하다.

장기적으로 남북한 사회통합을 위해서는 남북한의 '생활수준과 삶의 질의 격차'를 줄이는 것이 필요하다. 여기에서 생활수준이란 단순히 남북한지역의 1인당 소득 격차를 줄이는 것이 아니라 남북한 주민 사이의 복지수준도 동등해지는 것을 의미한다. 다양한 복지제도는 북한 주민의 생활과 소득, 고용과 근로, 남북 교류·협력의 기대감, 남북한의 내적 통합, 사회통합비용에 직접적인 영향을 미치기 때문에 현재의 남북한 보건복지 수준을 고려하여 이후 북한의 보건복지제도 운영 방안에 대한 개선책을 제시할 필요가 있다. 또한 남북한 간 경제적 격차가 커지고 있기 때문에 북한 주민의 삶의 안정화와 남북한의 안정적인 사회통합의 과정에서 필요한 구체적인 보건복지 정책 탐색과 함께 이후 북한 지역의 보건복지제도 개선을 위한 비용 추계가 되어야 중장기적 준비가 가능할 것이다.

따라서 평화체제 구축 과정에서 남북한의 사회보장제도에 대한 체계적이고 실질적인 차원의 연구가 매우 필요하다. 본 연구는 우리 연구원이 진행해 오고 있는 남북한 보건복지제도 및 협력 방안 연구의 일환으로 보건의료에 초점을 맞추고 있다. 북한에 관한 정보가 제한적이고, 사회보장제도의 범위와 비용이 방대하기 때문에 단발적인 연구로는 체계적인 남북 교류·협력 방안을 마련하기 어려우므로, 추후 지속적인 연구가 반드시 필요하다.

본 연구와 기존 연구의 차별성은 다음과 같다.

최근 북한 주민들은 공식적 임금소득보다는 비공식적 근로소득(사경제 활동) 수입, 공식적 국가공급제보다는 비공식인 장마당을 통해 생계를 유지하고 있는 것으로 알려져 있다. 이른바 사회주의 속의 자본주의 현상이

확산되고 있는데, 본 연구는 이러한 변화가 보건의료 분야에 미치는 영향에 대해 면밀히 검토하고 이를 반영한 앞으로의 교류·협력 방안을 도출하고자 하였다.

북한의 시장화와 함께 고려해야 할 요소는 1990년대 중반 이후 장기화되었던 북한의 경제난 속에 식량과 보건의료, 위생환경의 문제로 인해 출산 과정에서의 산모 및 아동 사망, 발달장애, 영양실조 등 건강상의 문제가 어떻게 영향을 미쳤는가이다. 여러 자료에서 남북한의 건강 격차가 구체적으로 확인되고 있으며, 보건의료적인 문제가 보고된 바 있다. 또 남북한은 질병에 대한 수요가 상이하고 차이가 극명하기 때문에 이에 대한 분석을 바탕으로 북한에 대한 고유한 보건의료적 접근 방식이 요청된다.

한편 남북한 보건의료제도는 상호 존재하는 제도지만 남북한 체제 차이만큼 법령, 제도, 운영원리, 제공체계, 재원, 진료체계, 양적·질적 수준 등에서 이질적인 차이가 존재하기 때문에 포괄적인 보건의료체계의 관점에서 접근할 필요가 있다. 보건의료제도의 경우 가령, 남한은 사회보험과 공공부조 방식, 북한은 단일 국영의료체계로 무상치료제로 대표되고 이 밖에도, 관리운영체계, 재원조달 방식, 진료비 지불제도, 의료공급체계를 달리함에 따라 남북한의 제도적·내용적 수준의 차이가 가장 큰 영역 중 하나이다. 따라서 남북한 보건의료 부문의 자원, 인력, 조직, 재원, 제공체계, 보건 전문인력(교육) 양성, 보건의료 인프라(시설 및 의약품 생산, 공급, 관리), 질병관리(예방접종, 감염성, 전염성 질환 포함), 위생 방역, 공중보건 등 상호 연결된 부문 체계에 대한 구조적 접근이 필요하다.

이전부터 누적된 북한의 제도와 현실의 괴리, 자립 불가능한 보건복지의 제 문제들에 조응하기 위한 정책적 방안의 연구가 필요하며, 이를 통해 남북의 사회통합을 위한 남북한의 보건의료의 통합에 관한 현실적이고 합리적인 최적의 적용 방안에 대한 연구가 요청되고 있으며 본 연구는

이러한 필요성에 의해 시작되었다.

공공재의 기능과 성격을 갖는 보건의료(제도)는 1차적으로 중앙정부 중심의 제도 형성이 필수불가결하다. 북한의 시장화에도 불구하고 국가 차원의 시스템을 최대한 유지·발전시켜야 하는 것이다. 이를 위해서는 향후 북한에 대한 보건의료 지원과 교류 형성, 마비된 북한 보건의료망 복구와 구축에 있어 전략과 우선순위 도출 등의 기반연구 결과에 근거하여 앞으로의 변화를 예측하고, 부정적 변화를 최소화할 수 있는 투자를 통해 사회적비용을 억제하는 것은 한반도 평화 정착과 사회통합을 위한 선제적 과제인 것이다.

본 연구는 이러한 필요성에 따라 한반도의 사회통합을 목표로 남북한 보건의료에 대한 합리적 통합 방안을 제시하고 그에 따른 단계적 과제와 사회적 비용의 최소화를 위한 교류·협력 방안을 도출하여 남북한 사회보장제도의 정책적 실효성과 효율성을 제고하는 데 그 목적이 있다. 좀 더 세부적으로는 다음과 같은 연구 목적을 설정하였다.

첫째 남북한에 상호 존재하나 전 부문에서 이질적인 차이가 극명한 보건의료 부문에 대해 최근의 북한 상황을 좀 더 구체적으로 확인하고자 하였다. 다른 사회보장, 사회복지 부문과 달리 고차원적이고 복잡한 사안인 보건의료 부문을 체계적으로 점검하고 나아가 북한의 열악한 보건의료 실태를 반영한 남북한 보건의료 교류·협력에 대한 정책적 대안을 제시하는 것이 연구의 기본 목적이다.

둘째 남북한 사회통합 과정에서 보건의료 부문의 잠재적 위험요인(특히 북한 주민과의 교류 시 집단감염성 질환, 결핵, 간염 전파 등)을 검토하고 이를 해결할 수 있는 방안을 제시한다.

셋째 북한지역에서 발생할 각종 보건의료 비용에 대한 추계모형을 통해 남북 교류·협력과 관련한 정책 설계 시 하나의 기준점을 제시한다. 정

치적 통일이 아니더라도 남북 관계 개선에 따라 북한의 보건의료 수요에 대한 남한 정부의 지원은 불가피할 것이며 변화한 남북한 보건의료 환경을 반영하고, 향후 변화 가능한 미래를 포함하여 적절하고 유효한 시스템 복구의 물질적 비용을 탐색하고자 한다. 남북한의 통일을 전제하지 않더라도 북한이 자신의 보건의료체계를 현대화하고 개선하는 데 어느 정도의 비용이 필요한지를 파악해야 남한 정부와 국제사회가 협력 과정에서 감당해야 할 재정적 몫을 가늠할 수 있을 것이다.

요컨대 본 연구는 기존의 연구와는 달리 시장화가 진행된 북한 사회의 최근 현실을 반영할 뿐 아니라 남북한 사회통합 과정에서 나타날 건강관련 미시적 변화를 연구에 반영하고자 하였다. 이를 위해 최근 탈북한 북한이탈주민 중 보건의료 종사 경험자에 대한 질적 조사를 통해 가장 최근의 북한 현실을 연구에 반영하였다. 또 북한의 건강 수준을 파악하는 기존의 연구와 달리 본 연구는 앞으로 새롭게 대두될 건강 및 보건의료 문제를 파악하고 이를 해결하기 위한 선제적 정책 방안에 초점을 두었다는 점에서 차별성을 가지고 있다.

제2절 연구 방법과 구조

1. 연구 방법

본 연구는 연구 목적을 달성하기 위해 다음과 같은 연구방법을 활용하였다.

먼저 최근 북한의 의료시스템 실태를 파악하기 위해 기존의 연구자료 및 국제 보고서 등을 활용한 문헌 연구와 함께 2010년 이후 탈북했으며, 의사, 준의사, 간호사, 조산원 등 이른바 의료일꾼으로 일한 경험이 있는

북한이탈주민에 대한 질적연구(심층인터뷰)를 수행하였다. 조사 기간은 2018년 6~10월이며, 표본은 눈덩이 표집(snowball sampling) 방식으로 11사례를 선정하였다. 면담 대상자들은 2010년 이후 탈북한 의료인 20여 명을 관계기관에서 추천받아 인터뷰 참여 여부를 확인한 후 동의한 분을 차례로 면담하였다. 이 시기에 탈북한 의료인이 적고 인터뷰를 거부하는 사례가 있어 2011년부터 2016년 사이에 탈북한 의료인 8명을 우선 사례로 선정하고, 추후 2007~2008년 탈북자 2인을 추가하였다. 1명은 정확한 탈북 연도를 밝히지 않았다. 출신 지역은 모두 북부 3도 출신으로 구성되었다. 이들이 북한에서 담당했던 업무는 간호사, 호담당 의사, 산부인과 의사, 내과의사, 위생의사 등으로 다양하였으며, 의료 교육체계에 대한 파악을 위해 의료교육을 받은 경험도 전문학교, 의학전문대학, 통신과정 등 여러 경로별 의료인으로 구성하였다.

조사 내용에 대해서는 사전에 생명윤리위원회의(IRB) 심의를 획득하고 조사를 진행하였다.[1)]

〈표 1-1〉 의료인 북한이탈주민 면담 대상자의 특성

번호	이름	성별	연령	탈북 연도	출신 지역	탈북 전 직업	의료교육과정
1	A	여	70대	2017	ㅊ시(市)	수술실 간호장	고등의학교
2	B	여	20대	2016	ㅁ군(郡)	인민병원 간호사	간호원학원
3	C	여	70대	2016	ㅇ군(郡)	호담당 의사	의학전문학교/의학대학 통신과정
4	D	여	60대	2016	ㅊ시(市)	산부인과 의사	의학대학
5	E	여	40대	2014	ㅊ시(市)	간호사/내과의사	군 간호사양성학교/의학대학
6	F	여	70대	2013	ㅎ시(市)	산부인과 의사	의학대학

1) 한국보건사회연구원 생명윤리위원회의 제2018-18호(2018.5.9)로 승인받았으며 IRB 연구승인 유효기간은 2018.5.8.~2018.12.31.이다.

번호	이름	성별	연령	탈북 연도	출신 지역	탈북 전 직업	의료교육과정
7	G	남	60대	2011	ㅊ시(市)	위생의사	의학대학
8	H	여	50대	2016	ㅁ군(郡)	호담당의사	의학전문학교
9	I	여	50대	2008	ㄱ군(郡)	철도병원 내과의사	의학전문학교
10	J	남	70대	2007	ㅂ군(郡)	진료소장	의학대학
11	K	여	80대	무응답	ㅎ시(市)	조산원	의학전문학교/의학대학 통신과정

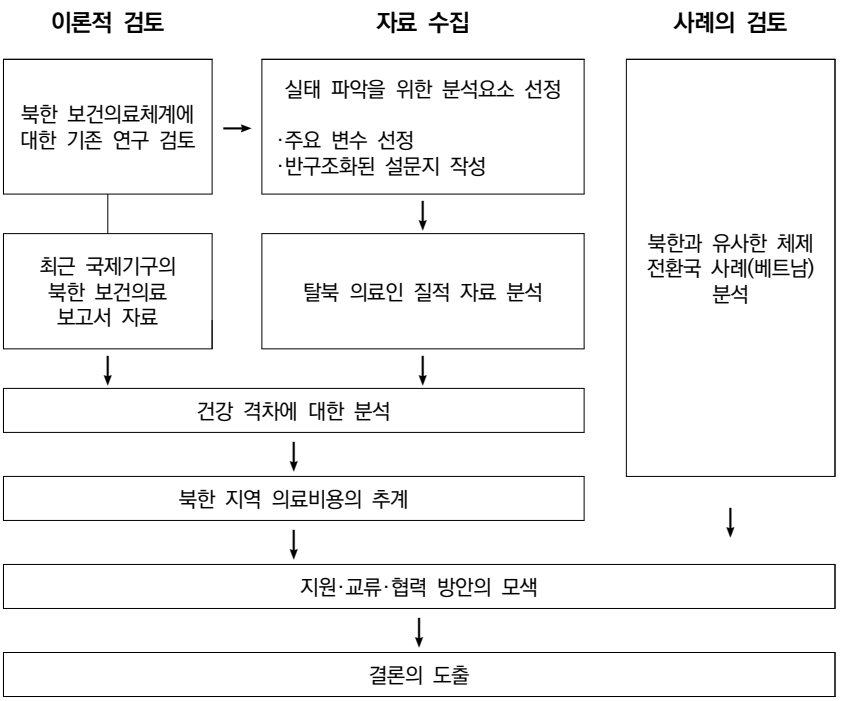
북한 주민의 건강 및 보건의료 문제 파악에는 주로 세계보건기구(WHO), 유엔아동기금(UNICEF), 유엔인구기금(UNFPA), 세계은행(WB) 자료 등 국제기구를 통해 발표된 자료들을 활용하였다. 북한 체제의 특성상 직접 자료를 수집할 수는 없었으며, 북한이탈주민들은 지역적으로 편재되어 일반화하는 데 한계가 있기 때문에 그나마 북한 전역의 자료에 접근할 수 있는 국제기구들의 보고서가 신뢰할만하다고 판단하였다. 여기에 더해 북한 사회보장·보건의료의 각종 제도, 최근 변화, 전달체계 등 제반 기초정보를 가지고 있는 남북한 교류·협력 단체 전문가 등을 면담하여 자료를 수집하였다.

한편 최근 베트남은 사회주의 체제에서 개혁·개방 조치의 일환으로 보건의료 부문의 변화를 꾀하고 있어 개혁·개방 전후 북한에서 예상되는 변화 방향과 가장 유사한 사례로 떠오르고 있다. 북한과 유사한 국가의료체계에서 사회보험 방식의 의료보험을 도입하였는데, 북한의 무상의료제가 남한의 건강보험과 결합할 경우 나타날 수 있는 변화를 간접적으로 확인할 수 있는 국가로 판단된다. 이에 베트남의 체제 전환 과정과 보건의료 시스템의 변화에 대해 문헌조사와 현지연구를 진행하여 북한의 변화 방향을 예측하는 자료로 활용하였다.

2. 연구의 구조

본 연구는 다음의 [그림 1-1]과 같은 논리적 구조에 따라 진행되었다. 먼저 북한 보건의료체계에 대한 기존 연구와 최근 국제기구의 북한 보건의료 보고서 자료를 통해 최근 북한 보건의료체계의 변화를 파악하였고, 이를 바탕으로 실태를 확인하기 위해 탈북 의료인의 질적 자료를 분석하였다. 그리고 베트남 사례를 검토한 후, 이들 자료를 바탕으로 남북한 건강 격차와 북한 의료비용 추계 모형을 분석하였다. 마지막으로 이러한 연구 결과를 바탕으로 남북한 보건의료의 장기적 통합을 위한 지원·교류·협력 방안을 도출하였다.

[그림 1-1] 연구의 구조



제 2 장 북한 보건의료 체계와 변화

제1절 들어가며
제2절 북한 보건의료의 제도적 특징
제3절 북한 보건의료의 구성체계와 변화
제4절 소결

2 북한 보건의료체계와 변화

제1절 들어가며

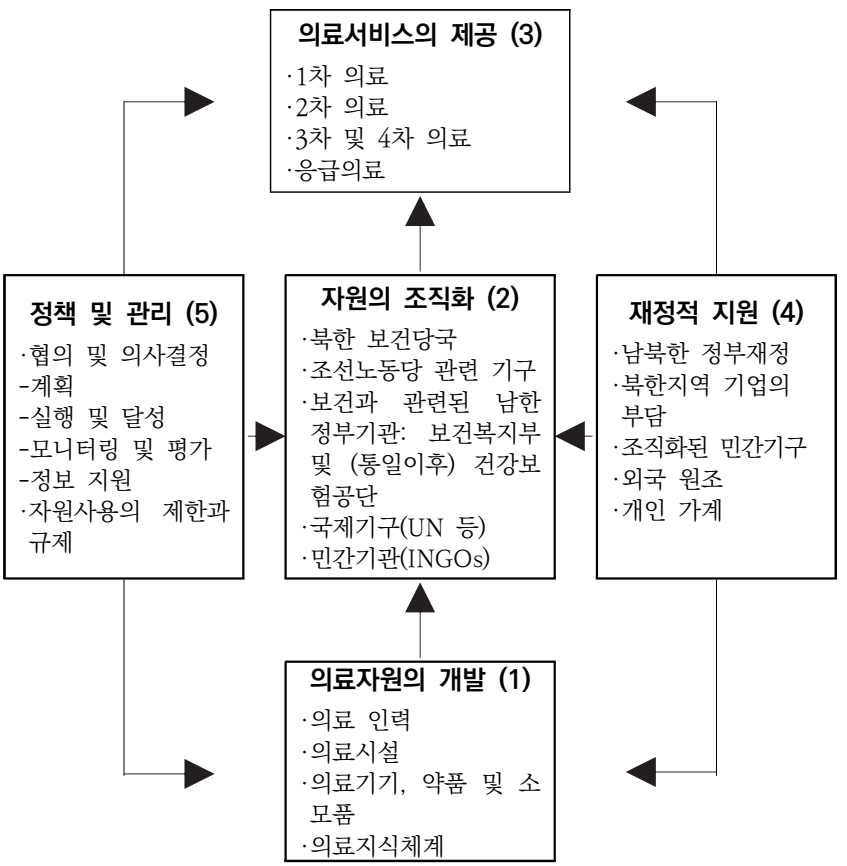
북한은 잘 알려진 바와 같이 사회주의 보건의료체계를 구축하고 이 체계의 기본틀로 무상치료제, 예방의학제도, 의사담당구역제도의 기본 요소를 확립하였다. 그러나 무상의료라는 핵심적인 요소가 역설적이게도 의약품과 의료서비스의 상품가치를 제거하여 부분적 시장화 이후 보건의료 약재, 물품, 설비에 대한 투자를 지체시켰다(신희영 외, 2017, p. 2). 이른바 고난의 행군 시기 이후 의료인들에게도 배급이 중단되자 비공식 의료행위가 확산되었고, 부분적 시장화 과정에서 의약품과 의료기구들이 공식체계에서 지급되지 않고 비공식 시장에서 유통되기 시작하였다. 김정은 시대에 접어들어 전반적인 경제시스템은 조금씩 회복되었지만 평양 지역을 제외하면 보건의료 영역에서의 큰 변화는 아직 확인되지 않고 있다.

본 장에서는 지금까지 알려진 북한 보건의료체계를 정리하고 최근 탈북한 의료인들의 증언을 토대로 체계의 회복이 이루어졌는지, 체계의 불충분함을 어떠한 기제를 통해 충족하고 있는지를 살펴본다.

북한 보건의료체계의 분석은 WHO의 건강시스템 분석 틀의 관점에서 접근하는데 여기서는 서로 연결된 흐름을 구조적으로 파악한다. 구체적으로는 ① 의료자원의 개발, ② 자원의 조직화, ③ 의료서비스의 제공, ④ 재정적 지원, ⑤ 정책 및 관리라는 5가지 요소가 체계를 구성하고 있는데 이 중 제한된 북한의 정보로 다룰 수 있는 범위는 ①~③까지이다. 따라서 본 장에서는 의료자원, 자원 조직구조, 의료서비스의 구성과 변화를 다루

고, 제7장에서 장기적인 교류·협력을 바탕으로 상호 개방된 체계를 만들어 갈 때 ④~⑤의 요소까지 포괄하여 검토한다. 분석 틀에 기반한 접근은 추후 남북의 교류·협력 방안과 인프라 재건 및 통합안을 논의하는 데 보편적 논의 틀과 기초 자료가 될 것이다.

[그림 2-1] 보건의료체계 구성요소의 연계 흐름



자료: WHO. (1984), National health systems and their reorientation towards health for all의 기본구성요소를 북한의 상황과 연구 내용에 맞추어 저자 수정함.

제2절 북한 보건의료의 제도적 특징

남한과 북한은 각각 건강보험을 핵심으로 한 보건의료시스템(NHI)과 국가의 보편적 의료공급에 기반한 보건의료시스템(NHS)을 발전시켜왔다. 이 두 가지 시스템은 제도의 기반과 작동원리가 상이하기 때문에 기본 제도의 상이성이 보건의료 전반의 차이를 가져오는 핵심이 된다.[2)]

북한의 보건의료제도는 “전 인민에 대한 무상치료제, 의사담당구역제, 고려의학과 신의학의 병행, 예방의학의 강조, 대중의 보건사업 참여라는 기본원칙 하에 대부분의 재원을 정부 예산으로 조달하여 공공의료기관을 통해 의료서비스를 제공하는 것”을 특징으로 한다(이철수 외, 2016, p.176). 이 중 남한의 의료시스템과 구별되는 핵심적인 특징으로는 무상치료제, 예방의학제도, 의사담당구역제(호담당의사제)를 꼽을 수 있다. 이 세 가지 요소는 북한이 『조선민주주의인민공화국 사회주의 헌법』에 명문화할 정도로 중요한 것이다. 북한 헌법 제56조는, “국가는 전반적 무상치료제를 공고발전시키며 의사담당구역제와 예방의학제도를 강화하여 사람들의 생명을 보호하며 근로자들의 건강을 증진시킨다”고 하고 있다.[3)]

주요한 이 3가지 특징을 중심으로 북한 의료체계에 대해 살펴보고 이를 바탕으로 다음 절에서 체제의 구성요소를 정리해 본다.

---

2) 체제전환기의 사회주의 국가들을 보면 공통적으로 사회주의적 보건의료시스템을 점차 포기하고 사회보험 방식으로 비용을 조달하는 서구형 건강보장체계를 택하는 것을 알 수 있다. 중국, 베트남, 캄보디아 등 북한과 가까웠던 아시아 사회주의 국가들이 밟아 가는 경로이다. 그에 비해 쿠바는 여전히 사회주의 무상의료체계를 유지하는 대표적 국가이며 북한은 현재로서는 쿠바에 가까운 체계를 가지고 있다.

3) 북한 헌법 제72조에 따르면, "공민은 무상으로 치료받을 권리를 가지며 나이가 많거나 병 또는 불구로 로동능력을 잃은 사람, 돌볼 사람이 없는 늙은이와 어린이는 물질적 방조를 받을 권리를 가진다. 이 권리는 무상치료제, 계속 늘어나는 병원, 료양소를 비롯한 의료시설, 국가사회보험과 사회보장제에 의하여 보장된다”고 규정하고 있다. 이 규정에 따르면, 과거 ‘로동자, 사무원 및 그 부양가족’에서 일부 제외되었던 농민, 소상공인, 주부 등을 제도 속에 포괄하는 ‘공민’이라는 용어를 사용하고 있음을 확인할 수 있다. 그리고 그것은 국가로부터의 시혜가 아닌 권리임을 강조하고 있다.

1. 무상치료제

북한의 무상치료제는 단시일에 도입된 것이 아니라 북한 정권 수립이후 상당기간을 거쳐 단계적으로 이루어졌다. 무상치료제의 역사는 3개로 나눌 수 있는데 첫 번째 시기는 1946년 『사회보험법』에 의한 부분적 무상치료제의 시기, 두 번째 시기는 1952년 『무상치료제를 실시할 데 대하여』에 의한 전반적인 무상치료제의 시기, 세 번째 시기는 1960년 『인민보건 사업을 강화할 데 대하여』에 따른 완전하고 전반적인 무상치료제의 시기이다.

가. 사회보험법하의 부분적 무상치료제

해방 이후 이른바 반제반봉건인민민주주의 혁명 시기의 북한은 '사회보험법하의 부분적 무상치료제'를 도입한다. 이 시기에 북한이 보건의료 정책으로 자랑하는 국가의료, 무상치료제, 예방의학적 방침, 의사담당구역제, 동의학(고려의학)과 신의학의 병행, 대중의 보건사업 참여, 보건의료인(보건일꾼)의 투철한 사상성과 같은 특성의 원형이 태동했다고 할 수 있다(황상익, 김수연, 2007, p. 69). 당시 대개의 사회주의 국가들은 국민보건서비스방식이라고 할 수 있는 세마시코(Semashko) 모델을 채택한다(민기채, 2014, p. 55).[4] 그러나 당시 인민민주주의혁명 시기의 북한은 높은 수준의 복지 사회주의(welfare socialism)를 구현할 사회경제적 수준이 낮았고, 반제반봉건의 잔재를 없애야 할 과업도 있었기에 국민보건서비스 방식을 실현시키기 어려웠던 것으로 보인다.

4) 세마시코 모델은 러시아의 1918년부터 1930년까지 소련의 공중보건 인민위원장(People's Commissar of Public Health)이었던 Nikolai Aleksandrovich Semashko의 이름을 딴 모델이다(민기채, 2014, p. 55).

북한에서 무상치료제는 해방 후 1946년 『20개조 정강』[5]에서 처음 언급되었다. 해당 정강은 총 20개로 이루어져 있는데, 마지막 20번째 항목이 바로 무상치료제와 관련된 내용이다. 여기에서 "국가 병원수를 확대하며 전염병을 근절하여 빈민들을 무료로 치료할 것"을 규정하여 빈민으로 대상을 한정하였지만 국가의 의료에 대한 책임을 언급하고 최초로 무상치료를 제시한 바 있다.

이후 초기 의료보장제도는 사회보험법 규정에 따라 노동자·사무원을 위한 사회보장제도 중 하나로 출발하였다(최기춘 외, 2007, p. 175). 1946년 12월 19일 북조선 임시인민위원회 결정 제135호에 의해 제정된 사회보험법 제1조 제1항에서는 "폐질, 부상, 인신, 해산에 관하여 의료상 방조"를 제공한다고 규정하고, 동법 제107조에서 제136조까지 의료상 방조에 관한 범위, 제공 기간, 지원 절차에 대하여 상세한 내용을 제시하고 있다. 같은 날 『로동자, 사무원 및 그 부양가족들에 대한 의료상방조실시와 산업의료시설개편에 관한 결정서』를 채택하여 1947년 1월 27일부

5) 『20개조 정강』은 반제·반봉건 민주주의혁명 및 사회주의 정권 수립을 위한 기본노선을 담은 것으로, 1946년 3월 23일에 발표되었다. 그 내용은 다음의 20개이다. ① 조선의 정치경제생활에서 과거 일제통치의 온갖 잔재를 철저히 숙청할 것. ② 반동 및 반민주의자와 투쟁 전개 및 파쇼·반민주적 정당·단체 및 개인의 활동 금지. ③ 언론·출판·집회 및 신앙의 자유 보장과 정당·노동조합·농민조합 등의 활동보장. ④ 직접 비밀투표로서 지방의 행정기관인 인민위원회를 결정할 의무와 권리를 가질 것. ⑤ 성별·신앙 및 재산의 유무를 불문하고 정치경제생활에서 동등한 권리를 보장할 것. ⑥ 인격·주택의 신성불가침, 사유재산 보장할 것. ⑦ 일제하의 법과 법원 폐지, 민주주의 원칙에서 선거, 일반공민에게 법률상 동등권 보장. ⑧ 공업·농업·운수 및 상업을 발전시킬 것. ⑨ 대기업 소·운수기관·은행·광산·산림을 국유화 할 것. ⑩ 개인수공업과 상업의 자유를 허락하며 장려할 것. ⑪ 소작주는 지주제 폐지 및 토지 몰수, 몰수 토지 무상 분배. ⑫ 생활필수품에 대한 시장가격을 제정하여 투기업자 및 고리대금업자들과 투쟁할 것. ⑬ 누진적 소득세제를 실시할 것. ⑭ 8시간 노동제와 최저임금 규정, 13세 이하는 노동금지, 13-16세는 6시간 노동제 실시. ⑮ 노동자의 생명보험 실시할 것. ⑯ 전반적 의무교육 실시와 국가경영인 소·중·전문·대학교 확장과 교육제도 개혁할 것. ⑰ 민족문화·과학 및 예술 발전과 극장·도서관·라디오방송국 및 영화관 확대할 것. ⑱ 국가와 인민경제의 인재 양성하는 특별학교를 설치할 것. ⑲ 과학과 예술에 종사하는 인사들의 사업을 장려하며 그들에게 방조를 줄 것. ⑳ 국가 병원수를 확대하며 전염병을 근절하여 빈민들을 무료로 치료할 것(김광운, 2018, pp,525-526).

터 전체 노동자, 사무원 및 그 부양가족들에 대한 무상치료를 실시하기로 결정하였다(홍순원, 1989, p. 446).

당시 북한은 낮은 단계의 공산주의인 사회주의 단계로 넘어가기 위한 반제반봉건혁명 시기임에도 불구하고 『사회보험법』을 제정함으로써 사회주의 국가의 정당성과 명분을 추구하였다고 평가할 수 있는데, 이 법의 특징은 의료(건강)보험법을 독립적으로 다루지 않고, 다른 사회보험제도와 함께 하나의 법률 내에서 통합적으로 규정하였다는 데 있다. 당시 제정된 『사회보험법』 제1조를 보면, "사회보험은 노동자 사무원(이하 피보험자라 약칭한다)에게 대하여 다음과 같은 급부를 한다"고 규정하고, 〈표 2-1〉과 같은 급여를 열거하였다.

〈표 2-1〉 북한 사회보험법(1946. 12. 19. 임시인민위원회 결정 제135호)의 급부

제1조 사회보험은 노동자, 사무원(이하 피보험자라 약칭한다)에게 대하여 다음과 같은 급부를 한다.
1. 질병, 부상, 임신, 해산에 관하여 의료상의 방조
2. 질병, 부상, 불구로 인하여 일시적 노동능력상실의 경우의 보조금
3. 임신 및 해산으로 인하여 노동능력상실의 경우의 보조금
4. 해산에 따르는 보충적 보조금
5. 사망하였을 때의 장례보조금
6. 실업하였을 때의 실업보조금
7. 질병 부상으로 불구 또는 폐질이 되었을 때의 년휼금(年恤金)
8. 부양의 책임을 진 피보험자가 사망 또는 실종하였을 때의 그 유가족에 대한 년휼금
9. 연로한 피보험자에게 주는 양로년휼금
10. 피보험자에 의하여 생계를 유지하는 자(이하 피부양자라 약칭한다)의 질병, 부상, 임신, 해산에 관한 의료상의 방조

자료: 사회보험법, 정경모, 최달곤. (1990). 북한법령집 제4권, 대륙연구소, p.630.

〈표 2-1〉에서 제시한 바와 같이 『사회보험법』 제1조의 각 호를 보면, 오늘날의 개별 사회보험에 해당하는 내용들이 하나의 법률 내에 명시되고 있음을 알 수 있다. 즉 사회보험법은 건강보험(의료상 방조)뿐만 아니라 연금보험(년휼금), 실업보험, 산재보험(폐질)이라는 대표적 4대 사회

보험을 통합적으로 한 법률 내에서 다루고 있다.

한편 초기 사회보험법의 적용 대상은 '북조선의 모든 노동자 및 사무원'으로 한정되었다. 여기에는 당시 주민의 상당수를 차지하였던 농민과 군인 및 군속은 제외되었다. 사회보험법 제15조에 따르면, "본 법에 있어서 피보험자라 함은 노동법령에 의하여 의무적으로 사회보험의 적용을 받는 일체의 노동자 및 사무원을 지칭한다. 단 군인 및 군속은 본 법의 적용을 받지 않는다"고 규정하고 있다. 이 조항에서 볼 수 있듯이 사회보험법은 사회주의의 핵심 계급이라고 할 수 있는 노동자 계층만을 대상으로 시작되었다. 특히 군인이 적용대상이 아니라 다른 법률에 의해 적용받았을 것이라고 추측할 수 있다.[6)]

이 시기의 사회보험을 통해 보장된 급여의 세부적인 내용은 『사회보험법』 제8장 의료상방조, 제1절 의료상방조의 범위에 속한 제107조에 규정되어 있는데 그 내용을 보면, "피보험자 및 피부양자의 직무와 관련이 없는 원인으로 인한 질병, 부상에 관하여는 다음과 같은 의료상 방조를 한다"고 규정하고 "진찰료, 약재 또는 치료재료, 처치수술 기타의 치료, 입원료(출산을 위한 입원은 난산 기타 의학상 필요 있는 특별한 경우에 한한다), 물리요법 기타 필요하다고 인정하는 직접의료비, 요양소 또는 휴양소에 수용되었을 때의 비용" 등을 열거하고 있다. 즉 인민민주주의혁명 시기의 건강보험 급여내용은 진찰, 약재·치료, 처치수술, 입원, 직접의료비, 입소 관련 비용 등으로 보험의 제도적 포괄성 수준은 상대적으로 낮았다.

---

6) 『사회보험법』 제5조에서는 "가정노동자, 사무원, 기타 본 법의 통용에서 제외되는 단위는 따로히 노동부장이 이를 지정한다"고 규정하고 있다. 이를 볼 때, 농민과 군인 이외에 노동자 중에서도 가사노동자, 일부 사무원들은 사회보험 적용 대상으로 포괄되지 않았을 가능성이 높다.

나. 전반적인 무상치료제

북한의 전반적 무상치료제는 한국전쟁 중에 실시되었다. 전쟁이 진행되고 있는 가운데 무상치료제를 확대 실시한 데에는 전시 주민생활을 안정시키고 동요와 이탈을 막기 위한 의도가 있었을 것으로 추정된다. 또한 초기의 치열했던 전쟁의 양상이 현재의 휴전선 지역을 중심으로 교착되면서 생산시설의 복구와 함께 의료시설 복구가 가능해진 데 기반을 두었던 것으로 보인다.[7)]

북한은 1952년 10월 로동당중앙위원회 조직위원회 제15차 회의에서 '전 국민에 대한 국가부담의 전반적 무상치료제 실시'를 결정하고, 동년 11월 13일 내각결정 제203호 「무상치료제도를 실시할 데 대하여」를 통해 "전체 인민들에게 국가부담으로 전반적 무상치료제…"(동법 제1조)를 실시함을 천명하였다. 이 결정에 따르면, 1953년 1월 1일부터 전체 국민에 대하여 국가의 의료기관이 입원 및 외래환자에 대한 치료를 무상으로 하게 되었으며, 이를 실천하기 위해서 1952년 11월 22일 보건성협의회에서 『무상치료제에 관한 규정』과 세부 실천규칙을 토의하였다(홍순원, 1989, p. 480).

이 시기의 '전반적인 무상치료제'는 적용 대상과 적용 범위의 포괄성이 확대되었다는 것을 의미한다. 앞 시기 '사회보험법하의 부분적 무상치료제'에서는 적용 대상과 급여 종류에 제한이 있었다. 이에 적용 대상과 급여 종류를 확대하기 위한 논의가 있었고, 그 결과물이 '전반적인 무상치료제'이다. 또한 보건의료체계가 노동계층을 주 대상으로 하는 사회보험 체계에서 분리되어 보편적 보건의료서비스로 전환되었다는 데 의의가 있다.

---

7) 북한 학자 홍순원은 이시기 전반적 무상치료제는 "김일성동지께서 가르치신 바와 같이 … 전시생산에서 이룩된 성과에 기초하여 실시되었다"고 주장한다(홍순원, 1989, p. 476).

1953년 1월 1일부터 북한 전 지역에서 개인상공업자와 개인농민을 제외하고 모두가 무상치료제의 대상이 됨으로써 수혜 대상이 '로동자, 사무원 및 그 부양가족'에서 '모든 주민'으로 확대되었다(신희영 외, 2017, p. 11). 이를 위해 보건의료서비스 행정단위를 의료시설의 말단 행정구역까지로 확대하였다.

다. 완전하고 전반적인 무상치료제

북한의 이른바 '완전하고 전반적인 무상치료제'는 사회주의 경제체제 구축에 대한 자신감에 기반하여 1960년대 실시된다. 5개년계획[8]이 어느 정도의 성과를 거둔 후 북한은 7개년계획을 통해 "승리한 사회주의제도에 의거하여 전면적 기술개건과 문화혁명을 수행하며 인민생활을 획기적으로 높"이고자 시도한다(홍순원, 1989, p. 558). 이 과정에서 보건의료 영역에서는 '완전하고 전반적인 무상치료제'가 선포되었다.

1960년 2월 최고인민회의 제2기 제7차 회의를 앞두고 무상치료제를 완전하고 전반적인 무상치료로 발전시킬 것이 논의되었고 결국 이 회의에서 채택된 『인민보건 사업을 강화할 데 대하여』를 통해 무상치료의 높은 질을 보장하는 것을 기본 내용으로 하고 "누구나 병원과 진료소에 찾아가면 무료로 치료받을 수 있는 법적 권리"를 부여하는 새로운 단계가 제시되었다(홍순원, 1989, p. 565).

---

8) 북한은 사회주의 계획경제의 실현을 위해 1945년 8월부터 1947년까지 제1차 1개년 계획, 1948년 제2차 1개년 계획, 1949~1950년까지 2개년 계획을 수립하고, 한국 전쟁 후 전후 복구 3개년 계획을 수립하였다. 이후 전면적인 산업발전을 위해 1957년부터 1961년까지 제1차 5개년 계획을 수립하였다(박재형, 김옥주, 황상익, 2003, pp. 6-7). 이때까지는 중국, 소련 등 사회주의국가로부터의 지원계획과 연동하여 경제계획을 수립하였는데 1961년부터는 독자적인 체제 건설에 나서면서 3년 더 길어진 7개년 계획을 수립한다. 이후 사회주의의 물적·기술적 토대를 공고히 하기 위한 6개년 계획, 인민경제의 주체화·현대화·과학화 및 기술혁명의 촉진을 위한 제2차 7개년 계획, 제3차 7개년 계획을 추진한다(박재형, 김옥주, 황상익, 2003, p. 9).

특히 이 시기에는 전달체계의 미비로 보건의료서비스가 미치지 못했던 구역까지 서비스가 확대되어, 전 인민에게 서비스를 제공하였다는 점에서 그 이전의 시기와 다르다. 동시에 이전 시기에 제공하지 못했던 다양한 급여 항목을 확대함으로써 제도의 포괄성 수준을 높였다는 점에서 의의를 갖는다.

이후 '완전하고 전반적인 무상치료제'는 1972년 『조선민주주의인민공화국 사회주의 헌법』 제56조, 제72조 및 1980년 『인민보건법』 제2조, 제9~17조를 통해 명문화된다.

북한은 1980년 4월 3일 제정된 『인민보건법』을 통해 무상치료제의 강화를 천명하였는데, 이와 관련하여 동 법령 제2조에 "…국가는 전반적 무상치료제를 더욱 공고 발전시킨다"라고 규정하고, "성별·직장·거주지에 관계없이 모든 공민의 무상치료에 대한 법적 권리를 명시"하였다. 당시 『인민보건법』[9]은 "기존 보건의료분야의 관리운영 지침으로 이용하던 '정무원 결정'과 '김일성 교시' 등의 기존 규정을 통·폐합하여 제정함으로써 북한 보건의료체계에 대한 종합적이고 체계적인 법적 기반을 구축한 것으로 평가"된다(이철수 외, 2016, p. 177).

무상치료제의 구체적인 내용은 동법 제2장의 '완전하고 전반적인 무상치료제'의 제9조부터 제17조까지 세세하게 규정하고 있다. 먼저 제9조에서는 '무상치료의 권리'를 "국가는 모든 공민에게 완전한 무상치료의 혜택을 준다. 로동자, 농민, 지식인을 비롯한 모든 공민은 무상으로 치료받을 권리를 가진다"고 규정하고 있다. 시혜가 아닌 권리의 원칙, 개인책임이 아닌 국가책임의 원칙, 기여기반이 아닌 시민권 기반의 모든 인민을

9) 『인민보건법』은 7개의 장과 51개의 조문으로 구성되어 있다. 각 장은 제1장 인민보건의 기본원칙, 제2장 완전하고 전반적인 무상치료제, 제3장 예방의학에 의한 건강보호, 제4장 주체적인 의학과학기술, 제5장 인민보건사업에 대한 물질적 보장, 제6장 보건기관과 보건일군, 제7장 인민보건사업에 대한 지도통제이다.

적용대상으로 하고 있다는 점이 특징적이다.

다음으로 제10조 '무상치료의 내용'에서는 무료의료봉사의 내용을 "1. 외래치료환자를 포함하여 의료기관에서 환자에게 주는 약은 모두 무료이다. 2. 진단, 실험검사, 치료, 수술, 왕진, 입원, 식사 같은 환자치료를 위한 모든 봉사는 무료이다. 3. 근로자들의 료양의료봉사는 무료이며 료양을 위한 왕복려비는 국가 또는 사회협동단체가 부담한다. 4. 해산방조는 무료이다. 5. 건강검진, 건강상담, 예방접종 같은 예방의료봉사는 무료이다."라고 규정하고 있다. 과거 『사회보험법』 시대와 비교한다면 급여 항목이 대폭 확대되었으며, 모든 예방의료와 요양급여가 무료임을 알 수 있다. 특히 대표적인 국민건강서비스(NHS) 방식을 취하고 있는 영국의 경우도 교통비는 유료인데, 북한의 경우 교통비까지도 무료라는 점에서 독특하다고 할 수 있다.

무상치료제는 전통적 취약계층이라고 할 수 있는 여성과 어린이(제11조), 혁명투사, 혁명렬사가족, 애국렬사가족, 사회주의 애국희생자가족, 영웅, 전쟁로병, 영예군인, 인민군후방가족(제12조), 로동능력상실자, 무의무탁어린이, 만성환자, 년로한 환자(제13조)들에게는 특별한 보건의료서비스가 제공되어야 함을 명시하고 있다. 동시에 소득상실에 따라 국가와 사회협동단체가 부담하는 식량, 보조금, 분배몫의 현물급여 집행을 명시하고 있다. 노동하기 어려운 조건에 있는 이들에 대한 국가와 협동단체의 역할을 주문하고 있다는 점이 의미를 갖는다.

2. 예방의학 제도

1946년 5월 『북조선임시위원회 지령』에서 제시된 『위생검사원 규칙』에서는 "공중위생상 위해를 미연에 방지"할 것을 명시하면서 예방의학제도의 맹아가 싹텄다고 평가된다. 이후 1966년 10월 당시 김일성은 『사회

주의는 예방의학이다』를 발표함으로써 의료보장에서 예방의학을 강조하는 분위기가 뿌리내리게 되었다.

이후 '예방의학제도'는 1972년 『조선민주주의인민공화국 사회주의 헌법』 제56조 및 1980년 『인민보건법』제18~27조를 통해 명문화된다. 여기에서 '예방의학제도의 공고발전원칙'으로서 "사회주의의학의 원리를 구현한 예방의학제도를 공고하게 발전시킨다"는 원칙을 강조하고 있다. 인민보건법 제3장은 '예방의학에 의한 건강보호'란 제목 아래 제18조부터 제27조까지 예방의학의 원칙을 구체적으로 규정하고 있다. 제18조에서는 '예방에 선차적 힘을 넣을 데 대한 요구'에서 "국가는 인민들이 병에 걸리지 않도록 미리 대책을 세우는 것을 자기 활동의 중요한 임무로 여기며 예방에 선차적인 힘을 넣는다"고 규정하고 있다. 이를 위하여 제19조 '위생선전과 교양'에서는 "보건기관을 비롯한 기관, 기업소, 단체는 위생선전사업과 교양사업을 강화하여 인민들자신이 위생문화사업에 자각적으로 참가하며 과학적으로 건강을 보호관리하고 질병을 예방하도록 하여야 한다"고 강조한다. 이 외에도 제20조 '생활문화, 생산문화'에서는 "생활환경을 위생문화적으로 꾸리고 보호하며 안전한 로동조건을 보장하는 것은 예방의학의 중요내용이다. 기관, 기업소, 단체와 공민은 국가가 정한 위생규범을 엄격히 지키며 위생문화 사업을 전군중적운동으로 힘있게 벌려 거리와 마을, 가정과 일터를 깨끗이 꾸리고 생활문화와 생산문화를 철저히 세워야 한다"고 규정하고 있다. 또한 제21조 '살림집, 문화후생시설, 공공시설물의 건설과 관리'에서 "기관, 기업소, 단체는 살림집과 문화후생시설, 공공시설을 위생학적 요구에 맞게 배치하고 건설하며 그 관리를 잘하여야 한다"고 강조한다. 그리고 제22조 '공해의 방지'에서 "국가는 생활환경을 보호하기 위하여 인민경제의 모든 부문에서 공해현상을 막도록 한다. 기관, 기업소, 단체는 가로수와 록지를 많이 조성하며 여러

가지 유해가스와 유해물질에 의하여 대기, 하천, 토지 같은 것이 오염되지 않도록 하여야 한다"고 규정한다. 또한 제23조 '산업성질병의 방지'에서 "기관, 기업소, 단체는 영양제를 비롯한 로동보호물자와 위생보호용구를 보장하며 예방사업을 정상적으로 하여 산업성질병을 철저히 막아야 한다"고 규정하며, 제24조 '제품의 생산위생'에서 "해당 기관, 기업소, 단체는 식료품을 비롯한 제품을 생산하고 취급하는데서 국가가 정한 위생규범을 엄격히 지켜야 한다"고 규정한다. 이 외에도 제25조 '어린이의 영양관리, 위생관리'에서 "해당 기관, 기업소, 단체는 어린이들에게 건강과 발육에 필요한 비타민과 성장촉진제 같은 영양제를 원만히 공급하여야 한다. 탁아소, 유치원은 어린이들의 영양관리와 위생관리를 과학적리치에 맞게 하여야 한다"고 규정한다. 또한 제26조 '체육의 대중화, 생활화'에서는 "국가는 체육을 대중화하여 인민들의 건강과 체력을 끊임없이 증진시킨다. 교육기관과 기관, 기업소, 단체는 체육을 대중화하고 생활화하여 학생들과 근로자들이 몸을 튼튼히 단련하며 병에 걸리지 않도록 하여야 한다"고 강조한다. 이 외에도 제27조 '전염병의 방지'에서 "국가는 전염병을 미리 막기 위하여 방역대책을 철저히 세운다. 보건기관과 기관, 기업소, 단체는 전염병의 발생조건을 없애고 소독사업을 강화하며 주민들에 대한 면역대책을 철저히 세워야 한다. 해당 기관은 다른 나라에서 전염병이 들어오지 못하도록 검역사업을 강화하여야 한다"고 규정하고 있다.

이상의 북한이 강조하는 예방의학을 볼 때, 보건의료 영역 이외에도 일상생활, 주거생활, 공공시설영역, 환경영역, 경제영역, 체육생활 등의 타 영역에서의 예방사업을 강조하고 있음을 알 수 있다.

3. 의사담당구역제(호담당의사제)

북한은 1947년 7월부터 모든 보건의료기관에서 담당구역제를 실시하도록 하였는데(황상익, 김수연, 2007, p. 68), 이후 1964년부터 평양 경림종합진료소에서 시작한 '의사담당구역제'로 연결되어 1980년대까지 시행 지역을 전국으로 확대하였다(황상익, 2006, p. 14).

'의사담당구역제'라는 용어는 1948년 3월 북조선인민위원회 제62차 회의에서 『보건위생 사업을 개선 강화하기 위한 몇 가지 과업』을 제시하면서 김일성이 공식적으로 사용한 것으로 알려져 있다(신희영 외, 2017, p. 16). 이후 1961년 9월 조선로동당 제4차 당대회에서 의사담당구역제가 공식화되고, 1963년부터는 의사담당구역제 실시를 위해 의사와 준의를 양성하기 시작하였다(신희영 외, 2017, p. 12). 그리고 1964년부터 의사담당구역제를 본격적으로 시행하였는데, 이 제도는 1960년 2월에 열린 최고인민회의 제2기 제7차 회의에서 채택한 『인민보건 사업을 강화할 데 대하여』에 기반을 두고 있다.

이후 '의사담당구역제'는 1972년 『조선민주주의인민공화국 사회주의헌법』 제56조 및 1980년 『인민보건법』제28조를 통해 명문화된다. 그 조항을 보면 "국가는 의사들이 일정한 주민구역을 담당하고 맡은 구역에 늘 나가 주민들의 건강상태를 돌보며 예방치료사업을 하는 선진적의료봉사제도인 의사담당구역제를 공고발전시킨다."라고 규정하고 있다.

무상치료제와 예방의학제도에 비하여 의사담당구역제에 대한 조항은 구체적이지는 않지만, 해방 후부터 뿌리내려 온 호담당의사제에 대한 공고한 발전을 강조하고 있음을 알 수 있다. 최근 탈북한 북한 의료인들의 증언에서도 호담당의사제의 기본 틀은 지금까지 크게 변하지 않고 유지되고 있는 것으로 확인된다.

제3절 북한 보건의료의 구성체계와 변화

1. 북한의 의료자원

가. 의료 인력

1) 북한의 의료 인력에 대한 관점

북한은 의료 인력에 대해 전문성을 강조하기보다는 사회에 대한 봉사자로서의 위치를 우선시하는 특징이 있다. 이는 한편으로는 의료물자의 부족을 인적 서비스의 질을 향상시켜 메우려는 시도인 동시에 사회주의적 문화가 반영된 결과라 할 수 있다.[10] 1961년 6월 7일의 '전국 보건부문일꾼열성자회'를 통해 이른바 "정성"이 강조되기 시작한 것으로 보이는데, 김일성은 "보건일꾼들에게서 가장 중요한 것은 당과 인민에 대한 끝없는 충실성 그리고 인간에 대한 지극한 사랑과 환자에 대한 끝없는 정성"임을 강조하였다(홍순원, 1989, p. 577). 이후 1966년 10월 20에는 "사회주의 의학은 예방의학이다"라는 연설을 통해 하나의 기본 원칙으로 자리 잡았다(신희영 외, 2017, p. 15).

이러한 원칙은 인민보건법 제6장 '보건기관과 보건일군'의 제39조부터 제45조까지에 반영되어 있다. 먼저 북한은 '보건기관의 성격'을 제39조에서 인민을 위한 봉사기관으로 규정하고 있다. 보건기관의 종류로는

10) 북한 학자 홍순원(1989, p.577)는 "정성"에 대해 "우리 당에 의하여 교양된 보건일꾼들 속에서만 높이 발양될 수 있는 공산주의적인 사상정신도덕적 풍모의 표현이며 사람을 가장 귀중히 여기는 주체사상의 숭고한 발현이다. 정성은 사람을 가장 귀중히 여기며 모든 것을 사람을 중심에 놓고 생각하고 사람을 위하여 복무하게 하는 주체사상의 숭고한 발현이라는 여기에 환자가 지불하는 치료비에 따라 달라지는 부르조아적 봉사성과 근복적으로 구별되는 혁명적 본질이 있다"고 주장하여 보건의료에서의 정성에 대한 강조가 북한 체제의 사상적 토대에 기반하고 있음을 보여 준다.

병원, 진료소, 료양소, 위생방역소, 검역소 같은 치료예방기관과 의약품 공급기관, 의약품검정기관으로 분류하고 있으며(제40조), 이때 '보건일군의 임무'를 "조선민주주의인민공화국에서 보건일군은 인민들을 건강한 몸으로 사회주의건설에 적극 참가하게 하는 인간생명의 기사이며 영예로운 혁명가이다. 보건일군은 자기 임무에 대한 높은 영예감과 책임감을 가지고 인민들의 생명과 건강을 보호증진시키는 사업에 모든 것을 다 바치는 인민의 참된 충복이 되어야 한다"(제41조)고 규정한다. 제42조 '환자에 대한 보건일군의 정성'에서는 "보건일군은 환자를 친절하게 대해주고 온갖 지혜와 정성을 다 바쳐 치료하여야 한다"고 규정함으로써 인민을 위한 봉사자로서의 역학을 명시하고 있다. 제43조 '보건위생지식의 보급'에서는 "보건일군은 여러 가지 형식과 방법으로 보건위생에 대한 지식을 널리 보급하여 인민들이 위생상식과 건강상식을 잘 알도록 하여야 한다"고 규정한다. 또한 제44조 '보건일군의 과학기술수준제고'에 따르면, "보건일군은 과학기술지식수준을 끊임없이 높이며 의료활동에서 집체적 협의제를 강화하고 정해진 기술규정과 행동규범을 엄격히 지켜야 한다"고 규정함으로써 보건의료 인력의 기술제고를 위한 노력과 규범준수를 강조한다. 다음으로 제45조 '보건일군에 대한 국가적배려'를 통해 "사람의 생명과 건강을 보호하는 보건일군은 인민들의 높은 존경과 사랑을 받는다. 국가는 인민보건사업에서 공로를 세운 보건일군에게 명예칭호를 수여하며 여러가지 혜택을 돌린다"고 규정함으로써 공로가 있는 보건일군에 대한 국가적 특별급여를 제시하고 있다.

이렇게 의료 인력의 전문성보다 정성을 강조하는 사회적 태도는 최근까지도 유지되고 있다. 화상을 입은 환자를 위해 병원 직원들의 피부를 이식한 것을 크게 보도하기도 하고,[11] 의료인들이 환자들의 곁을 떠나지

11) 로동신문 2017년 3월 16일, 5월 19일 2회에 걸쳐 보도된 사례가 있다.

않고 '정성'을 보여 환자들이 기적적으로 소생하게 되었다고 보도하고 있다.[12)]

이러한 의사들의 정성을 담은 진료 태도는 1990년대 이후 의료영역에서도 시장화가 진행되었음에도 사회적으로 의사에 대한 존중을 유지시키는 기반이 되고 있다.

> 진짜 환자들이 간호사, 의사를 이렇게 존경을 하고 그렇거든요. (…) 돈 때문에 일하는 거보다는 그냥 내가 사회적인 그런 의무감. 그리고 북한에서 교육하는 게 국가 인민을 위해서 사람들을 위해서 헌신하고 바치고 하는 게 그렇게 하는 사람들이 좋은 거라고 하니까, (…) 그러면 집에서 맛있는 거 해다가 가져다 주는 사람들도 있고, 명절에 가족이 이렇게 못 오고 이렇게 힘든 사람들 있잖아요? 그러면 병원에서 간호사, 의사들이 우리가 돈을 모아 가지고 그 사람한테 음식도 해서 주고, 옷도 사주고, 약도 사서 가져다주고 그런 거, …북한의 의사는 돈은 못 벌지만 존경의 대상이거든요. (B씨/여/2016년 탈북/인민병원 간호사)

2) 북한의 의료 인력 양성체계

현재 북한은 사회주의 체제의 특성을 반영하여 평양직할시, 남포특별시와 각 도의 도급소재지에 해당하는 시에 의과대학을 각 1개씩 설치·운영하고 있다. 북한의 행정구역은 2018년 현재 1직할시, 2특별시 9도로 구성되어 있는데 이 중 2010년 특별시로 승격한 라선특별시에만 의학대학이 설치되어 있지 않다. 과거 연구에서는 특급시였던 개성시에도 의학대학이 설치되어 있는 것으로 파악되었는데[13)](변종화 외, 1989, pp. 53-54, 문옥륜, 2001, p. 61, 이혜경, 2014, p. 453 등), 북한 고등교육잡

12) 로동신문 2017년 1월 31일, 38~40면, "인민에 대한 헌신적 복무정신이 기적을 낳는다".
13) 문옥륜 외(1989, p. 172)의 연구에 따르면 개성의학대학은 1970년에 설립되었다.

지를 분석한 최근의 연구에서는 개성의학대학이 확인되지 않고 남포의학대학이 발견된다(신희영, 2017, p. 41).[14] WHO의 1988년 자료에 개성의학대학은 빠진 채 10개 의학대학만 기록되어 있는 것으로 보아 1980년대 중반을 넘어가면서 개성의학대학이 폐쇄되었을 가능성도 있다. 남포의학대학은 남포시가 2010년 특별시로 승격된 시기를 전후해서 추가 설치되었을 것으로 보인다. 여기에 군의를 양성하는 김형직 군의대학을 별도로 운영하고 있어 현재 총 12개의 의학대학이 있는 것으로 파악된다.[15] 북한의 의학대학에는 임상의학부, 동의학부, 기초의학부, 위생학부, 구강학부, 약학부 등이 설치되어 있는데(박재형, 김옥주, 황상익, 2003, p. 13). 대학에 따라 기초의학부를 임상의학부에 통합하거나 체육의학부와 같은 특수한 학부를 두기도 한다.

2018년 현재 파악된 북한의 의학대학은 다음의 〈표 2-3〉과 같다.[16]

14) 남포시는 1979년 직할시로 승격되었다가 2004년 특급시로 개편된 후 2010년 특별시로 승격되었다.

15) 대부분의 다른 연구(신희영 외, 2017, 이철수 외, 2017, 문옥륜, 2001 등)에서 북한의 의학대학을 각 시도에 1개씩 12개교로 파악하고 있는 반면 이혜경(2014)은 평양외과대학을 포함하여 평양에 2개의 의학대학이 존재하고 있다고 주장한다(p. 517). 일단 북한 지도출판사에서 펴낸 평양지도(2012년판)를 보면 평양시에는 중구역에 위치한 김일성종합대학 평양의학대학 외에 대동강구역 북수동에 외과대학이 있는 것으로 확인된다. 그러나 이 외과대학은 모란봉의학전문학교가 1985년 개칭한 것으로 의학전문학교 수준의 중등 보건일군을 양성하는 기관이므로 본 연구에서는 다른 연구들에서의 견해대로 12개 의학대학으로 서술하였다.

16) 북한은 1990년 평양의학대학을 제외한 대부분의 의과대학들의 이름을 변경한 것으로 알려져 있다.

〈표 2-2〉 북한의 의학대학

구분	대학명	구 대학명	소재지
평양직할시	김일성종합대학 평양의학대학	평양의학대학	평양직할시
남포특별시	남포의학대학	-	남포특별시
평안남도	봉화의학대학	평성의학대학	평성시
평안북도	광제의학대학 (평북종합대학 의학대학)	신의주의학대학	신의주시
자강도	인풍의학대학	강계의학대학	강계시
황해남도	장수산의학대학	해주의학대학	해주시
황해북도	강건의학대학 (황북종합대학 강건의학대학)	사리원의학대학	사리원시
강원도	송도원의학대학	원산의학대학	원산시
함경남도	정성의학대학	함흥의학대학	함흥시
함경북도	경성의학대학	청진의학대학	청진시
량강도	가림천의학대학	혜산의학대학	혜산시
군의대학	김형직군의대학	-	평양직할시

주: ( )안의 대학명은 종합대학으로의 일원화로 통합된 명칭인데, 아직까지는 기존 명칭과 병행해서 사용되고 있는 것으로 보임. 평양의학대은 2012년판 평양 지도(지도출판사 간)에서도 김일성종합대학 평양의학대학으로 표시되어 있었음

자료: 이혜경, (2014), p. 453 〈표 2-1-1〉과 박윤재, 박형우, (1998), 신희영 외, (2017), p. 41 〈표 2-11〉을 바탕으로 저자 작성

북한은 의학대학에서 정규교육을 받은 의사들(의사, 고려의사, 위생의사, 구강의사)과 2개의 독립적인 약학대학(황북대학교 고려약학대학(구 사리원약학대학), 함흥화학공업종합대학 약학대학(구 함흥고려약학대학))[17]에서 배출된 약제사를 합하여 상등보건일군으로 규정한다.

이 외에도 중등보건일군으로 준의사, 준의, 조제사, 조산원, 보철사 등

17) 신희영 외의 연구(2017, p. 40)에서는 북한 잡지문헌인 『고등교육』의 기사를 토대로 의학대학의 약학부와 별개로 약제사를 배출하는 독립적인 약학대학을 3개교(함흥화학공업종합대학 약학대학, 사리원약학대학, 사리원고려약학대학)로 제시하고 있는데, 이는 대학 명칭이 변경되거나 약칭이 혼용되어서 중복으로 계산된 것으로 보인다. 『2018 북한 주요기관·단체 인명록』에 보면 함흥약학대학과 고려약학대학을 병기하고 있으며, 아직 함흥화학공업종합대학에는 별도의 약학대학 정보가 수록되어 있지 않다(통일부, 2018, p. 446 참조).

이 있으며 보조의료일군으로 간호사가 있다. 이들은 주로 의과대학이 아닌 의학전문학교 등을 통해 배출되며, 교육기간도 5~6년인 의사, 약제사에 비해 짧다. 북한의 경우 의료 현장에서 상등보건일군과 중등보건일군들이 잘 구별되지 않고 협업하는 것으로 파악되는데, 다만 각 직종에 따라 권한의 한계가 정해져 있다. 특히 수술과 마약류의 처치는 상등보건일군에 해당하는 의사의 역할로 제한된다.

> 준의도 일반치료는 하기는 해요. 하는데 단지 수술을 못하고, 수술자격이 없어요, 준의는. 우리 산부인과도 그전에 준의가 1명 있었는데 그런 수술 그런 게 없기 때문에 따로 의사를 교체하고 그랬는데 준의는 이런 시술하는 그 영역이 없어요. 그렇게 간단하게 그렇게 보시면. (F씨/여/2016년 탈북/산부인과 의사)

> 조산원은 철저하게 해산만은 자기 다 알아야 됩니다. 말 자체로 출산, 해산, 조산원이기 때문에 다 안고 거기에서 이상 환자 자기가 자기 기능을 수월하다 감당 못하면 의사를 불러야 된단 말입니다. 그래서 부르면 자택에서 해결 못하면 데리고 가지, 병원을. 수술할 환자를. (K씨/여/도 산원 조산원)

북한 의료일군의 양성기관 및 교육 기간은 다음 〈표 2-3〉과 같다.

〈표 2-3〉 북한의 보건의료 인력 양성기관 및 양성 기간

구분	직종	양성기관	양성 기간
상등 보건일군	의사	11개 의학대학	6년
		군의대학	5년
		의학단과대학	4-5년
	고려의사	의학대학 고려의학부(동의학부)	6년
	위생의사	의학대학 위생학부	5년 6개월
	구강의사	의학대학 구강학부	5년 6개월
	약제사	의학대학 약학부	5년 6개월
		고려약학대학(구함흥약학대학)	5년

구분	직종	양성기관	양성 기간
		사리원고려약학단과대학	4년
중등 보건일군	준의사	11개 고등의학전문학교	4년
	준의	11개 의학전문학교	3년
	조제사	11개 보건간부학교	2년
	조산원	11개 보건간부학교	2년
	보철사	11개 보건간부학교	2년
보조 의료일군	간호사	11개 보건간부학교	2년
		간호학교 및 간호사 양성소	1년(간호학교), 6개월(양성소)

자료: 통일부 북한정보포털 "보건·의료 인력양성 "http://nkinfo.unikorea.go.kr/nkp/overview/nkOverview.do?sumryMenuId=SO317 (2018. 12. 5. 인출)

이밖에 과거에는 농촌의 의료요원 확보를 위해 2년제로 도에 보건간부학교가 있었으나 수료생들이 농촌배치를 기피하여 실효를 거두기 어렵게 되자 단계적으로 통폐합되었다(이철수 외, 2017, p. 102).

이러한 보건일군 양성체계에서 가장 핵심이 되는 것은 상등보건일군의 대부분을 배출하는 의학대학이다. 최근 북한은 다양하게 분산되어 있던 고등교육 체계를 지역 거점 종합대학 중심으로 재편하는 일원화 정책을 펴고 있는데, 이에 따라 의학교육기관들도 재편되고 있는 중으로 파악된다. 최근 신희영, 안경수의 연구에 따르면 2010년대 이후 기존의 평양의학대학이 김일성종합대학 평양의학대학으로, 신의주의학대학이 평북종합대학 의학대학으로, 강건사리원의학대학이 황북종합대학 강건의학대학으로, 함흥약학대학이 함흥화학공업종합대학 약학대학으로, 사리원고려약학대학이 황북종합대학 고려약학대학으로 각각 통합·개편된 것으로 추정된다(신희영, 안경수, 2017, pp. 127-128). 이러한 일원화 정책의 가장 정점에 있는 것이 김일성종합대학 평양의학대학이다. 최근 김정은은 이 대학을 의학교육 부문의 학술중심, 정보중심, 자료봉사중심, 원격교육중심으로 육성하라는 교시를 내린 바 있다.[18)]

3) 북한 의료 인력의 규모

북한은 무상의료제의 실시와 함께 대규모 의료 인력을 공급하기 위해 의학대학 이외에도 다양한 의료교육기관들을 설립하여 초기 많은 의료 인력을 확보하였다. 이러한 의료교육체계가 유지되면서 북한은 상대적으로 넉넉한 규모의 의료 인력을 유지하고 있다. 북한 보건일군의 총수는 인구 1만 명당 약 32.9명으로 알려져 있는데, 이는 남한보다도 약간 높으며 전 세계 평균인 14.2명보다는 상당히 높은 수치이다.

〈표 2-4〉 남북한 및 동남아시아 국가들의 의료 인력 비교

	남한	북한	미얀마	네팔	부탄	동남아시아	저소득국	세계
의사	20.2	32.9*	4.6	2.1*	0.2	5.6	2.1	14.2
간호사 및 조산사	52.9	41.2*	8.0	4.6*	2.4	10.9	5.3	28.1
의약 인력	12.1	6.0*	〈0.05*	0.1*	0.4	4.1	0.3	4.0

자료 : OECD & WHO, Health at a Glance: Asai/Pacific 2012, 이철수 외, (2017), p. 103, 〈표 3-5〉에서 재인용

많은 수의 보건의료 인력을 배출하기 위해 북한은 의학대학에서 정규 교육이외에 통신과정을 통해 의사를 배출하고 있으며, 의학전문학교를 운영하여 중등보건일군을 배출하고 있다. 간호사의 경우 군(軍)에서의 6개월 단기과정으로도 자격을 인정받을 수 있고, 간호사로 일하면서 의학대학의 통신과정을 통해 상등보건일군이 될 수 있는 기회도 갖는다. 이러한 기회를 다양하게 활용하여 보조의료일군, 중등의료일군, 상등의료일군의 자격을 모두 갖추고 상황에 따라 적절한 역할을 선택한다는 증언도 있다. 다음의 D씨의 경우가 대표적인데, 군에서 단기교육을 통해 간호사

18) 로동신문 2017년 6월 14일 35~36면, "교육의 일원화를 위한 훌륭한 본보기 창조".

자격을 얻고, 제대 후 전문학교에서 조산원 자격을 딴 후 병원에서 일하면서 통신과정을 통해 의사 자격을 획득하여 산부인과 의사와 조산원으로 일했다고 한다.

> 군대에서 간호사를 했으니까. 6개월짜리 6개월 그거, 그걸 졸업하고 간호원 자격증 따고 그냥 간호원 하다가 나왔죠. 제대 되니까 그 대학 가자 했는데 그렇게 못 가게 되니까 … 거기[전문학교]에 갔는데 그거는 2년제란 말입니다, 조산원. … 전문학교 그쪽에 있던 선생이 (의사) 자격시험 이렇게 가서 치는 거 내가 이야기해주겠으니까 치라고 (D씨/여/2016년 탈북/산부인과 의사)

나. 의료시설

북한 의료시스템에서 가장 낙후된 영역은 의료시설, 의료장비, 의약품 등으로 의료시스템에서 물질적인 부분은 극도로 부족하고 낡은 상태이다. “이러한 측면의 문제가 보건의료 제도의 여러 요소 중에서 북한이 당면한 가장 심각한 문제”라고 평가된다(이철수 외, 2017, p. 104). 앞으로 보건의료의 교류·협력을 추진할 때 가장 역점을 두어야 할 것이 바로 의료시설·장비 및 의약품의 질적 향상일 것이다.

다만 북한의 경우 보편적 의료공급시스템에 따라 시설의 지역적 분포는 상당히 고르게 되어있다. 이를 반영한 북한 『인민보건법』 제15조 ‘의료봉사망의 배치, 의료봉사의 전문화’에서는 “국가는 도시와 농촌, 공장, 기업소, 어촌, 림산마을에 인민병원, 진료소를 합리적으로 배치하고 현대적으로 꾸리며 산원, 소아과병원을 비롯한 전문병원, 전문료양소를 곳곳에 설치하고 의료봉사의 전문화수준을 끊임없이 높여 인민들이 언제 어느 곳에서나 불편 없이 치료를 받도록 한다”고 규정하고 있다.

이러한 규정에 따라 행정구역별로 의료기관이 고르게 배치되어 있는

데, 일반적으로 도(道)에 대학병원 내지 종합병원이 각 1개, 시·군·구역 에 인민병원 1~2개, 규모 있는 리·동에 리 인민병원 내지 진료소 1개, 작은 리, 동의 경우 2개 이상의 지역을 묶어 종합진료소 1개씩을 설치하고 있다. 여기에 도 단위에는 산원, 소아병원, 치과병원, 결핵병원, 정신병원, 임상병원, 간염병원 등 특수병원이 설치되어 있고, 시·군 단위에는 결핵 요양소 등과 같은 감염병 환자들을 격리하는 요양소가 있다.

〈표 2-5〉 북한의 의료기관별 진료과와 규모

유형 구분		의사수	진료과목	병상수	주요장비
4차	조선적십자종합병원	약 900명	3차 기관과 유사	1000 내외	기본진료 및 치료용 전장비
3차	도 의학대학 병원	200 여 명	전 진료과 (내과, 외과 등의 세부전공별 분화)	800~ 1,200	
2차	시, 군, 구역 인민병원	50여명	내과, 외과, 소아과, 산부인과, 피부과, 안과, 이비인후과, 뢴트겐과, 실험과(혈액검사실), 물리치료과, 결핵과, 간염과, 구강과, 고려치료과, 신경과 등	100~ 500	앰뷸런스, X-선 기자재, 초음파
1차	리 인민병원	10명 이내	내과, 외과, 이비인후과, 소아과, 산부인과, 고려치료과, 구강과, 뢴트겐과(일부)	5~20	규모가 큰 경우 X-선 기자재
	종합진료소	5~10명	내과, 외과, 소아과(일부), 접종과(일부)	0~5	
	리·동 진료소	2~5명	과로 세분화되지 않음	0~2	기자재 없음

자료: 어린이의약품지원본부, (2012), pp. 41~42의 〈표 1〉을 바탕으로 하되 탈북의료인 질적조사 내용과 신희영 외, (2017)을 참고하여 저자가 수정하였음

북한의 의료기관의 정확한 숫자는 조사기관과 시점에 따라 조금씩 다른데 1차 의료기관이 4000~6000개, 2차 의료기관이 200~600개, 3차 의료기관이 40~130개로 편차가 다소 크다. 일부 자료에서는 김정은 집

권 이후 김정일 집권 당시보다 군 병원, 리 병원 및 위생방역기관의 숫자가 약간 증가한 것으로 나타나기도 하는데, 자료의 정확성에 대해서는 판단하기 어렵다(〈표 2-6〉 참조).

WHO는 "2000~2009년 기간 동안 북한의 평균 병상수는 인구 10,000명당 132개이며 이는 일본에 이어 세계 2위 수준으로 시설의 양적인 측면에서는 부족한 수준은 아니"라고 보고 있다(이철수 외, 2017, p. 105).

〈표 2-6〉 2011년, 2014년의 북한의료기관 현황

(단위: 개)

구분	시설 수(2011년)	시설 수(2014년)
리진료소 및 종합진료소	6,263	6,263
군 및 리병원	1,575	1,608
중앙 및 도급 병원	133	133
요양소	682	682
예방원	55	55
위생방역기관	228	235
혈액원		12
합계	8,946	8,988

자료: 보건성·세계보건기구(2011), **조선민주주의 인민공화국 보건발전 중기전략 계획 2010-2015**, WHO(2016a), *Country Cooperation Strategy: Democratic Peoples Republic of Korea 2014-2019*, 신희영 외. (2016), 김정은 시대 북한 보건의료체계 동향: 전달체계와 조직체계를 중심으로, **통일과평화**, 8(2), p. 186. 〈표 1〉에서 재인용.

이렇게 양적인 측면에서는 의료기관이 부족하지 않아 보이지만 문제는 질적 수준에서 기초적인 의료서비스를 제공하기에 턱없이 모자라다는 것이다. 이는 단지 보건의료시스템의 문제만이 아니라 전력을 비롯한 북한의 사회 인프라가 충분히 갖춰지지 않은 문제이기 때문에 단시일 내에 해결되기는 어려울 것으로 보인다.

의료시설의 정상적인 작동을 위해서는 우선적으로 전력의 안정적인 보급이 필요하다. 다음의 진술들에tj 확인할 수 있듯이 전력의 부족은 현재

갖추고 있는 최소한의 의료장비의 가동조차 어렵게 하고 있다. 의약품 보관의 경우에도 냉장장치를 가동하지 못함으로써 백신 등 의약제의 품질 유지가 의심되는 상황이다. 특히 1차 의료기관은 냉장고조차 확보되지 못한 곳이 최근까지도 많은 형편이다.

> 우리 병원에 수술한다, 구급환자 들어왔다 그러면 배전부에 통사정 하죠. "구급환자 들어왔는데" 그러면 "좋다. 1시까지 몇 시까지 딱" 이런 식으로 [전기를 공급한다], 지금도 그런 정도는 보내줄 거예요. (I씨/여/2016년 탈북/내과의사)

> 멸균기가 있어요, 병원급은. 제가 있던 ㄱ병원은 멸균기가 있고 … 이렇게 종합소독실이 있는데 전기가 없거든요. 정전이 되니까 내 주사기통은 내가 소독하는 걸로. (E씨/여/2016년 탈북/내과의사)

> (구급 철도병원) 뢴트겐 있었고, 현미경 있었고, 수술장 하나 있었고, 뢴트겐, 물리치료도. 거의 뭐 처음에 하다가 전기가 안 오니까 못 했죠.(I씨/여/2016년 탈북/내과의사)

> 오히려 실질적으로 북한 내에서 지금 논의가 되고 있는 거예요. … 쪽에서, "야 이게 2도씨부터 6도씨까지인데 저 약이, 백신이. 이게 지금 야 이 30도 넘는 이 온도에서 방치해뒀는데 저게 지금 효과 있냐?" (G씨/남/2016년 탈북/위생의사)

> 진료소에는 냉장고 없어요. 의약품을 냉장고에까지 보관할 그런 약이 없거든요. 근데 예방 접종약들은 의약품관리소에서 그게 냉동이, 냉장고가 다 있고 거기는 진짜 다 불이 안 와도 24시간 동안 전기를 줘 가지고 그렇게 하고, … 아이스박스. 그러니까 그것도,그게 담당한 사람 있거든요. 그걸 담당한 사람이

> 진짜 책임감 있어가지고 아이스, 그 안에 아이스박스를 계속 이렇게 녹으면 또 교체하고 그렇게 하는데, 전기가 안 오니까 내가 집에서 얼음을 얼려서 가져오면 그게 쉬운데 그게 안 되니까 광산 약품관리소에 가서 얼린 거 가지고 오고, 또 녹으면 가져다 놓고 그런 식으로 계속 저는 교체를 했어요. (B씨/여/2016년 탈북/인민병원 간호사)

전기공급의 문제는 북한 내 의료기관 전반의 문제로 보인다. 대학병원에서조차 정전이 자주 발생하고 이때 전력을 공급할 수 있는 발전설비를 갖추고 있지 못한 곳이 있다.

> 대학병원에 제 동기들이 많아서 제가 급한 환자들, 제가 좀 저한테 좀 많이 베푸는 환자들 있잖아요. 그런 환자들은 제가 그냥 바로 데리고 대학병원으로 가거든요. 그래 가면 동기들이 있으니까 초음파 검사를 시키거든요. 그러면 전기 없어요, 대학병원에도. 정전이 잘 되거든요. 그러면 제가 집에서 배터리를 메고 가거든요. 충전이 되니까. (그게 2010년도 일이죠?) 예. 그러니까 배터리를 가져가서 대학병원 초음파실에 가지고 들어가서 연결해서 내 환자는 한 80번째 환자인데 내 배터리를 쓰니까, … 초음파 선생 알선으로 된 환자 10명을 보태라 해가지고 내 환자를 보자 하거든요. 그렇게 해서 먹고 살았어요. (E씨/여/2016년 탈북/내과의사)

또 난방시설의 미비는 환자들이 병원 이용을 꺼리는 이유 중 하나이며, 입원 환자 등의 건강 회복을 기대하기 어려운 수준의 병원들도 있다.

> 환자들 병원에서 치료할 수가 없는 거예요, 너무 추워서. … 들어가면 아침부터 이렇게 떨면 그 볼펜 쓰는 것도 호호 이렇게 불면서 회진을 돌아야 되고, 환자들 호실은 너무 추우니까, (이게 특급기업소병원인데도 그 정도) … 그러니까 무슨 보일러라는 자체가 없거든요, 병원에. 여기에서 보면 보일러가 있어야

> 되잖아요. 보일러가 자체가 없는 거예요. … 병원에서 치료할 수 없는 사정이 그거였거든요. 그 추운 냉장고 같은 데 이렇게 하고 떠는데 환자들 와서 아무리 힘들다 해도 와서 치료하자면 누울 사람이 없잖아요. 그러니까 그냥 불려 다니는 거예요, 내가. 오면 와서 [집에] 가자 하니까, (H씨/여/2016년 탈북/호담당 의사)

북한 당국 역시 이러한 상황에 대해 충분히 인식하고 이를 개선하려는 움직임을 보이고 있다. 제7차 조선노동당 당대회에서 보건부문에 제시한 대표적인 과업이 군인민병원을 해당지역의 의료봉사 거점답게 훌륭히 꾸리라는 것이었다. 이에 보건성에서는 '시·군인민병원꾸리기' 중앙지휘부를 조직하고 단계별 계획을 구체적으로 세워 추진하고 있다.[19] 최근 이를 위해 본보기 단위병원을 정하고 이들 병원의 개선성과를 대대적으로 홍보하고 있다.[20]

다. 의료장비, 약품 및 소모품

북한 보건의료체계에서 가장 큰 문제는 앞에서 언급한 바와 같이 시설 자체의 양적인 측면이 아니라 시설의 질적 수준과 의료서비스를 제공하는 데에 필요한 의약품, 장비, 소모품과 같은 물자의 부족이다(WHO, 2011).

예를 들어 북한에서 출산 시 출혈(30%), 빈혈(13%), 감염(12%), 난산 및 임신중독증(12%)등으로 인한 모성사망률이 매우 높은 편인데, 이는 주로 항생제나 기초의약품의 부족, 그리고 산원 내 장비와 시설의 낙후로

19) 로동일보, 2017년 5월 10일, 29면, "보건부문의 물질기술적토대 더욱 강화".
20) 로동신문 2017년 5월 21일에는 모란봉구역인민병원, 2017년 11월 8일에는 상원군인민병원의 개선실적이 보도된 바 있다.

인하여 수혈, 감염의 예방, 합병증의 관리가 부실하기 때문인 것으로 추정된다(이철수 외, 2017, p. 105). 또한 의약품관리법 제32조에서 "의약품 보관용기의 회수리용률을 높여야 한다"고 규정한 데서 알 수 있듯이 물자부족으로 인하여 포장용기의 재사용을 권장하고 있어 의약품의 안정성이 매우 위협을 받고 있으며, 이로 인한 감염도 매우 빈번히 발생한다(WHO, 2008).

특히 북한 사회 전반의 시장화가 진행되면서 국가의 배급체계를 통한 의료물자와 의약품의 공급은 거의 유명무실화되었고 시장을 통한 조달이 일반화되었는데, 이는 시장에서의 자원동원 능력에 따른 계층간 의료이용의 격차로 이어지고 있다.

1) 의료장비

북한 의료기관들에서 의료장비의 이용은 매우 제한적이다. 다수 북한 출신 의료인들의 진술에서 일치하는 바는 1차 의료기관 중 진료소의 경우 청진기, 온계, 혈압기 등 간단한 개인 장비 이외의 의료장비는 전혀 없으며, 종합진료소 정도가 되어야 X선 촬영장비와 간단한 검사장비를 갖추고 있는 곳이 일부 있는 것으로 보인다.

> 저희 진료소에 없어요. 뢴트겐 기구가 옛날에 있었는데 그게 고장 나 가지고. 그냥 저희 진료소에 비치돼 있는 건 주사기, 그리고 처치도구 뭐 이런 거밖에 없어요. (아예 기기 같은 거 전혀 없었고요?) 네, 없어요. 그냥, (B씨/여/2016년 탈북/인민병원 간호사)

> 우리 [종합]진료소에는 의료기구란 게 산과 있잖아요? 산과에 산과 치료기구 좀 있고, 그다음 치과에 치과기구 좀 있고. 그다음엔 기구가 별로 없어요. (진

료소에 뢴트겐이나) 그런 건 없어요. (초음파도 없어요?) 없어요. 우리 몽땅 군(郡) 병원에 보내요. (C씨/여/2016년 탈북/호담당 의사)

2차 의료기관인 시·군 병원에도 X선 촬영장비나 초음파 장비 정도를 구비하고 있을 뿐 CT나 MRI등의 진단장비는 갖추지 못하고 있다. 다만 2차 의료기관은 검사장비를 가지고 있기 때문에 많은 경우 혈액검사가 시·군 병원급에서 이루어진다.

(선생님, 약간 예를 들어서 결핵이 의심되는 환자가 왔다. 그럼 이걸 정확하게 진단을 하려면 피검사를 해야 되잖아요? 그런 경우는 보통 진료소에서 어떻게 하나요?) 저희는 혈핵검사를 많이 안 해요. 그러니까 저희 일단 진료소에 와서 문진한다든가 체온 이런 거, 그다음에 결핵에 나타나는 증상 그런 거해서 일단 결핵으로 의심이 된다하면 군(郡) 병원의 결핵과에 보내거든요. 예전에는 군병원의 간염과, 결핵과 이렇게 과로 있었는데 이제는 독립적으로 과가 아니고 결핵 무슨 병원, 간염병동 이렇게 따로 나와 있거든요, 병동으로. 그래가지고 거기서 가래검사. 가래검사도 하고 그다음에 결핵 검사도, 먼저 일단 가래검사를 많이 해요. (진료소에서 혈액만 채취해서 보내는 일은 없는?) 없어요. 검사할 곳도 없고 보관할 데도 없어요. (B씨/여/2016년 탈북/인민병원 간호사)

시·군병원에서 갖추고 있는 설비들도 최근의 사양들은 아니며, 산소호흡기도 수동으로 작동시킨다고 진술한다.

산부인과, 일단 내과를 보면요 여기는 산소호흡기가 이렇게 다 기계화되어 있잖아요. 거기는 산소호흡기가 이렇게 카텍타를 꼽거든요. 그다음에 산소통 자체가 자동차바퀴 같은 거 있잖아요. 호흡통 그거 있고 산소통은 일단 병원에 따로 있어 가지고 공급을 받거든요, 산소통. 그러니까 그걸 메고 뛰어다녀야 되거든요. 이렇게 산소 자동차바퀴 같은 거기에서 줄이 나와 가지고 물병에 꽂

아 들어가거든요. 여과돼서 이렇게 들어가는 걸로 그렇게 돼 있고, (E씨/여/2016년 탈북/내과의사)

의료적 처치가 반드시 장비를 통해 이루어져야 하는 것은 아니지만 최소한의 장비를 갖추지 못하고 의사의 감각에만 의존하기 때문에 처치과정에서의 위험이 항상 뒤따른다. 임신중절수술 조차 정확한 진단 없이 의사의 감각에 의존하여 진행하는 상황이다.

(초음파 같은 거) 예. 그런데 북한은 그런 게 없어요....손 감각, 감각으로 소파를 긁어내는 거, 초음파라는 게 병원에 한 대 있어요. 병원에 한 대 있는데 … 낭종이 있는가 근종인가 이런 거나 밝히지 그거 중절하는 거 소파하는 거 이래 여기처럼 보면서 이렇게 하지 않고 선생님들이 감각으로 긁어내기 때문에 금방 대학 졸업하고 온 사람들은 막 무엇을 모르고 하겠다 해서 주면 하다가 자궁 천공시키고 이렇게 그런 위험성들이 많아요. (D씨/여/2016년 탈북/산부인과 의사)

초음파는 저희가 없어요. … 그러니까 이렇게 수술기구 이렇게 긁어내거나 이렇게 진료 이런 것들은 비슷한데 진료를 좀 정확히 하거나 하려면 뭐 초음파 같이 진단할 수 있는 게 있어야 되는데, 진단이라는 게 수동으로 해요. 지금까지, 현재까지 손으로 촉진으로 해요. … 룬트겐은 있어요. 저희 병원에 룬트겐은 있는데 산부인과 같은 건 룬트겐 가지고도 그게 못하잖아요. (F씨/여/2016년 탈북/산부인과 의사)

수술에 필요한 기초적인 수술도구도 제한되어 있기 때문에 하루에 수술을 여러 번 할 경우 도구를 재살균해서 사용하는 과정이 필요하다. 자원의 부족으로 낡은 방식을 유지하기 때문에 이 과정조차 쉽지 않아 보인다.

폐복 다 했던 거 다시 개복해서 이제는 수술한지 한 15분 20분이니까 실밥 다 해체해서 하면 되거든요. 그런데 문제는 수술기구가 없었어요. 한 조당 하니까, 그런데 북한이라는 게 그렇잖아요. 전열사정 때문에 수술 한번 하면 기구를 한번 소독하는데 빨라도 6시간 걸려요. … 왜냐면 다 이렇게 수동으로 세탁을 하고 수동으로 세척을 하고 그다음에 전기가 없으니까 소독을 뭘로 하냐면 나무를 때서 기구소독을 하는데 … 유엔에서 나무를 떼서 소독할 수 있을 그런 저압소독기를 줬어요, 유엔에서. (F씨/여/2016년 탈북/산부인과 의사)

3차 의료기관인 대학병원도 장비의 구비 정도는 크게 다르지 않으며, 이조차 전력 등의 부족으로 충분히 활용하지 못하고 있다.

광산병원에는 뢴트겐도 있고, 심전도계도 있고, 엑스레이도 있고, 심전도 있고, 그리고 무슨 아무튼 기구가, 초음파. 초음파. (B씨/여/2016년 탈북/인민병원 간호사)

실습을 할 때 CT 빼놓고는 기본적으로 다 봤죠. CT, MRI 빼놓고는 다 봤죠. 뭐 초음파, 엑스레이, 뭐 내시경 뭐 이런 건 기본적으로 다 있었고. (기자재 측면에서 보자면 선생님이 일하실 때하고 나오실 때하고 뭐 좀, 선생님 뭐 예를 들어서 처음에 의사 되셨을 때는 못 보던 기계인데 뭐 몇 년 후에 새롭게 의료기기가 들어왔다거나 뭐 이런 거는 혹시) 아이 그런 건 없고. … 기본적으로 그렇다고 해서 뭐 CT가 생겼어요, 무슨 엑스레이가 새로 생겼어요? 그런 건 별로 없고. (G씨/남/2016년 탈북/위생의사)

예전에는 초음파 검사 때문에 대학병원을 갔죠...도(道)원이나 대학병원 가면 말씀하신 대로 내시경도 있고,
다 있고, 심전도도 할 수 있고, 어쨌든 다 할 수 있으니까. (D씨/여/2016년 탈북/산부인과 의사)

2) 의약품

1990년대 중반 이후 공식적 의료기관의 기능이 붕괴되기 시작하면서 의약품 공급체계는 가장 광범위하게 시장화가 이루어졌다. 북한 사회의 다양한 생필품들이 비공식적인 장마당을 통하여 거래되었는데, 의약품도 마찬가지였다. 2005년부터 평양 및 주요도시에서 이러한 비공식 시장에서의 매매 조차 규제가 시작되었고, 이에 따라 공식적인 허가 과정을 거친 개인약국들이 생겨나기 시작한다. 북한에서 의약품은 국영약국, 개인약국, 시장, 상점이나 개인 약장사 등 다양한 루트를 통하여 구입할 수 있으며 2007~2009년에 시장통제가 강화되자 의약품 시장이 상점화·매점화 현상이 더욱 심화되기 시작하였다(이철수 외, 2017, p. 105). 신희영 외(2016)의 연구에서는 이러한 일련의 변화를 "자생적 의약품 시장 발생기(1990~2002), 시장과 개인약국의 의약품 판매 혼재기(2003~2009), 의약품 개인약국 판매확립기(2010~현재)"의 세 단계로 구분한다(신희영 외, 2016, p. 191).

이러한 의약품 시장화는 체계적으로 단계를 밟아 갔다기보다는 의료인들이 생존을 위해 다각도로 노력하는 가운데, 당국의 시장에 대한 태도가 변하면서 개인집에서의 영업과 당국의 묵인 또는 허가를 받은 약국 형태의 영업이 혼재되어 간 것으로 파악된다.

우선 기존의 북한 의약품 공급 체계를 살펴보면 다음과 같다.

북한의 의약품공급은 중앙에서 시·군까지 이어지는 의약품관리소를 통해 이루어진다. 현재까지도 이 공급체계는 유지되고 있는데 의약품관리의 중요 초점 중 하나는 전시를 대비한 군용 약품의 확보와 보관이다. 북한이 군 중심의 사회체제를 확립해 가는 과정에서 군은 사회 영역보다 우선시되었기 때문에 의약품 보급에서도 군용 의약품을 우선 비축하고, 유통기한이 다 되어갈 때 이를 일반 의료기관에 보급하는 방식이 활용된다.

> 약은 계속 공급이 돼요. 근데 그게 신약이 별로 없고, 이런 동의약 같은 거 주면서 단위 같은 거는 진짜 약품이 부족하거든요. 그러니까 이런 국가에서 만든 환약 페니실린, 마이신 이런 일반적인 약들 그런 약들이 공급되거든요. 한 달에 공급되는 약들이 있는데, 이게 고가의 약이 안 되고 그냥, 근데 아무튼 그게 정품 약이라서 효과는 있거든요. 약이. 그러니까 어떤 약들이 우리한테 공급되냐면 4호 창고라고 있는데 거기가 군수물자예요. 군수물자는 3년에 한 번씩 약을 다 새 거로 교체하거든요. 그러니까 새 약품을 생산해서 3년 후에 다시 군수창고에 있는 약하고 바꿔요. 그러면 거기에서 폐기된 약들 저희가 공급받거든요. … 유효기간 3년 지난 거. 그것도. (B씨/여/2016년 탈북/인민병원 간호사)

> 참고로 전쟁이 나면 이 약을 써야 된다는 그런 게, 이게 4호 물자가 대단히 중요하게, 계속 검열 내려와서 치료를 못하는데 못 써도 이거는 딱 채워놔야지. 약품뿐만 아니라 기타 이런 보건자재 이런 것들이, 무슨 붕대라든지 반창고라든지 무슨 수술기구라든지 이런 건 다 거기 저장해 놔야죠. (J씨/남/2016년 탈북/리 진료소장)

공식 의약품 공급망을 통해 제공되는 의약품은 우선 양적으로 매우 부족하다. 부족한 양의 의약품을 나누어야하기 때문에 필연적으로 간부 등 권력층의 개입이 나타나고, 응급한 환자가 아니고서는 배급된 약품을 무상으로 이용하기는 어려워 보인다.

> 약은 일반약은 미라테젤 고가약까지 들어오긴 다 들어와요. 들어오는데 양이 많지 않아요. 양이 많지 않아가지고 아스피린이라면 아스피린이 분기에 한 1,000알 정도 들어와요. 분기에 한 1000알 정도니까, ㅇ군 주민이 만 명이에요. 그러니까 우리 보건 일꾼이 40명이잖아요., 40명이서 한 사람이 10알씩만 되어도 벌써 400알 아니에요? 그러니까 양이 대단히 적은 거예요. C씨/여/2016년 탈북/호담당 의사)

> 한 달에 페니실린 저희 진료소 같은 경우는 원만히 받아야 10대 그렇거든요. 그렇게 하니까 저희 진짜 가까운 사람들, 저희 진료소 소장이라든가 그런 분들 아는 사람들, 직원들 쓰고 하다 보면 그게 충족이 안 되거든요. (B씨/여/2016년 탈북/인민병원 간호사)

> 북한에서 생산되는 고가약도, 전국 각지 병원에 다 공급하는데 수량이 엄청 작은 거예요. 근데 그게 간부들 쓰고 나면 노동자가 쓸 약이 없어요. 간부들은 다 천거해서 나가잖아요. 그럼 우리 의사들이 처방만 떼 줘. 약 중간에서 새서 뽑아 다 나가요, 약이. (C씨/여/2016년 탈북/호담당 의사)

북한의 의약품 공급체계에서 독특한 점은 개별 병원에서 약을 생산하는 제제실을 두고 있다는 것이다. 제제실에서는 주로 한의학에 이론적 기반을 둔 이른바 동의약을 제제하고,[21] 식염수 등을 직접 만들어서 의료인들이 사용하게 공급한다.

> 병원에서 약사는 우리 약국 보면 약국장이 있고 그다음에 창고장이 있어요. 약품창고장, 그다음에 조제실에 조제원이 있어요. 조제, 그다음에 거기 제제실에 동약제제사가 있어요. … 그리고 또 제제실에서, 신약제제실에서 약도 만들기도 하고 그렇게 해요. 우리 병원도 제제실에서 약이 참 많이 나왔어요. … 동약제제사는 따로 있어요. 그거는 동의학을 전문한 사람이 하고, 신약은 거기에서 뭐 노보카인이라든가 안나카 … 그걸 다 만들죠. … 그렇게 하고 포도당 있잖아요. 5% 포도당 20% 다 그걸 약제사가 만들어요. … 저희가 품질검증이라는 게 있잖아요. 토끼가 있어요. 약국에서 기르는 토끼, 토끼에다 주사를 해요. 지금까지도 그렇게 했어요. 제가 건너올 때까지도 그렇게 했어요. (F씨/여/2016년 탈북/산부인과 의사)

---

21) 북한 학자인 승창호의 글에서도 "우리나라의 각급 치료예방기관들과 약무기관들에서는 여러가지 보약과 함께 영신환, 청심환, 패독산, 대중합제, 사포솔 등 여러가지 대중동약 생산을 힘있게 벌여 동약에 대한 인민들의 수요를 기본적으로 충족시키고 있다"고 주장한다(승창호, 1989, p. 138).

이러한 공식적인 의약품 공급체계가 1990년대 중반 이후 작동하지 않게 되고 생필품의 시장 공급이 확대되는 과정에서 의약품 및 소모품을 공급하는 비공식 시장이 등장하게 된다. 비공식시장에서도 등 공식 의료기관에서 일하던 의사들의 처방이 활용되고, 현직 의사들 역시 비공식시장에서 거래되는 의약품 정보를 활용해 처방을 내린다.

> 그러다가 이제 어느 날 또 분말이 안 오더라고, 분말이 안 오니까 그다음에는 환자는 계속 나오지. 그러니까 사탕가루 있잖아요. 개인이 사탕가루 사서, 그래 갖고 사탕가루 갖다가 또 제제를 해가지고 막 그렇게 하고, 그다음에 기본 이렇게 먹고 뭐 주사 맞고 이렇게 해야 되는데 약이 없으니까 그때 이제 중국에서 이렇게 그 북중 국경으로 이제 약품들이 이렇게 화교들이 개인장사꾼들이 차로 아주 그냥 약을 메고 와가지고 그다음부터는 개인장사꾼들이 큰 데서 작은 데로 도소매를 하기 시작했죠. 그래 가지고 병원 선생이 병원에 와서 나 어디 아프다 그러면 뭘 사오라, 뭘 사오라, 이렇게 써주는 거예요. 그러면 그걸 갖고 그 중국 화교집에 가서 사오죠.(I씨/여/2016년 탈북/내과의사)

> 고난의 행군하면서 중국약이, 러시아약은 안 들어오고, 러시아 붕괴된 다음에 러시아약은 없고 중국약이 밀수를 통해 들어오는데, 그런데 그런 거는 병원에 없고 시장 거쳐서 나온단 말입니다. 그러니까 우리 의사들이 여자원들이 이렇게 시장에 많이 진출하면서 내가 소아과 의사인데 그 약을 … 그래 안 주면 저 선생 소아과 유명한 의사라는 거 손님들이 아니까 병원에서 이 젊은 층 의사들이 처방 … “이 약은 시장에 … 찾아가시오.” 이렇게 한단 말입니다. 그러면 그 선생 약은 믿는단 말입니다. 또 그 선생 자기 실제 임상에서 써봐서 효력을 아니까, 그렇게 해서 그 여자는 또 밀수전문약을 끌어들이는 여자 있어요. 그 사람도 아마 약제사 이런 자격은 없는 것 같아요. 그냥 물건 끌어 들여오니까, 그러니까 의사들이 요구하는 약을, 약 포도당 뭐 얼마,. 식염수 이런 거 적어주면 끌어오는 것 같아요. 그래서 이 사람들한테 팔고 … 그 여자 거 팔아주고 이런 형태, 지금은 다 시장에 그냥 다 약국이 있죠.(A씨/여/2017년 탈북/수술실 간호장)

이러한 비공식 시장은 북한 당국의 비정기적인 단속의 대상이다. 단속에 적발될 경우 경제적인 손해도 막심할 뿐더러 사회생활에도 지장이 생긴다. 따라서 비공식시장에서 장사를 시작했던 사람들도 기회가 되면 자신의 영업을 '공식적'으로 인정받으려 하고, 이 과정에서 의약품관리소의 승인 또는 묵인을 받은 약국들이 늘어나게 된다. 2010년을 전후한 시기부터 북한의 약국은 공식·비공식을 막론하고 영리적 활동을 하는 개인 운영 기관으로 자리 잡았다.

> 집에서 안 하고 공식적으로 해야 되겠다. 이렇게 해서 좀 나 공식적으로 하게끔 해달라, 이렇게 해서 의뢰하니까 그게 또 그 기관에서는 자기네한테 입금시키면 좋잖아요. 그러니까 그 기관에서는 또 이렇게 보안기관에다 우리 여기에서 이렇게 팔겠는데 너네 좀 이거는 좀 덮치지 말라, 이런 식으로 해서 승화되다 보니까 결국은 지역마다 그런 약 파는 집들이 생겼거든요. (H씨/여/2016년 탈북/호담당 의사)

> "의약품관리소 ㅈ약국" 딱 이렇게 돼 있어요. 그래요. 그러니까 처음에는 사람들이 인식이 저기에서 나오는 약은 다 국가 약이고 좋겠구나 해서 거기 가서 사먹었어요. 그런데 보니까 다 장마당 물품인 거예요. 거기에 있는 약사들도 청진에 나가서 도매를 쳐가지고 와서 그렇게 팔고, 그렇게 하고 또 저는 그 약국에서, … 공짜 없죠. (F씨/여/2016년 탈북/산부인과 의사)

> 그것도 이제 국가적으로 점점 정돈이 돼 가고 이렇게 하니까 의약품관리소로 다 넣어서 의약품관리소에서 그 돈을 뽑게, 이렇게 해서 의약품관리소에서, 그러니까 약국이라고 해서 여기처럼 앞에도 있고 뒷집에도 있고 그러면 약을 못 팔잖아요. 그러니까 약을 파는 사람들이 철저하게 봉쇄를 한단 말이에요. "이 구역에 못 앉힌다. 내가 하겠다." 이렇게 해서 구역 지역별로 이렇게 해서 … 그렇게 해서 그 돈은 국가가 다 충당해서 들어가고. (H씨/여/2016년 탈북/호담당 의사)

> 약국 같은 경우에는 이렇게 의약품관리소라고 해가지고 병원이라든가 이런 의약품관리소에 다 소속이 돼 가지고, 운영하기는 개인 돈으로 운영되는데 한 달에 그러니까 의약품관리소의 명칭을 빌려 쓰니까 한 달에 몇십만 원 몇백만 원 이렇게 입금을 하거든요. 의사가. … 공식적인 거예요. 공식적인 건데, 그러니까 공식적인 명칭만 내가 빌린 거예요. 그 안에 약을 사고팔고 그 안에 유통하는 돈은 다 내 돈이에요. 제가 태어나서는. … 병원에 없는 약이 나한테 필요할 때는 의사가 이런 약이 필요하다고 그냥 약 이름을 써줘요. 며칠 동안 약을 써야 된다, 그러면 약은 어느 만한 양이 필요하다는 걸 가족한테 알려줘요. 그러면 병원 앞에 대체로 다 약국이 있거든요, 대부분. 그러면 거기 가서 그냥 이런 약, 이런 이런 약 주세요, 하면 약 그냥 돈 내고 가지고 오는 거예요. … 저희는 개인집. 개인집이 진짜 약국처럼 이렇게 방을, 개인집이 있거든요. 그래가지고 저희가 고정 가는 집이 있거든요. (B씨/여/2016년 탈북/인민병원 간호사)

공식·비공식으로 유통되는 의약품은 주로 중국을 통한 수입이나 개인적인 밀수 등에 의존하는 것으로 보이는데, 의약품관리소를 통해 시장으로 빠져나가는 약품도 상당히 많을 것으로 추정된다.

> 그 사람들. 정상통로로 넘어왔어요, 그 사람들은 세관으로. 그러니까 나라에서도 나라에 약품 자체가 없으니까 중국에 화교들이 개인장사로 약을 넘겨오는 거 승인했죠. 그러니까 그 사람들이 장사로 넘겨오는 거죠. … 그래서 참 모순이 되는 게 뭐냐면 국경으로 그 사람들은 개인장사로 약을 넘겨 와서 이렇게 막 도소매 하고 (I씨/여/2016년 탈북/내과의사)

> ㅊ시에 보면 ㅅ장마당이라고 큰 시장이 있어요. 그 시장에 가면 약장사들이 큰 중국 사람들하고 직접 거래하는 사람도 있고, 그다음에 평양 줄로 해서 UN약을 직접 거래, 두 부류가 있거든요. 중국 약, 유엔 약 이렇게 두 부류가 있는데 대빵들은 그냥 나와서 앉아있거든요. 거기는 제가 있을 때는 핸드폰이 없어요.

그러니까 직접 가야 되거든요. 가서 그 대빵들하고 내가 무슨 약 무슨 약 무슨 약 필요하다고 하면 그다음 어느 날 밤에 그 사람 집에 가거든요. 가서 자전거에다 실어가지고 운반을 하는데 약이 밀수품이거든요. (E씨/여/2016년 탈북/내과의사)

이들 약국은 의약품관리소나 지역 행정기관, 당 보건관리책임 등과 일정한 경제적 이익을 공유하면서 운영해간다.

유엔 약이라는 게 있지 않습니까? 유엔에서 북한을 도와주느라고 보내죠. 그러면 그게 약품관리소에 들어간단 말입니다. 그런데 그 약품관리소에서, 약품관리소에 들어가면 그거 병원마다 분할해야 되는데 병원에는 조금씩만 분할하고 개인들이 … 다 해서 그렇게 다 나간단 말입니다. 여기에서 쌀을 그렇게 보내게 되면 이런 … 사업소에 들어가서 주민들한테 나가는 것보다도 장사꾼들한테 나가는 게 더 많은 것처럼 약도 그래요. (D씨/여/2016년 탈북/산부인과 의사)

이렇게 어느 약 어느 약 이렇게 있는데 그거 관리소 직원이 저렇게 말해요. "이 약은 처방전을 좀 넣어주시오." 자기네가 뽑아요. 군당이라든가 그런 힘 있는 사람들은 약품관리소에서 뽑아가거든요. 그렇게 하면 약품관리소가 그걸 메꿔 넣을 힘이 없잖아요. 그러면 산하병원에다 말해요. "뭘뭘 이 종목을 처방전을 넣어주세요." (그러면 썼다 그러는 게 되는 거구나.) 예. 그렇죠. 그러니까 약품관리소 자체도 저는 그거는 이해했어요. 경영을 하자니까 약이 없어요. 부정부패 그거는 어느 개인이 사치하는 게 아니에요. 그거는 이해하세요. 왜냐면, 그거는 개인적으로 뽑아가는 약은 말고 약품관리소가 자기네가 운영하자고 보면 … 약품관리소는 또 그걸 어디 가서 받아오는가 하면 도에 가서 받아와요, 체계가. 그러면 그게 이송하는 이송비도 들고 하잖아요. 본인들이 다 … 그러니까 그 돈을 약을 뽑으면서 팔아서 그 돈으로 충당하죠. 그런 체계예요. (F씨/여/2016년 탈북/산부인과 의사)

북한에서 의약품이 시장을 통해 유통되는 것은 주민들의 경제적 부담을 주고 의료서비스를 제한하는 문제도 있지만, 다른 한편으로 부작용의 문제, 오남용의 문제도 있다. 약의 투약과 복용에 대해 제대로 된 관리 없이 처방된 약을 임의로 구입하기 때문에 주로 증상에 효과가 빠른 약들이 선호되고 약의 원료나 부작용에 대한 정보는 제대로 전달되지 않는다. 특히 중국에서 만들어진 정통편의 경우 만병통치약으로 잘못 알려져서 일상적으로 과다 복용하는데, 남한에서는 마약성분이 있어 금지약품으로 취급하고 있다.

> 중국 약은 그냥 진통, 해열진통제 같은 거 정통편 같은 거 있잖아요. 북한에서는 중국 약 정통편 하면 만병통치약이에요. 그러니까 여기에서 말하면 아스피린 계열이거든요. 아스피린 계열인데 그것보다 더 한 몇 십 배 더 세다고 하거든요, 약이. 그 약 먹으면 류마티스 관절염 환자들이 많고 해열도, 그런데 각자 이렇게 하니까. … 만병통치약이라고, 그래 여기 와서, 여기에서 말하는 게 뭐냐면 중국 그게 이런 마약이 조금 들어갔다는 말이, … 어쨌든 그거 먹으면 어디 아프든 다 나았으니까.(D씨/여/2016년 탈북/산부인과 의사)

> 남용이 많이 되죠. 왜냐면 제가 이제 아까도 말씀드렸지만 정통편 같은 거 있죠. 아스피린, 북한에서는 아스피린은 그냥 할머니들이 여기에서 스테로이드제 넣는 병원들 찾아다니는 것처럼 아스피린 같은 거는 그냥 아프면 드시거든요. 정통편이 또 싸거든요. (E씨/여/2016년 탈북/내과의사)

한편 북한 당국은 의약품의 시장화에는 크게 주목하지 않고 북한 내 의약품 생산량을 늘리는데 관심이 있는 것으로 보인다. 김정은 집권 이후 2012년에 있었던 '6·28 신경제관리조치'와 같이 시장경제 요소를 도입하여 기업의 자율성 및 이윤 추구를 일부 허용하고 경제특구개발을 하는 등의 변화가 이루어졌는데, 이러한 노력 가운데 평양 제약공장의 자동화 등

제약산업의 재건 노력도 나타나고 있다.

북한에는 청진 나남제약공장, 순천제약공장, 신의주 마이싱제약공장, 흥남제약공장, 평양제약공장과 같이 다섯 개의 대표적인 의약품 제조공장이 있는데, 이 다섯 개의 공장에서 대부분의 기본적인 양약의 신약이 생산되는 것으로 알려져 있다(이철수 외, 2017, p. 106)

이외에도 시·군 단위에 소규모의 공장들을 통해 약초를 활용한 이른바 고려의약품(동의약)이 생산된다. 북한은 외부로부터 원료를 수입하는데 한계가 있어 국내에서 채취할 수 있는 약초 등을 활용한 의약품 개발에 지속적으로 노력해왔다.

> 의약이 충족 못 되니까 동의약도 많이 생산하거든요. 숙마갈근상, 무슨 형겹사엽산, 감기약도 이런 패독산 이렇게 가루약도 많아요. 그것도 많지 않아요. 그것도 한 번에 한 100포, 200포 그 정도 들어올까? 어쨌든, (C씨/여/2016년 탈북/호담당 의사)

현재 의약품 부족의 원인은 의약품 공급시설의 부족이라기보다는 원료 부족의 문제이다. 북한에서 의약품의 "원료는 주로 중국으로부터 수입되는데, 수입이 원활해지지 못함에 따라 원료의 공급에 차질이 생겼고, 이에 더하여 생산 기계들이 노후"되고 "이에 대한 대체 혹은 보수가 이루어지지 않다보니 현재 이 다섯 개 공장은 제 기능을 하지 못하고, 의료수요를 충족시키는 목적보다는 수익성이 높은 아편과 같은 마약류 혹은 비아그라와 같은 건강기능성 식품 위주의 생산을 하거나 순천 제약공장은 국방위원회에서 주문을 하는 페니실린, 아스피린 등 간단한 수준의 의약품만 생산"하는 것으로 알려져 있다(이철수 외, 2017, p. 106) 따라서 부족한 의약품은 수입에 의존할 수밖에 없다. 유엔의 세관통계 데이터베이스를 분석한 자료에 따르면 북한은 2011년부터 2015년까지 37개국 이상

의 국가로부터 약 1억 413만 달러(약 1588억 원)의 의료용품을 수입했고 전체 수입액의 약 68.2%가 중국에서 수입되었으며, 이중 91.5%가 의약품인 것으로 나타났다(어린이의약품지원본부, 2018, p. 175).

3) 의료소모품

북한의 의료영역 시장화는 단지 의약품에만 그치는 것이 아니라 약솜, 붕대 등 의료 소모품까지 확대되어 대부분의 의료기관에서 필요한 소모품의 상당부분을 시장에서 구입하고 있는 것으로 확인된다. 이 역시 병원의 재정능력이 부족할 경우 환자들의 부담으로 이어진다.

솜이나 붕대와 같은 소모품은 국가공급이 충분하지 않기 때문에 주로 간호사들이 스스로 만들거나 공급된 물품을 재생해서 사용한다. 경우에 따라서는 환자에게 구입해 오라고 한다.

> 소독솜 있죠, 솜 알코올 같은 거? 그런 것도 공급이 안 돼요. 그래가지고 그런 건 저희가 자급자족해요. … 그러니까 이렇게 이불이라든가 이불속에, 그다음에는 그냥 이런 솜 이렇게 파는 것도 있거든요, 중국 거. 근데 그런 건 비싸니까 내가 개인적으로 소지하는 건 그런 거 소지하고 있고, 공동에서 그냥 진료소에서 쓰는 거는 아무 솜이나 그냥 깨끗이 써서 끓여가지고,.붕대도 국가적으로 포장돼서 나오는 거는 없고, 저희가 광산이니까 마스크용으로 이런 가제, 이런 실로 이렇게 그런 선이 이렇게 있거든요. 그런 거 이런 직장들에서 달라고 해가지고 이만큼씩 얻어가지고 저희가 가위로 이렇게 잘라가지고 만들어서 써요. (B씨/여/2016년 탈북/인민병원 간호사)

> 엉덩이 주사 놓고도 그 솜을 우리가 모으는 통이 있거든요. 그거를 재생해서 … 삶아요. 삶고 클로렉시딘이라는 소독약에 재웠다가 그다음에 세척해서 말려서 그다음에 탈피해요, 손으로. 이렇게 다 탈피를 해서 다시 이렇게 부드러운 솜으로 만들어요. 그렇게 재생을 해서, (E씨/여/2016년 탈북/내과의사)

(약솜이나 붕대나) 그런 건 공급이 돼요. 근데 공급되는 게 충족 못 해 가지고 대체로 환자들한테서 가져오라고 그런 경우가 많아요. (C씨/여/2016년 탈북/호담당 의사)

이러한 소모품의 재활용에서 가장 문제가 될 수 있는 것은 주사기이다. 주사기의 재사용은 감염병 확산에 원인이 될 수 있고, 주사과정에서 병원균이나 세균의 침투 등이 일어날 수 있기 때문에 피해야 한다. 유엔 등 국제사회에서 제공하는 예방백신의 접종에서는 모니터링이 이루어지기 때문에 1회용 주사기를 사용하는 반면, 일반 진료에서는 백신 접종에 사용한 주삿바늘을 재활용하거나 기존의 주사기를 소독해가며 반복 사용하고 있는 것으로 파악된다. 이때도 의료용품의 구매능력이 반영되어서 시장에서 1회용 주사기를 구매할 수 있는 계층은 직접 구매해서 투약에 사용하고, 그렇지 않은 계층은 소독해서 재활용하는 주사기로 투약받는다.

원래는 원칙이 1회용 한 사람이 주사기 하나씩 이렇게 써야 되는데 주사기가 없어요. … 애들은 진짜 1회용 주사기 계속 쓰거든요. 그렇게 해서 쓴 주사기는 폐품으로 해서 거기에 반납을 해요. 거기 가서 한번 쓸 수 있는 주사기 핀이 있잖아요? 핀 있어가지고, … 쓴 걸 그걸 다 가져다가 앉아서 핀을 다 뽑아가지고 그걸 다 끓여서 소독을 해가지고...진짜 집에 가스, 여기서처럼 가스가 그렇게 흔하지 않거든요. 가스도 잘 살아야 가스를 쓸 수가 있어요. 그래가지고 집에 가스를 태우면서 그걸 다 소독을 해서 주사를 넣고 끓였거든요. (B씨/여/2016년 탈북/인민병원 간호사)

주사기 예방접종 주사기는 100% 나와요. (1회용으로 썼나요?) 네. 1회용으로 100% 나와요, 그거는. 유엔에서 주사기하고 약이 딱 나오는 거니까. (그럼 보통 때 주사기나 이런 것들) 이런 일반환자들은 쓰던 주사기를 소독해서 쓰는데, 이런 환자들은 일회용 주사기 파는 게 많아요. 250원. 비싸지 않아요. …

> 사 가지고 와서 맞아요. 그러니까 환자들이 자기 수준정도에 맞게 돈이 윤하면 자기 주사기로 와서 사서 가서 맞고, 없는 사람은 우리 주사기 소독해서. (C씨/여/2016년 탈북/호담당 의사)

소모품의 시장 공급은 약솜, 붕대, 주사기 등에 그치지 않고 수술실 등 수술에 필요한 물품까지 확대되어 있는 것으로 확인되었다.

> 환자들이 사가지고 와야 돼요. (…) 주사기도 사와요. 워낙 공급되는 양이 적으니까 뭐 재간 없어요. 그거는 다 장마당 나가서 사가지고 와야 돼요. 일체 반창고 … 다 가지고 와야 돼요. (…) 견사, 이런 명주실 있잖아요. 그것도 다 팔아요. 없는 게 없어요. (그러면 수술하게 되면 뭐뭐가 필요하다고 의사가 이렇게 써주나요?) 예. 종이에다가 메모해서 줘요. (…) 몇 가지 이렇게 사가지고 오라고 하면 환자들이 그걸 다 사가지고 와요. 그러면 저희는 보통 수술을 오후 2시쯤, 구급수술은 아무 때건 순간에 하지만 계획수술은 오후 2시쯤부터 해요. 그러면 점심시간 전에 오전에 내원해 가지고 그걸 다 메모 받아 가지고 가서 사가지고 와서 오후에 그걸 검열해 보고 그다음 수술 들어가요. (F씨/여/2016년 탈북/산부인과 의사)

라. 의료지식체계

1) 북한의 의료지식체계의 특징

북한과 남한의 의료지식체계는 물론 그 질적인 측면에서 격차가 매우 크다. 특히 의료기자재의 사용에서 그 차이가 벌어진다. 그런데 그보다 더 근본적으로 차이가 나는 것은 북한이 갖고 있는 고려의학(동의학)에 대한 태도와 한·양방 병행 치료의 측면이다.

『인민보건법』 제16조 '고려치료'에서는 "국가는 우리 민족의 우수한

치료방법인 고려치료방법을 발전시키며 고려의료망을 늘이고 의료기관들에서 현대의학적진단에 기초한 고려치료방법을 널리 받아들이도록 한다"고 규정한다. 그리고 제30조 '고려의학과 민간료법의 연구'에서는 "보건기관과 의학과학연구기관은 고려의학을 과학화하기 위한 연구사업을 강화하여 고려의학과 민간료법을 리론적으로 체계화하고 더욱 발전시켜야 한다"고 규정한다. 이에 따라 북한의 의료교육체계는 양의학과 동의학을 모두 배우도록 되어 있으며, 실제 진료 현장에서도 침술, 뜸, 부황 등의 한의학적 방법들이 많이 활용된다.

특히 1990년대 중반이후 의약품의 배급이 줄어들면서 민간요법을 비롯하여 동의학을 응용한 치료방법들과 한약이 많이 활용되고 있다.

> 북한에는 신약이 부족하기 때문에, 대부분 보면 약초가 여기에 또 있고 하니까 약과 의약품이 부족하니까 이게 고려의학을 병합하라는 그런 어떤 방침이 있어요. 그래가지고 그거에 따라서 그거 병합하는데 진짜 도움이 있거든요, 그게. 지금 그런 분 있으니까 진짜 저희는, 북한에는 위가 안 좋은 사람들이 많거든요. 그래가지고 와서 침 치료도 많이 받고, 그리고 아기들 감기 오거나 소화불량, 걔들도 침 놓고 부황으로 치료하고. (B씨/여/2016년 탈북/인민병원 간호사)

> 우리는 일반의사가 고려의학을 못 하면 의사 자격이 없다 해가지고. 지금 약이 없잖아요. 70%를 침하고 뜸을 하고 30%를 신약을 쓰라고 그렇게 교육하고 있어요. 그러니까 우리는 환자병역소에 동의약 처방이 안 들어가는 병역소가 별로 없어요. 한 가지는 다 넣어요. (C씨/여/2016년 탈북/호담당 의사)

> 약침을 놓는 선생님들이 많았어요. 약침을 놓고, 산부인과 의사들도 침을 놔요. 자습하거든요, 본인들이 침 같은 경우는. 자습을 해서 놔요. 그러니까 체한 것 정도는 놔주거든요. 그다음에 위경련 하는 환자들 약 먹어서 안 되면 그다음에 약침을 놔주거든요, 다리랑.(E씨/여/2016년 탈북/내과의사)

> 처방이 한약적으로는 처방을 해줘요. 말하자면 황경피 가루를 북한은 이렇게 약초재배를 많이 하잖아요. 우리 같으면 황경피도 사서 바치고 창출도 … 소화가 안 돼서 간 사람한테 창출 가루를 포로 이렇게 싸서, 그걸로 처방을 해줘요. 그러니까 황경피 가루 처방을 해줘요. 그러면 황경피 가루를 먹고 … 먹고 해열이 되거든요. 그런데 … 생각 외로 해열 잘 돼요. 치료 잘 되거든요. (E씨/여/2016년 탈북/내과의사)

그렇지만 북한이 동의학에만 의존하고 있는 것은 아니다. 특히 김정은 체제이후 북한에서는 현대화된 서양의학을 적극적으로 받아들이려고 노력하고 있으며 이에 따라 고려의학에 대한 관심도 다소 줄어들고 있는 것으로 보인다. 대표적으로 북한의 의약학전문학술지에 발표된 논문을 분석한 결과 고려의학 관련 논문의 출판은 1995년을 정점으로 꾸준히 감소하고 있다(어린이의약품지원본부, 2018, p. 37).

2) 북한 의학의 지식적 수준

북한 의학 수준은 북한의 의학 관련 문헌, 언론 보도, 탈북의료인의 증언 등과 같은 매우 제한된 자료원을 종합적으로 검토해서 정성적으로 평가하는 것이 유일한 방법이다.[22] 이러한 평가방법은 평가자가 현대의학을 준거로 삼고 있기에 북한의 의학 수준을 다소 열등한 것으로 판단하기가 쉽다.[23] 이러한 근본적인 한계를 충분히 인식하며 최근 이루어진 연구들을 중심으로 북한 의학 수준을 평가해 보고자 한다.

---

22) 여기서 의료와 의학은 구분되어야 하는데 의료는 의학을 바탕으로 한 제도화된 의료서비스 공급구조를 말한다. 잘 알려진 것처럼 현재 북한의 의료는 전반적으로 붕괴되어 있는 것으로 파악되기에 일반적인 의료의 질 측정방법을 엄격히 적용한다면 절대적으로 열악한 수준으로 평가될 수밖에 없다.

23) 북한은 현대의학과 고려의학을 동시에 추구하기 때문에 사실상 한가지 잣대로만 평가하는 것이 타당하지 않은 측면이 있다.

북한의 의학지식 수준을 평가할 수 있는 하나의 방법은 북한 의학학술지 내용으로 그 수준을 평가하는 것이다. 의학학술지는 해당 의학계의 수준과 질을 가늠해볼 수 있는 가장 객관적인 문헌이라 할 수 있다.

현재 남한에서 접근 가능한 북한의 의학학술지는 총 10종으로 이것을 평가한 소수의 연구들이 최근 진행되었는데 북한의 의학학술지에 게재된 연구들은 서구의 연구들에 비해 현대의학에서 전제되어야 할 과학적 타당성이 다소 빈약하고 최신 진단 및 치료기술에 대한 지식이 부족하다는 평가가 이루어졌다(하신, 2017). 반면 내용적으로는 현대의학과 차별화되는 시도들-고려의학적 접근법, 천연물 치료, 민간요법의 적용 등-이 다수 있었는데(신희영 외, 2017) 이것은 북한 의학을 다각적으로 평가해야 함을 보여 준다.

북한 의학 수준을 판단하는 또 다른 방법은 탈북의사들의 증언과 이들의 의학 수준을 기준으로 하는 것이다.

탈북의사들은 일반적으로 북한에서 받은 의학교육의 내용이 용어의 차이와 최신 진단기술의 차이를 제외하고는 남한의 그것과 큰 차이가 없다고 주장한다. 탈북의사들의 남한 의사면허 취득률이 상당히 저조한 것에 대해서는 그 이유가 남북 간의 의학 수준의 절대적 차이가 아닌 의료 환경의 차이로 설명한다. 반면 남한 전문가들은 북한의 정상적인 의료체계 및 의료인 양성체계가 무너졌기 때문에 북한의 의료인, 탈북 의료인의 의학적 수준을 담보할 수 없다고 판단하는 것 같다.

현재 북한의 의학 및 의료기술 수준은 남한과 서구에 비해 열등성과 차별성이 동시에 존재한다. 북한의 의학적 열등성은 북한의 경제난 및 의료체계 붕괴와 밀접히 연관되어 있는데 기본적으로 경제난과 의료체계 붕괴는 의학연구 및 개발의 발전을 저해하기 때문이다. 그러나 동시에 이러한 상황은 현대 의학적 관점에서 대안 의학이라고 할 수 있는 다양한 시

도들을 촉진했다고도 볼 수 있다. 턱없이 모자란 의료자원으로 인해 천연물을 통한 치료, 고려의학적 치료 등에 대한 연구와 개발이 많이 이루어졌다. 또한 김정은 집권 이후 북한의 의학수준을 제고하고자 하는 움직임이 많이 관찰된다. 국제적인 수준의 의료기술 개발과 연구가 독려되고 있고 SCI 논문들이 지속적으로 출판되고 있다.

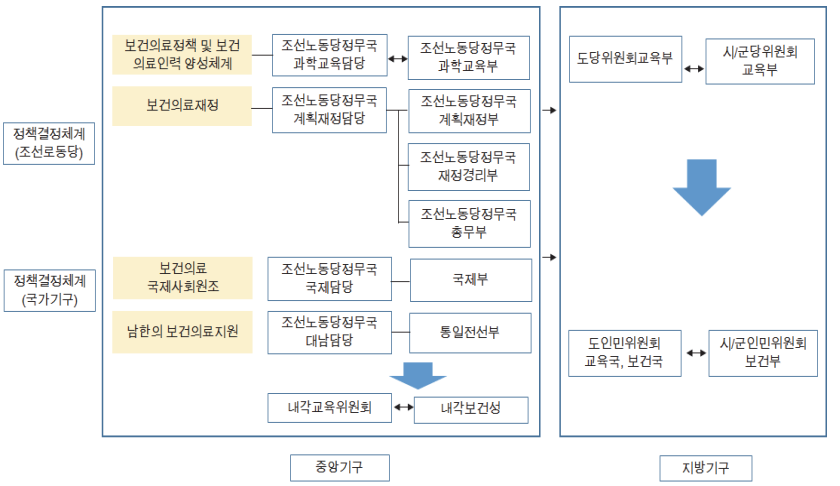
북한의 의료인은 기본적으로 자질과 성실성이 매우 우수하다고 알려져 있다. 또한 최근 국제기준에 부합한 의학 연구 및 개발을 열성적으로 추구하고 있다고 한다. 따라서 적절한 국제사회의 지원과 의료체계 복구가 지속적으로 이루어진다면 북한의 의학 수준은 이른 시간 안에 열등성의 극복과 함께 현대의학과의 비교우위성을 기대해 볼 수도 있다.

2. 북한 보건의료 자원 조직화 구조

북한은 모든 사회체제 전반에서 조선로동당이 권력의 핵심으로 자리하고 행정기관과 기업소 등을 지도하는 사회구조를 가지고 있다.[24] 보건의료관련 정책 역시 조선로동당의 관련 부서가 핵심이라고 할 수 있는데, 보건의료 정책 및 인력 양성은 과학교육담당이, 보건의료 자원과 관련해서는 경제담당이, 보건의료의 해외교류와 관련해서는 국제담당과 대남담당이 맡고 있는 것으로 알려져 있다(신희영 외, 2017, p. 53). 이러한 당은 내각의 보건성을 지휘하고, 보건성은 각 도 인민위원회의 교육국과 보건국으로, 도는 시·군 인민위원회의 보건부로 정책을 내려 시행되도록 한다.

24) 북한은 기본적으로 절대권력자가 조선로동당을 통해 국가기구, 군대, 근로단체 등을 통제하는 당 우위의 체제이며(정성장, 2011, p. 5), 이러한 당의 지도체제에 대해 북한 사회주의 헌법 제11조에 명문화하고 있어 국가기구에 대한 당의 지도는 법적으로 정당화되어 있다(정성장, 2011, p. 5).

[그림 2-2] 북한 보건의료 정책 결정 및 집행체계



자료 : 이철수 외. (2017). p.92. [그림 3-3]

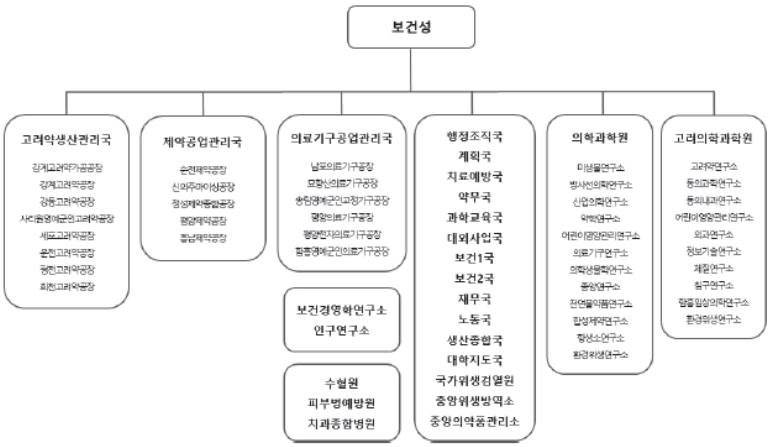
북한의 당 조직은 중앙당(조선노동당) 조직뿐 아니라 시·도, 시·군·구역 당 조직들이 행정기구들을 지휘·관할하며 철도, 광산과 같은 주요 기업소에도 당 조직이 구성되어 있다. 보건의료 영역에서도 당의 각 하부조직들은 해당 지역의 의료 인력 배치, 의료물자의 공급 등에서 핵심적인 역할을 수행하는 것으로 알려져 있다.

> 군 당에 군당 책임비서 있고, 그다음에 그 조직비서, 선전비서, 근로비서 있어요. … 그러니까 제일 센 거는 근로비서예요, 우리 군 단위에선. … 그러니까 교육부장이 아무리 세다 해도 근로비서보다 못 세요. 그러니까 마지막에 근로비서 결론이 있어야 내가 어느 병원에서 이쪽 병원으로 가겠다, 내가 진료소장을 임명한다, 이러면 이 근로비서가 사인을 해줘요. … 근로비서는 딱 의대를 졸업하지 않아도 돼요. 대학졸업생이면 되고, 제대군인이고, 대학을 졸업하고, 그다음에 이런 당 일군 연한에 좀 있어가지고. (C씨/여/2016년 탈북/호담당의사)

> 어쨌든 당기관에 있는 사람들이 힘이 제일 있으니까 당기관 연합당, 구역당, 시당, 도당, … 직책을 결정할 때는 만약에 도당이라면, 도병원이면 도당하고 직접 하는데 거기에서 간부과에서, 시당이면 또 시책을 해서, 시책을 결정을 하거든요, 간부과에서. 그래서 저희는, … 저희를 이렇게 직책을 결정하는데 거기에서도 간부과가 "이번에 원장 누가 해라, 이번에 초급당비서는 누가 해. 병원 초급당비서는 누가 해라" 이렇게 결정을 하는 거고, 과장도 간부과 결재가 있어 가지고 과장 결정이 되거든요. (E씨/여/2016년 탈북/내과의사)

북한 주민들에게 의료서비스를 제공하는 의료기관의 행정적 책임은 내각의 중앙행정기구인 보건성이 맡고 있다. 과거 보건부에서 재편된 보건성은 "산하 보건기관들에게 정치적, 행정 실무적으로 지도업무를 수행하며 보건사업 전반에 걸쳐 책임"을 지는 역할을 수행하며(변종화, 박인화, 서미경, 김만철, 1993, p. 72), "의료·제약·위생·방역 등의 사업에 대한 집행·감독, 생활 및 노동조건의 개선, 보건사업 발전을 위한 계획 작성과 보건부문의 예산수립 등 국가의 전반적인 국민보건에 관한 업무를 지도·운영"하고 있다(이철수 외, 2016, p.180). 보건성 산하에는 연구부문으로 의학과학원과 고려의학과학원을 두고 있다(WHO, 2016, 이철수 외, 2017, P. 94에서 재인용). 그 밖에 보건경영학연구소, 인구연구소, 중앙위생방역소 등을 두고 있으며, 자체적으로 치과종합병원과 수혈원, 피부병예방원 등의 의료기관을 가지고 있다(신희영 외, 2017, p. 57).

[그림 2-3] 북한 내각보건성 조직도



자료: 신희영 외, (2017), p.54. [그림 2-16]

지방행정기구로는 각 도(道)에 보건부가 있으며, 각 시·군 단위 행정위원회 내에는 보건부(또는 보건과)를 두고 있다.[25] 지방보건행정기구는 "당과 정부의 상급보건행정기관 및 지방행정위원회의 통제하에 보건사업에 관한 상부의 결정과 명령을 해당 지방의 실정에 맞게 구체화하고, 산하 보건기관으로 하여금 이를 집행하도록 지도하는 역할"을 한다(이철수 외, 2016, p. 181).

> 그러니까 거기 체계는 어떻게 돼 있는가? 우선 보건성이 됐어요. 그전에는, 보건부. 그다음에 각 도에 보건부, 그다음에 군에, 여기 구에 군 보건부라는 게 있어요. 보건과도 될 수 있고 보건부도 있었어요. 거기가 이 군에 우리 일꾼들 다 행정적으로 지도통제를 하는 기관이에요. (J씨/남/2016년 탈북/리 진료소장)

25) 지방행정조직의 부서 명칭은 자료마다 다소 상이하게 제시되고 있는데 본 연구에서는 질적연구 대상자들의 진술에서 공통적으로 언급된 보건부로 서술한다.

그밖에 위생방역 업무를 담당하는 위생방역소를 두고 있다. 위생방역소는 예방의학을 담당하는 일선 보건의료기관의 성격도 있지만 행정기관의 성격을 더 강하게 띠는 것으로 보인다. 환경위생, 노동위생, 예방접종, 전염병 대책, 유해물 잡이 등의 업무를 맡아서 수행하는 한편 각종 식당 등 요식업종의 위생관리도 맡고 있어 일선에서의 권한이 큰 것으로 알려져 있다.

> 위생방역소라는 게 우리로 말하면 뭐라고 할까? 저 뭐야, 좀 더 공무원 같은, 국가기관 같은 이런 데거든요. … 보건복지부라든가 혹은 질병관리본부, 뭐 이런 보건소, 어쨌든 모든 기능을 통합, 통합한 그런 기관이 돼 가지고 그래서 일체 뭐 질병과 관련된 모든 것들, 그러니까 예방의학의 전초기지가 결국에는 위생방역소가 되는 거죠 (G씨/남/2016년 탈북/위생의사)

> 위생방역소에 있는 그 부서들을 알아봐야죠. 위생과, 방역과, 소독과, 기본이 위생방역 관련된 일들을 하는데 뭐 위생과 같은 경우에는 말 그대로 이제 위생상태, 뭐 … 환경위생, … 노동위생, 무슨 각종 이런, 노동위생 등 뭐 복잡하잖아요 … 작업환경이라든가 이런 것들 관리하는 데가 위생과고, 방역과는 예방접종, 그리고 전염병 발생시 전염병 대책 뭐 이런 것들, 이런 것들을 관할하는 데가 이제 방역과고 소독과는 노동자가 대다수인데 소독과에서는 기본적으로 이제 열차소독, 그리고 환경소독 있잖아요. 기본 뭐 쥐약을, 쥐덫 놓는다든가. 그러니까 무슨 파리 곤충 같은 이런 유해물 잡이라든가 뭐 이런 것들 하는 게 소독과죠. … 방역과 내에도 실험실이 있고, 위생과에도 실험실이 있고, 그러니까 … 위생과 같은 경우에는 뭐 수질검사 같은 거, 그다음에 방역과, 방역과 실험의사는 뭐 이렇게 무슨 세균 배양이라든가 또는 환자가 왔는데 이게 뭔가, 이런 거 하는 거 있잖아요. 그런 실험 해나가죠. … 원칙적으로는 위생방역소에 그 통보과라는 게 있습니다. 그러니까 이 사람은 나가 돌아다니지 않고 기본적으로 기관에만 주재하고 있으면서 산하에서 올라오는 보고, 그러니까 상부에서 내려오는 지시들 모든 것들, 그러니까 총무 같은 이런 것들, 사무를 기본적으로

보는 거죠. 그러니까 이 사람이 이제 보고 이제 자기가 보고 이제 도장을, 도장은 그 사람이 가지고 있으니까 찍어주는 건데 내가 잘 모르겠다, 전문가 아니니까. 그러면 해당과나 방역과나 위생과나 이 사람들하고 협의해가지고 "이게 괜찮겠냐?" 이렇게 해가지고 하죠. (G씨/남/2016년 탈북/위생의사)

방역소라는 건 그런 예방, 그다음에 위생사업 이런 걸 하거든요. 그걸 하는데 북한은 10호 검진이라는 게 있어요, … 10호 검진 어떤 사람들 하는가? 첫째 식당, 그다음 병원들, 그다음에 무슨 이런 대중관리를 하는 이런 데, 그게 뭔가 하면 예를 들어서 식당 같은데 결핵환자라든지 간염환자라든지 이런 건 못하기 때문에 병원에서, 그다음에 방역소에 가서 내가 이런 게 없다 해야, … 식당 같은 것도 일주일에 한 번, 한 달에 한두 번씩 검열 나가요. 너 소독 제대로 하는가, 이런 식기 제대로 닦는가, 이거 제대로 닦는가, 이거 뭐 위생복 착용하고 했는가, 이걸 안 하게 되면 무조건 정지를 해요. (J씨/남/2016년 탈북/리 진료소장)

3. 북한 의료서비스의 구성

현재 북한 의료체계의 가장 뚜렷한 특징 중의 하나는 무상치료제로 국가가 모든 보건시설과 장비를 소유하고 있으며, 의료 인력 또한 국가가 직접 고용하는 방식으로 이루어진다(신희영 외, 2016). 여기에 북한은 호담당 의사에 의한 의사담당구역제를 근간으로 하여 1~4차에 이르는 보건의료 서비스 전달체계를 행정구역의 위계에 따라 설치하고 있다. 그리고 별도로 결핵 및 간염관리체계가 구축되어 있다. 북한 의료기관의 급수는 남한에서와 같이 병상수가 기준이 되는 것이 아니라 행정구역의 위계에 따라 구별되며 지역의 인수 등에 따라 각 차수별 의료기관의 규모는 다소 차이가 있다(앞의 〈표 2-5〉 참조).

[그림 2-4] 북한의 보건의료서비스 전달체계

자료: 황나미, (2014), p. 4.

그리고 북한의 철도, 광산 등의 산업영역은 기업소가 전국적으로 분포되어 있고 북한 경제에 미치는 영향이 매우 커서 독립적인 의료기관을 운영한다.

그런데 문제는 앞서 의약품의 시장화가 매우 광범위한 것을 살펴보았듯이 의료서비스의 이용에도 시장화의 요소가 반영되어 경제적 능력에 따라 받을 수 있는 의료서비스의 격차가 나타나고 있다.

가. 1차 의료

대중교통 수단이 부족하고 도로가 적음에 따라 지역 간 이동이 매우 어려운 북한의 상황상 환자들을 치료하고 생명을 구하기 위해 가장 중요한 것은 1차 의료기관이다. 북한에서는 진료소, 종합 진료소, 리 인민병원들이 1차 의료기관으로서의 역할을 수행한다. 진료소는 “주로 작은 농어촌에 위치하며 1~2명의 의사와 간호사가 근무하는 최소단위의 의료기관”이다(이철수 외, 2017, p. 98). 진료에서의 역할과 범위가 약간 다르나,

지역사회와 밀접해 있는 지리적 위치, 인력 및 규모의 측면에서 남한의 보건소와 비슷하다고 할 수 있다. 종합진료소는 규모면에서는 리인민병원과 비슷하고, 리·동 단위에 위치한다. 지역에 따라 차이는 있으나 의사 4~5명이 근무하고 내과, 외과 및 소아과 진료가 가능한 것으로 알려져 있는데(김미정 외, 2012, pp. 43-44) 이번 질적 조사에서는 그보다 규모가 큰 의사 5~10명 정도의 종합진료소도 있는 것으로 확인되었다. 기존의 리·동 진료소를 통합하여 규모가 큰 종합진료소로 재편한 경우가 있는 것으로 보이며 이 경우 리 인민병원과 큰 차이가 없는 규모인 것으로 추정된다.

> 종합진료소, 동진료소 말고. 종합진료소라면 벌써 좀 범위가 큽니다. … 여기 4개 동을 합해서 하나 진료소에서 나옵니다. 하나 진료소 그런데 베드는 없어요. 침대는 없고, 침대는 없고 그냥 과가 내과, 외과, 소아과, 그다음에 우리 부인과, 그다음에 실험실, 그다음에 접종과라는 게 있습니다. 접종과라는 거.(K씨/여/도 산원 조산원)

> (ㅁ군 ㄱ병원 공장 진료소는 어느 정도 규모였어요?) 저희 진료소 있고, 그다음에 분소라 해가지고 공장이 워낙 ㅁ광산이 크니까 그걸 채광이랑 저희 채광 진료소랑 저희 구내 진료소에서 이렇게 두 개로 나눴는데, 저희 진료소에도 ㄱ진료소랑 ㅅ진료소 해가지고 또 가지로 나눠 있거든요. 근데 진료소는 규모는 크지 않고 인원이 24명, 6명 정도 의사, 간호사 다 합쳐서. 그중에 의사가 한 10 몇 명. 간호사, 아니 의사가 한 8명 정도. 간호사가 또 8명 정도. 그다음에 자격이 없이 지금 통신대학 다니시는 분들. 그런 분들이 또 한 4명 정도 계시고. 그리고 보철사. 보철사는 2년제를 졸업하면 보철사 하거든요. 이빨 만드는 사람들. 그런 사람들 한 3명 정도… 외래가 2층짜리가 하나 있고, 그리고 입원병동이 4층짜리 하나 있고, 그리고 소소하게 식당, 이런 그다음에 이런 온실, 저희 이런 뭐지, 그런 행사랑 진행을 하는 회의를 진행하는., 49호병동. 정신과

> 그런 거 따로 밖으로 나와 있는 그런 게. 결핵병동도 그 안에 있지 않고 밖에 어디 다른데 외지에 나와 있거든요. (B씨/여/2016년 탈북/인민병원 간호사)

리인민병원은 "농촌의 리 단위 인구규모에 따라 위치하며, 이 역시 지역별 차이는 있으나 10명 내외의 의사가 근무하고 진료과목 및 규모는 내과, 외과, 소아과, 산부인과, 구강과, 고려치료과(일부), 이비인후과(일부), 혈액검사실" 등이다(이철수 외, 2017, p. 98). 그밖에 기업소의 규모가 클 경우 기업소 내에도 진료소를 두며, 철도, 광산 등 주요 산업영역에는 중앙으로부터 위계화된 의료기관들이 있고 작업장 규모에 따라 말단에 진료소가 설치되어 있다.

종합진료소나 기업진료소 이외의 리·동 단위의 진료소는 별도의 과 구분이 없이 주로 기본적인 의료상담과 진단, 호담당 업무를 수행한다.

> 저희는 의사선생님이 여기서처럼 전문의가 돼 가지고 내과의는 내과만 보는 게 아니고, 그냥 저희가 과가 있어도 저희가 보는 환자들은 그 과에 찾아오는 게 아니고 의사선생님이 외과도 볼 수 있고 내과도 볼 수 있고 소아과도 볼 수 있고 산부인과도 볼 수 있고 다 하거든요. 임상하면. 그러니까 정확하게 내과, 외과 구분이 없이 하루에 근무제식 이렇게 돌아가면서 그냥 한 선생님이 모든 거 다 보는데, 대체로 보면 우리는 거기에 일하다가 1차적으로 사고당한 환자들 오면 1차 구급 대처를 해가지고 병원에 파송하는 그런 거. 그다음에 이런 일반적으로 내가 감기 걸려서 시간에 맞춰서 주사를 맞는 환자들, 그런 환자들이 찾아와서 하고. 그다음에 저희 진료소를 침을 잘 놓는 의사선생님이 있었거든요. 침 부황으로, ...저희는 다해요. 임상을 하면 동의 고려과도 하고, 신의학도 하고 다해요.(B씨/여/2016년 탈북/인민병원 간호사)

사실, 북한의 1차 의료서비스는 1차 의료기관에 의해서만 이루어지는 것이 아니라 기본적인 구역 담당제(호담당제)에 의해 이루어진다. 의사구

역 담당제란 의사별로 일정 구역 내 환자를 책임지도록 하는 제도로서 시·구역 병원, 공장병원, 군 진료소, 종합진료소 등 대부분의 병원에서 근무하는 의사들이 이 사업을 직접 맡아서 하고 있다(문옥륜, 1995). 구역 담당 의사들은 "환자에 대한 기초적인 처방과 치료뿐만 아니라 구역 내의 위생관련 홍보(위생선전),예방접종, 및 검진, 만성질환자 관리 등의 업무"를 수행한다(이철수 외, 2017, p. 99),

> 종합진료소는 호 담당제예요. 저는 호 담당제 의사인데요. 호 담당제라는 게 뭐인가 하면 유엔 보건기구 있잖아요? 거기서는 의사 1인당 120세대를 맡아보기로 그렇게 돼 있어요, 120세대. 원래는 5호 담당제라 해가지고 배정돼 나가면 5호, 5세대 당 의사 1명이 보는 걸로 돼 있잖아요. 근데 거기는 120세대를 의사 1명이 보기로 됐는데 의사가 일하는 게 많지 않아요. 제가 보는 세대만 한 250세대는 될 거예요. … 오후에 나가서 전염병 있는가도 검진해 주고 만성환자들 관리 좀 해주고. … 만성환자 다 관리해 주고. 그리고 위생선전도 하고 그렇게 해가지고 … 시간에 들어가요. (C씨/여/2016년 탈북/호담당 의사)

> 호담당 의사가 그다음에 뭐 구역병원 의사나 하는 게 현장에 나가는 게 파라티푸스 백신을 놔줘야 될 때, 예방주사를 놔줘야 될 때 집마다 두드리거든요. 두드려서 들어가서 놔줘야 되고, 장부가 있어 가지고 그거를 내 호담당 환자면 내 장부가 다 있어야 되거든요, 반마다. 그래서 그 사람들을 놔서 체크를 해서 한 사람도 누락 없이 만드는 게 제 임무고요. (E씨/여/2016년 탈북/내과의사)

호담당의사제가 갖는 의의는 주민들의 만성적 질환을 비롯한 건강관리의 책임을 특정하여 부여함으로써 질환의 발생을 예방하고 조기에 의료적 개입이 가능하도록 한다는 점에 있다.

> 만성화는 관리방법이 있어요. 등급이 있어요. … 1등급, 2등급, 3등급. 건강한 자는 몇 번 가야 된다, 그다음 어떻게 한다, 몇 번 가야 된다, 다 호 담당의

사는 그거 딱 끼고 있어야 돼요. 그래야 이제 환자방문 들어오면 이 환자는 몇 등급에 속하기 때문에 주마다 한 번 가봤다, 분기마다 한 번 가봤다, 이렇게 우리는 기본관리단이에요. 그리고 군 급부터는 실제로 치료하는 단위예요, 군 급부터는. 중환자는 입원시켜서 관리하지만 일반 평민은 다 호 담당하고 진료소에서 있잖아요, 호 담당의사 몫이에요. (C씨/여/2016년 탈북/호담당 의사)

위생선전 제목이 떨어져요. 제목이 도에서부터, 도에서부터 군에서부터 도, 군. 이번 달에 뭐해야 된다는 게 다 우리한테 떨어지고, 그다음 진료소에서 이번 주 계획이 있어요. 무슨 위생선전을 해야 된다는 거. 그러니까 진료소, 군, 도, 세 개로 맡아가지고 내가 1인당 계획을 세워요, 위생선전 계획을. 원내 위생선전 수첩이 따로 있고, 또 인민반 위생선전 수첩이 따로 있어가지고 계획을 두 개 다 잡아놔요. 그래서 수첩에 사인 받아요. … 대체로 겨울에는 있잖아요, 조류독감을 미리 막자. 신형독감을 미리 막자. 에볼라 … 미리 막자. 중동호흡기 증후군을 미리 막자. 신종호흡기 감염병을 미리 막자. 그다음에 감기를 미리 막자. 겨울철 위생을 잘 지키자. 뭐 이런 거, 기관지염을 미리 막자. 기관지염 때 대책. 기침할 때 무슨 대책. 열날 때 무슨 민간요법. 이런 걸 쭉 겨울에 대체로 나가고. 그다음 봄처럼 계절이 바뀌고 또 감기가 들잖아요. 여름에는 또 물도 끓여 먹자. 설사 … 미리 막자. 이런 걸 … 새벽에도, 딱 위생선전 있잖아요? … 그걸 하라고 할 때 있어요. 그땐 검열 들어오고 이럴 때는 새벽하고 저녁에 막 모아놓고.… 인민반 선전은 주에 한 번 하기로 돼 있어요. 근데 주에 한 번 못 나가고 한 달에 한 번 나가요. (C씨/여/2016년 탈북/호담당 의사)

특히 전염병 발병 시에는 호담당 의사를 통해 전국적으로 대대적인 교육과 위생선전이 이루어진다.

우리 그런 병만 터지면 우리가 잠 못 자요. 도에서부터 병이 터지지 않았어야 조용하고 무슨 설사라도 좀 약간 돌아온다 하면. 그다음 비올 때 우리가 잠 못 자요. 신종독감 걸리네, 조류독감 걸리네, 중동호흡기 감염, 에볼라 그래서 …

가지고 그런 거 가지고 새벽부터 저녁까지 그런 병이 돌까봐 벌써 계속 돌아다녀요. (C씨/여/2016년 탈북/호담당 의사)

호담당 의사가 책임지는 가구의 수는 일정하지 않는데, 지리적으로 산재되어 있는 마을이거나 한 경우에는 상대적으로 적은 수의 가구를 담당하고 시·도 병원에 속한 의사들의 경우에도 적은 수의 가구만 담당하는 것으로 보인다. 기업소 병원에 속한 의사들도 기업소 인근 마을의 일반 가구를 담당한다.

5개 호동을 맡아요. 그러면 한 아파트가 1개 호동이거든요. 그 1개 호동이 5개 층이거든요. 5개 층이고 한 층이 25세대거든요. … 한 400가구. 왜냐면 제가 있을 때는, 원래 이게 두 사람이 맡아야 되는 건데 의사가 없어서, 나와서 일하려고 하는 의사는 없거든요, 별로. 장사해서 벌어먹어야 되니까, 의사가 없어서 막 이렇게 몰아서 하거든요. (E씨/여/2016년 탈북/내과의사)

호담당이 각양이에요. 리마다 다르고 지역마다, 예를 들어서 여기로 말하면 개신리다. 개신리도 이쪽 골짜기 들어가면 좀 한 거진 10리씩 열한 분 있단 말이에요. 그리고 어떤 데는 또 마을에 그 개신에 진료소 가까운 데 또 많단 말이에요. 그러니까 저기는 할 수 없어서 10명이 혼자 담당하라, 거리 멀고 그러기 때문에. 여기처럼 무슨 버스 있는 게 아니라 그저 그렇게 걸어 다니기 때문에, 그러니까 그거는 얼마씩이라는 그 규정 없어요. … 배치를 하면 그래 되는 거죠. (J씨/남/2016년 탈북/리 진료소장)

(의대병원은 그러니까 이렇게 호담당 의사들은 아예 없나요?) 내가 수술장이라고 하면 우리 담당 위생인민반이 있어요. 한 주에 한 번씩 금요일 날에는 그 인민반이 나와서 또 인민반 모아놓고 위생선전하지. 유행성 간염 예방하자면 어떻게 하라 이런 거, 해충구제 내일부터 하는데 뭐 어떻게 하라 이런 거. … 우리 같은 경우는 우리 과가 간호원 13명이랑 의사 2명, 그래서 15명 그런데

3개 인민반. … 우리는 도(道)병원이 ㅇ동에 있었으니까 주로 연봉1동 그 … 가까이 있는 거기만, 그러니까 도마다 다 맡는 것 같아요. 진료소도 맡고, 뭐 … 진료소나 이런 진료소도 있거든요. 그 사람들도 맡고, 그래서 하여튼 체계는 다 맡게 이렇게 된 것 같아요. (A씨/여/2017년 탈북/수술실 간호장)

(ㄱ기업소병원) 가구수로 하면 1개 인민반이 한 50가구예요. 45이든지 50이든지 … 2개 인민반을 맡았어요, 2개 인민반을. 100호 정도. (H씨/여/2016년 탈북/호담당 의사)

도(道) 산원도 동을 담당하는 데 있습니다. 도산원도 2개 동을 담당한단 말이에요. … 자기 구역을 담당합니다. (K씨/여/도 산원 조산원)

1차 의료기관의 경우 이렇게 기초적인 보건의료서비스를 제공하는 것 이외에는 수술이나 처치를 제공하기 어렵기 때문에 주민들은 가장 기초적인 상담이나 직장에 병가를 내기 위한 증명서 발급을 위해 1차 의료기관을 이용한다.

주민구역을 담당하는 진료소들이 또 있거든요. 그 진료소들은 진짜 일이 많아요. … 지역주민들. 진단서를 떼러, 그러니까 직장 다니는 사람들도 자기 담당 구역 진료소에서 진단서, 내가 어디 아파서 3일 동안 출근을 못했다하면 그거에 대한 진단서를 떼야 되거든요.(B씨/여/2016년 탈북/인민병원 간호사)

나. 2차·3차 의료

1) 2차 의료기관

2차 의료기관은 "도 단위 내의 시인민병원, 광역도시의 구역인민병원, 지방도시의 군인민병원이 해당"한다(이철수 외, 2017, pp. 98-99).

2차 의료기관부터는 수술과 입원이 가능하기 때문에 이에 필요한 최소한의 설비를 갖추고 있으며 입원실도 진료과별로 마련되어 있다.

> 준종합병원, 여기로 말하면 준종합병원처럼 그 정도급, 그러니까 의원급은 아니고 준종합병원급이라서 내과, 소아과, 외과 하면 그냥 외과가 있어요. 내과 하면 그냥 내과만 있어요. 거기에서 소화기 다 보거든요. 그러니까, … 산부인과, 안과, 구강과 다 있습니다. 100%, 간염과, 모든 과가 다 있습니다. 실험실까지, 그러니까 여기에서 말하면 피검사실처럼 그러니까 검사실까지 다 구비됐고, 뭐 물리치료실 뭐 치과 다 있고, 안과, 안이비인후과, 여기에서 말하면 한의원이죠. 저희는 동의과, 동의과 해가지고, … 저는 내과에서 일했는데 내과의사가 7명 정도 되거든요. (기업소 병원 직원전체는) 120명인가? … (옮기신 ㅅ구역병원은 어느 정도였나요?) 비슷합니다. 우리가 구역병원급이 됐으니까. (입원실 규모 혹시 기억하세요?) 저희 내과는 병실이 4인실이거든요. 4인실인데 5, 6, 7, 8, 9, 10호까지 있었지. 조그만 병실까지 해서, … 내과에만 10호, 외과도 그 정도 되고요. 산부인과 같은 경우는 4개? 침대는 한 20개. (E씨/여/2016년 탈북/내과의사)

> (군병원) (산부인과 병동에는 입원실이 몇 개 있어요?) 입원실 있어요. 입원실이 산과, 부인과 해서 ㅇ병원에 있을 때는 8~9개 정도였고 제가 ㅇ군에 갔을 때는 4개였어요. (F씨/여/2016년 탈북/산부인과 의사)

그러나 1차 의료기관에는 의료기기가 거의 없기 때문에 2차 의료기관에서 수술과 진단의 업무를 주로 맡고 있을 뿐이지 시·군·구역급 병원의 의료기기도 충분하지는 못하다. 따라서 2차 의료기관에서 맡기 어려운 암과 같은 중병의 경우 3차 의료기관에서 담당하게 된다. 다만 2차 의료기관의 경우 전문과별로 나뉘어 있어 의사들의 해당 질병에 대한 숙련도는 높은 편으로 보이고, 수술 경험이 많은 의사들도 있어 환자들이 신뢰하기도 한다.

2) 3차 의료기관

3차 의료기관은 통상 도 인민병원이라고 불리는데 북한의 3차 의료기관은 직할시·도에 설치된 의학대학병원이 대표적이다. 앞서 살펴본 바와 같이 11개의 의학대학이 있는데 각 의학대학에는 부설 병원이 있어 해당 도의 가장 상위 의료기관으로서의 역할을 수행한다. 3차 의료기관은 1·2차 의료기관에서 수술할 수 없는 경우에 주로 이송되는 기관이기 때문에 입원환자가 주를 이룬다. 이밖에 도급 의료기관으로 산원(산부인과 전문병원), 임상병원(내과병원), 고려병원, 소아병원, 구강병원(치과병원), 안과병원, 구급병원 등이 시·도에 따라 부분적으로 설치되어 있다.

> 산원, 도산원이 생겼습니다. … (ㅎ시에 새로 생긴 도산원은 의사가 몇 명 정도 있었나요?) 어디 보자. 침대가 한 50개 됐습니다. (K씨/여/도 산원 조산원)

> 도 ㅎ병원도 있고 임상병원이라는 게 또 있어요. ㅊ시에는. … 내과병원이에요, 임상병원이라는 게. 그렇고. 또 고려병원이라는 것도 있고, 그다음에 이런 부분별로 도 소아병원도 있고, 도 산부인과도 있고, 도 구강예방원도 있고, 신경병원도 있고, 결핵병원도 있고 다 있어요, 도에 가서. … 다 따로따로. … 다 있죠. … 도 병원이 있고, 그다음에 세분화 돼서 또 내과별로 간염 예방원, 결핵 예방원 다 있어요. 도에 분할해 가지고. (C씨/여/2016년 탈북/호담당 의사)

보통 3차 의료기관은 2차 의료기관에서 할 수 없는 고난도의 수술이 필요하거나 정밀한 검사가 필요한 경우, 환자의 상태가 위중한 경우 이송된다. 그리고 도 내의 시·군·구역급 의료기관에 의료기술을 전수하는 교육적인 역할도 수행한다.

> 지방에서 갈 때는 삼태아만 가고, 그다음에 우리 군 … 임산부가 고위험이다. 정말 못한다 하는 거는 도 산원에 보내요. 매 각 도마다 산원이 다 있거든요.

양강도, 함북도, 평안도 매 도마다 다 있어요. (F씨/여/2016년 탈북/산부인과 의사)

예전에는 초음파 검사 때문에 대학병원을 갔죠. … 도(道)원이나 대학병원 가면 말씀하신 대로 내시경도 다 있고, 심전도도 할 수 있고, 어쨌든 다 할 수 있으니까. (D씨/여/2016년 탈북/산부인과 의사)

도 산원은 규모가 좀 커요. 그거는 수술실도, 한 제가 그때 가서 경막외마취 우리는 도 산원에서 전수했거든요. 그때 보니까 수술실도 크고. … 제가 도 산원 제1수술실에 들어갔는데 거기 수술장 배치도가 수술대가 5개 놓여 있어요. … 방 하나에 수술대가 5대 놓여 있는데 거기에서 제1수술대에서 뭐 근종수술을 한다든가 그다음에 또 그다음한테, 그다음에는 무슨 경부 이런 원추절제를 한다든가 뭐 어쩐다든가 다 그렇게 해요. 들어가서 이렇게 자기, 군하고는 비교 못해요, 도산원은. 건물도 거기 한 거의 7~8층 층수인데 커요, 호실도 크고. (F씨/여/2016년 탈북/산부인과 의사)

3) 2·3·4차 의료기관으로의 파송

원칙적으로 2·3·4차 의료기관을 이용하기 위해서는 하위 의료기관의 파송증이 필요하다. 그러나 북한이탈주민들의 증언에 따르면 파송증이 없더라도 인근 주민들이 고통을 호소하면 진료를 거부하지는 않는다고 한다. 다만 북한에서는 이동이 자유롭지 않기 때문에 거리가 먼 상급 의료기관을 이용하기 위해서는 파송증이라고 하는 상급의료기관으로의 의뢰를 증명할 수 있는 서류가 필요하다.

그게 절차가 어떠냐면, 저희가 진료소에서 '이 환자는 우리 진료소 단계에서 보지 못한다' 이러이러한 문제가 있다고 파송증을 저희가 군 병원에 이렇게 보내는 이런 쪽지가 있어요. … 그걸 군 병원에 가지고 가면 그다음에 군 병원에서

그걸 보잖아요? 군 병원에서도 '이거는 우리 단계에서 할 게 안 된다'면 도 병원에 파송증을 또. 그 절차가 있어야 도 병원에 입원할 수 있고, 그다음에 또 도 병원에서 안 되면 중앙 병원 가고. (B씨/여/2016년 탈북/인민병원 간호사)

내가 위 앓는데 아래 지방병원에서는 위암이다 이런 소리가 있으면 이 환자는 지방병원 믿기 그렇단 말입니다. 그러니까 어떻게든 큰 병원 끝까지 가보려고 하니까 후송증 떼어달라고 하면 교환병역서 떼어줘요. … 그러니까 1호 2호 3호 이렇게 3장 같은 게 있어요. 그러면 군에서 1호라고 해서 거기 병원에 올려 보내죠. … 군이 1호고 그다음 우리 병원 2호고, 우리가 또 거기에서 해서 상급병원인 평양이나 큰 병원에 그렇게. (A씨/여/2017년 탈북/수술실 간호장)

그러나 3차 의료기관에서 수술 등을 통해 치료받고 완치되는 것이 쉽지는 않은 것으로 보인다. 또 지역을 이동하고 입원 시 환자의 섭식과 간병을 모두 가족이 책임져야 하기 때문에 경제적으로 여유가 있지 않으면 상급 의료기관을 이용하기가 어렵다.

근데 중앙 병원까지, 도 병원, 중앙 병원까지는 진짜 형편이 좋은 사람이 가거든요. 평양까지 가려면 돈이 너무 많이 드니까. 그렇게 하고. 그다음에는 일부 진짜 도 병원에서 치료를 받아야 된다, 큰 병원에서 치료 받아야 된다 하는 사람들은 이런, 그런 단계를 또 훌쩍 뛰어넘어서 돈이 있으니까 그냥 … 병원에 가서 거기하고 이렇게 해가지고 입원하는 방향도 있고. 근데 대체로는 그런 절차로 이렇게 건너건너서 가요. (B씨/여/2016년 탈북/인민병원 간호사)

(암수술 정도의 큰 수술이면 군 병원에서 해결이 가능한 거예요? 아니면 도 병원 가야 되는 거예요?) 도 병원 가야 돼요. (그러면 군 병원에서 어느 정도까지 되나요?) 우리는 그러니까 우리 북한은 기술이 좀 발전 못 해 가지고 암은 조기에 적발 못 해요. 그러니까 대체로 말기 있잖아요, 말기 가서 적발되고 나니까 도 병원까지 가서도 손이 없는 그래요. 우리는 그저 모르핀 있잖아요? 죽을 때까지 모르핀은 무상으로 공급해 줘요. (C씨/여/2016년 탈북/호담당 의사)

3차의료기관은 주로 경제력이 있는 사람들이 이용하며 처방도 상대적으로 고가의 약제를 써서 이루어진다. 그렇기 때문에 대학병원에서의 치료가 부담스러워서 다시 2차 의료기관으로 오기도 하는 것으로 파악된다.

> 대학병원에 있다가 저희 병원으로 오는 환자들도 있어요. 왜냐면 대학병원에서 버틸 수가 없어서. … 다 고가 약을 사오라고 하는데 … 그걸 사댈 수 없으니까 저희 병원에 오면 그나마 링겔도 사서는 안 맞거든요. 대학병원은 오히려 링겔도 사서 맞거든요. 왜냐면 부작용을 없애야 되겠으니까, 대학병원은. … 좋은 약은 많다고 하거든요. … 저희 동기한테. 어떤 링겔이냐 했더니 그러니까 미네랄 성분이 들어간 링겔, 구역병원은 5% 포도당이나 식염수밖에 생산을 못해요. (E씨/여/2016년 탈북/내과의사)

또 북한에서는 정기적으로 의료행위의 적절성을 상위기관에서 평가하고 이를 총화하여 자기비판하도록 하는 과정이 있기 때문에 적절하지 않은 대상자에게 파송증을 발급하지는 않는다.

> 이게 평양 가면 또 할 수 있겠는가 해서 갔다가 사망된 것도 있고. 그다음에 아동병원 있잖아요? 거기 아동병원에 가는 사람들도 있고. 그다음에 적십자병원 있잖아요? 거기에 대체로 암환자들이 좀 가죠. … 그거 자기네도 그 대상이 돼야 써주지 안 써주죠. 그러면 대상이 안 돼서 안 써주면 본인이 평양에 무작정 가는 것도 있죠. 무작정 가면 그다음에 거기 가서 자기네 선 놔 가지고 보고. 그러니까 우리가 도에다 파송증 보내잖아요? 아무 사람만 보내지 않아요. 내가 가겠다 하면 다 보내주지 않아요. 보고, 그것도 우리는 다 일률적인 체계 아니에요. 그럼 도에서 도에 가면 또 군 위원장들이 모여서 회의해요. 원장, 초급당 비서가 도에 가서 회의해요. 그러면 '너네 병원에서 이러이러한 파송한 거 왜 늦게 보냈니, 빨리 보냈니.' 이거 다 도에서 또 총화하는 거예요. 그거 총합해서 총화를 짓기 때문에 도에 가서 파송 잘못해 가지고 거기서 숱한 비판을 받고 거기서 욕먹잖아요, 그러니까 딱 보내야 될 대상을 딱 보내는 거죠. (C씨/여/2016년 탈북/호담당 의사)

다. 4차 의료

4차 의료기관은 3차 의료기관에서 치료가 어려워 의뢰되어 온 환자를 치료한다. 주로 평양지역에 소재하여 있는데 조선적십자종합병원, 평양산원, 김만유병원 등이 전국에서 모여든 치료가 어려운 환자들을 진료한다. 또 평양의과대학병원은 북한 전역의 의료 인력들을 상대로 최신의 의료기술을 전수하고 재교육하는 핵심기관으로서의 위치를 차지하고 있다.

이러한 병원들 외에도 각 진료 과목별로 연구를 병행하는 4차 의료기관이 있는데, 평양의 종양연구소, 내분비연구소, 피부병연구소 등과 청진과 함흥의 임상의학연구소가 있다(신희영 외, 2017, p. 32).

그리고 특권층을 위한 봉화진료소, 장수연구소가 평양에서 운영되는 것으로 확인된다.

> 아픈 간부들은 봉화진료소 … 라는 게 있어요, 남산병원. … 예. 봉화진료소라고 그러니까 북한에서 제일 큰 그런 병원이지. … 봉화진료소, 그러니까 그거는 남산진료소 같은 거는 가족들, 봉화진료소 대상 가족들 보고, 그다음 봉화진료소는 뭐 위에 중앙당, 정무원 뭐 거기도 급수 있는 거 같아요. 그렇게 하고, 그다음에 기본 뭐 여기에서 말하면 대통령 이런 분들은 또 장수연구소 가서 따로 보고, … (A씨/여/2017년 탈북/수술실 간호장)

라. 응급의료

북한의 도 단위에는 응급의료를 전담하는 구급병원 또는 구급병동을 운영하고 있다. 평양시의 경우 지도를 통해 문수2동에 위치한 시 구급병원을 확인할 수 있다. 그 밖의 시·도에 구급병원이 별도로 설치되어 있는 경우는 확인되지 않지만 도 병원에 별도의 구급병동을 설치하고 있는 것

은 확인되고 있다. 그리고 진료소와 병원에는 최소한의 야간 당직 근무자를 배치하여 응급환자를 맡도록 하고 있다.

> (공장 진료소는 낮에만 하는 거죠? 외래죠, 일종의?) 밤에도 근무서요. 밤에 24시간 가동이에요. … 의사 1명, 간호사 1명, 그다음에 구급소들 의사, 가지로 뻗어나간 구급소 의사들 1명씩 1명씩 해서, 구급소는 1명씩하고 저희 본 진료소는 2명씩 의사 간호사 해가지고 24시간 근무 서고 다음날 하루 쉬고 그렇게. 네. 병원도 진료소도 다 24시간 해요. 24시간 근무 서는 게 원칙이에요. (B씨/여/2016년 탈북/인민병원 간호사)

북한출신 의료인의 증언에 따르면 도 병원(의학대학병원)의 구급병동은 건물은 독립적이지만 주간에 다른 소속과에서 진료하는 의사들이 야간에는 돌아가면서 구급과에서 근무하는 것으로 보인다. 도 병원에는 별도의 구급차와 운전수를 배치하고 있다는 점에서 시·군·구역병원보다는 좀 더 나은 구급의료를 제공하고 있는 것으로 보이지만, 야간 수술 등이 활발하게 이루어지지는 않는 것으로 파악된다.

> 원 우리 건물과 떨어져 있어요, 독립으로. 그러니까 구급과 보고 전과라고 하는데 거기에 준의, 의사 이렇게 한 4명 5명 있어요. 그러니까 그 사람들이 근무지를 이렇게 하루에 3명 교대로 해서 그 지키는, 구급환자는, 그러니까 주로 낮에는 그 사람도 뭐 할 일이 없는 것 같아요, 다 본과에 가고. 저녁에는 그 환자들이 뭐 충수염 환자 왔다면 구급과부터 가거든요. 그러면 그 의사가 거기에서 간단한 실험검사 해서 무슨 충수염이라면 … 검사를 해서 올라가면 이게 충수염 같다 하면 복부외과 의사한테 데리고 가요. 그러면 밤에 또 근무 서는 선생이 있으니까, 그런데 근무 서는 선생이 하나니까, … 그러니까 수술하자면 의사 2명 이상 돼야 수술하거든요. 혼자는 수술하면 또 그거는 월권행위 하게 되죠. 그러니까 2명 이상 하면 가까이 있는 선생님들 이렇게, 우리는 전화라

는 게 잘 없었으니까, 집에 전화가 없으니까 병원에는 있는데. 간호원 시켜서 가서 데려다가, … 환자 측이랑 주소 대줘서 데려다가 수술하고, 그래서 밤에 수술이 2건, 어떤 때는 1건, 없을 때도 있고 많을 때도 있고. … 구급차 대기하는 운전수들이 있어요, 우리 의대병원이. 승용차보다 조금 크고 4명 5명 타는. … (차에) 별다른 장비같은 것은 없고 (A씨/여/2017년 탈북/수술실 간호장)

그밖에 시·군 단위 이하의 지역에서도 응급의료체계가 기본적으로 요구되나 북한의 사회인프라 부족 등이 원인이 되어 대부분 지역에서는 별도의 응급의료 시스템은 작동하지 않고 있다. 특히 북한은 이송이 문제가 되는데 구급에 필요한 차량을 보유하고 있지 않거나 있더라도 이용이 원활하지 않다. 많은 경우 개별 기업소가 보유한 자동차나 개인이 보유한 운송수단을 활용하여 규모가 큰 병원으로 이동하고 있다.

구급차라고 병원에 1대 있는데 그게 구급차로 이용이 잘 안 되는 거예요. 병원장님이 쓰시고요 (B씨/여/2016년 탈북/인민병원 간호사)

급한 환자가 오면 우리 진료소에서 보고 진료소 단계에서 처리 못하면 군병원에 보내죠. (군 병원 갈 때는 차 같은 게) 그런 거야 없죠. … 보통 파송증을 우리가 해주죠. 우리가 써주면 환자 본인이, 알아서 이런 데를 끌고 가든지 뭐 그러죠. 거긴 차가 아직은. 군 병원은 구급차 1대 있어요. … 환자가 있으면 다 도와줘요. 차 있는 데는 차로, 기업소에서라도 가져가서 이 사람이 차가 필요하다 하면 차로 가져가고, … 다 일하잖아요. 만약 일 안 하면 사무소라도, 그러니까 다 소속기관이 있어 가지고 급하다면 그렇게, 방치해 두는 건 없어요. … 군 병원 구급차는 여러 가지 있어요. 오토바이도 있고, 그다음에 바퀴 하나 짜리도 있고 그다음에 이런 라구방 있잖아요? 라구방이라면 잘 모르겠다. 한 두세 명 타는 차 있잖아요? 한 4명 정도. 그런 차 있어요. (C씨/여/2016년 탈북/호담당 의사)

저는 내과에 있을 때 … 폐렴 환자인데 신장 천식까지 이렇게 중복이 돼서 온 환자인데 그 환자가 들어왔다가 3일 만에 저희가 옮기라고 했는데 저희는 구급차가 있기는 있지만 뛰지 못해요. 병원이 그걸 운영할 정도의 그게 없으니까, 그래서 환자분을 옮기라고 했거든요. 그래서 의뢰서를 다 해서 같이 가라고 하는데 환자 자체가 옮길 수 있는 여건이 못 돼서 그냥 저희 병원에서 돌아가셨어요. (E씨/여/2016년 탈북/내과의사)

마. 비공식 의료서비스의 이용

북한의 의료전달체계는 앞서 살펴본 바와 같이 설비는 부족하지만 지리적으로 매우 잘 갖춰져 있는 상태이다. 그런데 탈북의료인들의 진술에 따르면 상당수의 1차 의료기관은 제대로 의료서비스를 제공할 수 없는 상황에 놓여 있으며, 이는 의사들에 대한 임금이 제대로 지급되지 않기 때문으로 보인다. 이런 상황에서 주민들은 뒷방의사, 작대기의사라고 하는 비공식 의료인들과 시장에서 임의로 구입하는 의약품, 그리고 구전되는 민간요법에 주로 의존하고 있다.

잘 갖춰진 의료전달체계가 제대로 작동하지 않게 된 것은 의사에게 생활이 가능한 임금이 지급되지 않은데서 출발한 것으로 보인다. 의료에 전념해야 할 의사에게 생활이 가능한 임금이 지급되지 않자 일부는 시장에서의 의약품 판매 등으로 빠져나가고 남아 있는 의사들도 환자로부터 대가를 받지 않으면 생활하지 못하는 딜레마에 빠진 것이다.

그러니까 이제 월급은 국가에서 주는, 노예, 노예 임금이고, 사실 임금 받으면 노예가 아니지만 어쨌든 그래요. … 그리고 뭐 일반의사들 같은 경우에는 환자들 대상하면 이제 뭐 제일 작게 잡아서 담배 한 갑 정도, 좀 많으면 좀 더 크게 많은 것, 어쨌든 담배 같은 것도 한 달 동안 모아두면 그게 또 돈이 되거든요. 잘 버는 의사들은 뭐 어떤 날은 뭐 한 200불 300불 정도 그 이상도 받고. (G씨/남/2016년 탈북/위생의사)

내가 좀 무슨 장사에 소질이 있다 하게 되면 그냥 뭐 약 팔든지 뭐든지 해가지고 의료인들이, 의사 간호사들이 약을 팔아서 그 동안 돈 벌어서 어떻게 한다든지 아니면 나는 진료가 자신 있다. 또 고정환자들이 많다 하게 되면 그런 환자들 또 그 동안에 전문적으로 치료해주고 또 돈 받고 이렇게 … 다 요즘 북한도 전문화 돼 있어요. 약초꾼은 전문 약초만 캐고. (G씨/남/2016년 탈북/위생의사)

고난의 행군이 시작돼서 병원이 다 문 닫게 됐어요. 그래서 병원에는 출근을 하는 이름뿐이지 그다음부터 출근들도 모두 못하고 병원에 약 하나도 없고 하니까 몽땅 문을 닫았거든요. 그래서 그때부터는 제가 이미 일하던 무산광산병원에다 이름을 걸어놓고, 이름을 걸어놓고 제가, 그러니까 결국 여기에서 얘기하면 외래치료라고 봐야 될까요? 그러니까 병원에는 약도 없고 치료 대책도 없고 하니까 우리가 집에 나앉아있으면 환자들이 다 집으로 찾아오거든요. 그래서 집에서 외래치료를 하다가, (H씨/여/2016년 탈북/호담당 의사)

다른 한편으로는 병원의 운영에 필요한 자금도 제대로 국가에서 지급하지 않게 되면서 병원의 운영 책임자들이 일부 의사들과 경제적 이익을 공유하여 병원을 끌고 가기도 한다.

우리는 무상치료니까 환자들한테 돈을 못 받거든요. 그러니까 병원의 자체 운영자금이라든가 이런 걸 어디에서 얻을 수가 없는 거예요. 그러니까 우리 같이 이제는 연한이 있고 환자들한테 이미지가 있어서 환자들이 찾아오는 이런 사람들은 “니네 나가서 치료를 해라.” 그러니까 병원에 와서 돈 못 받잖아요. 집에서 하면 그래도 사람들이 자기가 치료 받고 정해진 가격은 없지만 그래도 돈을 지불하고 가거든요, 어느 정도씩. 그러면 우리는 한 달에 얼마씩 병원에 내는 게 있거든요. 그래서 그 지출을 한 달에 뭐 30만 원 달라면 30만 원, 50만 원 달라면 50만 원 이렇게 해서 병원에다가 주는 돈이 있으니까 그런 식으로, 저는 병원 직원이기는 하지만 병원 원내에서 치료를 안 하고 그렇게. (H씨/여/2016년 탈북/호담당 의사)

이렇게 개인진료를 할 때 환자들이 비용을 지불하면서 찾을 수 있는 의사는 상대적으로 의료기술이 높고 지역에서 신망 있던 경우가 많았을 것이다. 이런 의사들이 병원 밖으로 나가서 비공식적 의료행위를 하면서 북한 주민들은 점차로 병원 밖 의사들을 찾아가서 진료와 처방을 받고 시장에서 의약품을 구매하는 방식에 적응하게 된다.

> 진짜, 북한은 어떠냐 하면 병원보다는 개인의사를 많이 찾아가요. 의사를 하다가 은퇴를 해서 집에서 약 같이 그다음에 진료를 하면서, 네, 뒷방 의사 그런 거 하거든요. 그러니까 그런 걸 많이 시장에서, 원래는 원칙적으로는 그걸 다 단속을 해요. 국가적으로 못 하게 하지만, 그렇게 하면 이 수많은 환자들을 국가에서 대책이 없어요. 그러니까 그런 개인의사들이 활발하게 움직이고, (B씨/여/2016년 탈북/인민병원 간호사)

비공식 의료에 대해 비용을 지불하면서 공식 의료기관 내 의사들에게도 약간의 비용을 지불하기 시작하는데, 현금보다는 담배가 많이 이용된다.

> 일단 보건부문에서 그렇게 못 사는 사람들이 별로 없어요, 다. 의사를 하면 일단 또 내가 개인치료도 할 수 있고, 그다음에 집에서 약도 팔 수 있고 하니까 의사를 하면 그렇게 굶거나 그런 거는 없어요. … 그냥 4,000원 5,000원짜리 담배 한 갑. 대체로 그런 담배로, 돈은 아니고 담배로 이렇게 많이 주고받고 하거든요. (B씨/여/2016년 탈북/인민병원 간호사)

북한 당국도 이러한 비공식 의료나 의료기관 내에서의 금품 수수에 대해서 충분히 인지하고 비정기적으로 단속하기도 한다. 의사들 중에서도 환자로부터 대가를 수수하는 것에 대해 윤리적 갈등을 느끼기도 하지만 국가의 임금으로 생활할 수 없는 상황에서 다른 선택은 없어 보인다.

제가 오기 전에도 자백서를 쓰고 나왔어요. 그러니까 자백서라고 있는데 그건 … 자기가 뭐 잘못한 거 쓰라는 거예요. 환자한테서 받아먹었거나 종이 한 장이라도 받아먹었거나 그런 거 받지 말라는 거예요, 환자한테서. 근데 환자한테서 안 받고 생활비도 3000원밖에 안 주는데 어떻게 살아요, 일 다니는데. 그러니까. (C씨/여/2016년 탈북/호담당 의사)

돈을 주는 사람도 있고, 뭐 주는 거 여러 가지 다 주죠. 근데 원래는 그건 받지 말라는 거죠. 근데 받아도 괜찮은데, 어떤 사람들은 주고 말하잖아요. 돌아다니며 내가 그 선생을 얼마 줬다 얼마 줬다 이러잖아요. 그러면 있잖아요, 주고도, 차라리 안 받는 게 나을 정도로 얼굴이 따가울 정도가 많아요. 안 받았으면 좋겠는데 '제가 줘 가지고' 그냥 돌아다니며 말하거든요. 그래가지고, (C씨/여/2016년 탈북/호담당 의사)

이렇게 비공식 의료행위를 하는 사람들 중에는 정식 의사로서의 자격이 없는 무자격자도 섞여 있는데 이런 사람들을 걸러낼 별다른 장치가 없이 방치되는 문제도 있다.

그런 사람들이 자격증 없는 사람들은 거기서도 지금 통제하자 그러는데 통제가 안 돼요. 왜 그러는가 하면 그 사람들이 오래서 오는 건 아니잖아요. 환자들이 가고 하니까 좋으니까 가는 거잖아요. 병원보다 낫기 때문에 가는 거잖아요. 그러니까. 그리고 그 사람 강짜로 돈 받는 거 아니에요. 본인이 싫으면 내가 안 내고 안 받으면 되는 거잖아요. 내가 주고 싶어서 그 사람한테 돈 주고 받는 거잖아. 그러니까 국가가 통제 못하면 잘못, 그 사람이 병 잘못해서 죽이지 않는 한 가만 둬두는 거예요. (C씨/여/2016년 탈북/호담당 의사)

반면 당 간부와 특권계층은 별도의 진료과를 통해 의료서비스와 의약품 공급을 유지하고 있어 계층 간 의료서비스의 불평등이 이미 고착화된 것으로 보인다.

진료과가 따로 있죠. 있으면 그게 1개 과가 한 5개의 호실을 가지고 있고, 진료과장이 따로 있고, 책임의사가 따로 있고, 이렇게 해서 그 환자들은 집중적으로 치료할 수 있는 그런 조건이 되는 그런 데가 있는데 그런 데는 약이 나와요, (H씨/여/2016년 탈북/호담당 의사)

진료과. 그 사람들은 시기가 좋을 때나 나쁠 때나 국가에서 보장되는 약이 엄청 좋은 약들이 다 나오거든요. … 그러니까 첫째 일반 소기업소는, 일반 중공업 소기업소 지배인, 비서 같은 거는 대상이 안 돼요. 그리고 군병원에도 진료과는 없어요. 광산병원에다 진료과가 있고 군병원은 진료과가 아니고 내가 가보니까 간부호실이라고, 간부호실이라고 하나 있는데, … 그래서 그 호실 1개에서 그런 좀 특수하게 봐줘야 될 사람들 따로 입원시키고 이러는데 ㄱ병원은 진료과가 따로 있는데 광산 지배인, 책임비서, 당 일꾼, 그다음에 법 일꾼도 보안서장 뭐 이런, 그러니까 어쨌든 제일 최고급의 그 사람들하고 그 가족이에요. 그 부인이랑 그 가족, 그러니까 우리 같은 거는 자기만 하는 게 아니라 그 거는 가족까지도 몽땅 거기에서 치료 받거든요. 그러니까 처든 자식들이랑 아프면 다 거기 입원하고. (H씨/여/2016년 탈북/호담당 의사)

제4절 소결

북한은 무상치료제, 예방의학제도, 의사담당구역제도라는 형식적 요소는 보편적으로 잘 갖추었지만, 1990년대 이후 국가의 계획경제가 작동하지 않으면서 주민들의 의료서비스 이용이 매우 빠르게 시장화되기 시작했다. 공식 의료기관의 설비는 낙후되었고, 의약품을 비롯한 물품의 공급은 수요를 충족시키지 못해 시장에 의존하기 시작하였다.

1990년대 중반 고난의 행군 시기 이후 북한의 보건의료 시스템은 무상치료가 더 이상 작동하기 어려운 현실이 되었다. 1990년 초반의 사회주

의권의 몰락과 1990년대 중반의 자연재해에 따른 열악한 경제상황으로 국가에서 적절한 보건의료서비스를 제공하기에는 의료 자원 특히 의료시설과 의약품, 의료기기 등 보건의료제품의 공급이 제대로 이루어지지 않게 되었다. 탈북의사들의 증언에 따르면 병원 내 의약품 공급이 원활하지 않아 개인이 의약품을 장마당에서 구입해서 복용하고 있어 무상치료는 일부 계층에 국한된 것으로 전락했다. 장마당에서 구입한 의약품 품질 관리가 이루어질 수가 없을 뿐만 아니라 손쉽게 구한 의약품의 오용과 남용이 심각한 상황을 예측하는 것은 어렵지 않다. 이러한 상황에서 북한의 일반인은 장마당에서 의약품을 구입한 후에 진료소나 병원에서 구입한 의약품을 복용하기도 하지만, 의사들은 사실상 시장화 되어 있는 의료서비스 시스템에서 살아남기 위해 도매상으로부터 직접 약을 구입하여 환자에게 돈을 받고 약을 판매하거나 일과 후 개인 진료소를 운영하여 선물 등 물질적 보상을 받고 진료를 하며 생계를 유지하고 있는 상황이다.

이러한 보건의료의 시장화에도 불구하고 여전히 의약품은 부족한 실정이다. 북한내 의약품 생산공장이 순천제약공장(평남 순천), 평양제약공장(평양), 평스합영공장(평양) 함흥제약공장(함흥), 나남제약공장(청진) 등 10여 개의 중앙제약공장이 있으나 3~4종의 항생제와 설파제 등 20여종의 합성의약품을 생산하고 있을 정도이고, 전기의 공급이 원활하지 않고, 의약품 원료를 구할 수 있는 방법이 없어 생산 수준은 높지 않은 것으로 알려져 있다. 이러하다 보니 주로 중국의 의약품이나 일부 국제기구의 원조 의약품이 장마당까지 흘러나와 거래가 되고 있는 실정이다. 의료기기의 경우에도 북한 주민들이 가장 많이 이용하는 군, 구역병원에서는 초음파, 심전도, 내시경기기가 없는 병원이 많으며, 혈액검사기기나 x레이 등을 갖추고 있는 정도다. 주사기, 침, 붕대, 약솜 등은 재활용하여 사용하고 있는 실정이다.

북한은 부족한 의약품을 보충하기 위하여 약초재배와 채취를 장려하고, 진료소나 병원에서도 이들 약초를 이용한 한방 약재들을 많이 처방하고 있는 것으로 알려져 있다. 예를 들면, 감기환자에게는 아스피린 대신에 삼황산을 처방하거나, 소화불량이 있는 경우 황경피를 처방하여 다스린다.

상기에서 기술한 바와 같이 북한 주민의 의약품에 대한 접근성이 매우 열악한 상황이기 때문에 이를 향상시키기 위해 의약품 판매의 통제 및 생산을 포함한 전반적인 관리가 필요한 실정이다. 품질이 확보된(GMP) 의약품이 안전하게 공급될 수 있도록 정책 마련이 필요하겠으나, 의약품 생산기반이 취약한 상황에서 우선 필수의약품을 중심으로 제네릭 의약품 생산이 가능하도록 기반을 구축하여야 할 것이다. 이를 위해 북한의 노동력과 남한의 자금이 결합된 형태의 의약품 생산 합작회사를 설립하여 의약품을 공급하는 정책을 고려해 볼 필요가 있다.

현재 북한의 의료체계는 형식만 앙상하게 남아 있는 것으로 보인다. 앞으로 한반도 건강공동체를 염두에 둔다면 북한의 보편적인 뼈대를 잘 살리면서 피와 살이 돌도록, 북한 보건의료시스템을 회복시키는 것이 무엇보다 시급한 과제가 될 것이다.

제 3 장

체제전환기 국가의 의료보장체계 변화: 베트남을 중심으로

제1절 들어가며
제2절 베트남 통일 이전 보건의료 현황
제3절 베트남 통일 이후 보건의료 정책 전개
제4절 소결

3 체제전환기 국가의 의료보장체계 변화: 베트남을 중심으로

제1절 들어가며

북한은 고유의 사회주의 체제를 고수하면서 시장화를 암묵적으로 인정하고 있는 특수한 사회이다. 이런 북한이 개혁·개방을 하게 될 경우 시스템의 어떤 부분에 문제가 일어날지 예측하기가 쉽지 않다. 이런 이유에서 북한과 같이 사회주의 의료체계를 운영했거나 하고 있는 나라들의 현재 상황들과 그들의 발전 상황, 개혁 방향, 전망 등에 대해 분석하는 것이 필요하다. 이런 정보는 북한 당국이 어떤 방향으로 보건의료체계를 기획해야 할지에 매우 중요한 근거들이 될 것이기 때문에 가능하다면 북한 당국자들이 이들 국가를 방문하여 직접 학습하고 평가하고 시사점을 찾도록 하는 것이 좋을 것이다.

북한 당국은 현재 북한의 보건의료체계 붕괴의 원인을 재정의 부족에서 찾고 있을 가능성이 높다. 따라서 앞으로 회복시킬 북한의 보건의료체계가 어떠한 재정구조와 재정관리 방안을 가질 것인지에 대해 남한이 선제적으로 모델을 연구·개발하여 제시하는 것도 고려할 만하다. 모든 나라가 보건의료체계의 재정에 더욱 관심을 쏟고 있다. 왜냐하면 모든 나라가 의료비 증가를 경험하고 있고 이는 지속 가능한 의료체계에 가장 큰 도전이 되기 때문이다. 따라서 외국 사례에서도 특히 재정관리 분야에 대해서는 보다 깊이 있는 분석과 모델 제시가 필요하다.

참고할 만한 사례 국가로는 공산주의 의료체계를 유지하고 있는 쿠바, 무상의료에서 건강보험으로 전환한 동구 국가들이 있으며 개혁개방 이후 급속한 체제 전환에 따라 일시적인 붕괴를 겪고 새로운 의료시스템을 도

입하는 중국, 베트남 등이 있다.

쿠바는 북한의 사회주의 의료체계의 근간을 유지하면서 지속 가능한 현존하는 모델이다. 쿠바는 북한과의 유사점과 함께 차이점 역시 많은 모델이다. 북한과 같이 사회주의 국영의료체계를 운영하면서 1차 의료 중심, 무상의료제도를 실시하고 있으며 국가 경제 수준 대비 우월한 건강수준을 자랑해 왔다. 그러나 북한과 달리 동구권이 붕괴된 후에도 그리고 미국의 경제제재에도 쿠바의 보건의료체계는 생존하였다. 이러한 유사점과 차이점 모두 북한에 대한 시사점을 도출하기에 필수적인 부분이며 최근 쿠바의 고령화로 인한 보건의료체계 위기[26]상황도 북한에 대한 시사점이 있을 것이다.

동구권 몰락 이후 동유럽 국가들은 그동안 운영해 왔던 공산주의 의료체계-중앙집권화된 의료체계이며 무상의료-를 버리고 건강보험 의료체계로 전환하였다. 가장 큰 이유로는 보다 안정적인 보건의료재정과 적절한 공중보건 대응이었다. 기존의 중앙 정부 재정으로 운영하던 모형은 더 이상 가능한 모형이 아니었고 분권화되고 구매자와 공급자가 분리된 건강보험제도가 필요하게 된 것이다. 또한 다양한 만성 질환이 주를 이루게 되면서 기존의 의료체계가 낮은 의료의 질과 자원 배분의 부족 등으로 대응력이 부족하였기 때문이다. 이 사례 역시 북한의 보건의료체계를 근본적으로 개혁하는 데 참고할 만하다(이규식, 2016).

중국은 개혁개방 이후 급격한 시장경제체제로의 전환에 따라 의료보장제도가 붕괴되는 결과를 경험하였으나 2000년대 들어 공중보건에 대한 막대한 투자와 정책을 펼치면서 의료개혁을 도모하고 있다. 여러 형태의 의료보험을 만들어 현재 국민의 95%가 의료보장권에 속하는 것으로 알

26) http://www.sciencemag.org/news/2015/05/feature-graying-cuba-strains-socialist-safety-net

려졌다(Yu, 2015). 베트남 역시 개혁개방 과정에서 무상의료제를 폐지하면서 건강보험을 도입했고 민간의료공급자를 법적으로 허용했다.

이렇게 북한이 경험할 만한 일들을 앞서 경험한 국가들의 사례를 면밀히 검토하고 이를 바탕으로 개혁 방안을 깊이 고민하도록 유도해야 한다. 필요하다면 개혁안이나 새로운 모델을 북한 당국에 먼저 제안할 수도 있을 것이다. 이러한 과정에 남한 정부가 전면에서 나서기보다는 학회나 연구그룹에서 이 같은 역할을 할 수 있도록 지원하는 것이 바람직하다.

이러한 배경에서 북한과 역사적으로 가깝기도 하고 최근 건강보험 도입을 진행해 가고 있는 베트남의 사례를 좀 더 자세히 살펴본다.

제2절 베트남 통일 이전 보건의료 현황

베트남은 1975년 완전한 해방과 통일이 되었을 때까지 1000년 이상(기원전 179년부터 기원후 938년까지) 중국의 지배를 받았고 117년간(1858~1975년) 프랑스, 일본, 미국과의 항전 등 치열한 전쟁을 겪은 나라이다. 이에 보건의료 부문도 이러한 전쟁의 역사 흐름에 따라 변화되었다.

938년 이전 베트남 의약학은 중국으로부터 많은 영향을 받았다. 이 시기에 베트남은 중국의 약초, 약재와 질병 치료 경험을 바탕으로 국내 자생약초를 개발해서 전통의학의 기반을 조성하였다(Hoàng, 2014). 938년 중국의 지배에서 벗어난 후에도 전통 의약학은 계속 발전되었다(Hoàng, 2014).

20세기 이전 베트남 보건의료는 체계성이 없는 자발적인 활동으로 진행되며 질병 치료가 세대를 건너 전해진 민간 요법뿐이었다. 그 당시 전체 인구 중 95% 이상이 문맹이므로 아주 소수의 사람들만 의약과 치료법 관련 도서에 접근할 수 있었다. 또한 질병 치료는 순수하게 인도적 차원

의 가족구성원 간에 공유된 활동이었다(Trần, Đặng, Trần, & Taryn, 2011).

20세기 초부터 프랑스가 베트남을 지배하면서 보건의료 인프라를 구축하기 시작하였다. 이에 따라 공립 · 사립 병원과 자선병원—특히 한센병, 결핵, 정신질환 환자를 위한 병원—들이 설립되었다(Trần et al., 2011). 그러나 이때 보건의료서비스는 주로 도시에서 식민과 귀족 계층만을 대상으로 제공되었고 질병 예방보다 치료에 집중되었다(Lê, 2010). 즉 일반대중의 건강은 보장받지 못한 시기였다. 정부의 언론(2013)에 따르면 그 당시 전국적으로 771개의 의료시설이 있었고 병상 수가 1만 3,900개로 인구 1만 명당 6.1병상 수준이었다. 또한 의사 수가 212명으로 1만 명당 0.094명 수준이며 약사 수는 32명뿐이었다. 매년 출산율이 높은데도 불구하고 배고픔과 추위로 수많은 사망자가 발생하였다.

1930년 베트남 공산당이 결성되었다. 공산당은 1920년대 결성준비 단계부터 1945년 북부 독립 때까지 계속 국가독립과 사회주의혁명 운동을 진행하였으며, 특히 광범위하고 공평하며 효과적인 보건의료체계 발전을 요구하였다(Jonathan, 2008). 그러나 식민지배 하에서 보건의료가 폭넓게 이루어지지는 못하였다(Jonathan, 2008).

통일 이전 보건의료의 흐름은 크게 프랑스(1945~1954), 미국(1955~1975)과의 항전에 따라 변화되었으므로 이러한 단계별로 보건의료사업을 알아볼 것이다.

1. 1945~1954년 단계

1945년 8월 혁명으로 전국적으로 전쟁이 일어났고 의료시설이 자유지역으로 이전되어야 했다. 그러나 대다수의 시설들은 적의 공격으로 파괴되었고 많은 종사자가 적군에게 잡혀 갔다. 보건의료는 전문 인력과 의약

품 및 의료기구의 부족으로 더욱더 열악한 환경에 처하였다(Lê, 2010). 1945년 8월 혁명의 승리로 9월 2일 호찌민 주석은 독립선언서를 낭독하며 베트남 민주 공화국(Nước Việt Nam Dân chủ Cộng hòa)의 수립을 선포하였다. 같은 해 8월 27일 보건부(Bộ Y tế)가 설립되었다.

1945년 9월 23일 영국의 지원하에 프랑스는 또 다시 베트남 남부를 공격하여 제2차 침략전쟁을 일으켰다. 이때 빈곤, 가뭄과 질병양상 등으로 매우 열악한 환경 속에서 보건부는 국민의 건강과 삶을 위해서 질병과 투쟁해야 하였다(Lê, 2010). 호찌민 주석, 정부와 공산당의 지도하에 의료인들이 어려움을 극복하고 국가의 보건의료체계를 개선하는 데 노력하였다. 이에 전쟁 속에도 전 국민을 위한 보건의료체계를 구축하고 예방중심의 의료서비스(preventive health services)를 제공하기 시작하였다(Lê, 2010). 구체적인 활동은 다음과 같다.

가. 보건의료 인프라 구축 및 질병 예방 강화

1945년부터 1954년까지 10년간 전쟁으로 인하여 보건의료시설들이 이전되고 파괴되었지만, 항전과 국민건강 증진을 위하여 보건부가 현(district) 및 사(commune)급 병원과 의료시설을 대폭 확충하였다. 국가기록문서(Lê, 2010)에 따르면 전국적으로 현·사급 의료시설 수가 1949년 3505개에서 1953년 1만 4308개로 350%나 증가하였다. 이와 함께 병원과 보건소 수도 54개에서 136개로 250% 늘렸다(Lê, 2010).

한편 보건부는 '예방이 치료보다 더 낫다'는 방침으로 '깨끗하게 먹기', '깨끗하게 마시기', '깨끗하게 살기'와 살충 캠페인을 다양한 방식으로 추진하였다. 그 결과로 9년간 항전 시기에 일부 지역에서 나타난 두창(smallpox)을 제외하고는 전국적으로 심각한 전염병이 발생하지 않았다(Lê, 2010).

나. 농촌지역 의료서비스 강화

정부의 지도와 전 국민의 지원으로 농촌지역에서 의료시설, 특히 사(commune)급 보건소 및 응급시설이 많이 설립되었다. 국가기록문서(Lê, 2010)에 따르면 전국적으로 마을 보건소와 응급시설 수가 1948년 330개에서 1949년 3041개와 1953년 1만 1357개로 대폭 늘어났다. 그뿐만 아니라 분만시설도 많이 신설되었고 1948년 327개에서 1953년 4042개로 확충되었다(Lê, 2010).

남부 지역에서는 현(district)마다 군대와 민간이 협력하여 일반 국민과 군인에게 의료서비스를 제공하는 군·민 의료부(Ban Quân Dân y), 치과치료시설, 분만시설과 제약시설들이 구축되었다. 또한 마을에는 보건소, 응급실과 분만시설이 마련되었다. 1953년까지 남부는 마을응급시설 132개, 분만시설 120개, 치과치료시설 9개, 그리고 제약시설 9개가 설립되었다(Lê, 2010).

다. 농민 징집병 대상 보건의료

1950년부터 전쟁과 국가 건설 사업에 종사하는 농민 징집병의 건강을 지키기 위하여 각 성(province)과 지방에서 '전문농민징집병의료부'가 설립되었고 1953년 중앙부에서 '중앙농민징집병의료부'가 추가로 생겼다. 특히 1950년부터 1954년까지 전쟁 인력에 대한 수요가 증가하면서 농민 징집병 수가 계속 늘어났다. 이에 따라 징집병의 역할이 커지면서 그들의 건강관리 및 질병예방 사업이 강화되었다. 이 결과로 전쟁터와 공사장에서 징집병 환자 수가 1952년 30%에서 1954년 20%로 감소하였다(Lê, 2010).

그 외 모든 마을 보건소는 농민 징집병에게 질병을 치료할 뿐 아니라

건강검진과 의약품도 무료로 제공하였다. 평균적으로 각 보건소는 한 달에 300명의 징집병에게 진료를 해 주었다(Lê, 2010).

라. 의료 인력 교육

전쟁 시기에 국민과 군인에게 의료서비스를 제공할 수 있는 의료 인력에 대한 수요가 매우 높았다. 이러한 상황에서 보건부는 고급·중급·초급 및 마을 급으로 의료인 양성 사업을 실시하는 데 노력하였다. 또한 상황에 맞게 필수 교과목만 집중적으로 교육하고 교육기간을 단축시켰다(Lê, 2010).

고급 의료인의 경우 1947년부터 1954년까지 38명의 의사가 졸업하였고 1950년부터 1954년까지 54명의 약사가 졸업하였다. 중급 의료인 교육의 경우 보건부가 1948년부터 1952년까지 의사와 약사 교육학교를 추가로 설립하여 1954년까지 311명의 중급 의사와 61명의 중급 약사를 졸업시켰다. 초급 의사, 약사 및 조산사 교육은 지방 학교에서 진행되었다(Lê, 2010).

마. 약품 제조 및 의료기기 생산

이 시기에 호찌민 주석과 정부 방침에 따라 약품 제조 및 의료기기 생산시설들이 적극적으로 제조방식을 개선하고, 기계화를 도입하여 병원과 학교들에 약품과 의료기기를 제공하였다. 한편 약사들은 양약을 대신할 수 있는 약품을 제조하기 위해 국내 약초에 대한 연구를 진행하였다. 그 외에 수술기구도 내부적으로 생산하게 되었다(Lê, 2010).

이와 같은 정부와 전 국민의 노력으로 보건의료부문은 많은 어려움을 겪는데도 불구하고 다양한 측면에서 성과를 얻을 수 있었다. 구체적으로

국민과 군인의 건강이 개선되었고 결핵, 트라코마(trachoma) 등이 퇴치되며 농촌지역 보건의료가 개선되었다(Lê, 2010).

1954년 5월 7일 베트남의 디엔비엔푸(Điện Biên Phủ) 승리 후 7월 20일 제네바 휴전협정(Geneva Agreements)이 체결되어 프랑스 군은 베트남에서 철수하게 되었다. 그러나 제네바 협정에 따라 베트남은 17도선을 경계로 남북으로 분단되었고 서로 다른 정치체제를 갖추게 되었다. 구체적으로 북부는 완전한 독립을 얻은 후 사회주의체제를 수립하기 시작하였다. 이에 따라 북부 정부는 프랑스가 설립했던 사립 의료시설을 폐쇄하면서 전 국민에게 무상 서비스를 제공하는 보편적(universal) 보건의료체계를 발전시켰다(Trần, 2005).

반면, 남부는 미국이 들어와서 지배하게 되며, 베트남 공화국(Nước Việt Nam Cộng hòa)의 체제하에서 운영되었다. 미군은 전쟁을 위한 목적으로 도시 지역에서 사립 보건의료시스템을 구축하는 데 집중하였다. 이때 남부 보건의료는 의료서비스 부족과 미국 후원금 부정 사용 등 문제가 있었다(Trần et al., 2011).

2. 1955~1975년 단계

1955년부터 1964년까지는 북부의 평화적 건설 및 발전 시기였다. 오랫동안 이어진 전쟁에서 벗어난 북부는 의료 환경이 몹시 열악하고 국민건강이 나쁜 상태였다. 매년 전염병인 두창(smallpox)으로 수만 명의 사람이 죽어갔다. 또한 90%의 산악지대 주민들이 말라리아(malaria)에 걸렸고 90%의 평야지역 주민들이 트라코마(trachoma)에 걸렸다(Bệnh viện mắt trung ương, 2010).

따라서 이 시기에 베트남 보건의료의 핵심적인 발전계획은 농촌지역 의료시스템 구축 및 개발이었다. 보건부의 노력으로 북부에서 농촌지역

보건의료가 상당히 개선되었다. 두창(smallpox), 콜레라(cholera), 장티푸스(typhoid fever), 디프테리아(diphtheria), 백일해(pertussis), 파상풍(tetanus)과 소아마비(polio)에 대한 백신이 생산되어 많은 전염병이 퇴치되었다. 한편 의료기기와 약학 분야도 발전되며 중앙과 지방간 약품물류시스템이 형성되었다. 보건부는 각 마을까지 국민에게 약품을 전달하였고 중앙에서 각 지방까지 의료시스템을 구축하여 소득 구분 없이 전 국민에게 보건의료서비스를 제공하였다. 또한 1차 보건의료(primary health care)의 발전을 위하여 마을급 의료 인력 교육에 집중하였다(Sức khỏe & Đời sống, 2010). 특히 예방적 의료를 강조하여 국민에게 위생관리와 전염병 예방에 대해 적극적으로 선전하였다.

1965년부터 보건의료는 평화에서 전쟁 시기로 전환되었고 남부 전선을 지원하는 활동으로 진행되었다. 보건부는 적극적으로 의료 인력을 양성해서 수천 명의 의사를 남부에 지원하였다. 당시 의사인 팜옥타익(Phạm Ngọc Thạch)[27] 보건부 장관도 남부 전선에 내려가 보건의료부문 연구와 지도를 직접 하였다. 팜옥타익 장관은 적의 공격을 받은 각 지역에 의료 인력과 기기 지원을 확충하였다. 또한 매년 북부에 있는 유명한 의사와 의과대학 졸업생들이 남부에 가서 봉사하도록 장려하였다(Đỗ, 2018). 한편 약품 수요가 증가하면서 북부의 거의 모든 마을에서 약초를 재배하도록 지도하였다. 이에 따라 중앙에서 지방까지의 약품제조네트워크가 형성되어 지역사회의 약품 자급률을 높였다(Hoàng, 2014). 이처럼 북부 보건의료는 어려운 환경 속에서도 계속 강화되고 발전되어 남부의 해방과 통일을 이루는 데 중요한 역할을 하였다.

---

27) 팜옥타익(1909-1968) 장관은 '국민의 의사'로 여겨진 훌륭한 의사이자 베트남의 최초 보건부 장관이었다. 1968년 남부 전선에서 희생하였다. 통일 후 팜옥타익의 이름을 베트남 도로와 학교의 이름으로 붙였다.

제3절 베트남 통일 이후 보건의료 정책 전개

1975년 통일 이후 베트남 보건의료는 1989년 개혁 전후 단계별로 많은 변화를 겪었다.

1. 1975~1988년 단계

1975년 통일 이후 베트남 보건부는 보건의료서비스 전달체계를 구축하고 전 국민의 건강관리를 위하여 전국적인 보건소 네트워크를 확장하는 데 집중하였다(백용훈, 2018, pp. 190~191). 구체적으로 북부 지방을 중심으로 구축되어 있던 일차보건의료 시설인 마을보건소를 남부 지방으로 확대해(백용훈, 2018, p. 191) 전국적으로 무상 의료서비스를 제공하였다. 특히 예방적 의료서비스를 강화하고 예방접종을 포괄적으로 진행하였다(Sức khỏe & Đời sống, 2010). 질병 치료에 있어서 동서양 의약을 결합한 치료법을 사용하였고, 지역과 급수에 따라 국민이 가장 가까운 의료시설에서 서비스를 받을 수 있도록 하였다.

1975년 7월 24일 호찌민시 보건청(Sở Y tế Thành phố Hồ Chí Minh)이 설립되면서 남부지역 보건의료 발전에 적극적으로 나섰다. 해방 초기에 열악한 환경과 낮은 국민 의식으로 인하여 남부에서 콜레라(cholera), 장티푸스(typhoid fever), 뇌수막염(meningitis), 말라리아(malaria), 소아마비(polio) 등 많은 전염병이 확산되었다. 이에 보건부는 중앙과 지방간 질병 예방·치료 서비스를 일치시켰다. 이에 따라 현(district)급 보건센터들은 질병 예방과 치료를 같이 진행하며 모든 동, 읍에서 보건소, 의사, 출산간호사, 만성질환과 전통 의료시스템이 마련되었다. 특히 1차 의료 강화를 통하여 전염병을 예방하고 출산율을 감소시키며 예방접종률을 높이는 데 노력하였다. 또한 약품 부족 문제를 해결하기 위해 전

통 약재 사용을 장려하였다(Sở Y tế TP. Hồ Chí Minh, 2016).

1985년부터 보건부는 종양, 정형외과, 안과, 산부인과, 소아과, 피부과, 결핵, 폐렴, 열대 질병 등과 관련 전문 의료시설을 확장하는 데 나섰다. 또한 현대 의학의 발전과 함께 전통의학 병원(traditional medicine hospitals)과 연구시설 발전, 동의사(東醫師) 양성사업에 투자하였다. 의료 인력 교육에 있어서 하노이 의과대학, 하노이약학대학과 호찌민의약학대학이 주요 교육시설이었고 해마다 평균적으로 1400여 명의 의사와 400여 명의 약사를 배출하였다. 1986년 정부는 도이 머이(Đổi mới) 개혁·개방 정책을 채택하여 빈곤층 및 노인층의 건강을 개선해 나갔다(백용훈, 2018, p. 191).

이처럼 1980년대 중반까지 베트남은 보편적인 의료서비스를 제공하였고 이 의료체계는 장단점이 있었다. 국가지원 의료서비스 제도화가 아동사망률을 감소시키고 의료서비스에 대한 접근성을 높이는 데 기여할 수 있었다(Jonathan, 2008, p. 117). 그러나 한편에서는 재정부족으로 인하여 북부와 통일 이후 전국에서 제공된 공공의료서비스는 서비스 질, 규모와 범위에 있어 제한점이 많았다(Jonathan, 2008, p. 117). 특히 접근하기 쉽고 질 높은 의료시설이 도시에만 집중되어 의료서비스에 대한 지리적 접근성의 지역 간 차이가 발행하였다.

2. 1989년 이후

가. 의료사회화 추진

1980년대 말까지 베트남은 의료서비스를 시민권으로 보장하는 국가주도형 보건의료체계를 추진하였다(Jonathan, 2008, p. 115). 1980년 헌법 제61조에 국민은 건강에 대해 보호받을 권리가 있으며 국가는 무상치

료제를 시행한다고 규정하였다.[28] 하지만 1980년대 말 발생한 경제위기로 인하여(Jonathan, 2008, p. 115) 국가가 더 이상 무상 보건의료체계를 유지할 수 없게 되었다. 그 결과 1989년 보건부는 결정(217/BYT-QĐ)을 통하여 사적(private) 의료시설의 설립과 서비스 공급을 정식으로 허용하기로 하였다.[29] 이 정책으로 민간은 사적 진료소, 병원을 설립하거나 국영 병원과 협력하여 고가격·고품질 서비스를 제공하는 병동을 개설하고, 최첨단 의료장비를 구입해서 병원과 같이 수익을 얻을 수 있다(Nguyễn, Trần, Waye, Harstall, & Lindholm, 2014, p. 24). 이에 따라 정부의 견제 하에 사적 의료시설시스템이 발전되고 의료시설 수가 급격하게 증가하였다. 정책 개혁 때부터 2008년까지 전국적으로 74개의 사립 병원이 신설되었다(Nguyễn et al., 2014, p. 25). 그 후 사립 병원 수가 2010년 102개, 2017년 말까지 212개로 늘었고 전국 병원 수의 16%를 차지하고 있다(Sức khỏe & Đời sống, 2017).

이와 함께 총리 결정(45-HĐBT)을 통하여 국공립 병원과 의료시설에서 의료비 일부 납부('thu một phần viện phí')를 허용하였다(Jonathan, 2008, p. 117). 이에 따라 보건의료분야 공공지출이 감소되며 개인부담(out-of-pocket payment)이 점점 증가하였다. 1990년대 중순까지 보건의료 지출 중 80%가 개인 부담이었다(Jonathan, 2008, p. 119).

이러한 사적 의료서비스 허용과 공공의료시설 의료비 납부 정책은 정부의 의료사회화(socialization of health care) 과정 속에 있었다. 베트

28) Hệ thống văn bản quy phạm pháp luật. Hiến pháp Nước Cộng hòa xã hội chủ nghĩa Việt Nam. Retrieved from http://www.moj.gov.vn/vbpq/Lists/Vn%20bn%20php%20lut/View_Detail.aspx?ItemID=1536

29) Hệ thống văn bản quy phạm pháp luật. Quyết định Số 217/BYT-QĐ ngày 29-4-1989 Ban hành quy chế về tổ chức và hoạt động của các bệnh viện, nhà hộ sinh, phòng khám bệnh, phòng xét nghiệm, phòng thăm dò chức năng và dịch vụ y tế tư. Retrieved from http://vbpl.vn/boyte/Pages/vbpq-toanvan.aspx?ItemID=2251

남에서 의료사회화란 의료보장을 위하여 사용 가능한 모든 사회적 자원을 동원한다는 뜻이다(Nguyễn et al., 2014, p. 24). 의료사회화의 주된 목적은 보건의료 부문에 재원을 동원하기 위한 것이다.

의료사회화 정책은 세 가지의 큰 장점이 있다. 첫째, 보건의료 부문에 사용 가능한 재원을 확보하고 정부예산의 부담을 줄일 수 있다는 것이다(Nguyễn et al., 2014, p. 24). 둘째, 사적 의료부문이 국공립 병원의 업무량을 어느 정도 줄일 수 있다(Nguyễn et al., 2014, p. 25). 셋째, 의료사회화 정책은 병원 간의 경쟁과 첨단기술에 대한 투자를 촉진해서 의료서비스의 질을 향상시키는 데 기여할 수 있다는 것이다(Nguyễn et al., 2014, p. 25). 서비스 비용 부담제 도입은 사람들에게 질 좋은 의료서비스에 대한 더 많은 선택과 기회를 주었다(Lê, Kubo, & Fujino, 2010, p. 23). 그 결과, 국민의 건강이 점점 개선되었고 국민의 평균수명은 1989년 65세에서 1999년 68세까지 늘어났다(Bộ Lao động - Thương binh và Xã hội, 2012). 또한 1989년부터 1999년까지 10년간 산모 및 신생아 사망률은 절반 수준으로 감소하였다.

그러나 다른 한편으로 의료사회화는 병원들이 자체적으로 돈을 더 받기 위해서 환자에게 불필요한 약 처방, 검사, 또는 입원을 시키는 문제를 초래하였다(Nguyễn et al., 2014, p. 25). 이는 개인 의료비 부담을 증가시켰고 의료비로 인해 많은 가구들이 빈곤에 빠지게 되였다. 그뿐만 아니라 의료비 일부 본인부담제가 적용됨에 따라 의료서비스 접근성에 대한 부유층과 빈곤층 간의 격차가 벌어졌다. 즉 고소득층은 저소득층보다 질 좋은 의료서비스를 쉽게 받을 수 있다는 것이다.

나. 의료보험·사회보험 도입

1989년 6월 30일 국민건강보호법이 통과되었다. 이 법에 따르면 건강은 인간의 가장 귀중한 재산이며 사람들이 행복하게 살 수 있는 기본적인 요소 중 하나라고 한다. 국민건강보호법은 국민의 건강보호가 경제·문화·사회 발전과 조국 보호를 위한 중요한 목표라고 정하였다. 이 법은 건강개선과 예방적 · 치료적 건강관리를 비롯한 국민의 건강보호를 위한 기반을 구축하였다.

1992년 4월 제8기 국회 제4차 회의에서 베트남 사회주의공화국 헌법(Constitution of the Socialist Republic of Viet Nam)이 통과되었다. 1992년 헌법은 모든 국민이 건강보호를 받을 권리가 있다고 규정하였다. 같은 해 8월 15일 정부는 시행령(299-HĐBT)을 통하여 의료보험[30] 조례(Điều lệ Bảo hiểm y tế)를 공포하였다. 의료보험 조례는 총 5장과 25개의 조항이 있으며 의료보험 부담 책임, 의료보험 가입자의 권리와 책임, 의료보험카드와 의료보험기금 사용, 민원처리 등을 규정하였다. 의료보험은 의료서비스 접근에서 국민에게 경제적 지원을 하며 보건의료체계 발전을 위한 재원을 확보하는 중요한 역할을 한다.

1995년 2월 노동보훈사회부(MOLISA)와 노동총연맹 네트워크에 속한 사회보험 조직들의 통합을 바탕으로 베트남 사회보장청(Vietnam Social Security, VSS)을 설립하였다. 베트남 사회보장청은 사회보험기금을

30) 베트남에서 의료보험은 건강보험과 다른 개념으로 사용되고 있다. 첫째, 의료보험은 국가가 운영하는 전 국민 대상 의무적 보험제도인데 반해, 건강보험은 민간 보험회사들이 운영하는 자발적 보험제도이다. 둘째, 의료보험은 보험가입자에게 국립병원에서만 진료비 지원을 해 준다면 건강보험은 보험회사와 협력을 하는 질이 좋은 국내외 병원에서 진료비 지원을 해 준다. 의료보험과 달리 건강보험은 교통비, 수술비와 재가 치료비를 모두 지원하고 해외에서 진료를 받는 경우에도 교통비를 지원한다. 건강보험 가입자는 입원, 외래진료, 진료 기간이나 비용에 대해 마음대로 선택할 수 있으며 진료를 위해 대기할 필요가 없다. 셋째, 건강보험은 의료보험보다 장점이 많기 때문에 보험료가 더 비싸다(Thúy Ngà, 2017).

관리하고 사회보험제도를 실행하는 기관이다. 또한 같은 해 7월 군대의 장교(將校), 사병(士兵) 및 공안(公安)을 대상으로 사회보험을 적용하기 시작하였다.

2002년 1월 의료보험은 사회보장(VSS) 체계로 묶어 관리되었다. 이에 따라 베트남 사회보장청은 사회보험기금 관리와 사회보험 및 의료보험 정책 시행을 담당하는 정부기관이 된다. 베트남 사회보장청은 18개의 중앙급 보험시설과 8개의 성(province)급 시설로 구성되었다. 2014년까지 이 조직은 중앙(central)급 시설 24개, 성(province)·시(city)급 시설 63개, 현(district)급 시설 705개로 확대되었다.

2006년 6월 사회보험법(Social Insurance Law)이 통과되며 2007년 1월 1일부터 효력이 발생하였다. 사회보험법은 자발적(tự nguyện) 가입 제도(2008년 1월 1일부터 적용) 및 실업보험(2009년 1월 1일부터 적용)을 추가로 규정하였다.

2008년 1월 정부는 사회주의적 시장경제에 적합한 다양하고 유연성 있는 사회보험체계를 구축하겠다고 발표하였다. 이에 따라 의무적(bắt buộc) 가입과 자발적 가입 방식을 확대하고 비합리적인 사회보험 규정을 개정하면서 사회보험 가입자의 권리를 보호하겠다는 것이다.

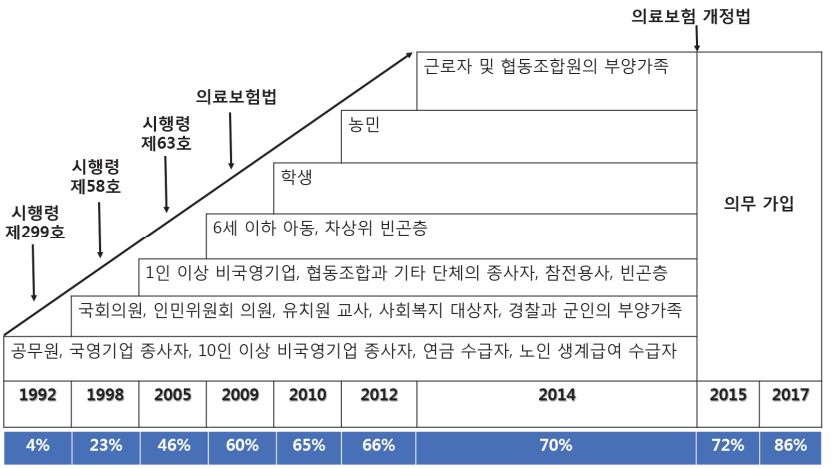
특히 2014년 6월 사회주의적 시장경제에 맞는 사회보장제도를 개선하기 위하여 의료보험법 일부를 개정하였다. 2015년 1월부터 시행된 개정법은 전 국민이 의료보험에 의무적으로 가입하도록 규정하였다. 이에 따라 의무적(compulsory) 가입과 자발적(voluntary) 가입으로 구분되었던 의료보험 가입방식은 의무 가입으로 바뀌었다. 또한 가구(Hộ gia đình) 단위로 의료보험 의무 가입제를 도입하였다(백용훈, 2018, p. 188). 의료보험 가입 가구는 호적부나 임시 거주 기록증에 이름이 있는 모든 사람을 포함한 것으로 규정된다. 한편, 이 개정법에 따라 1차 의료기관 등록

제도가 규정되고 지역별 인민위원회와 지도자들이 전 국민 의료보험 가입의 중요성을 인식하고 책임을 다해야 한다.[31]

다음의 [그림 3-1]은 의료보험 적용 대상자 확대와 가입률을 정리한 것이다. 그림에서 확인할 수 있듯이 베트남 의료보험은 1992년 의료보험조례가 공포된 후 전국적으로 실시되었다. 이에 따라 먼저 공무원, 국영기업 종사자, 10인 이상 비국영기업 종사자, 연금 수급자와 노인 생계급여 수급자가 의료보험 적용 대상으로 포함되었다. 이후 정부는 의료보험 가입 대상자를 계속 확대해 왔다. 구체적으로 1998년 시행령 제58호로 인하여 국회의원, 인민위원회 의원, 유치원 교사, 사회복지 대상자, 그리고 경찰과 군인의 부양가족이 의료보험 가입 대상자로 포함되었다. 2005년 시행령 제63호를 통하여 1인 이상 비국영기업, 협동조합과 다른 단체의 종사자, 참전용사(war veterans)와 빈곤층으로 확대하였다. 2008년 11월 의료보험법이 통과되어 2009년 7월 1일부터 시행되었다. 의료보험법은 보편적 의료보장 목표를 달성하기 위한 로드맵으로서(백용훈, 2018, p. 186) 6세 이하 아동과 차상위 빈곤층(2009년 이후), 학생(2010년 이후), 농민(farmers)(2012년 이후), 그리고 근로자 및 협동조합원의 부양가족(2014년 이후)으로 의료보험 적용 대상자를 확대하였다.

31) Thư viện pháp luật. Luật sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế. Retrieved from https://thuvienphapluat.vn/van-ban/Bao-hiem/Luat-Bao-hiem-y-te-sua-doi-2014-238506.aspx

[그림 3-1] 의료보험 적용 대상자 확대 및 가입률



주: Ministry of Health(2016) 자료를 기반으로 필자 작성

의료보험 적용 대상자가 확대됨에 따라 가입률도 계속 증가하였다. 위의 [그림 3-1]에서 보이듯이 1992년부터 2017년까지 의료보험 가입률은 4%에서 86%로 증가하였다. 특히 최근에 급격하게 증가하고 있는 고령인구를 고려해 정부가 노인의 의료보험 가입률을 증가시키는 데 노력하였다. 이에 따라 노인의 의료보험 가입률은 2006년 38.1%에서 2017년 92.8%로 증가하였으며(Nguyen Thao, 2018, p. 104), 특히 2006년부터 2012년까지 소수민족 노인과 빈곤 노인의 가입률은 각각 30.8%에서 80.6%로, 33.3%에서 76.4%로 늘어났다.

베트남은 2018년 5월 기준 인구가 약 9636만 명으로 추산되는 세계에서 14번째로 인구가 많은 나라이다. Ngân Anh(2017)에 따르면 2017년 말 기준 의료보험 가입자는 전체 인구의 86.4%에 해당하는 8100만 명에 육박하였고 이는 기존 목표보다 3%를 초과하는 수치이다. 그러나 사회보험 가입에서는 73%의 노동인구가 미가입 상태라서 사회보장정책을 실시

하기엔 아직 많은 어려움을 겪고 있다(Ngân Anh, 2017).

의료보험료는 개인이 매달 받는 기본급의 4.5%를 기준으로 계산된다. 기업 종사자의 경우 월급의 4.5%를 납부하는데 고용인 3%, 피고용인 1.5%를 기준으로 납부한다. 빈곤층, 소수민족과 만 6세 이하 아동은 정부가 전부 지원해 준다. 차상위 빈곤층의 경우 정부가 최소한 보험료의 70%를 지원한다. 그러나 총리 결정(705/QĐ-TTg)에 의하여 2013년 1월 1일부터 빈곤에서 새로 벗어난 차상위 빈곤가구는 탈빈곤 후 5년간 보험료 100%를 지원 받을 수 있게 되었다(Thu viện pháp luật, 2013). 학생은 정부로부터 최소한의 보험료 30%를 지원 받을 수 있다. 그 외 다른 대상은 월급의 4.5%에 해당하는 의료보험료를 부담해야 한다(Ministry of Health, 2016). 가구 단위로 납부하는 보험료는 가장(家長)의 기본급을 기준으로 계산되며 두 번째 가족 구성원부터 삭감된다. 구체적으로 가장은 기본급의 4.5%를 납부하고 나머지 가족 구성원들은 가장이 납부하는 보험료의 각각 70%, 60%, 50%를 납부한다. 다섯 번째 구성원부터는 모두 40%로 계산된다(46/2014/QH13).

의료보험 가입률에서 흥미로운 점은 북부와 남부 간의 차이가 있다는 것이다(백용훈, 2018, p. 200). 2017년 베트남 사회보장청(VSS)에 의하면 메콩 델타에 위치한 각 지방과 도시의 의료보험 가입률이 전국 평균보다 훨씬 낮은 수준이다. 2016~2020 의료보험 실현 지표 조정에 대한 총리 결정문(1167/QĐ-TTg)에서도 2016년 기준 의료보험 가입률이 낮은 주요 지방은 모두 남부 메콩강 델타에 위치하고 높은 비중을 차지한 지방은 대부분 북부 산악지대 혹은 홍강 델타에 위치해 있다(백용훈, 2018, p. 200).

이것은 북부와 남부 간 가족 문화의 차이와 연관된다(백용훈, 2018, p. 200). 백용훈(2018)은 베트남 보건의료 부문의 문화적 차이를 파악하기

위해 북부 홍강 델타와 남부 메콩강 델타에 있는 지방의 보건소장 및 마을 주민들과의 인터뷰를 진행하였다. 이 연구 결과에 따르면 일반적으로 베트남 사람들은 부모에 대한 효, 자녀에 대한 사랑, 그리고 가족에 대한 애착과 친밀감이 강한 성향을 가지고 있지만 북부와 남부 간에 가족에 대한 인식과 범위에 있어서 일정한 차이가 있다고 한다. 북부 사람은 부계 혈통을 중시하므로 일반적으로 장남이 결혼 후 부모를 모시고 살거나 따로 살아도 근처에서 생활하는 경향이 있다. 또한 가문의 전통을 계승하고 가족의 관념을 지키는 데 노력하는 경향이 나타난다. 반면에 남부 사람은 북부에 비해서 부계 혈통이 약하기 때문에 자녀가 결혼을 하면 분가를 하고 막내가 부모와 같이 생활하는 경우가 많다는 것이다. 또한 가문의 전통계승 가치를 인식하는 데 있어서 남부 사람은 약하게 드러났다(백용훈, 2018, p. 201).

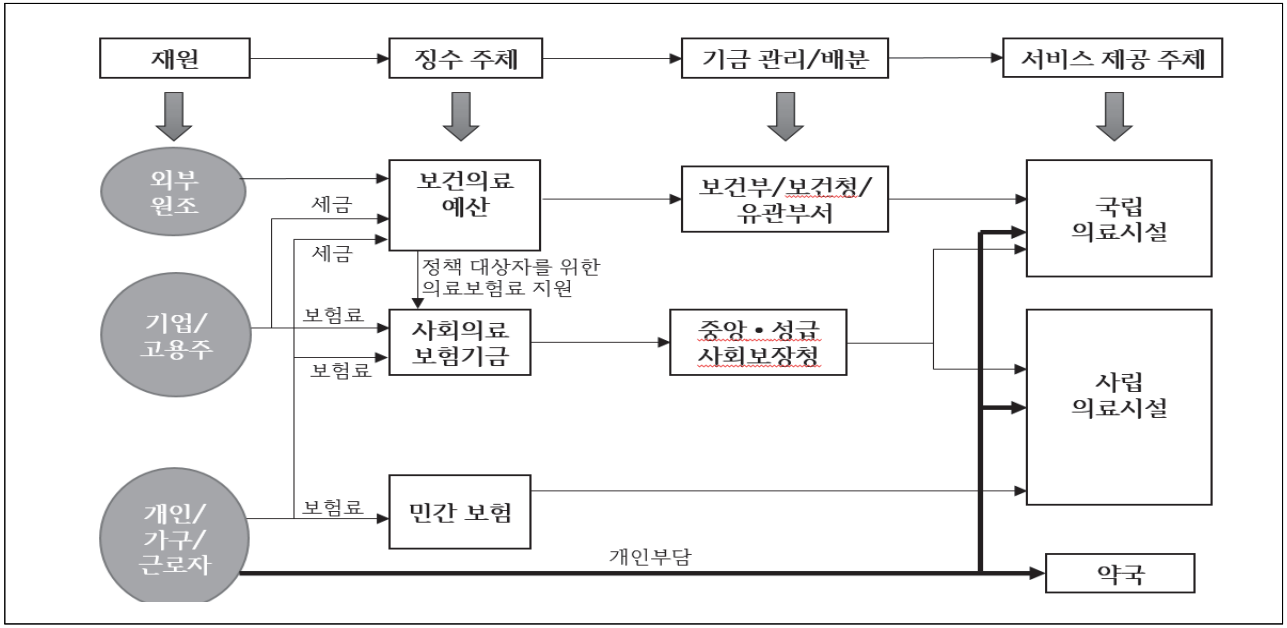
그러하듯이 북부에서는 강한 가족주의적 특성 하에 '가족 단위'의 개별성이 강한데 반해, 남부는 '가족 개별성원'의 개별성이 보다 강하다(백용훈, 2018, p. 202). 이 특성 때문에 남부 사람은 가족 구성원의 보험료를 의무적으로 납부하는 데 많은 부담을 느낀다고 한다(백용훈, 2018, p. 202). 이러한 가족 구성원의 인식이 남부에서 의료보험 제도의 확산을 저해하는 요소로 보인다.

최근에 정부는 2020년까지 베트남 사회보험 부문 발전전략을 발표하였다. 이에 따라 산업화 · 현대화 · 세계화 시대의 욕구를 충족시키기 위해 사회보험부문을 현대화하는 방향으로 나갈 것이다. 구체적으로 의료사회보험 정책 문제를 해결하기 위해 정보통신체계를 완성할 것이다. 늦어도 2015년까지 성(province)·시(city)급 사회보험시설 간에, 2017년까지 전국 사회보험시설 간에, 그리고 2020년까지 베트남 사회보험시설, 병원시설과 유관기관 간에 정보공유가 이루어질 것이다.

다. 보건의료 재원 조달

다음의 [그림 3-2]는 베트남 보건의료 재원 조달 경로를 도식화하여 정리한 것이다. 보건의료 재원은 기여자(국민, 기업)부터 기금 징수 주체와 관리 · 배분 주체, 그리고 서비스 제공 주체로 전달된다. 보건의료자원에는 보건부, 보건청과 유관부서를 통해 서비스 제공 주체에게 조달되는 국가예산과 베트남 사회보장기관이라는 두 가지의 큰 공공재원이 있다. 최근 몇 년간 정부는 빈곤층의 건강을 증진하기 위해 빈곤층과 일부 정책 대상자들에게 의료보험카드(thẻ bảo hiểm y tế)를 제공하는 데 예산을 배분하고 있다. 공공재정 외에 보건의료자원은 국민이 직접적으로 서비스 제공 주체에게 지불하거나 약국에서 약을 구입하는 경로로 마련된다. 현재 베트남 보건의료재정은 이러한 직접적인 조달 경로에 상당히 의존하고 있다. 다른 재정적 자원(외부 원조, 민간 보험)은 보건의료재정에서 낮은 비율을 차지하고 있다(Bộ Y tế Việt Nam & Nhóm đối tác y tế, 2008).

[그림 3-2] 베트남 보건의료 재원 조달 경로



자료: Bộ Y tế Việt Nam & Nhóm đối tác y tế. (2008)를 기반으로 필자 작성

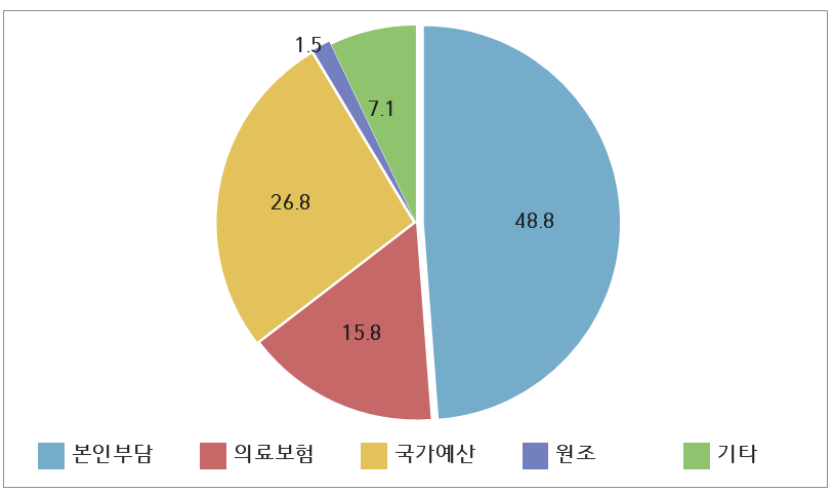
보건의료 총지출은 보건의료서비스와 재화의 소비에 대한 1년간 국민 전체의 지출 총액을 말한다(백용훈, 2018, p. 195). 재원은 크게 공공재원과 민간재원으로 구분된다. 공공재원은 주로 정부재원과 의료보험기금을 포함하는데 민간재원은 민영보험, 가계직접부담과 민간단체나 기업 등으로부터 마련된다(백용훈, 2018, p. 195).

베트남의 국내총생산(GDP) 대비 보건의료 지출 비중은 1999년 4.9%에서 2017년 6.6%까지 지속적으로 증가하였다. 저소득과 중간소득 국가의 평균 4~5%에 비해서 베트남의 보건의료 지출은 높은 수준이다(WHO & Bộ Y tế, 2016). 그러나 문제는 재정지출의 효율성이 낮다는 것이다. 이는 베트남 정부의 의약품 수입에 대한 지출이 과다하기 때문이다. 현재 베트남은 제약기술이 낮아 제약원료에 대한 수입의존도가 90%로 매우 높은 수준이며 주로 중국과 인도로부터 제약원료를 수입하고 있다(Hoàng, 2014). 2012년 기준 베트남 제약회사 수는 178개에 불과하며 진료 수요의 50%만 충족시키고 있다(Bộ Y tế, 2012). 그 중 80개가 동약에 관한 제약회사이다. 그러나 일반적으로 베트남 소비자와 일부 의사들은 수입 약품의 품질이 더 좋다고 인식하고 있어서 현지 생산 의약품에 대한 선호는 상당히 낮다. 2012년 중앙·성(province)·현(district)급 병원에서 현지 의약품 이용률은 각각 11.9%, 33.9%, 61.5%이다(Bộ Y tế, 2012). 가격이 비싼 수입 의약품에 대한 높은 선호도는 베트남의 의약품 지출을 증가시키는 원인이 된다. 이 문제를 극복하기 위해 보건부는 2012년부터 “베트남인은 베트남 의약품을 선호한다”라는 프로젝트를 진행하면서 2020년까지 의약품의 자체 생산비율을 70%까지 증대시킬 것을 목표로 하고 있다(Bộ Y tế, 2012).

또한 보건의료 지출 중 정부 지출이 본인부담보다 낮다는 문제이다. 아래의 [그림 3-3]에서 확인할 수 있듯이 2012년 보건의료 재원 중 본인부

담은 48.8%로 가장 큰 비중을 차지하였다. 공공지출은 국가예산 26.8%와 의료보험기금 15.8%를 합하여 총 42.6%에 불과하였다. 나머지는 외부 지원이 1.5%, 기타가 7.1%를 차지하였다. 2011~2015 보건의료 발전계획에서 정부는 보건의료 공공 지출을 크게 늘리겠다는 목표를 세웠다. 하지만 의료비 총지출 중에 공공지출 비중은 2010년 49.4%에서 2012년 44.1%로 감소하였다. 이에 따라 본인부담 지출 비율은 44.8%에서 48.8%로 커졌다. 2016년 본인부담 비율이 43%(Đài Tiếng nói Việt Nam, 2017)까지 감소하였으나 보편적 의료보장 목표를 달성하기에는 아직도 높은 수준이다. 이에 정부는 2025년까지 의료비 본인부담을 30% 이하로 감소시키는 목표를 설정하였다(Đài Tiếng nói Việt Nam, 2017).

[그림 3-3] 2012년 보건의료 재원 구조(%)



자료: WHO & Bộ Y tế(2016)

높은 본인부담에 따라 의료비로 인해 빈곤에 빠진 가구 수도 증가하였다. 2010년 WHO와 하노이 의과대학이 함께 진행한 설문조사 결과에 따

르면 의료비로 인해 2.5%의 가구가 빈곤에 빠졌고 3.9%의 가구가 재정적 곤란을 겪게 되었다(WHO Việt Nam, 2010). 2012년 의료비로 인한 빈곤에 빠진 가구 비율은 4.2%로 늘어났으며 도시보다 농촌의 빈곤 가구 비중이 1.5배 더 높았다.

보건의료에 대한 개인부담을 줄이는 방법으로 2009년 의료보험법을 시행한 후부터 정부는 빈곤층과 6세 미만 유아에게 보험료의 100%를 국가예산으로 지원하고 있다. 또한 학생과 저소득층에게 보험료의 일부를 지원하는 한편, 근로자를 의무적 의료보험 대상에 포함시켰다(WHO Việt Nam, 2010).

실제적으로 정부는 보건의료부문의 효율성과 질을 향상시키기 위해 2002년과 2006년 공공부문에 재정 운용의 자율성을 허가하는 정책을 도입하였다(백용훈, 2018, p. 197). 이에 따라 공립병원은 국가로부터 지원받는 재정을 자유롭게 쓸 수 있으며(백용훈, 2018, p. 197) 병원 운영 · 발전을 위해서 자금대출을 받거나 외부 협력을 통해 재원을 동원할 수 있게 되었다(Bộ Y tế, 2017). 하지만 이 정책은 취지와 달리 의료진의 급여와 병원의 수익 증대로 이어졌고, 고가의 장비를 구입하여 환자들에게 각종 부대비용을 추가 부담시켰다는 비판을 받았다(백용훈, 2018, p. 197).

2018년 이후부터 정부는 모든 국공립 병원들에 완전한 재정자율성을 부여할 계획이다. 즉 공립병원은 국가로부터 더 이상 재원을 지원 받지 못하고 스스로 마련해 운영해야 한다. 이의 목적은 정부지출 부담을 줄이고 공립병원 간의 상호 경쟁을 통하여 의료진과 서비스의 질을 향상시키기 위한 것이다. 하노이에서 있는 공립병원 41개 중 5개가 2017년 재정자립도 100%를 달성하였고, 2018년 13개가 완전한 재정자율성을 부여받았다(Duy Tiến, 2018). 호찌민시에서는 공립병원 55개 중 51개가 완전한 재정자율성을 달성했다(An, H. & Linh, V, 2018). 이 정책으로 공

립병원들이 재정 동원에 많은 어려움을 겪겠지만, 일부에서는 서로 경쟁하면서 질 좋은 서비스를 제공할 수 있을 것으로 기대하기도 한다.

라. 의료서비스 전달체계

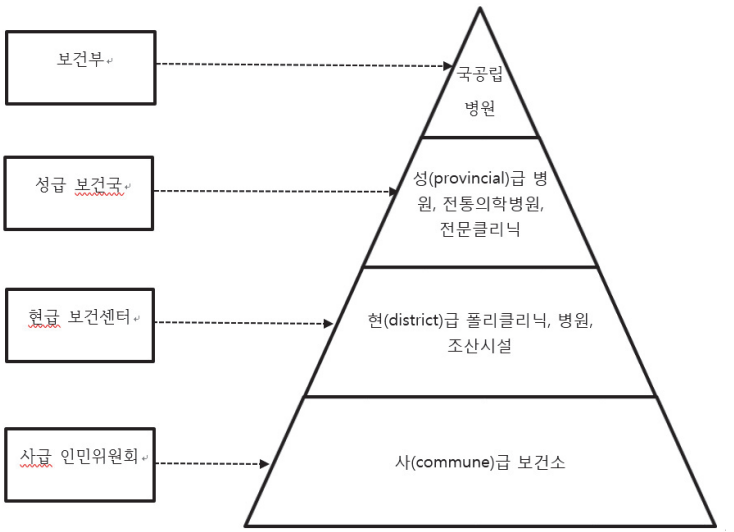
현재 베트남 의료서비스 전달체계는 크게 규제되지 않은 공·사적 혼합형으로 운영되고 있다(WHO, 2012). 공적 의료서비스는 아래의 [그림 3-4]와 같이 정부(national)·성(provincial)·현(district)·사(commune)급 등 총 네 단계로 전달되고 있다(WHO, 2012). 그리고 각 단계에서 (1) 건강검진 및 치료, (2) 1차 보건의료, 예방적 의료 및 국가 보건 프로그램, (3) 인구 및 가족계획에 대한 세 가지의 의료서비스가 제공된다(WHO, 2012).

[그림 3-4]와 같이 베트남 국공립 병원은 의료전달체계 내에서 가장 높은 단계에 있으며, 보건부로부터 관리·감독을 받는다. 그 아래 단계에는 성급 병원, 전통의학병원과 전문클리닉이 포함되는데, 이 시설들은 성급 인민위원회(Provincial Health Bureau) 산하 성급 보건국(Provincial Health Bureaus)이 관리 · 감독하고 있다.

다음으로 현(district) 단위의 폴리클리닉(polyclinic), 병원과 조산시설(maternity homes)이 있는데, 이 시설들은 현급 보건센터(District Health Centers)의 관리·감독을 받고 있다. 현재 전국적으로 700개 이상 현급 보건센터가 있다(Nguyễn Thị Kim Tiến, 2018).

끝으로, 의료전달체계 내에서 가장 낮은 단계에 있는 것은 사급 보건소(commune health stations)이다. 사급 보건소는 베트남 공적 의료체계에서 가장 기초적이며 중요한 역할을 하고 있다(백용훈, 2018, p. 190). 보건소는 모자보건의료, 가족계획, 급성 호흡기 감염 치료, 예방접종과 가벼운 질병 치료 등 다양한 기본적인 의료서비스를 제공한다(Le et al., 2010, p. 25).

[그림 3-4] 베트남 의료서비스 전달체계



주: 백용훈(2018) 및 WHO(2012) 자료를 기반으로 필자 작성.

보건소는 사급 인민위원회(Commune People's Committee)로부터 관리·감독을 받고 있다(백용훈, 2018; WHO, 2012). 현재 전국적으로 1만 1100개 이상 사급 보건소가 있고 그 중 60% 이상은 2010~2020년 국가기준을 충족하였다(Trần & Ngô, 2018). 또한 모든 마을에 보건소가 있거나 종합진료소가 있다. 그리고 거의 90%의 마을 보건소에 의사(장기간 근무 의사와 파견 의사 포함)가 근무하고 있다. 현재 보건부 장관인 Nguyễn Thị Kim Tiến(2018)에 따르면 현급 보건센터와 사급 보건소는 국민과 가장 가까운 의료시설이며, 모든 국민이 기본적인 건강관리 서비스를 가장 저렴하고 효과적으로 제공 받을 수 있도록 보장하는 매우 중요한 역할을 한다. 그러나 실제로 사급 보건소에서 1차 건강관리나 건강 상담을 받는 수는 아주 적은 상황이다. 주된 원인은 보건소의 질 낮은 서비스와 1차 의료서비스에 대한 국민의 불신이며, 그 외 간접적인 원인

은 정부의 1차 보건의료 발전·투자 정책이 아직 적합하지 않은 것으로 여겨진다(Nguyễn Thị Kim Tiến, 2018).

특히 산악지대의 경우는 보건소를 더 많이 설립할 수 있는 혜택을 받는데도 일부 지역에서는 보건의료 서비스가 아주 부족한 상황이다. 이 지역들은 지리적 문제로 접근하기 어려울 뿐만 아니라 의료인들을 이끄는 매력이 없기 때문이다(Le et al., 2010, p. 25). 이 상황에서 효율적인 1차 보건의료체계를 구축하기 위하여 보건부는 의료보험, 외부지원, 민간 등 여러 차원에서 재원을 동원하고 상급 병원과의 인력 교육·협력을 진행하며, 산악지대 종사자를 위한 혜택 증진 정책을 추진하고 있다.

한편, 베트남 의료서비스 전달체계에서 전통의학의 역할을 간과할 수는 없다. 전통의학은 1950년대부터 국가 보건의료부문에 포함되었다. 베트남 전통의학은 54개 민족의 전통의학에 기반하는 식물요법 관련 의학(남부지역 의학) 및 한방약, 침술, 마사지와 운동 요법을 비롯한 중국과 베트남의 민간요법(북부지역 의학)으로 구성된다(WHO, 2012). 베트남에서 전통의학은 널리 이용되고 있으며, 재정적 어려움이나 거리상으로 1차 보건의료서비스에 접근하기 어려운 사람들에게 특히 많이 사용되고 있다. 그 동안 정부는 언론매체를 통하여 전통요법에 대한 정보를 홍보하며 공적 의료시설에서 전통의학에 대한 접근성을 증가시켰다. 2010년 보건부에 의하면 전통의학 상담률은 사급 의료시설에서 25%, 성급 및 현급 의료시설에서 각각 9%로 나왔다. 현재 대부분 마을 보건소에서는 전통요법을 제공하고 있다.

특히 2010년 정부는 전통의학 사업을 실시하여 전통의학병원 설립을 확대하였다. 2017년 기준 도시와 성 63개 중 57개에 전통의학병원이 설립되어 있다(Sở Y tế Hà Nội, 2018). 한편 2020년까지 모든 병원에 전통의학 환자를 위한 병상을 설치하며 모든 종합병원에 전통의학과를 개

설한다는 목표를 설정하였다. 또한 모든 마을 보건소에 전통의학 의사의 지도 하에 활동하는 전통의학 진료팀을 둔다는 목표도 세웠다. 가격이 저렴하고 접근하기 쉬운 전통의학은 특히 만성질환을 치료하는 데 효율적인 것으로 보인다(WHO, 2012).

사적 의료서비스는 1990년대 초부터 공적 부문의 부담을 줄이기 위해 허용되었고, 그 후부터 사립 병원과 시설 수가 계속 증가하였다. 사립 병원 수는 2010년 약 100개에서 2014년 170개, 2017년 212개로 증가하였다. 현재 사립 병원은 전체 병원 수의 16%를 차지하며 도시와 성 63개 중 46개에서 운영되고 있다(Bộ Y tế. 2017). 2014년 기준 사립 병원의 병상 수는 9501개로 총병상 수의 4%를 차지하는 것으로 나타났다(Bộ Y tế Việt Nam & Nhóm đối tác y tế, 2016). 그러나 아래 〈표 3-1〉에서 확인할 수 있듯이 사적 진료소(clinic)와 기타 시설 수가 공공시설보다 더 많은 것으로 나왔다(Nguyen & Wilson, 2017, p. 305).

〈표 3-1〉 공적·사적 의료시설 수 및 분포

번호	경제지역	병원		진료소		기타 시설		침상	
		공적	사적	공적	사적	공적	사적	공적	사적
1	홍강 델타	242	37	83	116	11	4,248	61,284	1,935
2	북부 내륙 및 산악	167	4	153	20	14	1,302	26,120	417
3	북중부 및 중부 연안	205	32	101	58	12	3,205	47,325	1,678
4	중부고원	45	2	43	4	7	1,161	8,296	300
5	남동부	104	57	42	296	16	4,902	4,316	4,126
6	메콩강 델타	147	23	60	22	28	6,055	36,114	1,045
	총	910	155	482	516	88	20,873	222,855	9,501

주: 기타 시설은 병원과 진료소를 제외하고 전통의학, 준의료적인(para-clinical), 그리고 의료서비스 단위(unit) 등을 포함함. 마을보건소 수는 포함되지 않음.
자료: Nguyen & Wilson(2017)

사립병원 수는 계속 늘어났지만 아직 사회적 수요를 충족시키지 못하는 상황이다(Thiên Lam, 2017). 지난 10년간 국공립 병원의 병상점유일는 90~110%인 데 반해, 사립 병원의 입원 환자 수는 4%밖에 안 된다(Đời sống & Sức khỏe, 2017). 2014년 106개 사립 병원의 보고에 따르면 이 병원들의 5%만 이용률이 100% 이상이었고 56%는 이용률이 20~60%에 불과하였다(Bộ Y tế Việt Nam & Nhóm đối tác y tế, 2016, p. 104).

마. 의료 인력

1992년 의료보험조례가 발표된 후부터 26년간 보건의료인 양성 사업은 강화되어 왔다. 2014년 6월 기준 전국적으로 보건의료 인력 양성기관은 68개의 사립시설을 포함하여 총 173개가 있었다. 그중 4년제 대학 35개(의과대학 14개, 종합대학 21개), 3년제 대학 44개와 2년제 대학 123개가 있었다(Bộ Y tế Việt Nam & Nhóm đối tác y tế, 2016, p. 38).

2008년 전까지 매년 교육부와 보건부가 의과대학 학생정원을 결정하였다(Fan et al., 2012, p. 104). 그러나 2008년부터 의료 인력 양성의 질을 향상하기 위하여 의과대학들이 스스로 입학생 수를 결정할 수 있도록 하였다(Fan et al., 2012, p. 104). 또한 2006년 정부의 공공부문 재정 운용 자율성 확대 정책에 따라 국립 의과대학들은 재원을 늘리기 위해 정규 입학정원을 확대하려는 추세이다.

현재 의사인력 양성기간은 6년이다. 의대생은 대학에서 6년간 교육을 받고 18개월간 실습을 한 후 시험 없이 평생 유효한 의사자격증을 받게 된다. 의과대학을 졸업한 후 병원에 심사 없이 배치되거나 원하는 병원과 계약을 체결해서(Fan et al., 2012, p. 104) 6급 의사의 역할을 하게 된다. 이러한 베트남의 의사 양성제도는 다른 국가들과 매우 다르며 많은

문제점을 내포하고 있다(Trung Hiếu, 2018a). 다른 나라의 경우 의사가 병원에서 일하기 전 독립적인 직업능력심사기관에서 심사를 받아야 한다. 하지만 현재 베트남의 의료 인력 교육은 각 학교에서 자율적으로 진행되고 있다. 즉 학교마다 교육과정을 편성하고 평가하며 교육 받은 인력의 질을 스스로 인정한다. 이 인력은 졸업 후 바로 병원에 배치되며 병원 측은 이들을 수용할 수밖에 없다. 이 때문에 전문 인력의 양적 수준이 높아 졌는데도 질적 수준은 보장 되지 않고 있다(Trung Hiếu, 2018a).

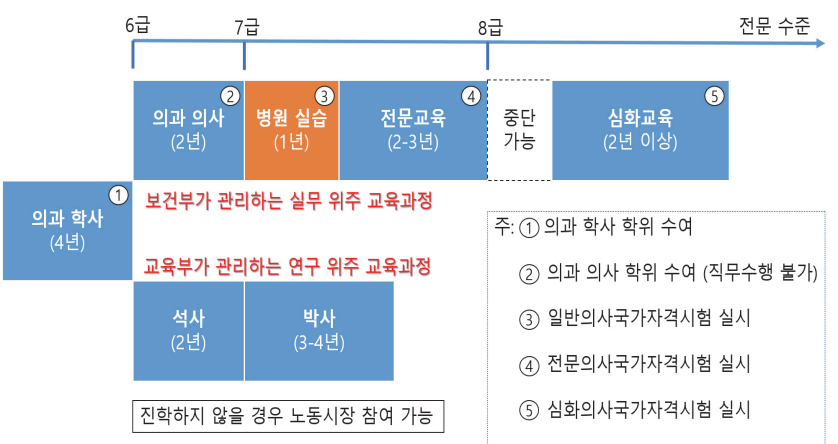
일반적으로 베트남 보건의료 교육 내용은 지속적으로 개발되어 온 진료방법과 신기술을 반영하지 못하고 있다. 의학 교육과정에 대한 평가기준이 설정되어 있지만 대부분 프로그램은 질 높은 심사기관에서 충분히 심사를 받고 있지 않다(Trung Hiếu, 2018a). 한편 의대생 수가 많아졌는데도 그들의 학습과 실습 환경은 아직 부족한 상황이다. 학생의 실습능력 평가체계가 아직 표준화되지 않았기 때문에 학생은 종합적인 능력 평가를 받지 않는다. 이 때문에 그동안 보건의료 부문은 의료시설 등 인프라를 확대하고 의료인의 태도를 개선하는 데 많은 노력을 해 왔으나 인력의 질 문제로 환자의 신뢰를 얻지 못하고 있다.

이를 극복하기 위하여 보건부가 보건의료협의회(Hội đồng y khoa) 추진 계획을 세우고 있다. 보건의료협의회는 의료의 질 관리, 의사자격증 발급을 위한 국가직업능력평가시험 개최 등과 같은 역할을 수행하게 될 것이다. 이 직업능력평가시험이 도입될 경우 좋은 학교를 나왔어도 시험에 합격하지 못하면 독립적으로 진료 행위를 하지 못할 것이다. 그렇게 되면 학교 측도 의료 인력 양성의 중요성을 느끼고 보다 실질적인 양성과정을 진행하게 될 것이다. 이 방안은 의료 질과 의료 인력 역량 강화를 위한 중요한 해결책이 될 것으로 기대된다. 실제적으로 이와 관련하여 보건부는 한국보건의료인국가시험원을 방문하여 한국의 의사 교육 및 양성

과정, 국가시험과 면허 발급 제도 등에 대한 한국의 경험을 학습한 바 있다(강혜경, 2018). 이에 2018년 중 보건부는 보건의료협의회 추진 계획안을 정부에 제출하여 시범적으로 운영할 예정이다. 그리고 2019년 말까지 보건의료협의회가 정식으로 운영될 때까지 검사·치료법 등과 같은 관련 법 규정을 개정할 예정이다.

또한 의사국가시험과 같이 아래의 [그림 3-5]로 도형화된 의료 인력 교육의 새로운 모형도 기획하고 있다. 이에 따르면 의료 인력 양성은 의사의 윤리와 전문성 교육에 집중하며 두 과정으로 나누어질 것이다(Trung Hiếu, 2018b). 구체적으로 의과대학의 학부 교육과정은 6년에서 4년으로 단축될 것이다. 4년제 의과대학 졸업 후 의과 학사 학위를 받게 된다. 그 후 교육과정은 (1) 보건부의 관리를 받는 실무 위주 과정과 (2) 교육부의 관리를 받는 연구 위주 과정으로 구분된다. 이 두 과정에 진학하지 않을 사람은 노동시장에 나가 다른 직업에 종사할 수 있다(Lê Huyền, 2016).

[그림 3-5] 의료 인력 교육의 새로운 모형



자료: Lê Huyền(2016)

실무 위주 교육과정을 선택할 경우 의사 학위를 받기 위해 2년 더 공부해야 한다. 그 후 1년간 병원으로 실습을 나가며 일반의사국가자격시험에 합격해야 의사직을 수행할 수 있다. 또한 내과, 외과, 산부인과 등 전문의가 되려면 2-3년간 전문교육과 실습을 받고 전문의사국가자격시험에 합격해야 한다. 더 나아가 2년 이상 심화교육과 실습을 받고 심화의사국가자격시험에 합격할 경우 고급전문의가 될 수 있다(Lê Huyền, 2016).

연구 위주 교육과정은 석사(2년제)와 박사(3-4년제) 과정으로 구분된다. 이 과정 수료생은 주로 연구와 강의활동을 할 것이다(Trung Hiếu, 2018b).

베트남은 2018년 8월 23일 기준 인구가 9662만 8524명으로(Dân số Việt Nam, 2018) 동남아 지역에서 세 번째로 인구가 많은 나라이다. 최근 몇 년간 베트남의 의사와 간호사 수는 계속 증가하였으나 인구에 비해 아직도 심각하게 부족한 상황이다. 2012년 기준 전국적으로 대학 졸업 의사 수는 7만 3012명이며 그 중 석·박사 졸업 의사 수는 7720명이다(Tổng cục Thống kê, 2014, p. 14).

아래 〈표 3-2〉는 2012년 기준 인구 1만 명당 의사 수, 간호사와 기술자 수, 그리고 의사 1명당 간호사·기술자 수를 나타낸다. 표에서 보듯이 베트남 인구 1만 명당 의사 수는 8.6명이며, 이는 한국, 태국, 싱가포르, 필리핀 등 다른 아시아국가의 수준인 15~20명보다 낮은 수치이다(General Statistics Office, 2014, p. 15). 또한 의료 인력 구조가 지역에 따라 다르게 나타났다. 즉 많은 중앙·성(province)급 병원이 위치하고 있는 홍강델타와 남동부는 인구 1만 명당 의사 수가 각각 11.59명과 10.50명으로 전국 평균보다 높은 지역이다. 반대로 중부고원과 메콩강 델타 지역은 의사 수가 아주 낮은 수준이다. 특히 산악지대에서 종사하는 의료진은 의료장비와 전문교육이 부족해서 첨단의료기기를 이용하고 전문 능력을 향

상시킬 기회가 별로 없다(Bộ Y tế Việt Nam & Nhóm Đối tác y tế, 2016, p. 41). 이 때문에 외곽지역 의료서비스의 질이 도시지역보다 매우 낮은 상황이다(Takashima et al., 2017, p. 2). 그뿐만 아니라 암, 완화치료(palliative care), 정신건강 등의 분야에서 전문 의료인이 부족한 상황이다(Krakauer, Cham, & Khue, 2010; Vuong et al., 2011, p. 29).

〈표 3-2〉 지역별 의료 인력

(단위: 명)

지역	인구 1만 명당 의사 수	인구 1만 명당 간호사 · 기술자 수	의사 1명당 간호사 · 기술자 수
전국	8.58	9.04	1.05
홍강 델타	11.59	8.85	0.76
북부 내륙 및 산악	7.48	13.51	1.81
북중부 및 중부 연안	7.32	9.46	1.29
중부고원	5.52	7.28	1.32
남동부	10.50	7.01	0.67
메콩강 델타	6.52	8.19	1.26

자료: Tổng cục Thống kê(2014)

보건의료 부문의 의사 1명당 간호사 수는 환자 돌봄, 의사 보조와 한 국가의 의학발전 수준을 반영하는 중요한 수치이다(Tổng cục Thống kê, 2014). 다른 국가의 평균 의사 1명당 간호사 수는 2~4명이지만 베트남의 경우 1.05명뿐이다. 특히 홍강델타와 남동부 지역의 경우는 의사 수가 전국 평균보다 높지만 의사 1명당 간호사 수는 각각 0.76명, 0.67명으로 가장 낮은 것으로 나타났다. Tổng cục Thống kê(2014, p. 16)에 따르면 가장 큰 도시인 하노이와 호찌민시는 의사 1명당 간호사 수가 각각 0.55명, 0.48명으로 더 낮았다. 이러한 지역 간 의료 인력 구조의 불균형 문제를 극복하기 위하여 보건부는 의료인 파견과 지역에 따른 우대정책을 기획하고 있다.

사적 영역에서 2014년 기준 민간 시설에 종사하는 의료인 수는 전체

의료인의 16.5%를 차지하였다(Nguyen & Wilson, 2017, p. 35). 최근에 공공병원에 종사하는 의료 인력은 높은 업무 부담과 낮은 인건비, 또는 공공기관의 재정제한 등의 이유로 민간 병원으로 이직할 경향이 있다.

그 외 전통의학 분야에서 2010년 약 1만 4300명의 전통의료인이 성급 공공의료시설에 종사하고 있었다. 또한 약 1만 1859명의 전통의료인이 사적 의료부문에 종사하였으며, 그중 33.2%만 전통의학 의사나 의사보조원에 대한 전문교육을 받은 상태이다(WHO, 2012).

제4절 소결

1954년 제네바 휴전협정이 체결됨에 따라 베트남은 남북으로 분단되었다. 베트남 민주 공화국의 지도하에 운영된 북부는 사회주의 체제를 수립하고 국민의 건강증진을 위해 무상의료제도를 채택하였다. 반면에 남부는 베트남 공화국과 미국의 지배하에 지배계층을 중심으로 의료서비스를 제공하였다. 1975년 통일 이후 베트남 사회주의공화국이 수립되면서 전국으로 무료의료제도를 확대하였다. 이 과정에서 오랜 전쟁으로 인한 수많은 어려움 속에서도 국민의 건강 보호와 증진을 위하여 의료 인력을 교육시키고 폭넓은 의료서비스를 전달하였다. 특히 예방적 의료 중심의 1차 보건의료를 강화하면서 모든 사람이 거주하는 지역에서 기본적이고 질 좋은 의료서비스에 접근할 수 있도록 국민에게 건강관리에 대한 평등한 기회를 제공하는 데 노력하였다.

그러나 1980년대 말 경제위기로 전반적인 무상치료제를 더 이상 추진할 수 없게 되어 1989년부터 의료사회화(socialization of health care)를 실시하였다. 즉 민간 의료시설 설립과 국공립 병원의 의료비 일부 납부에 대한 허용 등 사적 의료영역을 합법화하였다. 이 정책에 따라 의료

비에 대한 공공지출이 감소되고 개인이나 가계 부담이 점차 커졌다. 이와 함께 과도한 의료비 지출로 인해 경제적 어려움이나 빈곤에 빠진 가구가 많아졌고, 저소득계층과 농촌지역 주민이 질 좋은 보건의료서비스에 대해 접근하기가 어려워졌다. 이에 따라 소득계층 간의 건강 격차(health disparities)가 심해졌다. WHO에 따르면 본인부담이 보건의료 총지출의 30% 이상을 차지하면 보편적 의료보장을 실현하기가 어렵다고 한다. 이에 아직 40%를 넘는 의료비 본인부담은 보편적 의료보장을 지향하고 있는 베트남 정부에 큰 과제가 되었다.

뿐만 아니라 사적 의료영역의 합법화 정책에 따라 민간 의료시설이 증가하였다. 그러나 정부가 이러한 시설에 대한 철저한 관리를 하지 못해 민간 의료시설에서 나타나는 의료사고도 증가하였다.

2002년부터 보건의료 재정의 효율성과 의료서비스의 질을 높이기 위해 정부가 국공립병원 재정자율화를 추진하기 시작하였다. 이에 따라 병원들은 서로 경쟁하면서 의료 인프라 구축, 의료 질 향상, 병원 진료 역량 강화와 고객 서비스 개선 등을 통해 기록적인 발전을 하였다(Nhật Hoàng, 2018). 그러나 정부에서 예산을 지급받아 운영하다가 처음으로 스스로 재원을 마련해야 하기 때문에 공공병원들이 재정을 확보하는 데 많은 어려움을 겪고 있다. 특히 최근에는 사람들이 좋은 시설과 의료진 등 질 높은 의료서비스를 제공하는 민간 병원과 의료시설을 선호하는 경향이 있다. 이 때문에 공공병원의 환자 수가 감소하여 재정 확보가 더 어려워졌다. 이에 많은 병원들이 재정을 늘리기 위해 불필요한 처방이나 MRI 촬영, 일반 약품 대신 고가 의약품 처방 등 고가 의료서비스를 남용하는 문제가 발생하였다.

정부는 1992년 의료보험조례를 발표한 후부터 보편적 의료보장 목표를 달성하기 위해 의료보험과 관련한 많은 개혁을 실시하였다. 즉 시행령과 의료보험법을 통하여 의료보험 적용 대상자를 확대하고 가입률을 증

가시키는 데 노력해 왔다. 또한 국민의 인식을 높이기 위해 2009년 총리는 매년 7월 1일을 베트남 의료보험의 날(Ngày Bảo hiểm y tế Việt Nam)로 정하였다. 이의 목적은 의료보험법을 홍보하여 국민의 참여를 장려하면서 의료보험과 의료기관 종사자의 의식, 책임을 향상시키는 데 있다. 의료보험의 날은 베트남 보건의료 역사상 중요한 이정표가 되었다. 이것은 건강한 사람이 아픈 사람을 도와준다("Lá lành đùm lá rách")는 베트남의 전통적 도덕성에 어울리는 의료보험의 인문학적 가치를 제고하였다. 그 결과, 의료보험 가입률은 계속 증가하여 2017년 기준 86%를 달성하였다.

하지만 베트남 의료보험 개혁은 아직도 과도기에 있다고 볼 수 있다(백용훈, 2018, p. 174). 전국적으로 의료보험 가입률이 크게 증가했지만 지역 간 많은 차이가 있다. 특히 산악지대 주민들의 의료보험 가입률은 아직도 낮은 수준이다. 의료보험 가입자들은 대부분 정부로부터 보험료를 100% 지원 받는 사람이며 일부 지원을 받는 사람(학생 등)이나 기입, 농어업 종사자, 본인부담자의 가입률은 높지 않은 상황이다.

한편 빠른 속도로 진행되고 있는 베트남 인구 고령화가 국가의 의료보장체계 구축에 큰 영향을 미치고 있다. 최근 10년간 베트남의 노인 가구는 두 배로 증가했고, 현재 고령 인구가 전체 인구의 11%를 차지하고 있다. 더 큰 문제는 노인의 거의 70%는 건강이 안 좋은 상태이며 95%는 질병이 있다는 것이다(Tạp chí Cộng sản, 2017). 특히 노인의 질병은 주로 비전염성 만성질환과 관련되어 건강관리 비용이 젊은이보다 많이 들고 계속 늘어날 것으로 보인다. 이처럼 노인의 의료비 증가와 노동인구의 낮은 사회보험 가입률은 베트남의 보건의료 재정의 불안정성을 일으키고 있다.

다시 말해 20년 이상 사회주의적 시장경제를 도입해 오고 있는 베트남은 아직 보건의료산업의 변화 속도가 느리며 새로운 개혁 정책을 실시하

는 데 어색한 상황이다. 특히 보건의료 재정에 있어서 의료보장, 건강형평성과 시장경제 속에 보건의료체계 발전의 목표를 달성하기 위해 모든 인력을 동원하지 못하고 있다(Hội Khoa học kinh tế y tế Việt Nam, 2011). 즉 현재 베트남 사회보장청(Vietnam Social Security)만 의료보험과 사회보험을 운영하는 단일한 행정기관인데, 보편적 의료보장의 목표를 달성하고 과도기를 줄이기 위해서는 다양한 이해관계자와의 협력이 중요하다(백용훈, 2018, p. 183). 무엇보다 현재 상황에서는 다양한 인력을 동원하여 보건의료 재정의 건전성과 효율성을 높이는 것이 가장 중요한 것으로 보인다.

베트남은 문화적 · 사회적 · 역사적으로 한국과 유사한 점이 많은 나라이다. 특히 두 나라가 모두 남북 분단의 역사를 경험했고, 베트남은 먼저 통일을 이루었으며 북한과 유사한 보건의료체계에서 개혁을 실시하였다. 즉 베트남은 현재 북한에서 시행되고 있는 무상치료제를 실시했다가 사회주의적 시장경제를 채택해서 의료사회화와 의료보험을 도입하였다. 이에 베트남 사례는 통일 한국에서 북한의 무상치료제가 남한의 건강보험과 결합할 경우 나타날 수 있는 변화를 예상하는 데 다음과 같은 시사점을 보여주었다.

첫째로 베트남은 통일 후 다양한 법률을 제정하여 사회보험과 의료보험 제도를 도입하고 보편적인 의료보장 목표를 달성하기 위해 전 국민 대상 의무적 의료보험 가입제도를 추진하고 있다. 2015년 정부는 정식으로 가구 단위의 의료보험 가입을 촉진했으나 가입률에서 지역적인 차이가 나타났다. 이는 의료보험에 대한 정보 또는 접근성 부족뿐만 아니라 남북 간 가족문화의 차이 때문인 것으로 나타났다. 이는 앞으로 통일 한국의 건강보험제도 적용 시 나타날 수 있는 북한 지역의 문화적 특성을 고려해야 함을 시사해 준다.

둘째로 베트남의 보건의료 개혁은 의료비 본인부담의 증가를 불러왔고, 이에 따라 과다한 의료비 지출로 인한 가계 빈곤이나 경제적 부담 또는 소득계층 간의 건강 격차가 커졌다. 이에 통일 한국 정부는 남한과 북한의 의료체계가 결합할 경우 북한 주민의 의료비 본인부담이 증가할 것으로 예상됨에 따라 재난적 의료비 지원 확대 등 정책 대안을 마련해야 할 것이다.

셋째로 보건의료 개혁 과정에서 의료보험에 대한 국민의 인식 제고와 가입 촉진을 위해 베트남 정부는 국가 의료보험의 날(매년 7월 1일)까지 정하였다. 이는 보편적 의료보장체계 구축을 위한 정부의 노력을 보여 주는 것이다. 의료보험 가입률을 확대하는 데 건강관리에 대한 국민의 인식은 매우 중요한 요소이다. 건강관리에 대한 국민의 인식 수준이 낮은 상태에서는 의료보험 가입 촉진을 위한 홍보나 선전이 반드시 필요하다. 현재 남한보다 북한 주민의 건강관리에 대한 인식과 실천이 상당히 낮은 상태이다. 따라서 통일 후 북한 주민에게 의료보험에 대한 적극적인 홍보를 통하여 가입률을 증가시킬 필요가 있을 것이다.

넷째로 보건의료에 대한 베트남 정부의 지출이 적은 편은 아니지만 제약 기술이 낮아 수입 의약품에 대한 지출이 월등히 높기 때문에 의료재정의 구조적 불균형이 심각한 상태다. 이와 같이 한국은 통일 이후 의료 환경이 열악한 북한 지역에 의약품 지원과 의료기술 개발을 위한 높은 지출 가능성을 예측하여 재정 불균형 문제를 미리 고려해야 할 것으로 보인다.

마지막으로 현재 베트남 보건의료는 급속한 인구 고령화에 따른 노인의 의료비 증가로 재정 문제에 직면하고 있다. 현재 북한도 마찬가지로 저출산과 고령화 문제가 심각해졌다. 이를 감안할 때 통일 한국은 고령인구의 증가에 따라 노인의 의료비 지출이 급증할 것으로 예상되므로 의료비 지출 효율화나 재정 확보 방안을 고려해야 할 것이다.

제 4 장

남북한 건강 수준 격차와 보건의료의 수요

제1절 들어가며
제2절 남북한 주요 건강지표의 비교
제3절 북한 주민의 보건의료 수요와 비용 전망
제4절 북한 보건의료 문제의 우선순위
제5절 소결

4 남북한 건강 수준 격차와 보건의료 수요

제1절 들어가며

북한 보건의료 인프라가 충분하지 못하고 공공의료서비스의 질 역시 하락함에 따라 식량난 이후 영양 공급도 충분하지 못하면서 주민들의 건강 수준은 저하되거나 향상되지 못하고 있을 것으로 추정된다. 기대수명과 같이 국제기구들을 통해 공개되는 가장 기본적인 지표로 보았을 때도 북한의 건강 수준은 그리 높지 않은 것으로 나타난다.

보건의료 인프라를 개선하고 공공의료서비스의 질을 높이려고 노력하는 것은 결국 주민들의 건강의 질을 높이기 위한 목표에서 이다. 따라서 본 장에서는 주요 건강지표들을 비교하여 남북 간 건강 수준의 차이가 어느 정도인지를 개략적으로 파악하고, 북한의 건강 상태, 질병 유병률 등을 고려하여 보건의료 수요를 추정하고, 우선순위를 가늠해 본다.

제2절 남북한 주요 건강지표의 비교

1. 인구학적 특징

2015년 기준 북한 인구는 인구 2,524만 4,000명, 남한은 5,059만 4,000명으로 남한의 2분의 1 수준이며 남녀 성비의 경우 성비가 비슷한 남한과 달리 여성인구 비율이 남성보다 다소 높았다.

북한의 전반적인 인구 변화는 15세 미만 아동인구, 출산율, 사망률이 모두 낮아지는 양상을 보이고 있어 인구 증가율이 하락하고 있음을 알 수 있다.

〈표 4-1〉 남북한 인구구조 비교(2000~2015년)

(단위: 천 명, %, 명)

구분	인구지표	2000	2005	2010	2015
북한	인구	22,929	23,904	24,592	25,244
	남성인구	11,178	11,670	12.016	12,345
	여성인구	11,751	12,234	12.575	12,899
	0-14세(%)	38.6	24.7	22.8	21.1
	15-59세(%)	63.9	63.4	64.3	66.2
	60세 이상(%)	10.2	11.9	12.9	12.7
	65세 이상 (%)	5.9	7.4	8.7	9.7
	80세 이상(%)	0.7	0.8	0.9	1.2
	합계출산율[1)]	2.01	2.0	2.0	1.95
	총사망률(1,000명 당)[2)]	9.4	8.3	9.0	8.6
남한	인구	47,386	48,709	49,553	50,594
	남성인구	23,776	24,435	24,828	25,325
	여성인구	23,611	24,274	24,724	25,269
	0-14세(%)	20.6	18.8	16.1	13.9
	15-59세(%)	68.4	68.4	68.6	67.7
	60세 이상(%)	11.0	12.8	15.3	18.4
	65세 이상(%)	7.2	8.9	10.7	13.0
	80세 이상(%)	1.1	1.4	1.9	2.6
	합계출산[1)]	1.5	1.21	1.17	1.23
	총사망률(1,000명 당)[2)]	5.4	5.3	5.2	5.5

주: 해당 인구는 추계인구임, UN 자료를 이용하여 저자가 재구성한 표임
1) 합계출산율 및 총사망률 연도는 2000: 1995-2000, 2005: 2000-2005, 2010: 2005~2010, 2015: 2010~2015임.
2) 총사망률은 조사망률임
자료: United Nations. (2017). Department of Economic and Social Affairs, Population Division, World Population Prospect: the 2017 Revision,

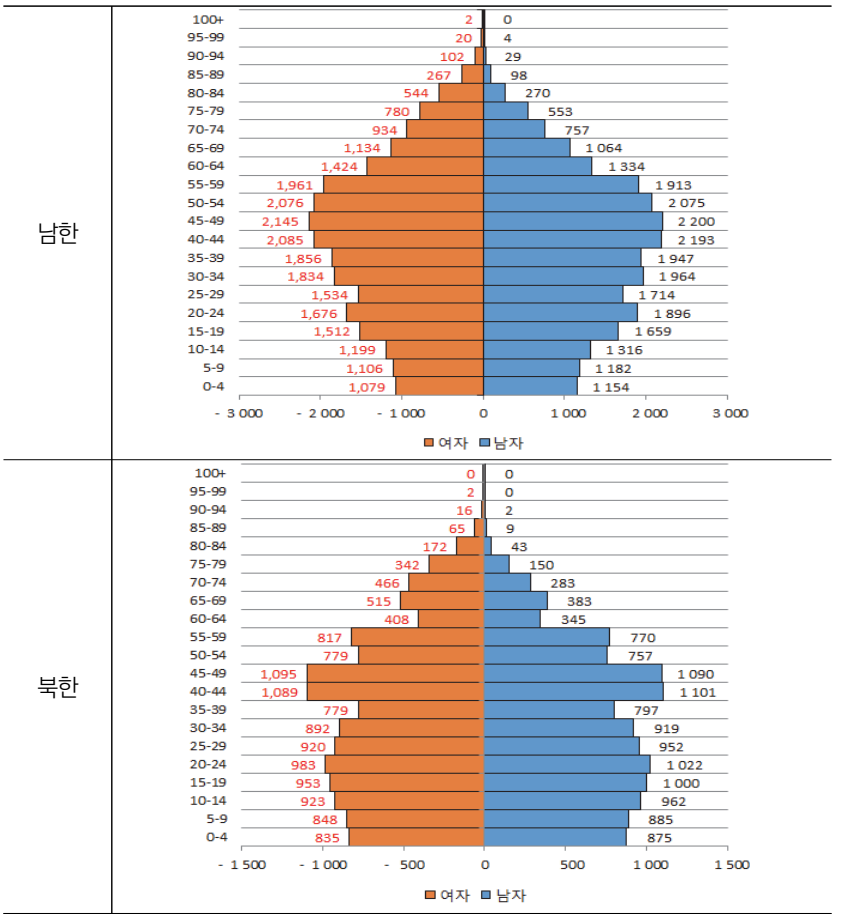
남북한 연령별 인구구성을 살펴보면, 2015년 생산가능인구(15~65세)의 비중은 남한 73.1%, 북한은 69.2%로 남한이 약간 높은 수준이다. 65세 이상 고령인구의 비중은 남한은 13.9%, 북한은 9.7%로 북한의 경우 이미 2005년에 고령화 사회[32)]에 진입하였고, 남한의 경우 고령화 사회를 넘어 고령사회[33)]에 진입하였다. 앞으로 고령화 추세는 지속될 것으로

32) 65세 이상 노인인구 비율이 전체 인구의 7% 이상 14% 미만인 사회를 고령화 사회라 함.

전망되는바 북한의 경우 고령사회에서 발생하는 각종 건강 문제(가령 비감염성질환 문제)에 주목할 필요가 있다.

[그림 4-1] 남북한 인구 피라미드: 2015년

(단위: 천 명)



주: UN 자료를 이용하여 저자가 그린 그림임

자료: United Nations, (2017). Department of Economic and Social Affairs, Population Division, World Population Prospect: the 2017 Revision,

33) 65세 이상 노인인구 비율이 전체 인구의 20% 미만인 사회를 고령사회라 함.

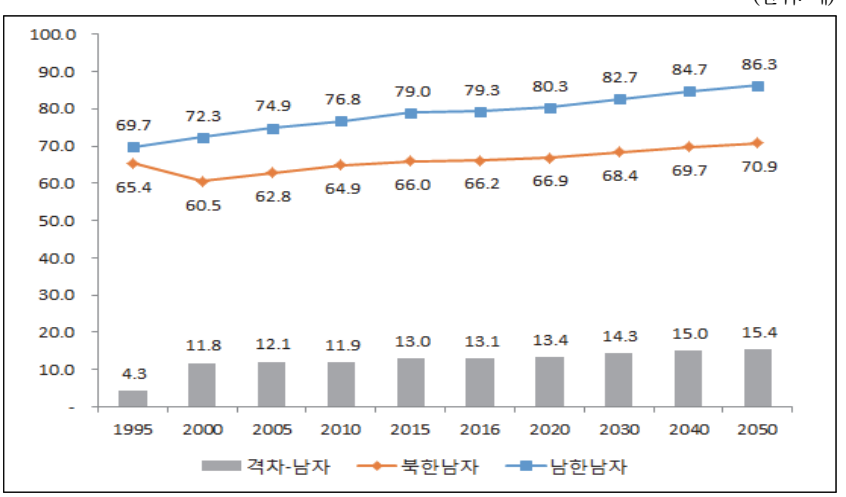
2. 기대수명 및 건강수명

출생 시 기대수명(life expectancy at birth)은 인구의 전반적인 사망 수준을 반영하는 지표로서 모든 연령대의 사망 패턴을 요약하여 보여준다(신희영 외, 2017, p. 70).

북한의 출생 시 기대수명은 남자는 2000년 60.5세에서 2016년 66.2세로 5.7세 증가하였고, 여자는 2000년 67.4세에서 2016년 72.9세로 5.5세 증가하였다. 남한의 경우 출생 시 기대수명은 남자는 2000년 72.3세에서 2016년 79.3세로 7세 증가하였고 여자는 2000년 79.7세에서 2016년 85.4세 5.7세 증가하여 북한의 출생 시 기대수명 증가폭은 남녀 모두 남한에 비해 작음을 알 수 있다.

[그림 4-2] 남북한 기대수명 변화(1995~2050년): 남자

(단위: 세)

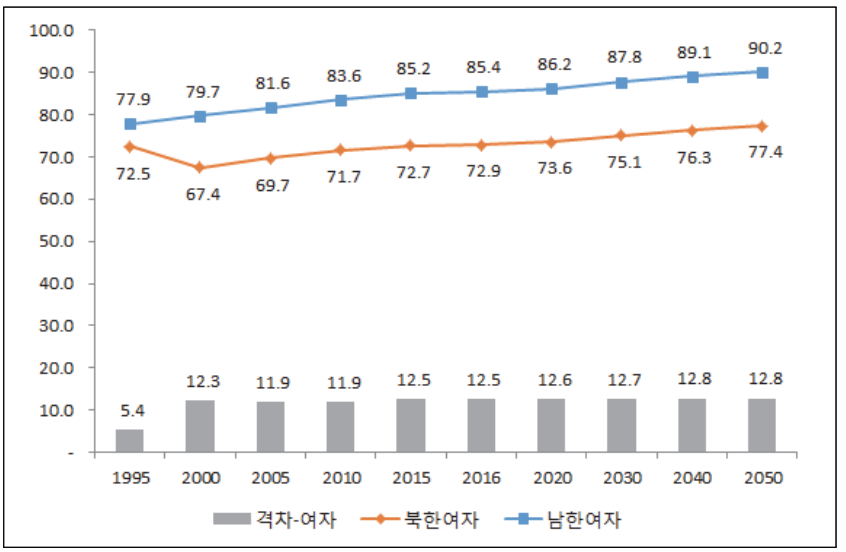


주: 1) 북한은 2010.11월에 작성한 북한인구추계 자료임(1993년 및 2008년 센서스를 기초로 추계)
2) 남한은 2016.12월에 작성한 장래인구추계 중위가정 자료임
3) 통계청 자료를 이용하여 저자가 재구성한 그림임

자료: 통계청. (2017).(북) 통계청 인구총조사 「http://kosis.kr→북한인구추계」, (남) 통계청 인구동향과, 「http://kosis.kr/→장래인구추계」; 2017 북한의 주요통계지표,

[그림 4-3] 남북한 기대수명 변화(1995~2050년): 여자

(단위: 세)



주: 1) 북한은 2010.11월에 작성한 북한인구추계 자료임(1993년 및 2008년 센서스를 기초로 추계)
2) 남한은 2016.12월에 작성한 장래인구추계 중위가정 자료임
3) 통계청 자료를 이용하여 저자가 재구성한 그림임

자료: 통계청. (2017).(북) 통계청 인구총조사 「http://kosis.kr→북한인구추계」, (남) 통계청 인구동향과, 「http://kosis.kr/→장래인구추계」 [2018. 5. 1.인출] ; 2017 북한의 주요통계지표,

남북한 기대수명 차이는 남자는 2000년 11.8세, 2016년 13.1세이며, 2050년에는 15.4세로 남북한 기대수명의 차이는 더 커질 것으로 전망된다. 여자는 2000년 12.3세, 2016년 12.5세, 2050년에는 12.8세로 남자와 달리 남북한 기대수명의 차이는 큰 변동 없이 12.5세 수준에서 머물 것으로 예상된다.

한 나라의 건강 수준을 보여 주는 지표로 기대수명 외에 건강수명을 들 수 있다. 건강수명(Healthy life expectancy)은 기대수명 중 질병이나 장애 없이 건강한 삶을 영위하는 기간을 의미한다(신희영 외, 2017. p.71).

출생 시 건강수명은 북한의 경우 2016년 64.6세인 반면 남한은 73.0

세로 남한에 비해 북한이 8.4세 낮은 편이며(남자의 경우 북한은 62.1세, 남한은 70.7세로 8.6세, 여자는 북한은 66.9세, 남한은 75.1세로 8.2세 차이를 보였음). 60세 기준 시 건강수명 남녀 간 차이 또한 차이를 보였는데, 북한은 14.3세, 남한은 19.7세로 북한이 남한에 비해 5.4세 낮았다(남자의 경우 북한은 11.9세, 남한은 17.6세로 5.7세, 여자의 경우 북한은 16.3세, 남한은 21.4세 북한이 남한에 비해 5.1세 낮았음).

〈표 4-2〉 기대수명 및 건강수명: 2000년과 2016년의 비교

(단위: 세)

구분			출생 시		60세 기준	
			2000	2016	2000	2016
기대수명	북한	전체	65.2	71.9	16.0	17.8
		남	61.0	68.2	12.5	14.5
		여	69.0	75.5	18.4	20.5
	남한	전체	76.3	82.7	20.8	25.3
		남	72.5	79.5	18.2	22.7
		여	79.9	85.6	22.8	27.4
건강수명	북한	전체	58.3	64.6	12.6	14.3
		남	55.7	62.1	10.1	11.9
		여	60.5	66.9	14.3	16.3
	남한	전체	68.1	73.0	16.4	19.7
		남	65.2	70.7	14.2	17.6
		여	70.8	75.1	18.0	21.4

주: WHO 자료를 이용하여 저자가 재구성한 표임

자료: WHO, (2018a). Global Health Observatory, Life expectancy and healthy life expectancy Data by country, http://apps.who.int/gho/data/ view.main.SDG 2016LEXv?lang=en

3. 사망 및 사망 원인

질병 대분류를 기준으로 남북한 사망 원인별 사망률을 비교하면 북한의 경우 2016년 인구 10만 명당 성, 연령별 표준화 사망률은 821.6명,

남한은 341.2명으로 북한의 사망률은 같은 시기 남한의 약 2.5배에 달하는 수치이다. 사망 원인별로는 남북한 모두 비감염성 질환 사망이 높았고, 북한의 경우 감염성 질환 및 비감염성 질환 사망 모두 남한의 2.5배 높았다.

〈표 4-3〉 남북한 사망 원인(대분류): 2016년 성, 연령별 표준화 사망률 기준

(단위: 인구 10만 명당, 명)

구분	북한	남한
모든 원인	821.6	341.2
감염성 질환, 모성 및 신생아, 영양질환	84.3	34.6
비감염성 질환	677.1	266.7
상해	60.2	40.0

주: WHO 자료를 이용하여 저자가 재구성한 표임
자료: WHO. (2018c). Health statistics and information systems, Disease burden and mortality estimates, https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/

감염성 질환(감염성 질환, 모성 및 신생아, 영양질환), 비감염성 질환, 상해 세부 질환별 사망 원인을 살펴본 결과, 북한의 경우 감염성 질환 중에서는 감염성 및 기생충성 질환(Infectious and parasitic diseases)으로 인한 사망이 45.9명으로 가장 높았고, 그다음으로 호흡기 감염(Respiratory Infectious)(20.1명), 신생아 관련 질환(Neonatal conditions)으로 인한 사망(15.2명) 순으로 높았다.

감염성 질환 중 남북 간 큰 사망률 차이를 보이는 질환은 감염성 및 기생충성 질환과 신생아 질환으로 인한 사망이었다. 감염성 및 기생충성 질환 사망은 북한은 인구 10만 명당 45.9명인 것에 반해 남한은 10.0명으로 북한이 무려 4.5배 높았고, 신생아 질환으로 인한 사망은 북한이 15.2명, 남한이 2.7명으로 북한이 남한에 비해 5.6배 높았다.

〈표 4-4〉 남북한 주요 사망 원인(중분류): 2016년 성, 연령별 표준화 사망률 기준

(단위: 인구 10만 명당)

사망 원인		북한	남한
Communicable, maternal, perinatal and nutritional conditions	Infectious and parasitic diseases	45.9	10.0
	Respiratory Infectious	20.1	21.0
	Maternal conditions	1.1	0.1
	Neonatal conditions	15.2	2.7
	Nutritional deficiencies	1.7	0.7
Noncommunicable diseases	Malignant neoplasms	143.5	102.5
	Other neoplasms	1.1	1.8
	Diabetes mellitus	11.2	13.9
	Endocrine, blood, immune disorders	1.8	1.9
	Mental and substance use disorders	3.4	1.6
	Neurological conditions	30.2	22.0
	Sense organ diseases	-	0.0
	Cardiovascular diseases	324.7	73.7
	Respiratory diseases	116.6	19.0
	Digestive diseases	22.9	15.7
	Genitourinary diseases	13.4	9.5
	Skin diseases	0.5	0.6
	Musculoskeletal diseases	1.4	2.1
	Congenital anomalies	6.3	2.0
	Oral conditions	-	0.0
	Sudden infant death syndrome	0.1	0.3
Injuries	Unintentional injuries	44.3	18.8
	Intentional injuries	15.9	21.2

주: WHO 자료를 이용하여 저자가 재구성한 표임

자료: WHO. (2018c). Health statistics and information systems, Disease burden and mortality estimates, https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/

비감염성 질환에서는 북한의 경우 심혈관질환(Cardiovascular diseases)으로 인한 사망이 인구 10만 명당 324.7명으로 가장 높았고, 그다음으로는 악성신생물(암, Malignant neoplasms)로 인한 사망(143.5명), 호흡기

질환(Respiratory diseases)으로 인한 사망(116.6명) 순으로 높았다.

비감염성 질환 사망 중 남북한 큰 차이를 보이는 질환은 심혈관질환과 호흡기질환이었다. 심혈관질환으로 인한 사망은 북한이 인구 10만 명당 324.7명, 남한이 인구 10만 명당 73.7명으로 북한이 무려 4.4배 높았고, 호흡기질환으로 인한 사망은 북한이 116.6명, 남한이 19.0명으로 북한이 남한에 비해 6.1배 높았다.

상해로 인한 사망은 비의도적 상해(Unintentional injuries)로 인한 사망이 의도적 상해(Intentional injuries)로 인한 사망보다 높았고 비의도적 상해로 인한 사망은 북한이 인구 10만 명당 44.3명, 남한은 18.8명으로 북한이 남한에 비해 2.3배 높았다.

중분류 기준으로 남북한 사망률에서 큰 차이(4배 이상의 차이)를 보이는 질환을 살펴보았다. 감염성 및 기생충성 질환에서는 결핵(Tuberculosis)으로 인한 사망이 북한이 남한에 비해 11.3배 높았고, 신생아 질환으로 인한 감염성 질환 사망은 조산으로 인한 합병증(Preterm birth complications)과 출산질식 및 외상(Birth asphyxia and birth trauma)으로 인한 사망이 남한에 비해 각각 4.2배, 10.7배 높았다.

심혈관질환 중에서는 북한의 경우 뇌졸중(Stroke), 허혈성심장질환(Ischaemic heart disease), 고혈압성심장질환(Hypertensive heart disease)으로 인한 사망이 높았고, 이중 남북 간 사망 차이가 큰 질환은 뇌졸중(북한이 남한에 비해 5.2배 높음)과 허혈성심장질환(북한이 남한에 비해 4배 높음), 그리고 류마티스성 심장질환(Rheumatic heart disease)(북한이 남한에 비해 45배 높음)이었다.

호흡기질환에서는 만선폐쇄성폐질환(Chronic obstructive pulmonary disease)으로 인한 사망이 북한이 남한에 비해 9.6배 높았다.

〈표 4-5〉 남북한 주요 사망 원인(세분류): 2016년 성, 연령별 표준화 사망률 기준

(단위: 인구 10만 명당)

사망 원인			북한	남한
Communicable, maternal, perinatal and nutritional conditions	Infectious and parasitic diseases	Tuberculosis	38.7	3.4
		STDs excluding HIV	0.2	0.0
		HIV/AIDS	0.2	0.2
		Diarrhoeal diseases	2.7	1.0
		Childhood-cluster diseases	0.1	0.0
		Meningitis	0.9	0.1
		Encephalitis	0.7	0.9
		Hepatitis	1.0	1.2
		Parasitic and vector diseases	0.1	0.1
		Intestinal nematode infections	0.5	1.0
		Leprosy	-	-
		Other infectious diseases	0.7	2.1
	Neonatal conditions	Preterm birth complications	7.2	1.7
		Birth asphyxia and birth trauma	4.3	0.4
		Neonatal sepsis and infections	2.4	0.2
		Other neonatal conditions	1.6	0.4
Noncommunicable diseases	Cardiovascular diseases	Rheumatic heart disease	9.0	0.2
		Hypertensive heart disease	15.4	4.0
		Ischaemic heart disease	120.5	30.3
		Stroke	167.6	32.4
		Cardiomyopathy, myocarditis, endocarditis	2.4	1.7
		Other circulatory diseases	9.8	5.0
	Respiratory diseases	Chronic obstructive pulmonary disease	112.3	11.7
		Asthma	2.7	2.4
		Other respiratory diseases	1.6	4.9

주: WHO 자료를 이용하여 저자가 재구성한 표임

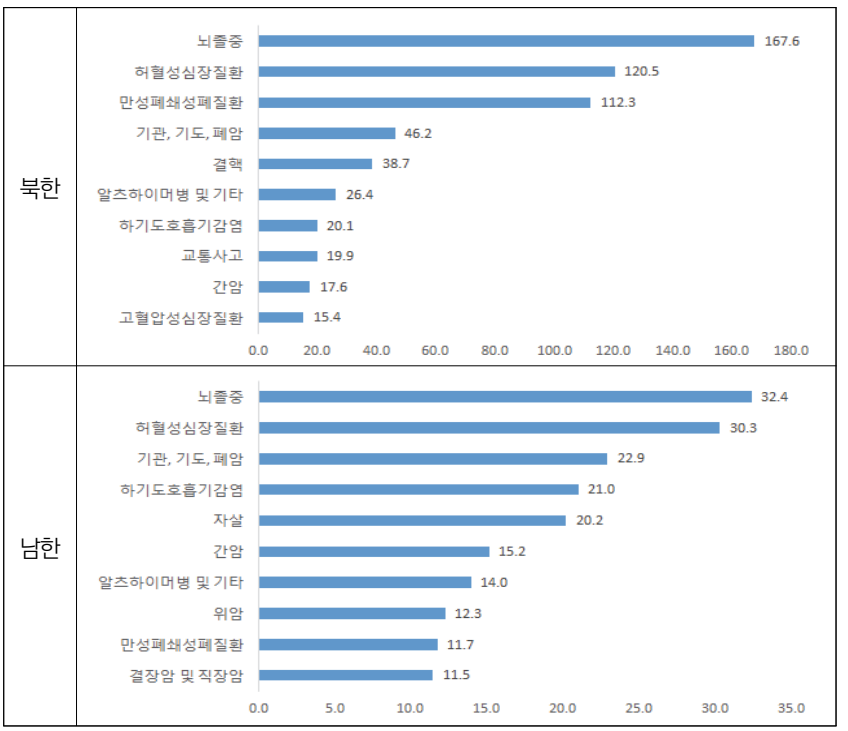
자료: WHO. (2018c). Health statistics and information systems, Disease burden and mortality estimates, https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/

남북한 10대 사망 원인을 중심으로 남북한 사망률 차이를 살펴보면, 북한에서는 가장 높은 비중을 차지하는 사망 원인은 뇌졸중이었으며, 그

다음으로 허혈성심징질환, 만성폐쇄성폐질환, 기관/기관/폐암, 결핵, 알츠하이머병 및 기타, 하기도호흡기감염, 교통사고, 감암, 고혈압성심장질환이었다. 북한의 경우 심혈관질환과 만성 호흡기질환으로 인한 사망이 높았고 감염성질환으로는 결핵으로 인한 사망이 높았다.

[그림 4-4] 남북한 10대 사망 원인: 2016년 성, 연령별 표준화 사망률 기준

(단위: 인구 10만 명당, 명)



주: WHO 자료를 이용하여 저자가 재구성한 그림임
자료: WHO, (2018c), Health statistics and information systems, Disease burden and mortality estimates, https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/

남한의 경우 뇌졸중, 허혈성심장질환, 기관/기도/폐암, 하기도호흡기감염, 자살, 간암, 알츠하이머병 및 기타, 위함, 만성폐쇄성폐질환, 결장

암 및 직장암 순으로 사망률이 높았다. 북한과 달리 자살이 주요 10대 사망 원인으로 들어갔으며 폐암, 간암, 위암, 결장암 및 직장암 등 악성 신생물로 인한 사망이 상대적으로 많음을 알 수 있다.

4. 질병부담

사망률은 인구의 사망 원인과 사망 수준을 보여 주는 가장 기본적인 지표이지만 서로 다른 인구집단 내 개개인의 질병부담을 비교하기에는 한계가 있다(신희영 외, 2017, p. 75) 장애보정손실년수(Disability adjusted life years, DALYs)는 사망률과 질병의 심각성을 모두 반영한 개념으로 조기 사망으로 인한 손실수명년수(Years of Life Lost, YLLs)와 장애생존년수(Years Lived with Disability, YLDs)를 합하는 방식으로 계산되며 1단위의 DALY는 완전히 건강한 생존년수 1년의 손실을 의미한다(신희영 외, 2017, p. 75).

〈표 4-6〉 남북한 원인별 장애보정손실년수(DALYs): 대분류 기준, 2000년과 2016년의 비교

(단위: 인년(person-year), 인구 10만 명당)

사망 원인	북한		남한	
	2000	2016	2000	2016
모든원인	9,005	8,636	11,080	11,313
감염성 질환, 모성 및 신생아, 영양질환	1,876	1,224	693	770
비감염성 질환	6,176	6,510	8,701	9,102
상해	953	903	1,686	1,440

주: WHO 자료를 이용하여 저자가 재구성한 표임

자료: WHO, (2018c). Health statistics and information systems Disease burden and mortality estimates, http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index1.html

북한의 연령 표준화 장애보정손실년수(DALYs)는 2016년 인구 10만 명당 8,636 인년(person-year)으로 남한의 11,313 인년보다 낮은 수준

이다. 사망 원인별로 살펴보면 북한은 비감염성 질환(75.4%), 감염성 질환, 모성 및 신생아, 영양질환(14.2%), 상해(10.5%) 순으로 질병부담이 높았고, 남한은 비감염성 질환(80.5%), 상해(12.7%), 감염성 질환, 모성 및 신생아, 영양질환(6.8%) 순으로 질병부담이 높았다. 북한의 경우 전체 사망 원인 중 감염성 질환, 모성 및 신생아, 영양질환으로 질병부담이 남한에 비해 2.1배 높았고, 사망 원인 중 비감염성 질환 다음으로 높아 남한과 달리 감염성 질환, 모성 및 신생아, 영양질환으로 인한 질병부담이 큼을 알 수 있다.

감염성 질환(감염성 질환, 모성 및 신생아, 영양질환), 비감염성질환, 상해 세부질환별 질병부담을 살펴보면, 북한의 경우 감염성 질환 중에서는 감염성 및 기생충성 질환(Infectious and parasitic diseases)으로 인한 질병부담이 인구 10만 명당 538 인년으로 가장 높았고, 그다음으로 신생아 질환으로 인한 질병부담(310 인년), 호흡기 감염(Respiratory Infectious)으로 인한 질병부담(213 인년), 영양결핍으로 인한 질병부담(144 인년) 순으로 높았다. 특히 감염성 및 기생충성 질환으로 인한 질병부담은 남한에 비해 2.4배 높았고, 모성 관련 질환(Maternal conditions)은 4.5배, 신생아 질환(Neonatal conditions)은 2.6배, 영양결핍(Nutritional deficiencies)은 1.3배 높았다.

비감염성 질환 중에서는 북한의 경우 심혈관질환(Cardiovascular diseases)으로 인한 질병부담이 2,065 인년으로 가장 높았고, 그다음으로 악성신생물(Malignant neoplasms)(1,241 인년), 호흡기 질환(Respiratory diseases)(709 인년), 정신 및 약물사용장애(Mental and substance use disorders)(539 인년), 감각기관질환(Sense organ diseases)(395 인년), 근골격계질환(Musculoskeletal diseases)(355 인년), 신경계질환(Neurological conditions)(271 인년), 소화기질환(Digestive dis

eases)(214 인년), 비뇨생식기질환(Genitourinary diseases)(205 인년) 순으로 높았다. 비감염성 질환 중 남북 간 큰 차이를 보이는 질환은 심혈관질환(북한이 남한에 비해 1.5배 높음)과 호흡기질환(북한이 남한에 비해 1.5배 높음), 선천성 기형(북한이 남한에 비해 1.6배 높음)이다.

상해로 인한 질병부담은 북한의 경우 비의도적 상해(Unintentional injuries)로 인한 질병부담이 의도적 상해(Intentional injuries)로 인한 질병보다 높았으나 상해로 인한 질병부담은 남한에 비해 상대적으로 낮았다.

〈표 4-7〉 남북한 원인별 장애보정손실년수(DALYs): 2016년

(단위: 인년(person-year), 인구 10만 명당)

사망 원인		북한	남한
Communicable, maternal, perinatal and nutritional conditions	Infectious and parasitic diseases	538	224
	Respiratory Infectious	213	311
	Maternal conditions	18	4
	Neonatal conditions	310	117
	Nutritional deficiencies	144	114
Noncommunicable diseases	Malignant neoplasms	1,241	2,011
	Other neoplasms	11	34
	Diabetes mellitus	169	512
	Endocrine, blood, immune disorders	57	78
	Mental and substance use disorders	539	1,243
	Neurological conditions	271	734
	Sense organ diseases	395	598
	Cardiovascular diseases	2,065	1,356
	Respiratory diseases	709	484
	Digestive diseases	214	387
	Genitourinary diseases	205	319
	Skin diseases	74	135
	Musculoskeletal diseases	355	930
	Congenital anomalies	152	96
	Oral conditions	50	178
	Sudden infant death syndrome	2	7
Injuries	Unintentional injuries	688	859
	Intentional injuries	215	582

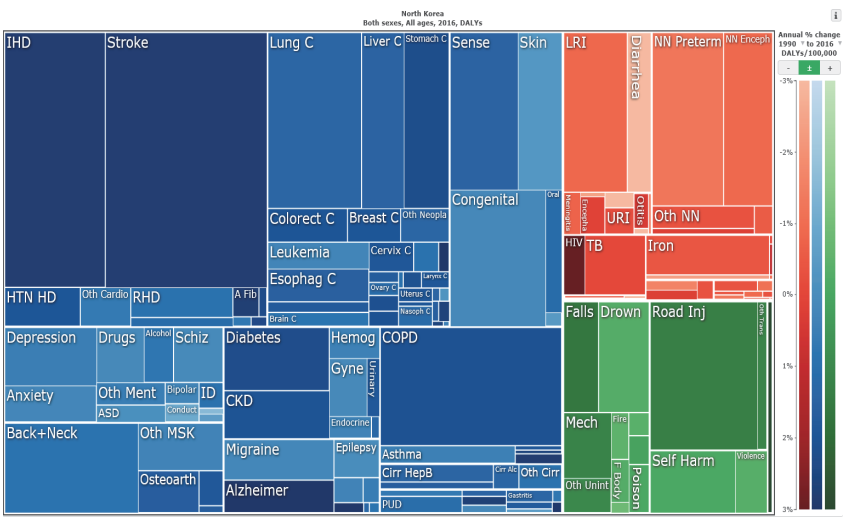
주: WHO 자료를 이용하여 저자가 재구성한 표임

자료: WHO. (2018c). Health statistics and information systems Disease burden and mortality estimates, http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index1.html

세계질병부담(Global Burden of Disease, GBD)에서 제공한 자료에 따르면 2016년 북한 인구의 질환별 장애보정생존년(Disability Adjusted Life Year, DALY)[34]은 뇌졸중이 총 DALYs의 11.24%를 차지하고, 허혈성심장질환(7.01%), 만성폐쇄성폐질환(5.86%), 폐암(4.5%) 순으로 나타났다. 1990년과 비교 시 1위인 뇌졸중은 순위 변동이 없었고 조기분만, 하기도 감염으로 인한 DALYs는 감소하고 비감염성질환인 허혈성심장질환과 만성폐쇄성질환은 증가하였다([그림 4-5, 4-6]). 전반적으로 감염성 질환으로 인한 질병부담은 감소하는 반면, 비감염성 질환으로 인한 질병부담은 증가하는 경향을 보였다.

[그림 4-5] 2016년 북한인구의 질환별 DALYs

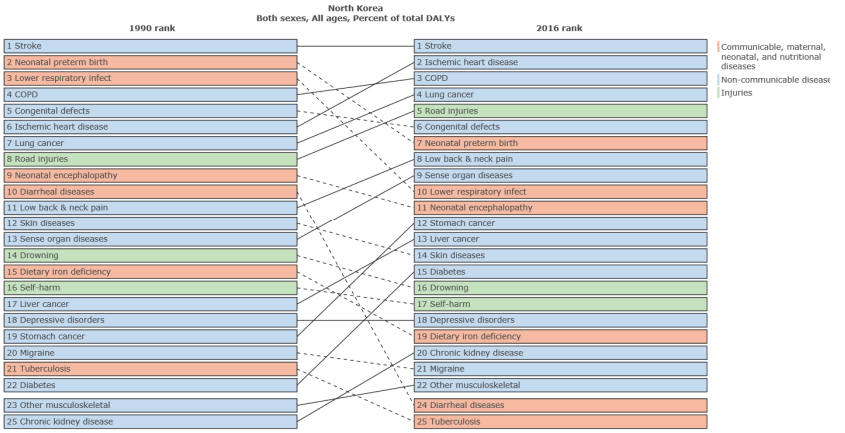
(단위: %)



자료: WHO. (2016b). Global Burden of Disease Study

34) DALY는 조기사망으로 인해 손실된 연수(Years of Life Lost, YLL)와 비치명적 건강결과인 장애로 인해 손실된 연수(Years Lost due to Disability, YLD)를 합한 지표임

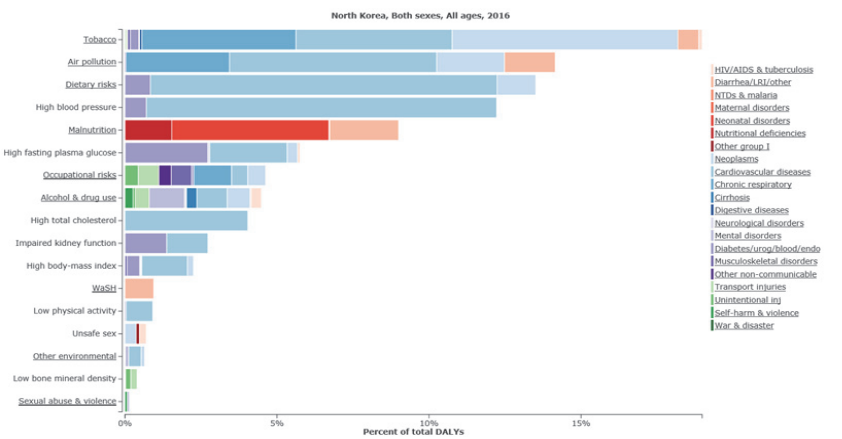
[그림 4-6] 1990년 대비 2016년 북한인구와 DALYs 순위 변화



자료: WHO. (2016).Global Burden of Disease Study

[그림 4-7] 2016년 북한인구의 위험요인별 DALYs

(단위: %)

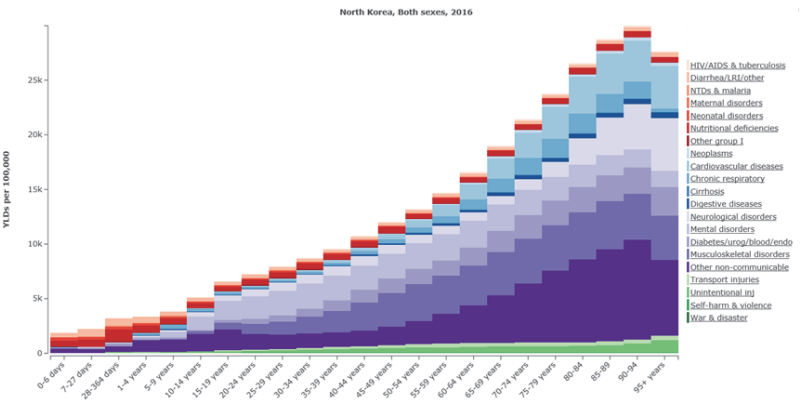


자료: WHO. (2016).Global Burden of Disease Study

2016년 북한인구의 연령별 장애로 인해 손실된 연수(Years Lost due to Disability, YLD) 는 연령의 증가와 함께 증가 추이를 보이다 95세 이상에서 다소 감소한다([그림 4-8]).

[그림 4-8] 2016년 북한인구의 연령별 YLDs

(단위: 10만 명 당)



자료: WHO. (2016).Global Burden of Disease Study

2016년 북한인구의 위험요인별 DALYs는 흡연, 대기오염, 식이관련 요인, 고혈압, 영양실조 순으로 나타났다. 그중 흡연으로 인한 악성종양은 675,553.42(7.42%), 심혈관계질환은 467,830.48(5.14%), 만성폐질환은 461,723.11(5.07%)이었다([그림 4-7]).

중분류 기준으로 질병부담 차이를 살펴보면, 북한의 경우 감염성 및 기생충 질환에서는 결핵(Tuberculosis), 성 관련 질환(STDs excluding HIV), 설사병(Diarrhoeal diseases), 수막염(Meningitis), 뇌염(Encephalitis), 조산으로 인한 합병증(Preterm birth complications)으로 인한 질병부담이 컸다. 이 중 결핵의 질병부담은 인구 10만 명당 362 인년으로 남한의 63 인년에 비해 무려 5.7배 높았고, 성 관련 질환은 1.6배, 소아 관련 질환(Childhood-cluster diseases)은 2배, 설사병 및 수막염 또한 5배 높았다.

신생아 관련 질환은 신생아 관련 질환 모두 북한이 남한에 비해 질병부담이 높았고, 특히 조산으로 인한 합병증(Preterm birth complications) 북한

이 인구 10만 명당 155 인년으로 남한의 66 인년보다 2.3배 높았고, 출산질식 및 외상(Birth asphyxia and birth trauma)은 북한이 남한보다 3.7배, 신생아 패혈증 및 감염(Neonatal sepsis and infections)은 2.4배, 기타 신생아 질환(Other neonatal conditions)는 2.8배 높았다.

감염성 질환 중 영양결핍에서는 단백질-열량 영양불량(Protein-energy malnutrition)과 철 결핍성 빈혈(Iron-deficiency anaemia)의 질병부담이 높았는데, 철 결핍성 빈혈의 경우 인구 10만 명 129 인년으로 남한의 질병부담인 97 인년보다 1.3배 높았고, 단백질-열량 영양불량으로 인한 질병부담은 북한의 경우 12 인년으로 남한에 비해 3배 높았다.

비감성질환 중 심혈관질환에서는 북한의 경우 뇌졸중, 허혈성심질환, 고혈압성 심장질환, 기타 순환기계질환, 류마티스성 심장질환 순으로 질병부담이 높았다. 특히 뇌졸중은 인구 10만 명당 1,112 인년으로 심혈관질환에서 가장 높았다. 남북한 차이 측면에서는 뇌졸중은 남한의 621 인년보다 1.8배 높았고, 허혈성심장질환은 1.4배, 고혈압성심장질환은 1.3배, 류마티스성 심장질환은 18.5배 높았다.

호흡기질환에서는 만성폐쇄성폐질환으로 인한 질병부담이 인구 10만 명당 629 인년으로 가장 높았고, 남한의 272 인년보다는 2.3배 높았다.

선천성 기형의 경우 북한에서는 기타 선천성 기형(Other congenital anomalies), 선천성 심장기형(Congenital heart anomalies), 신경관 손실(Neural tube defects)로 인한 질병부담이 컸으며, 남한에 비해서는 기타 선천성 기형으로 인한 질병부담이 1.5배, 선천성 심장기형은 2.5배, 신경관 손실은 1.5배 높았다.

〈표 4-8〉 남북한 원인별 장애보정손실년수(DALYs): 2016년

(단위: 인년(person-year), 인구 10만 명당)

	사망 원인		북한	남한
Communicable, maternal, perinatal and nutritional conditions	Infectious and parasitic diseases	Tuberculosis	362	63
		STDs excluding HIV	16	10
		HIV/AIDS	5	9
		Diarrhoeal diseases	80	16
		Childhood-cluster diseases	2	0
		Meningitis	15	3
		Encephalitis	20	19
		Hepatitis	11	25
		Parasitic and vector diseases	2	16
		Intestinal nematode infections	8	26
		Leprosy	-	0
		Other infectious diseases	18	38
	Neonatal conditions	Preterm birth complications	155	66
		Birth asphyxia and birth trauma	78	21
		Neonatal sepsis and infections	46	19
		Other neonatal conditions	31	11
	Nutritional deficiencies	Protein-energy malnutrition	12	4
		Iodine deficiency	1	10
		Vitamin A deficiency	0	-
		Iron-deficiency anaemia	129	97
		Other nutritional deficiencies	2	4
Noncommunicable diseases	Cardiovascular diseases	Rheumatic heart disease	74	4
		Hypertensive heart disease	82	61
		Ischaemic heart disease	699	493
		Stroke	1,112	621
		Cardiomyopathy, myocarditis, endocarditis	22	39
		Other circulatory diseases	76	138
	Respiratory diseases	Chronic obstructive pulmonary disease	629	272
		Asthma	60	137
		Other respiratory diseases	19	75

	사망 원인		북한	남한
	Congenital a nomalies	Neural tube defects	7	5
		Cleft lip and cleft palate	2	0
		Down syndrome	2	5
		Congenital heart anomalies	71	28
		Other chromosomal anomalies	2	12
		Other congenital anomalies	68	45

주: WHO 자료를 이용하여 저자가 재구성한 표임
자료: WHO. (2016b). Health statistics and information systems Disease burden and mortality estimates, http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index1.html

북한의 질병부담은 영역별 10대 질병부담으로 분류하여 살펴보면, 감염성 질환에서의 감염성 및 기생충 감염병인 결핵, 호흡기감염인 하기도 호흡기감염, 신생아 질환인 조산으로 인한 합병증, 영양결핍인 철 결핍성 질환 등으로 인한 질병부담이 높았고, 비감염성 질환에서는 심혈관질환인 뇌졸중, 허혈성심장질환과 호흡기질환인 만성폐쇄성폐질환, 악성신생물인 기관/기도/폐암 등으로 인한 질병부담이 높았다. 전체 질환에서는 비감염성 질환인 뇌졸중, 허혈성심장질환, 만성폐쇄성폐질환, 기관/기도/폐암의 만성질환이 높았고, 그 다음으로 감염성질환인 결핵, 상해인 교통사고 순으로 질병부담이 높게 나타났다.

결론적으로 북한의 경우 비감염성 질환의 질병 비중은 남한에 비해 낮지만 비감염성 질환으로 인한 질병부담을 간과할 수 없다는 점, 감염성 질환의 경우 감염성 질환, 모성 및 신생아, 영양질환 전반에 걸쳐 질병부담이 여전히 크다는 점을 북한의 건강 문제 해결 시 고려해야 하며, 특히 감염성 질환은 결핵을, 비감염성질환은 심혈관질환 및 호흡기질환을 줄이기 위한 노력이 필요하다.

2016년 북한인구의 연령별 DALYs에 따르면 1세 미만은 1,147,483.0 DALYs로 감염성, 모성, 신생아, 영양 관련 질환(71.01%), 신생아 장애(49.80%), 신생아 조산(24.65%) 순으로 나타났다. 70세 이상은 1,716,3

55.7 DALYs로 비감염성 질환(93.85%), 심혈관계질환(39.02%), 뇌졸중(20.86%)을 차지하였다(〈표 4-9〉). 전반적으로는 1세 미만 집단에서는 감염성 질환으로 인한 질병부담이 크지만, 그 이후의 연령에서는 비감염성 질환으로 인한 질병부담이 증가하는 양상을 보였다.

〈표 4-9〉 2016년 북한인구의 연령별 DALYs

연령군	원 인	DALYs	% of Total DALYs
〈 1	All causes	1,147,483.00	
	Communicable, maternal, neonatal, and nutritional diseases	814,828.00	71.01
	Neonatal disorders	571,492.90	49.80
	Neonatal preterm birth	282,822.70	24.65
1-4	All causes	334,069.20	
	Non-communicable diseases	122,187.00	36.58
	Injuries	107,239.30	32.1
	Communicable, maternal, neonatal, and nutritional diseases	104,642.90	31.32
5-14	All causes	292,130.30	
	Non-communicable diseases	156,462.70	53.56
	Injuries	83,159.10	28.47
	Other non-communicable diseases	57,347.90	19.63
15-49	All causes	2,932,390.20	
	Non-communicable diseases	2,019,992.80	68.89
	Injuries	651,368.70	22.21
	Cardiovascular diseases	405,756.60	13.84
50-69	All causes	2,683,713.70	
	Non-communicable diseases	2,414,900.20	89.98
	Cardiovascular diseases	794,064.70	29.59
	Neoplasms	658,365.90	24.53
≥70	All causes	1,716,355.70	
	Non-communicable diseases	1,610,716.60	93.85
	Cardiovascular diseases	669,794.90	39.02
	Stroke	357,965.80	20.86

자료: WHO. (2016). Global Burden of Disease Study.

2016년 북한인구의 성별 DALYs는 남성이 4,748,708.4 DALYs로 여성 4,357,433.7 DALYs보다 높았다. 남녀 모두에서 비감염성질환(남 68.37%, 여 77.09%)의 중요성이 높았으며 그중에서도 심혈관계 질환(남 20.60%, 여 21.34%)의 질병부담이 중요하게 나타났다. 한편 남성에서 손상(768,021.1)으로 인한 질병부담이 16.17%로 나타나 상대적으로 중요성이 높게 나타났다(〈표 4-10〉).

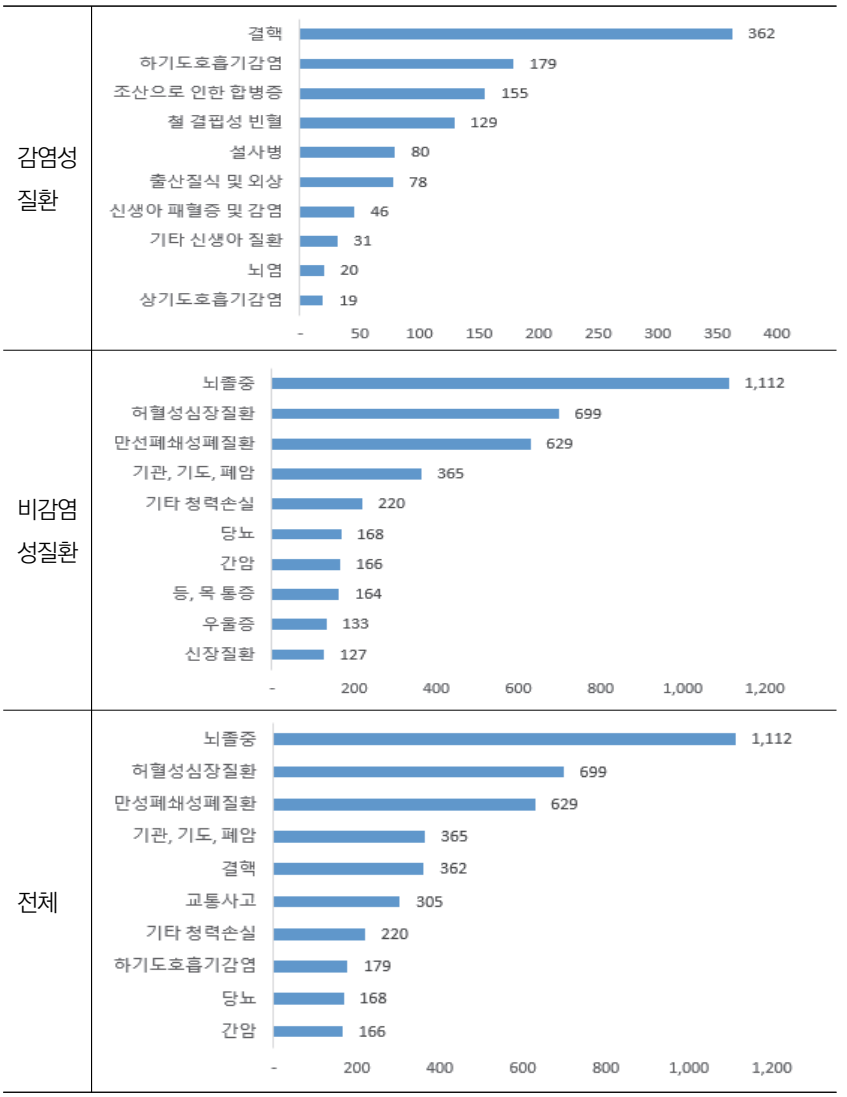
〈표 4-10〉 2016년 북한인구의 성별 DALYs

성 별	원 인	DALYs	% of Total DALYs
전체	All causes	9,106,142.1	
	Non-communicable diseases	6,605,817.9	72.54
	Cardiovascular diseases	1,908,228.0	20.96
	Communicable, maternal, neonatal, and nutritional diseases	1,400,102.1	15.38
	Neoplasms	1,322,897.9	14.53
	Injuries	1,100,222.1	12.08
남성	All causes	4,748,708.4	
	Non-communicable diseases	3,246,569.1	68.37
	Cardiovascular diseases	978,169.6	20.60
	Injuries	768,021.1	16.17
	Neoplasms	752,833.4	15.85
	Communicable, maternal, neonatal, and nutritional diseases	734,118.2	15.46
여성	All causes	4,357,433.7	
	Non-communicable diseases	3,359,248.8	77.09
	Cardiovascular diseases	930,058.4	21.34
	Communicable, maternal, neonatal, and nutritional diseases	665,983.9	15.28
	Neoplasms	570,064.5	13.08
	Stroke	495,213.3	11.36

자료: WHO. (2016). Global Burden of Disease Study.

[그림 4-9] 북한 10대 질병부담: 2016년

(단위: 인년(person-year), 인구 10만 명당)



주: WHO 자료를 이용하여 저자가 재구성한 그림임

자료: WHO, (2018c). Health statistics and information systems Disease burden and mortality estimates, http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index1.html [2018. 5. 15.인출]

5. 모성 및 아동 건강

모성 사망은 임신 중 혹은 분만 중 각종 합병증에 의한 가임기 여성의 사망을 일컫는다. 전 세계적으로 모성사망비는 1990년 출생아 10만 명당 385명에서 2015년 216명으로 절반가량인 44%가 감소했으나 전 세계에서 하루 800명 이상의 산모들이 여전히 분만 합병증으로 사망하고 있다(WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group, & United Nations Population Division, 2015).

북한의 모성사망비는 2000년 출생아 10만 명당 128명에서 2015년 82명으로 꾸준히 감소하였다. 그러나 2015년 북한의 모성사망비는 남한의 모성사망비인 11명보다 7.4배 높아 여전히 높은 사망비를 보이고 있다.

〈표 4-11〉 남북한 모성, 신생아, 영아 5세 미만 아동 사망률: 2000-2017년

구분	북한				남한			
	2000	2005	2010	2017	2000	2005	2010	2017
모성사망비(명) (출생아 10만 명당)	128	105	97	82[1)]	16	14	15	11[1)]
신생아 사망률(명) (출생아 1,000명당)	27	17.3	15.5	10	3.4	2.4	1.8	1.5
영아 사망률(명) (출생아 1,000명당)	44.5	26.4	23.1	14.4	6.4	4.7	3.5	2.8
5세 미만 아동 사망률(명) (출생아 1,000명당)	59.9	32.9	29.5	19	7.5	5.5	4.1	3.3

주: 1) 2017년 모성사망비의 경우 남북한 모두 2015년 모성사망비 수치임
2) WHO 자료를 이용하여 저자가 재구성한 표임

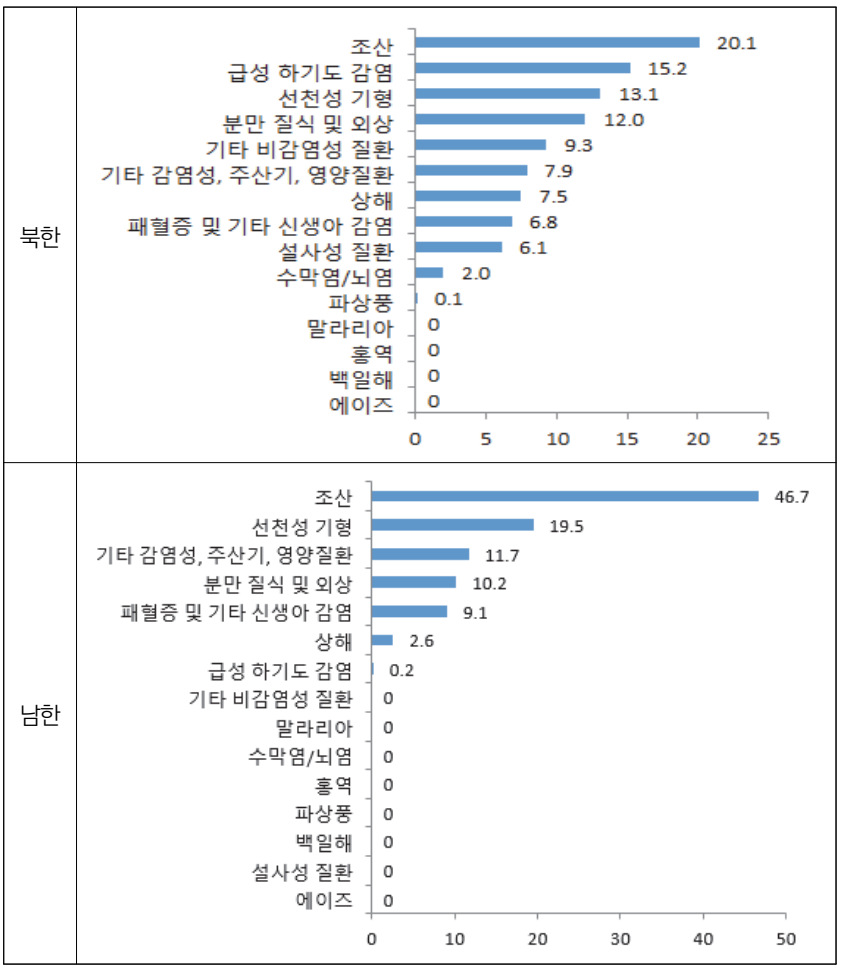
자료: 1) 모성사망비 자료: WHO, Sexual and reproductive health, Trends in maternal mortality: 1990 to 2015, Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division, 2015, http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/maternal-mortality-2015/en/
2) 그 외 수치 자료: WHO,(2016). Global Health Observatory, Probability of dying per 1000 live births Data by country, http://apps.who.int/gho/data/view.main.182[2018. 5. 15인출]

모성사망비와 함께 한 국가의 보건의료체계 수준을 보여 주는 기초적인 지표인 신생아 사망률, 영아 사망률, 5세 미만 아동 사망률 또한 2000년 이후 지속적으로 감소하는 추세를 보이나 남한에 비해 여전히 높은 수준의 사망률을 보인다. 생후 28일 미만의 유아사망률인 신생아 사망률은 2017년 출생아 1,000명당 10명으로 이는 남한의 1.5명에 비해 6.7배 높은 수치이며, 출생 후 1년 이내에 사망한 영아수를 의미하는 영아사망률은 2017년 출생아 1,000명당 14.4명으로 남한의 2.8명에 비해 5.1배 높은 수치이다. 5세 미만 영아 사망률 또한 출생아 1,000명당 19명으로 남한에 비해 5.7배 높았다.

북한의 5세 미만 아동 주요 사망 원인은 조산(20.1%), 급성 하기도 감염(15.2%), 선천성 기형(13.1%), 분만 질식 및 외상(12.0%), 기타 비감염성 질환(9.3%), 기타 감염성, 주산기, 영양질환(7.9%) 등이며, 이 중 감염성 질환으로 인한 사망(급성하기도 감염, 수막염/뇌염, 파상풍, 기타 감염성, 주산기, 영양질환, 패혈증 및 기타 신생아 감염, 설사질환)이 전체 사망의 38%이고, 신생아 사망(조산, 선천성 기형, 분만 질식 및 외상, 패혈증 및 기타 신생아 감염)은 52%로 감염 및 신생아 관리에 대한 관심이 필요함을 시사한다.

[그림 4-10] 남북한 5세 미만 아동 사망 원인: 2016년

(단위: %)



주: WHO 자료를 이용하여 저자가 재구성한 그림임

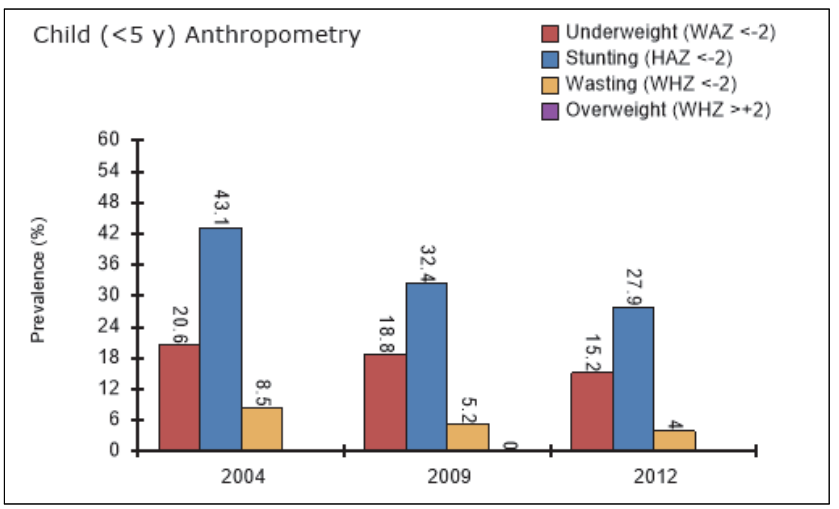
자료: WHO. (2018b). Global Health Observatory.[2018. 5. 15인출]
(북) http://apps.who.int/gho/data/view.main.ghe3002015-PRK?lang=en,
(남) http://apps.who.int/gho/data/view.main.ghe3002015-KOR?lang=en

전 세계 5세 미만 아동 사망의 절반(45%)인 약 300만 명의 어린이들이 영양실조로 인해 해마다 사망하고 있다(Black et al., 2013; 신희영 외,

2017 재인용. p. 89).

영양장애의 한 종류인 만성영양장애(stunting)는 아동의 삶의 질을 나타내는 주요 지표로서 연령에 비해 키 성장이 더딘 상태를 의미한다(신희영 외, 2017. p. 89). 2014년 기준, 전 세계 5세 미만 아동의 23.8%가 만성영양장애인 것으로 알려져 있다(UNICEF, WHO, & World Bank Group, 2016; 신희영 외, 2017 재인용, p. 90).

[그림 4-11] 5세 미만 아동 영양상태: 북한



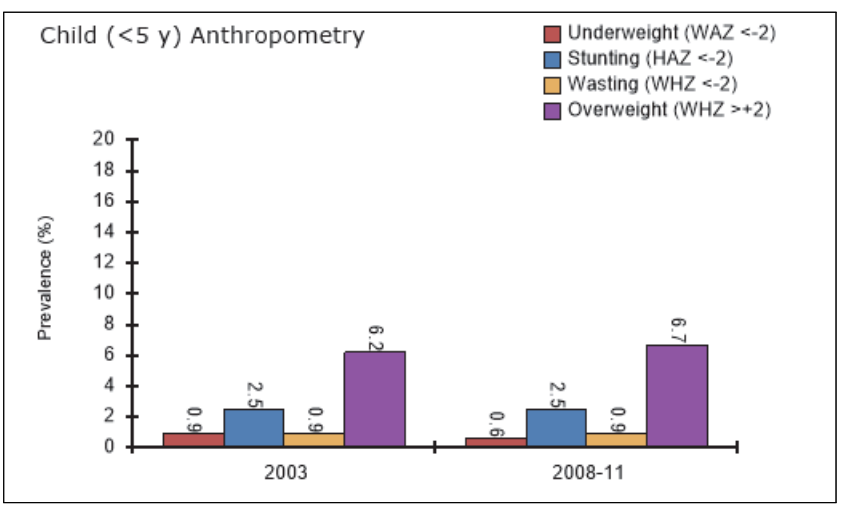
주: Underweight: 저체중, Stunting: 만성영양장애, Wasting: 소모성영양장애, Overweight: 과체중
자료: NLiS Country Profile: Democratic People's Republic of Korea, http://apps.who.int/nutrition/landscape/report.aspx?iso=prk [2018. 8. 13인출]

급성영양장애(wasting)는 급성 영양실조로 인해 키에 비해 체중이 현저히 감소한 상태를 나타내며 계절이나 자연재해 등의 환경 변화로부터 크게 영향을 받는다(신희영 외, 2017. p. 90). 2014년 전 세계 5세 미만 아동의 약 8%인 5,000만 명이 급성영양장애 상태이며 그중에서도 약 1,6000만 명은 중증 급성영양장애를 겪고 있다(신희영 외, 2017, p. 90).

북한의 영양장애 문제는 지속적으로 중요하게 꼽히는 문제이며 모성 및 아동의 이환과 사망의 주요 원인으로서 남북한의 보건의료 격차가 그대로 드러나는 부분이다(신희영 외, 2017. p. 90).

WHO에 따르면 북한의 경우 5세 미만 아동의 만성영양장애 비율은 2004년 43.1%에서, 2009년 32.4%, 2012년 27.9%로 꾸준히 감소하였으나 남한의 2.5%(2003년, 2008-2011년)에 비해 높은 수치이며, 급성영양장애 또한 8.5%. 5.2%, 4%로 남한의 0.9%(2003년, 2008~2011년)에 비해 높은 수치이다. 이는 북한의 모성 및 아동 건강 문제를 해결하기 위해서는 영양문제 해결 또한 중요함을 보여 준다.

[그림 4-12] 5세 미만 아동 영양상태: 남한



주: Underweight: 저체중, Stunting: 만성영양장애, Wasting: 소모성영양장애, Overweight: 과체중
자료: NLiS Country Profile: Republic of Korea, http://apps.who.int/nutrition/landscape/report.aspx?iso=kor[2018. 8. 13인출]

6. 결핵

결핵은 전 세계 10대 주요 사망 원인에 속하는 공기 매개성 감염질환으로서 2015년 한해 무려 140만 명이 결핵으로 인해 사망했다(WHO, 2016, 신희영 외, 2017 재인용. p. 94). 전 세계 인구 3분의 1이 잠복 결핵에 감염된 것으로 추정되며, 이들 중 영양실조나 고령자, HIV/AIDS 감염자 등 면역력이 약해지면 결핵이 발병한다(신희영 외, 2017. p. 94).

〈표 4-12〉 남북한 결핵 발생 현황: 2017년 추정치

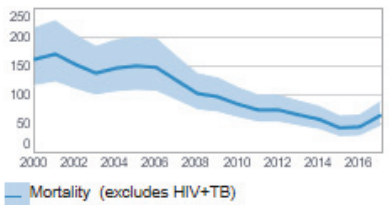
구분	북한	남한
결핵 사망률 (HIV+TB 제외, 인구 10만 명당)	63(43-86)명	4.9 (4.6-5.1)명
결핵 발생률 (HIV+TB 포함, 인구 10만 명당)	513(446-584)명	70(65-75)명
결핵 환자(TB case notifications)	36,044명	10,103명
결핵 신환 또는 재발환자	33,467명	100,553명
결핵 치료율(Tuberculosis treatment coverage)	77%	94%
2015년 2차 치료에서 다제내성 및 리팜핀 내성 결핵환자(MDR/RR-TB) 치료성공률	73%	64%

주: WHO 자료를 이용하여 저자가 재구성한 표임
주: 결핵 사망률 및 발생률은 추정치임
자료: WHO, (2017b). Global Health Observatory, Tuberculosis profile,. https://extranet.who.int/sree/Reports?op=Replet&name=%2FWHO_HQ_Reports%2FG2%2FPROD%2FEXT%2FTBCountryProfile&ISO2=KP&LAN=EN&outtype=html. https://extranet.who.int/sree/Reports?op=Replet&name=%2FWHO_HQ_Reports%2FG2%2FPROD%2FEXT%2FTBCountryProfile&ISO2=KR&LAN=EN&outtype=html[2018. 5. 10인출]

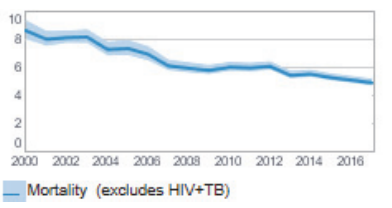
북한의 결핵 사망률은 2000년 이후 지속적으로 감속하다 2016년 이후 다시 증가 추세를 보이고 있다. 북한의 결핵 사망률은 2017년 인구 10만 명당 63명으로 남한의 4.9명보다 높으며 이는 남한의 12.8배에 달하는 수치이다. 결핵 발생률 2000년 이후 큰 변동은 없으나 인구 10만 명당 513명(2017년 기준)으로 남한에 비해 7.3배 높았다.

[그림 4-13] 남북한 결핵 사망률(2000~2016년)

(단위: 인구 10만 명당)



북한



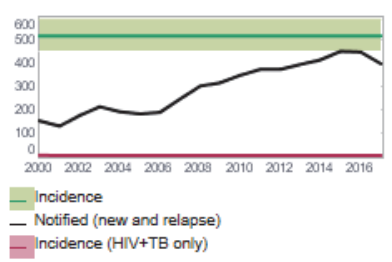
남한

주: 결핵 사망률은 추정치임

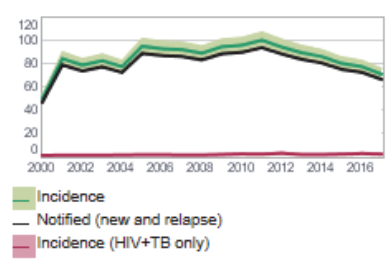
자료: WHO, (2017b).Global Health Observatory, Tuberculosis profile, https://extranet.who.int/sree/Reports?op=Replet&name=%2FWHO_HQ_Reports%2FG2%2FPROD%2FEXT%2FTBCountryProfile&ISO2=KP&LAN=EN&outtype=html. https://extranet.who.int/sree/Reports?op=Replet&name=%2FWHO_HQ_Reports%2FG2%2FPROD%2FEXT%2FTBCountryProfile&ISO2=KR&LAN=EN&outtype=html[2018. 5. 10인출]

[그림 4-14] 남북한 결핵 발생률(2000~2016년)

(단위: 인구 10만 명당)



북한



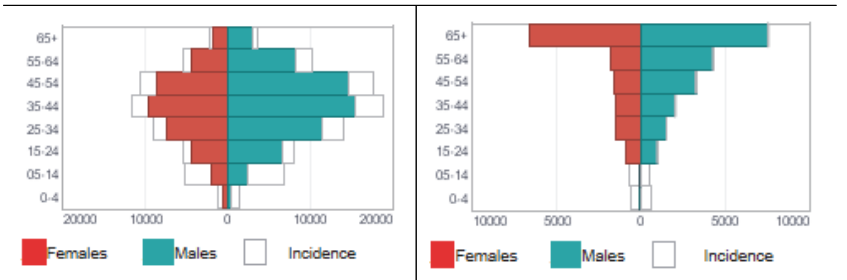
남한

주: 결핵 발생률은 추정치임

자료: WHO. (2017b), Global Health Observatory, Tuberculosis profile,. https://extranet.who.int/sree/Reports?op=Replet&name=%2FWHO_HQ_Reports%2FG2%2FPROD%2FEXT%2FTBCountryProfile&ISO2=KP&LAN=EN&outtype=html. https://extranet.who.int/sree/Reports?op=Replet&name=%2FWHO_HQ_Reports%2FG2%2FPROD%2FEXT%2FTBCountryProfile&ISO2=KR&LAN=EN&outtype=html[2018. 5. 10인출]

결핵 환자 또한 36,044명(2017년 기준)으로 남한에 비해 3.6배 높았다. 결핵환자의 연령별 분포를 살펴보면 65세 이상 고령에서 결핵 환자가 많은 남한과는 달리 북한은 생산가능인구인 25-54세 연령대에서 결핵환자가 많이 분포하는 것을 알 수 있다. 또한 여자 결핵환자보다 남자 결핵환자의 분포가 월등히 많음을 알 수 있고, 15세 미만 아동에서도 결핵환자가 많음을 알 수 있다.

[그림 4-15] 남북한 성, 연령별 결핵환자: 2017년



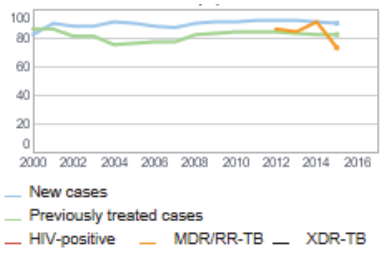
북한 남한

자료: WHO. (2017b). Global Health Observatory, Tuberculosis profile,https://extranet.who.int/sree/Reports?op=Replet&name=%2FWHO_HQ_Reports%2FG2%2FPROD%2FEXT%2FTBCountryProfile&ISO2=KP&LAN=EN&outtype=html. https://extranet.who.int/sree/Reports?op=Replet&name=%2FWHO_HQ_Reports%2FG2%2FPROD%2FEXT%2FTBCountryProfile&ISO2=KR&LAN=EN&outtype=html[2018. 5. 10인출]

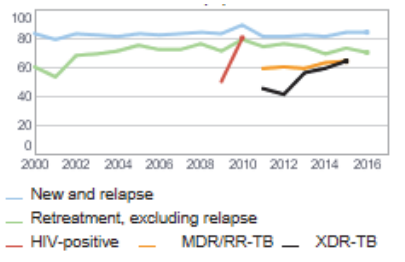
이에 반해 결핵 치료율은 북한이 77%로 남한의 94%로 낮은 수치이며 2015년 2차 치료에서 다제내성 및 림팜핀 내성 결핵환자 치료 성공률은 남한보다 높으나 73%로 여전히 낮은 수준이다.

[그림 4-16] 남북한 결핵 치료성공률(2000~2015년)

(단위: %)



북한



남한

주: HIV-positive; HIV 양성 결핵, MDR/RR-TB: 다제내성 및 리팜핀 내성 결핵, XDR-TB; 광범위 약제내성 결핵

자료: WHO. (2017b). Global Health Observatory, Tuberculosis profile, https://extranet.who.int/sree/Reports?op=Replet&name=%2FWHO_HQ_Reports%2FG2%2FPROD%2FEXT%2FTBCountryProfile&ISO2=KP&LAN=EN&outtype=html. https://extranet.who.int/sree/Reports?op=Replet&name=%2FWHO_HQ_Reports%2FG2%2FPROD%2FEXT%2FTBCountryProfile&ISO2=KR&LAN=EN&outtype=html[2018. 5. 10인출]

제3절 북한 주민의 보건의료 수요와 비용 전망

1. 북한 주민의 보건의료 수요

활발한 교류 및 통일로 변화될 북한 주민의 보건의료 수요는 국내 입국한 북한이탈주민과의 질병 양상 및 의료이용 행태를 통하여 전망하였다. 남한사회에 최초 편입되는 북한이탈주민들은 '의료급여법'이 정하는 기준에 따라 의료급여 1종 수급권자가 된다. 이후에도 생활이 어려운 북한이탈주민은 의료급여법이 정하는 기준에 따라 수급권자로 지정되어 진찰 및 치료(특수진료 제외) 등 의료혜택을 받을 수 있다. 이처럼 북한이탈주민들이 남한사회에 정착함으로써 발생하는 질병 양상과 의료이용 행태를 남한 주민들과 비교하여 살펴보면 다음과 같다.

우선, 2017년 4월 말 기준 북한이탈주민은 총 30,308명으로 이중 남자는 8,827명, 여자는 21,481명으로 전체 북한이탈주민의 70.9%가 여성이었다. 연령별로는 30대가 29.0%로 가장 많았고, 그다음으로 20대가 28.5%, 40대가 17.1%, 10대가 11.6%로 많았다. 이에 반해 60세 이상 연령은 북한이탈주민의 4.2%에 불과하였다.

〈표 4-13〉 북한이탈주민 성, 연령별 현황(입국 시 성, 연령 기준, 2017년 4월 말 기준)

(단위: 명, %)

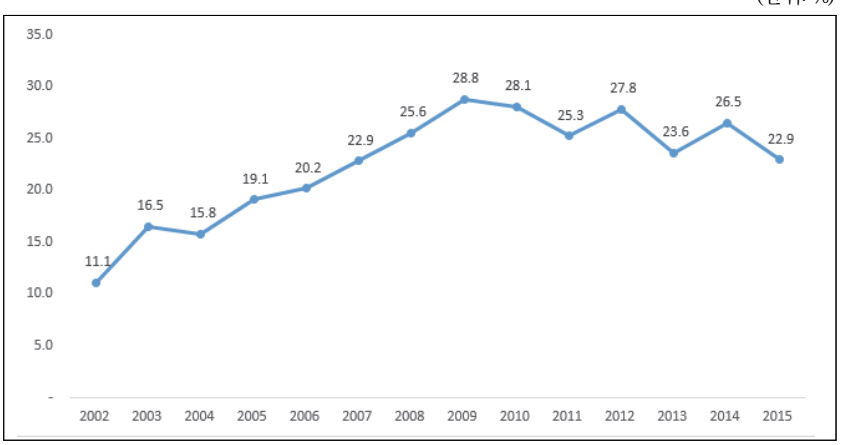
구분	0-9세	10-19세	20-29세	30-39세	40-49세	50-59세	60세 이상	계
남	631	1,585	2,432	2,045	1,308	499	327	8,827
여	623	1,939	6,187	6,747	3,880	1,178	927	21,481
누계(명)	1,254	3,524	8,619	8,792	5,188	1,677	1,254	30,308
비율(%)	4.1	11.6	28.5	29.0	17.1	5.5	4.2	100

자료: 통일부. (2017), 2017 북한이탈주민 정착지원 실무편람, p.11

2002년부터 북한이탈주민의 의료급여 대상자의 입원진료 이용률을 살펴보면 [그림 4-17]과 같다. 총 의료급여 대상자 중 입원진료 이용자 비율은 2002년 11.1%, 2003년 16.5%, 2004년 15.8%, 2005년 19.1%로 꾸준히 증가하다가 2009년을 증감을 반복하고 있다. 그러나 전반적으로 2009년을 기점으로 입원진료 이용자 비율은 감소하는 추세를 보이고 있다. 2015년 의료급여 대상자 중 북한이탈주민자의 입원이용 비율은 22.9%이다.

[그림 4-17] 연도별 의료급여 북한이탈주민의 입원의료이용 비율

(단위: %)



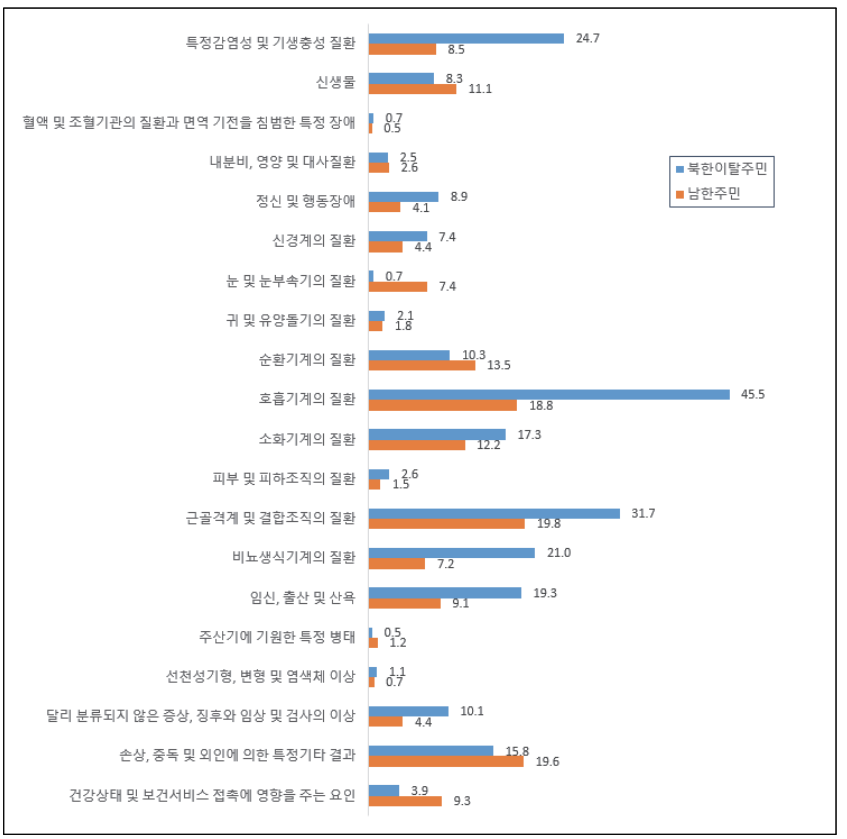
주: 국민건강보험공단 자료를 이용하여 저자가 재구성한 그림임
자료: 국민건강보험공단, 2002-2015 의료급여통계연보

남한 주민과 북한이탈주민의 22대 질병분류별 입원진료 이용양상을 비교하면, 북한이탈주민의 가장 높은 입원진료 이용질환은 호흡기계 질환으로 인구 1,000명당 45.5명이었고, 그다음으로 근골격계 질환 및 결합조직 질환(31.7명), 특정 감염성 및 기생출성 질환(24.7명), 비뇨생식기계의 질환(21.0명), 임신, 출산 및 산욕(19.3명), 소화기계 질환(17.3명) 순으로 높았다. 반면 남한 주민은 근골격계 질환 및 결합조직의 질환

(19.8명), 손상, 중독 및 외인에 의한 특정기타 결과(19.6명), 호흡기계 질환(18.8명), 순환기계 질환(13.5명), 소화기계 질환(12.2명) 순으로 높았다.

[그림 4-18] 22대 질병분류별 의료급여 대상 북한이탈주민과 남한 주민의 입원진료 이용자수: 2015년

(단위: 명/천 명)

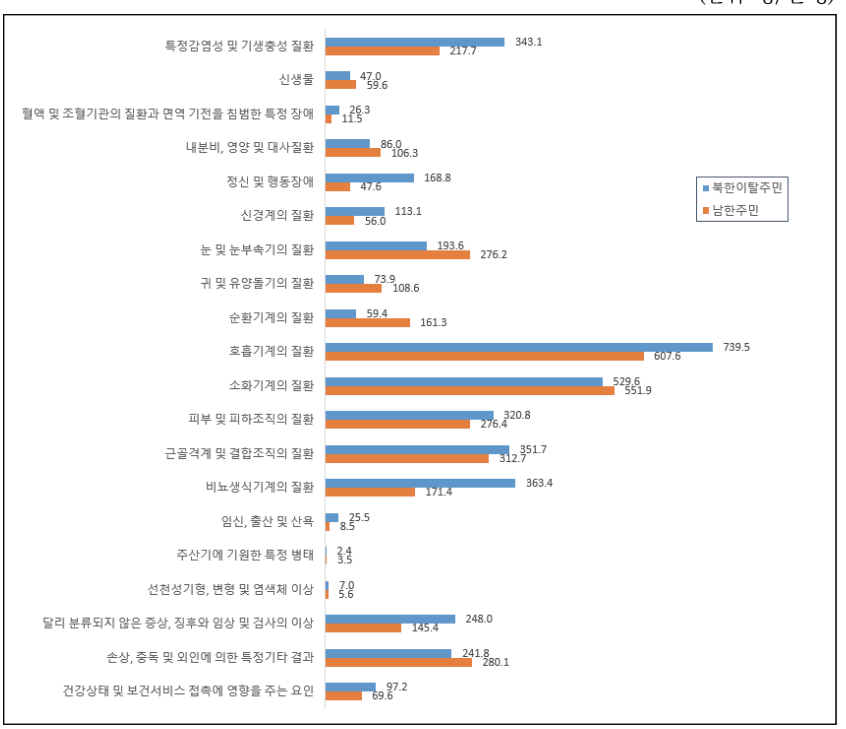


주: 1) 해당질환으로 인한 입원진료 이용자수/총급여대상자수×1,000
2) 22대 질병분류 중 특수목적토드와 기타 질환 제외
3) 국민건강보험공단 자료를 이용하여 저자가 재구성한 그림임
자료: 국민건강보험공단. (2016). 2015 의료급여통계, 2015 건강보험통계연보

남북한 입원의료이용 격차가 가장 심한 질환은 특정 감염성 및 기생충성 질환과 비뇨기생식기계 질환으로 북한이탈주민이 남한 주민에 비해 각각 2.9배 높은 입원이용을 보였다. 그다음으로는 호흡기계 질환(2.4배), 달리 분류되지 않은 증상, 징후와 임상 및 검사의 이상(2.3배), 정신 및 행동장애(2.2배), 임신, 출산 및 산욕(2.1배) 순으로 높았다.

[그림 4-19] 22대 질병분류별 의료급여 대상 북한이탈주민과 남한 주민의 외래진료 이용자수: 2015년

(단위: 명/천 명)



주: 1) 해당질환으로 인한 외래잔료 이용자수/총급여대상자수×1,000
2) 22대 질병분류 중 특수목적토드와 기타 질환 제외
3) 국민건강보험공단 자료를 이용하여 저자가 재구성한 그림임
자료: 국민건강보험공단. (2016). 2015 의료급여통계, 2015 건강보험통계연보

남북한 주민의 외래진료 이용양상의 경우 북한이탈주민의 가장 높은 외래진료 이용질환은 호흡기질환으로 2015년 인구 1,000명당 739.5명의 북한이탈주민들이 외래진료를 이용하였고, 그 다음으로 많은 외래진료 질환은 소화기계질환(529.6명), 비뇨생식기계질환(363.4명), 근골격계 및 결합조직의 질환(351.7명), 특정 감염성 및 기생충성 질환(343.1명), 피부 및 피하조직의 질환(320.8명)이었다.

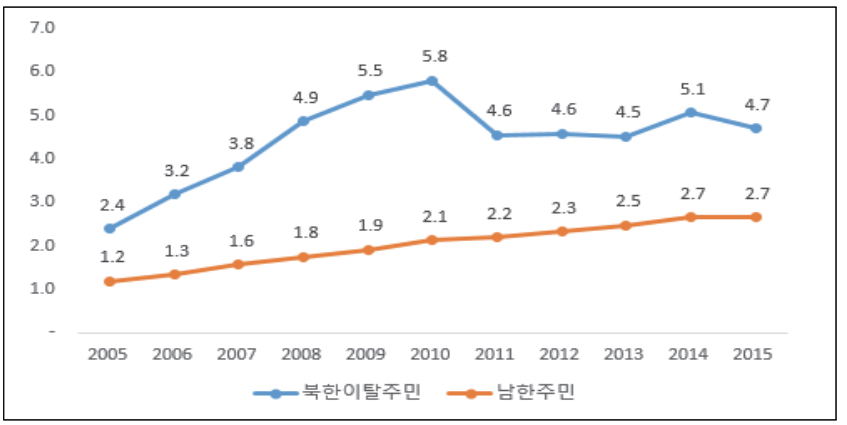
남북한 외래 의료이용 격차가 가장 큰 질환은 정신 및 행동장애로 북한이탈주민이 남한 주민에 비해 3.5배 외래의료이용이 많았고, 그다음으로는 임신, 출산 및 산욕(3배), 비뇨생식기계의 질환(2.1배), 신경계질환(2배), 달리 분류되지 않은 증상, 징후와 임상 및 검사의 이상(1.7배), 특정 감염성 및 기생충성 질환(1.6배) 등 순으로 높았다. 이는 입원 의료이용과 유사한 이용순위이다.

남북한 의료이용 차이를 비교하기 위해서는 성, 연령별 표준화 작업이 요구되나 자료의 한계상 성, 연령을 보정하지 못하였다. 따라서 결과 해석 시 주의가 필요하나 남북한 입원의료이용 격차 비교 결과, 향후 북한이탈주민들에게서는 감염성 질환과 비뇨기생식계 질환, 임신, 출산 및 산욕 등의 감염성, 모성 및 신생아 질환 발생 위험이 높을 것으로 예상된다. 아울러 호흡기질환과 정신 및 행동장애 등의 비감염성질환 또한 중요한 건강 문제가 될 것으로 예상된다.

북한이탈주민과 남한 주민의 1인당 연간 평균 입원일수 및 외래진료 횟수를 살펴보았다. 분석 결과, 북한이탈주민의 경우 2015년 1인당 연간 평균 입원일수는 4.7일, 남한 주민의 2.7일보다 길었다. 외래진료 횟수 또한 북한이탈주민은 연간 평균 24.9회로 남한 주민의 16.9회보다 약 1.5배 높았고 외래진료 횟수의 경우 2005년 19.7회에서 2015년 24.9회로 증가하였다.

[그림 4-20] 북한이탈주민 및 남한 주민 1인당 연간 평균 입원일수: 2005-2015

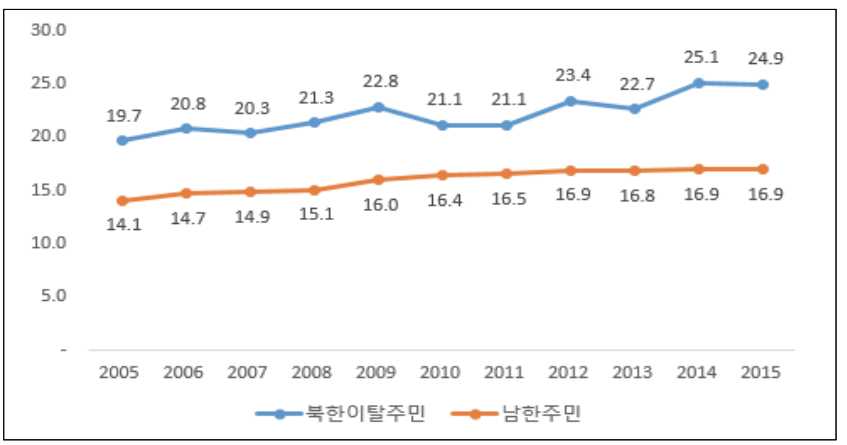
(단위: 회/명)



주: 1) 입내원일수/총급여대상자수
2) 내원일수/총급여대상자수 (심시실적 기준)
3) 국민건강보험공단 자료를 이용하여 저자가 재구성한 그림임
자료: 국민건강보험공단. (2005-2015). 의료급여통계연보, 건강보험통계연보

[그림 4-21] 북한이탈주민 및 남한 주민 1인당 연간 평균 외래진료 횟수: 2005-2015

(단위: 회/명)



주: 1) 입내원일수/총급여대상자수
2) 내원일수/총급여대상자수 (심시실적 기준)
3) 국민건강보험공단 자료를 이용하여 저자가 재구성한 그림임
자료: 국민건강보험공단. (2005-2015). 의료급여통계연보, 건강보험통계연보

2. 북한 주민의 보건의료 비용

가. 선행연구에서 보건의료비용 추계 방법

보건의료비용은 각 사회의 상황, 특히 의료공급자의 특성과 기술 등 인적자원의 요인과 의료기자재, 인프라 등 여러 가지 물적 요인, 그리고 수요자의 의료서비스 이용행태 등에 따라 달라진다. 과거 통일 비용을 추산할 목적으로 보건의료비용 항목을 추계한 다수의 국내 선행 연구가 존재했었고 이러한 연구에서는 주로 남한의 의료비 지출을 자료원으로 북한의 인구비율, 임금 비율, GDP 비율 등을 감안하여 장래의 보건의료비용을 추계하였다. 본 연구에서는 장기적인 북한 보건의료 인프라의 회복을 전제하였을 때 어느 정도의 수요가 발생할 것인지를 비용의 측면에서 예측해보고자 한다.

예를 들어 김유찬 외(2010)의 연구에서는 2010년 통일을 한다는 가정하에 2029년까지의 북한 의료비 추계 시 남한과 같은 수준의 공적 의료비 지출이 북한지역에도 필요하다는 전제를 가지고 인구비율을 감안하여 환산하였다. 즉, 건강보험공단의 지출(현물급여와 현금급여 포함하여)은 2008년 기준 약 26조 4천억 원이다. 2010년에는 약 28조 정도가 필요할 것으로 가정하고 북한 인구비율의 변화에 따라 연도별 북한 의료비를 추계했다(〈표 4-14〉). a 경우(100%)는 직접경비를 제외하고 다른 경비들은 2010년 불변가격으로 매년 동일한 비용이 20년 동안 지출되는 것을 가정하고 계산 한 것이다. b 경우(60%)는 기초생계비지원/의료비지원/정부서비스 제공비용의 3가지 분야에서 필요한 재원을 100% 계산하지 않고 약 60% 정도만 지원한다고 가정할 경우의 의료비용 규모이다.

〈표 4-14〉 연도별, 분야별 통일비용

(단위: 조 원)

연도	a 경우 (100%)					b 경우 (60%)				
	기초생계비	의료비	정부서비스	SOC 투자	계	기초생계비	의료비	정부서비스	SOC 투자	계
2010	72.2	12.8	83.8	24.0	192.8	43.3	7.7	50.3	24.0	125.3
2011	68.6	12.1	79.6	24.0	184.3	41.1	7.3	47.8	24.0	120.2
2012	65.0	11.5	75.4	24.0	175.9	39.0	6.9	45.3	24.0	115.1
2013	61.3	10.9	71.2	24.0	167.4	36.8	6.5	42.7	24.0	110.1
2014	57.7	10.2	67.0	24.0	159.0	34.6	6.1	40.2	24.0	105.0
2015	54.1	9.6	62.9	24.0	150.6	32.5	5.8	37.7	24.0	100.0
2016	50.5	8.9	58.7	24.0	142.1	30.3	5.4	35.2	24.0	94.9
2017	46.9	8.3	54.5	24.0	133.7	28.1	5.0	32.7	24.0	89.8
2018	43.3	7.7	50.3	24.0	125.3	26.0	4.6	30.2	24.0	84.8
2019	39.7	7.0	46.1	24.0	116.8	23.8	4.2	27.7	24.0	79.7
2020	36.1	6.4	41.9	24.0	108.4	21.7	3.8	25.1	24.0	74.6
2021	32.5	5.8	37.7	24.0	99.9	19.5	3.5	22.6	24.0	69.6
2022	28.9	5.1	33.5	24.0	91.5	17.3	3.1	20.1	24.0	64.5
2023	25.3	4.5	29.3	24.0	83.1	15.2	2.7	17.6	24.0	59.4
2024	21.7	3.8	25.1	24.0	74.6	13.0	2.3	15.1	24.0	54.4
2025	18.0	3.2	21.0	24.0	66.2	10.8	1.9	12.6	24.0	49.3
2026	14.4	2.6	16.8	24.0	57.8	8.7	1.5	10.1	24.0	44.3
2027	10.8	1.9	12.6	24.0	49.3	6.5	1.2	7.5	24.0	39.2
2028	7.2	1.3	8.4	24.0	40.9	4.3	0.8	5.0	24.0	34.1
2029	3.6	0.6	4.2	24.0	32.4	2.2	0.4	2.5	24.0	29.1
계	757.8	134.2	880.0	480.0	2252.0	454.7	80.6	528.0	480.0	1543.3

자료: 김유찬. (2010). 통일비용 및 재원조달 방안에 관한 연구

안종범 외(2011)의 연구에서는 북한의 건강보험금액을 2021~2050년의 1인당 총 진료비와 건강보험 비용을 통해 추계하였으며, 건강보험지출금액을 건강보험 급여총액과 급여외 지출로 구분하여 급여총액은 '연

령별 건강보험 적용인구수 ×연령별 1인당 총진료비'를 계산한 후 이를 합산하고 건강보험 급여 외 지출은 최근 남한의 지출구조를 고려하여 급여지출의 6.7%로 가정하였다. 건강보험 적용인구는 취업가구의 가구원으로 연령별 취업가구원수는 연령별 인구수에 취업가구 비중을 곱하여 계산하였다. 건강보험 1인당 총진료비는 남한 1인당 총진료비에 남북한 임금 격차를 고려하였다(〈표 4-15〉).

〈표 4-15〉 건강보험 추계비용 결과

(단위: 억 원)

		0세	1~4세	5~9세	10~14세	15~19세	20~24세	25~29세	30~34세	35~39세	40~44세	45~49세	50~54세	55~59세	60~64세	65~69세	70~74세	75~79세	80~84세	85세 이상	합계	요양외 급여	총급여
단기형	2021	215	1,110	675	391	406	459	665	746	700	754	1,191	1,820	1,815	1,894	1,410	1,689	1,302	830	365	18,438	1,235	19,673
	2022	254	1,318	802	455	470	528	777	896	830	910	1,288	2,166	2,276	2,267	1,901	1,805	1,533	1,019	469	21,965	1,472	23,436
	2023	299	1,564	954	535	545	609	901	1,077	984	1,098	1,405	2,521	2,831	2,676	2,623	1,950	1,819	1,220	609	26,223	1,757	27,980
	2024	352	1,852	1,136	633	633	702	1,048	1,279	1,175	1,312	1,596	2,883	3,473	3,239	3,391	2,179	2,192	1,430	778	31,285	2,096	33,381
	2025	412	2,189	1,354	751	737	807	1,215	1,511	1,413	1,562	1,839	3,271	4,257	3,965	4,203	2,532	2,632	1,699	966	37,314	2,500	39,814
	2026	482	2,580	1,612	893	859	931	1,400	1,787	1,700	1,858	2,164	3,656	5,166	4,891	5,178	3,109	2,988	2,029	1,198	44,480	2,980	47,460
	2027	563	3,032	1,918	1,063	1,003	1,080	1,614	2,092	2,050	2,209	2,619	3,964	6,164	6,154	6,218	4,208	3,197	2,410	1,500	53,056	3,555	56,610
	2028	655	3,554	2,277	1,267	1,181	1,254	1,867	2,433	2,469	2,624	3,168	4,335	7,191	7,677	7,370	5,831	3,464	2,880	1,850	63,347	4,244	67,591
	2029	749	4,102	2,695	1,525	1,405	1,437	2,098	2,781	2,936	3,196	3,823	4,813	7,916	9,797	9,285	7,935	3,870	3,556	2,281	76,201	5,105	81,306
	2030	902	4,918	3,191	1,788	1,656	1,726	2,548	3,353	3,474	3,714	4,487	5,835	9,747	11,165	10,585	8,939	4,612	4,126	2,642	89,408	5,990	95,398
	합계	4,884	26,219	16,613	9,300	8,896	9,531	14,133	17,955	17,732	19,237	23,580	35,265	50,837	53,726	52,165	40,178	27,607	21,199	12,657	461,716	30,935	492,651
중기형	2031	976	5,369	3,567	2,042	1,879	1,885	2,721	3,604	3,906	4,326	5,115	6,374	9,953	13,372	12,893	10,992	5,374	4,540	3,112	101,998	6,834	108,831
	2032	1,075	5,932	3,980	2,310	2,127	2,092	3,003	3,952	4,350	4,960	5,783	7,334	10,260	15,179	15,440	12,561	6,929	4,605	3,598	115,471	7,737	123,207
	2033	1,184	6,549	4,431	2,608	2,411	2,343	3,316	4,347	4,809	5,680	6,533	8,435	10,675	16,846	18,341	14,191	9,154	4,754	4,155	130,763	8,761	139,524
	2034	1,305	7,226	4,924	2,938	2,736	2,640	3,667	4,769	5,328	6,425	7,435	9,605	11,556	18,355	21,461	16,416	11,288	5,132	4,796	148,002	9,916	157,918
	2035	1,440	7,971	5,462	3,302	3,105	2,983	4,066	5,225	5,883	7,230	8,516	10,896	12,696	19,846	25,079	19,189	13,335	5,808	5,526	167,557	11,226	178,784
	2036	1,549	8,561	5,889	3,603	3,429	3,288	4,396	5,588	6,284	7,929	9,504	12,020	13,868	20,574	28,232	21,988	15,217	6,699	5,949	184,567	12,366	196,934
	2037	1,669	9,203	6,345	3,923	3,783	3,631	4,759	6,015	6,722	8,614	10,631	13,258	15,570	20,697	31,289	25,724	16,976	8,454	6,152	203,414	13,629	217,043

		0세	1~4세	5~9세	10~14세	15~19세	20~24세	25~29세	30~34세	35~39세	40~44세	45~49세	50~54세	55~59세	60~64세	65~69세	70~74세	75~79세	80~84세	85세 이상	합계	요양외 급여	총급여
	2038	1,804	9,909	6,831	4,261	4,167	4,016	5,200	6,482	7,215	9,291	11,878	14,615	17,474	21,026	33,904	29,863	18,787	10,939	6,489	224,153	15,018	239,171
	2039	1,955	10,690	7,354	4,620	4,582	4,447	5,719	6,994	7,724	10,047	13,114	16,233	19,421	22,230	36,060	34,141	21,271	13,171	7,093	246,866	16,540	263,406
	2040	2,114	11,421	7,774	4,928	5,011	4,972	6,353	7,478	8,071	10,568	14,436	18,512	21,687	23,845	36,088	40,101	25,486	15,810	8,250	272,903	18,285	291,188
	합계	15,072	82,832	56,556	34,536	33,232	32,298	43,200	54,452	60,292	75,069	92,945	117,282	143,158	191,970	258,786	225,166	143,816	79,912	55,119	1,795,693	120,311	1,916,005
장기형	2041	2,238	12,168	8,335	5,265	5,290	5,186	6,639	7,966	8,693	11,395	15,161	19,105	22,640	25,121	40,077	41,017	25,586	15,980	8,423	286,285	19,181	305,466
	2042	2,337	12,539	8,466	5,376	5,523	5,553	7,104	8,197	8,796	11,445	15,880	20,969	24,224	27,118	36,781	45,043	30,249	17,878	9,812	303,290	20,320	323,610
	2043	2,463	13,127	8,777	5,569	5,773	5,886	7,560	8,618	9,121	11,819	16,482	22,545	25,699	29,287	35,989	47,009	33,875	19,152	11,512	320,262	21,458	341,720
	2044	2,604	13,791	9,121	5,769	6,024	6,228	8,056	9,121	9,472	12,178	17,151	23,956	27,477	31,337	36,665	48,139	37,323	20,962	13,034	338,407	22,673	361,081
	2045	2,760	14,540	9,505	5,979	6,278	6,576	8,591	9,684	9,865	12,533	17,790	25,329	29,583	33,424	37,951	48,961	41,035	23,114	14,446	357,944	23,982	381,926
	2046	2,903	15,232	9,841	6,144	6,474	6,863	9,074	10,209	10,202	12,819	18,178	26,573	31,588	35,288	39,739	48,599	44,211	25,414	15,756	375,108	25,132	400,240
	2047	3,059	16,002	10,224	6,322	6,672	7,147	9,578	10,787	10,567	13,202	18,602	27,622	33,816	37,260	42,731	46,844	46,989	28,589	17,208	393,222	26,346	419,567
	2048	3,226	16,850	10,659	6,519	6,873	7,429	10,097	11,418	11,050	13,614	19,106	28,514	36,163	39,328	45,920	45,646	48,839	31,961	19,084	412,295	27,624	439,919
	2049	3,403	17,774	11,152	6,737	7,081	7,709	10,624	12,102	11,631	14,061	19,578	29,512	38,219	41,838	48,898	46,318	49,753	35,094	21,149	432,634	28,986	461,621
	2050	3,617	18,953	11,772	6,933	7,194	7,903	11,168	13,003	12,420	14,447	19,660	29,839	40,454	45,929	52,605	48,064	47,980	39,711	24,569	456,220	30,567	486,787
	합계	28,610	150,976	97,853	60,612	63,181	66,479	88,492	101,105	101,816	127,513	177,589	253,964	309,862	345,930	417,356	465,640	405,840	257,855	154,993	3,675,667	246,270	3,921,937

자료: 안종범. (2011).통일재원마련 방안 연구.

한편 남북 보건의료협력 사업의 경제성 분석을 위해 의료비용을 남측 의료비 추계 후 GDP 비율(혹은 평균 임금 비율)로 보정한 값을 대입하여 추산한 경우도 있다(권순만, 2008).

3. 남한의 보건의료비용을 이용한 북한의 보건의료비용 추계

한국인의 질병부담 연구에서는, 남한을 기준으로 한 한국인의 경제적 질병부담을 2030년까지 산출하였다. 이 연구는 단순히 의료비뿐만 아니라 교통비 및 간병비 그리고 조기사망 및 상병으로 인한 생산성 손실까지 고려했다는 점에서 다른 연구와 차이점이 있다. 본 연구에서는 한국인의 질병부담 연구에서 추계한 경제적 비용을 이용하여, 북한의 질병부담 비용을 산출하였다.

북한의 비용을 산출하기 위해서 성, 연령, 질환군, 연도별 간접비와 직접비를 구분하여 2030년까지의 비용을 추계하였다. 연령은 10세 단위로 구분하였으며, 마지막 연령군은 80세 이상까지로 적용하였다. 질환은 21개 중분류 질환군을 대상으로 추계하였다. 간접비는 경제규모의 차이를 감안하여, 우선 남한 전체 간접비에서 남한의 인구수로 나누어 1인당 간접비를 산출하였고, 그 값에 남한과 북한의 1인당 국민총소득 비율[35]을 곱한 후, 다시 북한의 인구수[36]를 곱하여 산출하였다.

35) 남한과 북한의 1인당 국민총소득은 국가통계포털(http://kosis.kr) 국제·북한통계 중 '국민총소득 및 경제성장률' 자료에서 2015년을 기준으로 함. 2015년 기준 남한의 1인당 국민총소득은 3,074.4(만 원), 북한은 139.3(만 원), 남·북한의 1인당 국민총소득 비율은 0.045이었음.

36) 북한의 연령별 추계인구수는 국가통계포털(http://kosis.kr) 국제·북한통계 중 '연령별 추계인구' 자료를 이용하였음. 이 자료는 1993년 및 2008년 북한에서 실시한 인구일제조사(인구센서스) 결과를 이용하여, 1993~2008년 센서스 사이 연도의 과거 북한인구와 2009~2055년 장래 북한인구를 추계한 결과임.

[수식 4-1] 간접비의 추계식

$$\text{간접비} = \frac{\text{남한 전체 간접비}}{\text{남한 인구수}} \times \text{남한과 북한의 1인당 국민총소득 비율} \times \text{북한 인구수}$$

직접비는 '직접비의료비'와 '직접의료비'로 구분되는데, '직접비의료비'는 간접비와 동일한 산출과정을 거쳤고, '직접의료비'는 1인당 국민총소득비율을 적용하지 않고 북한의 인구수만을 반영하였는데, 이는 직접비의 경우 약제 및 의료서비스 비용 등으로 구성되어 있어 경제규모의 차이를 반영하지 않는 것이 더 적절하다고 고려되었기 때문이다. 따라서 이 추정값은 남한을 기준으로 북한의 성별, 연령별 인구구조와 경제규모를 반영한 보건의료비용추계라 할 수 있다.

[수식 4-2] 직접비의 추계식

$$\text{직접비의료비} = \frac{\text{남한 전체 직접비}}{\text{남한 인구수}} \times \text{남한과 북한의 1인당 국민총소득 비율} \times \text{북한 인구수}$$

$$\text{직접의료비} = \frac{\text{남한 전체 직접비}}{\text{남한 인구수}} \times \text{북한 인구수}$$

〈표 4-16〉 남한 및 북한의 1인당 국민총소득

시점	남한			북한		
	국민총소득(GNI, 명목) (십억 원)	1인당 국민총소득 (만 원)	경제 성장률 (%)	국민총소득 (GNI, 명목) (십억 원)	1인당 국민총소득 (만 원)	경제 성장률 (%)
2011	1,340,529.8	2,684.5	3.7	32,438.3	133.4	0.8
2012	1,391,595.5	2,772.1	2.3	33,479.0	137.1	1.3
2013	1,439,644.4	2,854.8	2.9	33,844.0	137.9	1.1
2014	1,490,763.9	2,937.7	3.3	34,236.0	138.8	1.0
2015	1,568,383.1	3,074.4	2.8	34,512.0	139.3	-1.1
2016	1,646,208.9	3,212.4	2.9	36,373.0	146.1	3.9
2017	1,730,461.4	3,363.6	3.1	36,631.0	146.4	-3.5

자료: 통계청. (2018). 국가통계포털(http://kosis.kr) 국제·북한통계 - '국민총소득 및 경제성장률'

〈표 4-17〉 북한의 연령별 추계인구수

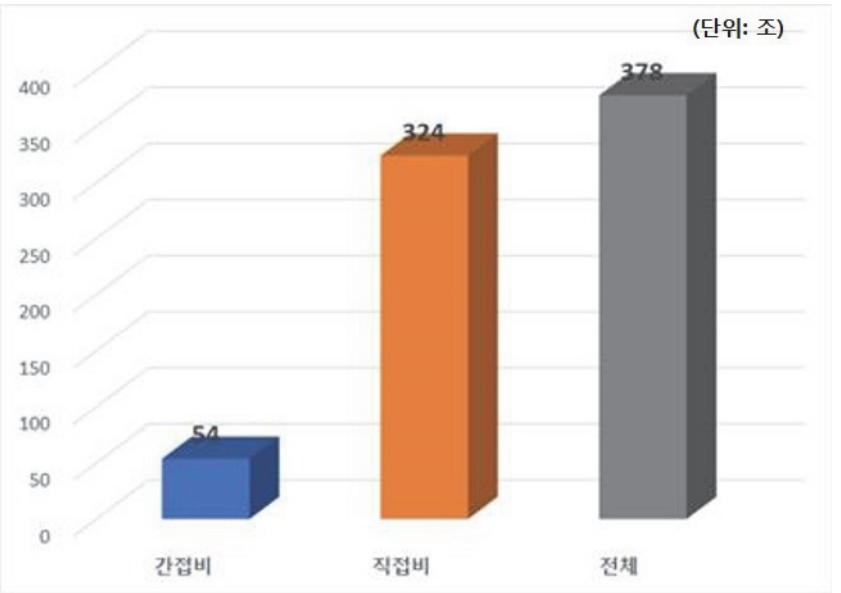
	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
0~9세	3,299,480	3,300,991	3,318,252	3,345,979	3,377,635	3,411,115	3,444,454	3,476,019	3,504,162	3,527,294	3,543,984	3,553,078	3,553,811	3,529,411	3,545,874
10~19세	3,366,279	3,324,393	3,297,854	3,282,183	3,274,224	3,272,230	3,273,902	3,291,257	3,319,040	3,350,756	3,384,317	3,417,765	3,449,483	3,501,214	3,477,829
20~29세	3,658,990	3,591,407	3,531,394	3,467,920	3,405,821	3,352,055	3,310,491	3,284,196	3,268,722	3,260,931	3,259,087	3,260,895	3,278,324	3,337,873	3,306,141
30~39세	3,973,320	3,919,346	3,856,145	3,792,045	3,717,830	3,637,596	3,570,593	3,511,075	3,448,109	3,386,516	3,333,207	3,292,038	3,266,052	3,243,254	3,250,829
40~49세	3,964,806	3,995,935	4,009,476	4,002,597	3,976,393	3,940,847	3,887,548	3,825,057	3,761,654	3,688,208	3,608,783	3,542,495	3,483,599	3,360,290	3,421,261
50~59세	3,677,935	3,737,000	3,792,174	3,835,279	3,878,256	3,925,241	3,956,492	3,970,254	3,963,771	3,938,127	3,903,202	3,850,652	3,788,953	3,653,728	3,726,325
60~69세	3,359,910	3,417,380	3,472,948	3,524,144	3,579,937	3,635,698	3,694,667	3,749,756	3,792,876	3,835,869	3,882,831	3,914,174	3,928,145	3,896,975	3,922,053
70~79세	3,554,948	3,440,077	3,351,960	3,318,041	3,301,239	3,315,978	3,373,260	3,428,641	3,479,740	3,535,418	3,591,056	3,649,874	3,704,833	3,790,898	3,747,926
80세 이상	4,125,479	3,994,590	3,840,642	3,719,504	3,607,010	3,501,231	3,388,731	3,302,577	3,269,788	3,253,885	3,269,008	3,326,001	3,381,077	3,487,529	3,432,011

자료: 통계청. (2018). 국가통계포털(http://kosis.kr) 국제·북한통계

2016~2030년까지의 북한의 질병부담(간접비+직접비)을 분석한 결과 전체비용은 총 378조 원이었으며, 이 중 간접비는 54조 원, 직접비는 324조 원으로 분석되었다([그림 4-22]).

[그림 4-22] 북한의 질병부담 전체 비용

(단위: 조 원)

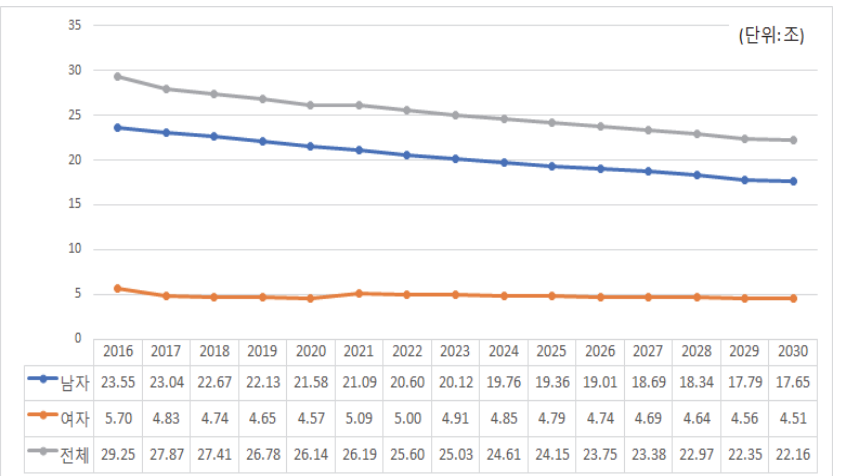


자료: 저자 작성

질병부담의 연도별 변화를 살펴보면, 2016년에서 2030년으로 갈수록 전체 비용은 감소하는 추세를 보인다. 2016년 북한의 질병부담 전체 비용은 29조 원이었고, 2030년에는 22조 원으로 추계되었다([그림 4-23]).

[그림 4-23] 연도별 전체 비용 변화(북한)

(단위: 조 원)



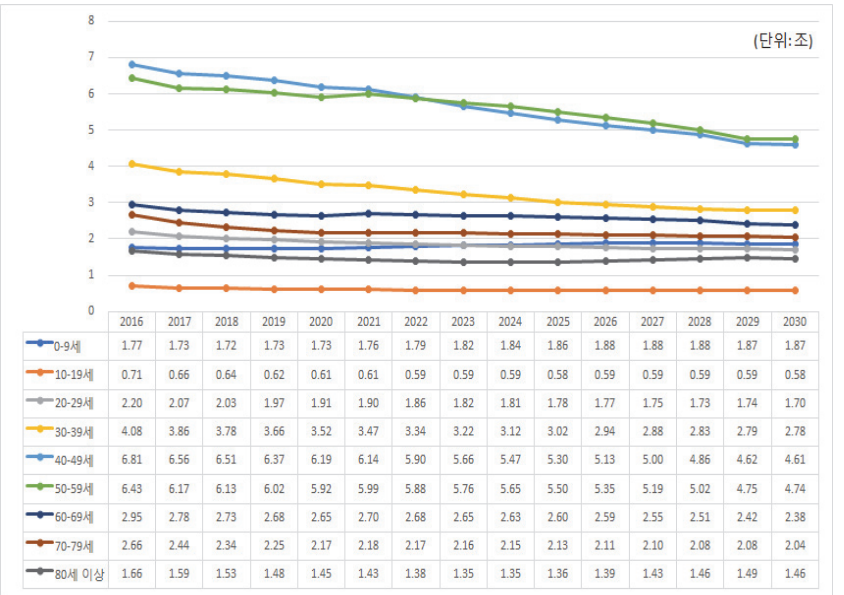
	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
남자	23.55	23.04	22.67	22.13	21.58	21.09	20.60	20.12	19.76	19.36	19.01	18.69	18.34	17.79	17.65
여자	5.70	4.83	4.74	4.65	4.57	5.09	5.00	4.91	4.85	4.79	4.74	4.69	4.64	4.56	4.51
전체	29.25	27.87	27.41	26.78	26.14	26.19	25.60	25.03	24.61	24.15	23.75	23.38	22.97	22.35	22.16

자료: 저자 작성

각 연령군의 비용 변화 추계를 연도별로 살펴보면, 2016년에서 2030년으로 갈수록 전체적으로 감소 추세를 보인다. 그러나 0-9세의 경우 2016년 1조 7천억 원이었던 비용이, 2030년에는 1조 8천억 원의 비용으로 추계되어 상대적으로 변화가 두드러지지 않게 나타났다([그림 4-24]).

[그림 4-24] 각 연령군의 비용 변화 추계(연도별)

(단위: 조 원)



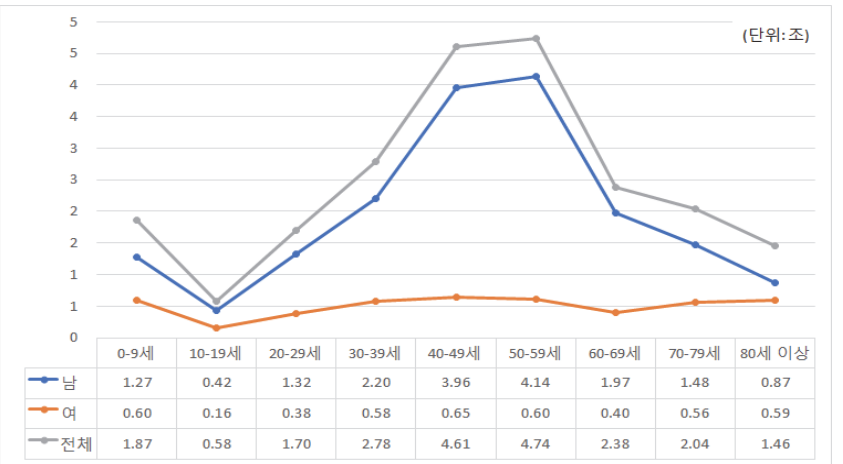
	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
0-9세	1.77	1.73	1.72	1.73	1.73	1.76	1.79	1.82	1.84	1.86	1.88	1.88	1.88	1.87	1.87
10-19세	0.71	0.66	0.64	0.62	0.61	0.61	0.59	0.59	0.59	0.58	0.59	0.59	0.59	0.59	0.58
20-29세	2.20	2.07	2.03	1.97	1.91	1.90	1.86	1.82	1.81	1.78	1.77	1.75	1.73	1.74	1.70
30-39세	4.08	3.86	3.78	3.66	3.52	3.47	3.34	3.22	3.12	3.02	2.94	2.88	2.83	2.79	2.78
40-49세	6.81	6.56	6.51	6.37	6.19	6.14	5.90	5.66	5.47	5.30	5.13	5.00	4.86	4.62	4.61
50-59세	6.43	6.17	6.13	6.02	5.92	5.99	5.88	5.76	5.65	5.50	5.35	5.19	5.02	4.75	4.74
60-69세	2.95	2.78	2.73	2.68	2.65	2.70	2.68	2.65	2.63	2.60	2.59	2.55	2.51	2.42	2.38
70-79세	2.66	2.44	2.34	2.25	2.17	2.18	2.17	2.16	2.15	2.13	2.11	2.10	2.08	2.08	2.04
80세 이상	1.66	1.59	1.53	1.48	1.45	1.43	1.38	1.35	1.35	1.36	1.39	1.43	1.46	1.49	1.46

자료: 저자 작성

2030년을 기준으로 연령별 경제적 부담을 추정할 경우, 가장 많은 비용이 소요되는 연령군은 50~59세(4조 7천억 원), 그다음으로 40~49세(4조 6천억 원)로 나타났다. 가장 적은 비용이 드는 연령군은 10~19세(5천8백억 원)로 분석되었다([그림 4-25]).

[그림 4-25] 연령별 전체 비용 변화(2030년 기준 추정치)

(단위: 조 원)



	0-9세	10-19세	20-29세	30-39세	40-49세	50-59세	60-69세	70-79세	80세 이상
남	1.27	0.42	1.32	2.20	3.96	4.14	1.97	1.48	0.87
여	0.60	0.16	0.38	0.58	0.65	0.60	0.40	0.56	0.59
전체	1.87	0.58	1.70	2.78	4.61	4.74	2.38	2.04	1.46

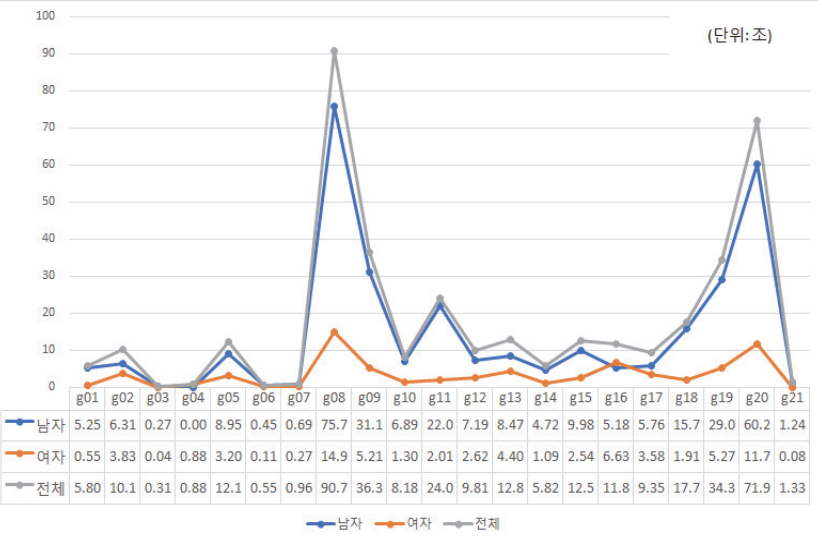
자료: 저자 작성

한편, 2030년을 기준으로 질병군별 비용부담을 추정하였다. 21개의 질병군 중 가장 많은 비용이 드는 질병군은 g08(Neoplasm, 신생물·종양)으로 약 90조 원이 발생되는 것으로 추정된다. 그다음으로는 g20(Self-harm and interpersonal violence, 자해 및 개인 간 폭력)으로 약 72조원이 발생되는 것으로 추정된다. 가장 적은 비용이 드는 질병군은 g03(Neglected tropical diseases and malaria, 열대성 질병과 말라리아)으로 약 3천억 원 정도의 비용이 드는 것으로 추정된다([그림 4-26]). [37]

37) g01(HIV/AIDS and tuberculosis, 에이즈 및 결핵), g02(Diarrhea, lower respiratory infections, meningitis, and other common infectious diseases, 설사, 하부 호흡기 감염, 수막염 및 기타 일반적인 감염성 질환), g03(Neglected tropical diseases and malaria, 열대성 질병과 말라리아), g04(Maternal disorders, 모성 장애), g05(Neonatal disorders, 신생아 장애), g06(Nutritional deficiencies, 영양결핍), g07(Other communicable, maternal, neonatal, and nutritional disorders, 기타 전염성, 산모, 신생아 및 영양 장애), g08(Neoplasm, 신생물·종양), g09(Cardiovascular and circulatory diseases, 심혈관계 질환), g10(Chronic respiratory diseases, 만성 호흡기 질환), g11(Cirrhosis of the liver, 간경화), g12(Digestive diseases (exept

[그림 4-26] 질병군 비용 부담(2030년 기준 추정치)

(단위: 조 원)



	g01	g02	g03	g04	g05	g06	g07	g08	g09	g10	g11	g12	g13	g14	g15	g16	g17	g18	g19	g20	g21
남자	5.25	6.31	0.27	0.00	8.95	0.45	0.69	75.7	31.1	6.89	22.0	7.19	8.47	4.72	9.98	5.18	5.76	15.7	29.0	60.2	1.24
여자	0.55	3.83	0.04	0.88	3.20	0.11	0.27	14.9	5.21	1.30	2.01	2.62	4.40	1.09	2.54	6.63	3.58	1.91	5.27	11.7	0.08
전체	5.80	10.1	0.31	0.88	12.1	0.55	0.96	90.7	36.3	8.18	24.0	9.81	12.8	5.82	12.5	11.8	9.35	17.7	34.3	71.9	1.33

자료: 저자 작성

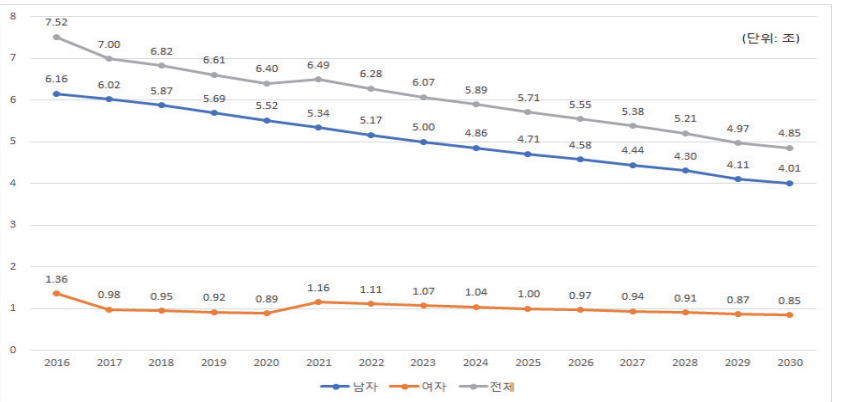
가장 많은 비용이 드는 질병군 g08(Neoplasm, 신생물·종양)을 연도별로 분석한 결과, 2016년에는 7조 원으로 분석되었지만, 2030년에는 4조원의 비용이 발생하는 것으로 추계된다. 전체적인 비용은 2016년부터 2030년까지 지속적으로 감소하는 경향을 보인다([그림 4-27]).

---

cirrhosis), 소화성 질환), g13(Neurological disorders, 신경계 질환), g13(disorders, 장애), g14(Mental and behavioral disorders, 정신 및 행동 장애), g15(Diabetes, urogenital, blood, and endocrine diseases, 당뇨병, 비뇨 생식기, 혈액 및 내분비 질환), g16(Musculosketal disorders, 근골격계 장애), g17(Other non-communicable diseases, 기타 전염성 질환), g18(Transport injuries, 교통 상해), g19(Unintentional injuries other than transport injuries, 교통 상해 이외의 비의도적인 상해), g20(Self-harm and interpersonal violence, 자해 및 개인간 폭력), g21(Forces of nature, war, and legal intervention, 자연의 힘, 전쟁 및 법적 개입)

[그림 4-27] 연도별 비용 변화 - g08(Neoplasm, 신생물·종양) 질병군

(단위: 조 원)

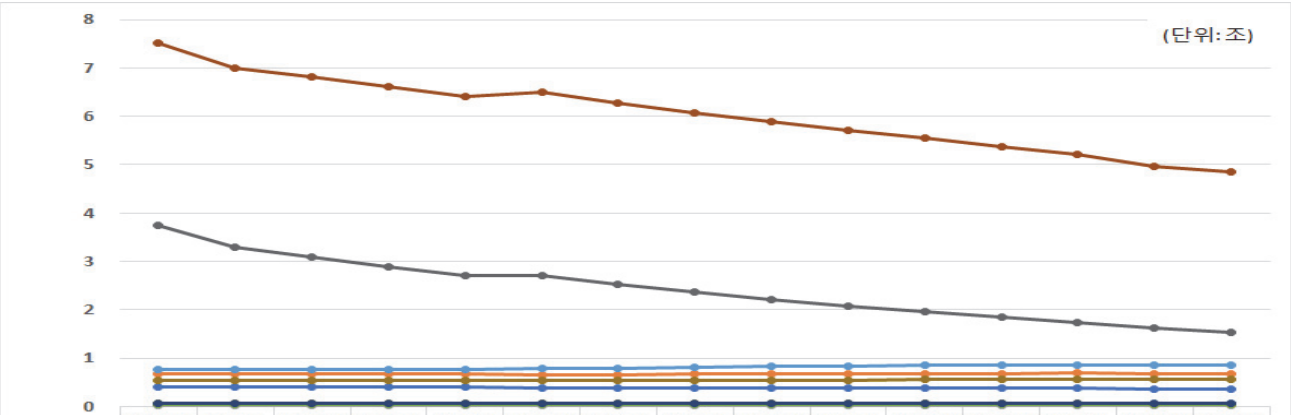


자료: 저자 작성

각 질병군의 연도별 변화 추세를 살펴보면, 2016년에서 2030년으로 갈수록 대부분의 질병군이 비용 감소 추세를 보인다. 그러나 g05(Neonatal disorders, 신생아 장애)의 경우 2016년 7천억 원이었던 비용이 2030년 8천억 원으로 추계된다. g08(Neoplasm, 신생물·종양), g09(Cardiovascular and circulatory diseases, 심혈관계 질환)의 경우 2016년에서 2030년으로 갈수록 가파르게 감소하는 추세를 보인다([그림 4-28], [그림 4-29]).

[그림 4-28] 각 질병군의 연도별 변화 추세(g01~g10)

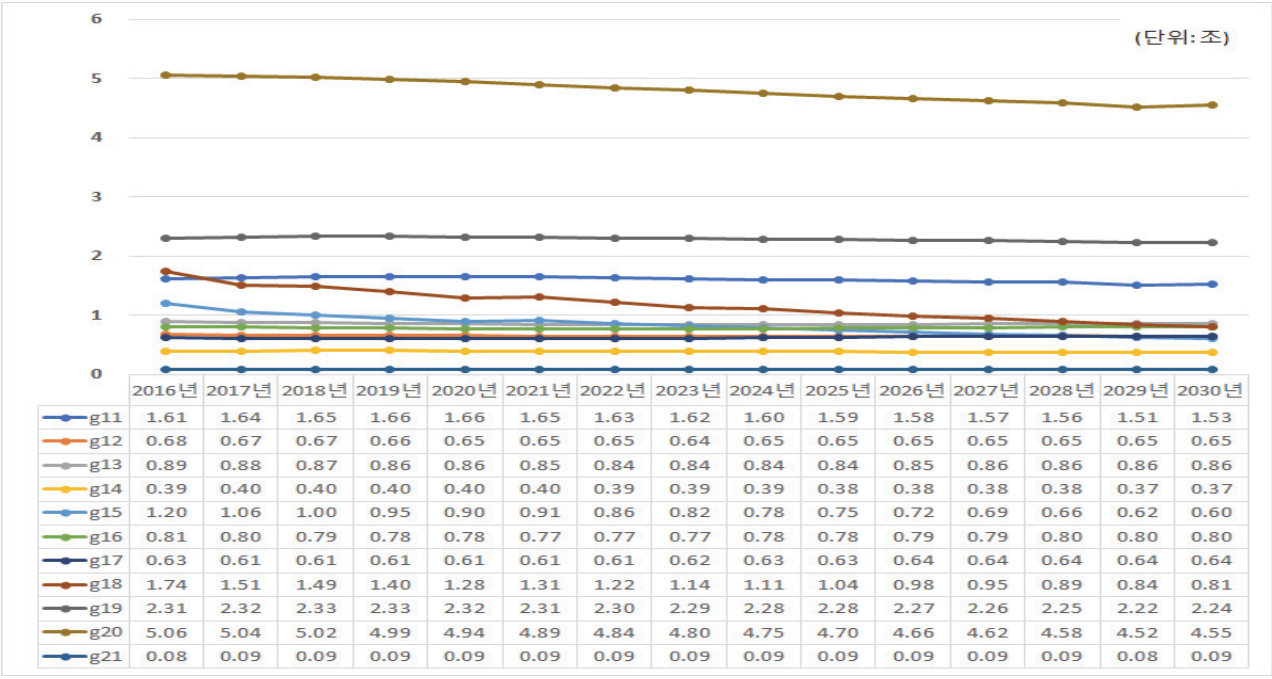
(단위: 조 원)



	2016년	2017년	2018년	2019년	2020년	2021년	2022년	2023년	2024년	2025년	2026년	2027년	2028년	2029년	2030년
g01	0.40	0.40	0.40	0.40	0.39	0.39	0.39	0.39	0.39	0.38	0.38	0.38	0.38	0.37	0.37
g02	0.68	0.68	0.67	0.67	0.67	0.66	0.66	0.67	0.67	0.67	0.68	0.69	0.69	0.69	0.69
g03	0.02	0.02	0.02	0.02	0.02	0.02	0.02	0.02	0.02	0.02	0.02	0.02	0.02	0.02	0.02
g04	0.06	0.06	0.06	0.06	0.06	0.06	0.06	0.06	0.06	0.06	0.06	0.06	0.06	0.06	0.05
g05	0.77	0.76	0.76	0.76	0.76	0.78	0.80	0.82	0.83	0.84	0.85	0.86	0.86	0.85	0.85
g06	0.04	0.04	0.04	0.04	0.04	0.04	0.04	0.04	0.04	0.04	0.04	0.04	0.04	0.04	0.04
g07	0.06	0.06	0.06	0.06	0.06	0.06	0.06	0.06	0.06	0.06	0.06	0.06	0.06	0.06	0.06
g08	7.52	7.00	6.82	6.61	6.40	6.49	6.28	6.07	5.89	5.71	5.55	5.38	5.21	4.97	4.85
g09	3.75	3.29	3.10	2.90	2.71	2.71	2.53	2.37	2.22	2.09	1.96	1.85	1.74	1.62	1.53
g10	0.54	0.54	0.54	0.53	0.53	0.53	0.53	0.54	0.54	0.55	0.56	0.56	0.56	0.56	0.56

[그림 4-29] 각 질병군의 연도별 변화 추세(g11~g21)

(단위: 조 원)



	2016년	2017년	2018년	2019년	2020년	2021년	2022년	2023년	2024년	2025년	2026년	2027년	2028년	2029년	2030년
g11	1.61	1.64	1.65	1.66	1.66	1.65	1.63	1.62	1.60	1.59	1.58	1.57	1.56	1.51	1.53
g12	0.68	0.67	0.67	0.66	0.65	0.65	0.65	0.64	0.65	0.65	0.65	0.65	0.65	0.65	0.65
g13	0.89	0.88	0.87	0.86	0.86	0.85	0.84	0.84	0.84	0.84	0.85	0.86	0.86	0.86	0.86
g14	0.39	0.40	0.40	0.40	0.40	0.40	0.39	0.39	0.39	0.38	0.38	0.38	0.38	0.37	0.37
g15	1.20	1.06	1.00	0.95	0.90	0.91	0.86	0.82	0.78	0.75	0.72	0.69	0.66	0.62	0.60
g16	0.81	0.80	0.79	0.78	0.78	0.77	0.77	0.77	0.78	0.78	0.79	0.79	0.80	0.80	0.80
g17	0.63	0.61	0.61	0.61	0.61	0.61	0.61	0.62	0.63	0.63	0.64	0.64	0.64	0.64	0.64
g18	1.74	1.51	1.49	1.40	1.28	1.31	1.22	1.14	1.11	1.04	0.98	0.95	0.89	0.84	0.81
g19	2.31	2.32	2.33	2.33	2.32	2.31	2.30	2.29	2.28	2.28	2.27	2.26	2.25	2.22	2.24
g20	5.06	5.04	5.02	4.99	4.94	4.89	4.84	4.80	4.75	4.70	4.66	4.62	4.58	4.52	4.55
g21	0.08	0.09	0.09	0.09	0.09	0.09	0.09	0.09	0.09	0.09	0.09	0.09	0.09	0.08	0.09

본 연구에서의 분석 결과는 인구구조의 변화를 고려하고 소득 수준을 보정한 추정 값으로, 기술의 변화 등의 요소는 반영되지 않은 값이다. 한 또한 북한의 의료이용은 접근성의 개선 등이 이루어질 경우 양상이 변화될 수 있으며, 이런 측면에서는 보장제도의 변경이 크게 영향을 미칠 것으로 사료되며 이는 추가적인 고려가 필요한 부분이 될 수 있다. 또한 의료비 역시 비급여 비용을 제외하고 추정한 값이기에 이를 고려하면 더 욱 증가할 수 있다.이러한 제한점에도 불구하고 본 연구는 남한의 의료이용을 기반으로 북한의 보건의료비용을 추정한 것으로 북한의 질병으로 인한 의료필요의 양상이 남한과 큰 차이를 보이지 않는다는 전제하에 경제적 질병부담의 미래예측을 수행하였다는 점에서 의의가 있다.

제4절 북한 보건의료 문제의 우선순위

남북한 주요 건강지표와 북한의 우선순위 보건의료 문제, 북한 주민의 보건의료 수요 전망을 통해서 북한의 주요 건강 문제로 심혈관계 질환 및 호흡기계 질환, 근골격계 질환 등의 비감염성질환과 조산으로 인한 합병증, 출산질식 및 외상, 신생아 패혈증 및 감염, 철 결핍 빈혈 등의 모성 및 아동 질환, 결핵, 설사질환, 뇌염 등의 감염성질환이 북한의 주요 건강 문제임을 알 수 있었다. 아울러 향후 북한에서 주요 건강 문제로 대두될 질환은 앞서 언급한 질환 이외에도 정신 및 행동장애를 들 수 있다. 체제변화와 사회 안정화 과정을 통해 많은 북한 주민들이 정신적, 신체적 고통을 호소할 것으로 예상된다.

남북한 의료이용 행태 비교 결과에서 보듯이 현재 열악한 의료 환경 하에서 잠재되어 있던 의료이용은 보건의료체계가 제대로 가동될 경우 폭발적으로 증가할 것으로 예상된다. 따라서 비감염성질환, 모성 및 아동

질환, 감염성질환 해소를 위한 정책개발 및 지원과 더불어 지속 가능한 서비스 제공을 위한 보건의료시스템 강화 정책이 필요할 것으로 보인다.

WHO는 2001년부터 북한 당국과 협력하여 북한의 건강 문제 해결하기 위해 5년 단위의 전략적 목표하에 각종 사업(프로그램)을 수행하고 있다. 본 절에서는 WHO가 2014부터 2019까지 해결하야 할 북한의 보건의료부문 주요 과제와 앞서 파악한 북한의 주요 건강지표를 바탕으로 북한의 주요 보건의료문제를 파악하고자 한다.

WHO는 2004~2008년, 2009~2013년 전략에 이어 2014년 2019년까지 목표로 한 국가 협력전략(Country Cooperation Strategy 2014~2019)을 제시하였다. WHO의 국가 협력전략은 5개의 전략방향에 따라 WHO 및 국제사회의 우선지원 분야와 그 과제를 제시하고 있다. 이를 살펴보면 WHO는 보건의료 부문에 있어 최우선 지원 분야로 ① 비감염성 질환 예방 및 통제를 들었다. 그다음으로는 ② 취약성을 줄이고 재난 위험을 줄이기 위해 모성 및 아동 건강 수준 개선을 주요 과제로 선정하였고, 그다음으로는 ③ 감염성 질환 예방 및 통제를, 그다음으로는 ④ 서비스 제공 개선을 위한 보건시스템 강화를, 그리고 마지막으로 ⑤ 지속 가능한 국가 건강개발을 위한 WHO 지원을 최우선 과제로 제시하였다.

지난 2013년까지는 ① 서비스 제공 개선, 정책 및 계획 수립 역량 개발, 발전을 위한 보건 시스템 강화(의약품, 백신, 의료 용품 현지 생산 등)를 최우선 과제로 선정하고 그다음으로 ② 모성 및 아동 보건 개선, ③ 감염성 질환(결핵, 말라리아, B형 감염, 예방 접종, 기생충, 신종 질환 등), ④ 비감염성 질환(암, 뇌심혈관계질환, 흡연), ⑤ 건강 결정 환경적 요인 해결(홍수, 가뭄, 수질, 기후변화, 보건영양 등)순으로 우선순위를 정한 것에 반해(WHO, 2013), 최근 WHO 전략에서는 감염성 질환보다는 비감염성 질환을 최우선 과제로 선정하였다. 감염성 질환 또한 북한의 주요

건강 문제이긴 하지만 감염성 질환 못지않게 비감염성 질환 또한 중요한 문제로 시각이 변화하였음을 알 수 있다. 아울러 모성 및 아동의 건강 문제와 서비스 제공 개선을 위한 보건시스템 강화 또한 북한의 건강 문제를 해결하기 위한 주요 문제로 삼고 있음을 알 수 있다.

각 전략별 주요 해결 전략은 〈표 4-18〉과 같다.

〈표 4-18〉 WHO 보건의료 부문 대북지원전략(2014~2019) 방향 개요

우선순위	전략	주요 해결 전략
1	비감염성 질환 예방 및 통제	• 비감염성질환 감시 및 비감염성질환의 통합적 예방 및 통제를 위한 국가 전략계획 이행 지원 • 부문 간 조치와 MPOWER measure package 시행을 통한 담배 통제에 관한 국가 당국 지원
2	취약성을 줄이고 재난 위험을 줄이기 위해 모성 및 아동 건강 개선	• 임산부 건강증진, 산과적 치료 및 신생아 관리 개선, 사망률 감소 및 MDGs 4 및 5 달성을 위한 노력 지원 • 일차 진료 및 병원 수준에서 아동기 질병의 통합관리(IMCI)를 더욱 향상시키기 위한 노력 지원 • 국가 재생산 건강 전략의 이행 및 발전을 위한 기술 지원 제공 • 건강, 영양 및 위생 분야의 건강 클러스터의 협력 강화 및 파트너쉽 구축 • WHO, 유엔 전략적 틀(United Nations Strategic Framework) 및 국가 건강 전략에 건강을 위한 모든 위험 비상사태와 재난 위험 관리 통합 • 지역적 벤치마크를 기반으로 국가 차원에서의 건강을 위한 모든 위험 비상사태 및 재난 위험 관리 상황을 문서화하는 WHO 조사 도구 적용 지원
3	감염성 질환 예방 및 통제	• 통합 질병 감시 강화를 위한 역량을 구축하기 위한 기술 지원 제공 • 홍역, 소아마비, B형 간염 및 5가 백신에 대한 높은 예방접종 범위를 유지하기 위한 기술 및 재정 지원을 제공하고(cMYP) 예방 접종에 관한 다년간의 포괄적 계획에서 밝혀진 새로운 우선순위 백신 도입 지원 • 결핵의 발견과 치료를 개선하기 위한 보건시스템 역량 강화 • 말라리아의 이환율을 줄이고 제거를 위한 역량을 키울 수 있는 추가 지원 제공

우선순위	전략	주요 해결 전략
		• 성병 예방 및 통제를 위한 국가적 노력 지원 • 바이러스 성 간염 예방 및 통제를 위한 국가 전략 계획 이행 지원 • 국제 문제에 대한 공중 보건 사건에 대한 탐지 및 대응에 있어 국가의 준비를 강화하기 위한 국제 보건 규정(IHR 2005) 이행 지원
4	서비스 제공 개선을 위한 보건시스템 강화	• 북한의 보건분야 발전을 위한 종합 중기 전략 계획은 보건분야의 파트너를 위한 정책과 전략적 방향 제시 • 국가 표준을 업데이트하고 표준 운영절차(SOP)를 개정을 하는 데 있어 국가 규제 기관(NRA)과 국가 통제 실험실(NCL) 강화 • 포괄적이고 통합된 지속 가능한 시스템을 개발하기 위한 HMIS 강화 • 건강, 특히 중간 관리 및 1차 의료 공급자 수준의 인적자원 개발 • 1차 의료에서 의료서비스의 품질 표준 업데이트 • 근거 기반 정책, 계획 및 의사 결정을 돕기 위해 양의학 및 전통 의학 연구 구축
5	지속 가능한 국가 건강개발을 위한 WHO 지원	• WHO가 촉진한 지역 및 국제 협력을 통한 건강 증진 파트너십 개선(강화) • 건강의 지속 가능한 국가 발전을 위한 상호 지원 개선(강화)

자료: WHO. (2016a), WHO Country Cooperation Strategy Democratic People's Republic of Korea 2014-2019, p.36-45.

제5절 소결

북한은 전반적인 체제의 낙후성과 국제사회 제재 등이 중첩되면서 식량을 비롯한 기본생활에 필요한 자원을 충분히 공급하지 못해왔다. 앞의 2장에서 살펴보았듯이 보건의료 분야에서도 물적 자원과 기본 인프라의 부족으로 다수의 주민들은 충분한 의료서비스를 이용할 수 없는, 제한된 상황에서 생활하고 있다.

이러한 상황이 결국 북한 주민들의 건강 수준이 남한에 비해 현격히 떨어지는 결과를 가져왔다. 주요한 건강지표로 보았을 때 기대수명에서의 12세 안팎의 차이, 남한에 약 2.5배 높은 감염성 질환 및 비감염성 질환 사망률, 남한보다 7.4배 높은 모성사망비, 6.7배 높은 신생아 사망률, 5.1배 높은 영아사망률 등 상당한 건강 수준의 격차를 양적 지표로 확인할 수 있다. 여기에 높은 결핵 발생률은 국제보건단체들이 주목하고 있는 상황이다.

질환의 유형에 있어서도 감염성 질환 또한 북한의 주요 건강 문제이긴 하지만 감염성 질환 못지않게 비감염성 질환 또한 중요한 문제로 떠오르고 있다. 아울러 모성 및 아동의 건강 문제와 서비스 제공 개선을 위한 보건시스템 강화 또한 북한의 건강 문제를 해결하기 위한 주요 문제이다.

이러한 건강 수준의 격차를 줄이는 것을 목표로 삼는다면 중장기적인 투자가 필요하다. 남한의 여러 기본 지표들을 바탕으로 추정할 때 미충족된 북한의 보건의료 수요는 상당하며, 이것을 북한이 자력으로 해결하는 것은 거의 불가능해 보인다. 따라서 남한을 비롯한 국제사회가 인도주의적 차원에서, 그리고 북한의 개혁·개방을 통한 정상국가 전환을 촉진하는 측면에서 지속적으로 지원하는 것이 필요하다.

제 5 장

남북한 보건의료 교류·협력의 쟁점과 과제

제1절 들어가며
제2절 남북한 보건의료의 쟁점: 통합과 회복
제3절 북한 보건의료체계 회복의 과제
제4절 북한 보건정책 기획 및 실행 지원 방안
제5절 소결

5 남북한 보건의료 교류·협력의 쟁점과 과제

제1절 들어가며

남북한 보건의료체계에 대한 접근 관점은 통합 관점과 회복 관점의 2가지로 대별할 수 있다. 각각은 목표가 상이한데 하나는 장기적으로 남북한 보건의료를 하나의 체계로 통합하는 것이며 다른 하나는 북한 고유의 보건의료 시스템을 회복시키는 것에 주안점을 두고 있다. 지금까지의 연구를 보면 2010년대에는 주로 남한의 의료시스템을 기반으로 북한 시스템을 변화시키는 것에 대한 논의가 활발하게 진행되었다. 그러나 다른 한편에서는 북한 보건의료 시스템의 고유성을 인정하고 회복시키는 것도 중요한 과제로 대두되고 있다.

물론 2가지 접근 방식은 완전히 분리된 것은 아니다. 교류·협력이 장기간 지속되고 상호 체제에 대한 학습과 이식이 일어난다면 평화정착을 통해서 제도의 유사성을 높일 수도 있다. 또 양측의 지식과 시스템을 교류하기 위해서라도 상이한 체제의 통합이 요구될 수도 있는 것이다. 다음에서는 이 두 가지 관점에서의 논의를 정리하고 이를 바탕으로 현시점에서 남북 보건의료 교류·협력에서 어떠한 실천적 과제들이 있는지 살펴본다.

제2절 남북한 보건의료의 쟁점: 통합과 회복

1. 남북 보건의료 시스템의 통합 가능성

동독의 폴리클리닉(병실은 없지만 모든 진료가 가능한 외래진료 병원)은 통일 후 자취를 감췄다. 폴리클리닉은 평창 동계올림픽에서도 유용하게 사용될 정도로 그 의미가 높지만, 서독 보건의료체계로 통합되다 보니 동독의 장점 많은 해당 제도가 계승되지 못한 것이다.

북한의 우수한 보건의료체계 중에서도 유용하게 활용될 가치가 있다면 통일 후에도 계승, 발전시킬 필요가 있을 것이다. 유용한 제도로 평가받을 수 있는 것으로서 무상치료제, 호담당의사제도, 고려의학, 예방의학, 응급의료 등 기존 북한 보건의료제도가 향후 통합 과정에서 어떻게 긍정적으로 작용할 수 있는지 고려될 필요가 있다는 것이다.

서원석(2013, p. 113)의 연구에서는 북한을 공적개발원조에서 규정하는 수원국으로만 대해서는 안 되는 것이며, 동일 민족 간의 개발 협력이라는 특수성을 내포해야 한다는 관점을 강조하였다. 나아가 북한은 과거 세계 여러 나라에 자국 전문가를 파견해 해당 국가들을 지원하고 있기 때문에, 일방적 의미의 '대북 보건 의료 지원'이라는 용어는 부적절하므로 쌍방향의 협력을 의미하는 '개발 협력'이라는 용어 사용을 추천하기도 하였다(서원석, 2013, p. 114).

정현선 외(2014, p. 6)의 연구에서는 통일 건강보장제도 구축을 위해 남북 장점 조화, 단계적 접근, 공공성 지향, 효율적이고 지속 가능한 보건의료체계 구축을 기본 방향으로 설정한 바 있다. 이와 함께 통합된 건강보험제도에서 지켜야 할 원칙으로 보편적 적용, 공평한 부담, 포괄적 서비스와 최소 수준 유지를 제시하였다(정현선 외, 2014, p. 8).

반면 이철수 외(2016, p. 152)의 연구에서는 “원칙적으로 남한의 건강보험 제도를 북한에 이식하는 것이 중장기적으로 가장 바람직한 정책 대안”으로 규정하였고 “단기적으로는 열악한 상황에 있는 북한 주민의 건강권 보장을 위해 의료급여제의 확대 적용”을 제안하였다. 결국 통일 후 남북한 보건의료체계 통합 방식은 단기적인 의료급여제도의 확대 적용 및 중장기적인 남한 건강보험의 북한 이식을 제시하였다. 그 근거로 북한 보건의료 실태가 계층별·지역별 서비스 이용 격차, 추가 본인부담금의 발생, 보건 인프라 부족으로 인한 건강 수준의 하락, 국제기구에 대한 지나친 의존, 다중 전달체계라는 점을 제시하였다(이철수 외, 2016, pp. 148-152).

이식의 관점에서 보건의료 통합을 다룬 연구는 더 있다. 연하청과 황나미(2010, p. 90)는 “통일한국의 북한 지역 보건의료서비스 체계 복구 정책의 성패는 명목적인 보건의료체계의 개선 등 양적인 측면보다는 경제난으로 인한 보건 인프라의 미비와 시설·장비 부족 등 공급 능력의 결여가 서비스 제공의 근본적인 한계”라고 지적하고 있다. 이에 남한 제도를 기본으로 하는 의료제도를 북한 지역에 도입하는 방식을 제안하였다.

종합하면, 남북한 보건의료 시스템 통합의 쟁점은 북한의 경제 상황과 국가책임 사회보장제도의 실질적 운영 실태에 대한 해석 차이에서 기인한다. 대등한 위치에서의 통합을 고려하자는 주장은 북한의 경제사회적 능력을 어느 정도 인정하는 것이며, 이식의 관점에서 접근하는 통합 주장은 북한의 공식 경제 상황을 붕괴로 보고 북한은 전반적으로 이중 경제(dual economy)로 균열되어 있다고 인식하는 것과 관련이 있다. 계획을 기초로 한 국영경제와 시장에 기초한 시장경제가 공존하는 가운데, 시장이 계획을 밀어내는 상황을 가정한 것이라고 볼 수 있다. 그 결과로 국가책임의 사회보장제도가 약화되었고, 보건의료 시스템도 예외는 아니어서 제도의

마비 내지 붕괴로 이해하는 것이다. 공적 사회보장체계의 약화 수준을 어떻게 해석하느냐에 따라 통합의 관점은 차이를 보인다고 할 수 있다.

2. 남북한 의료자원 개발 측면에서의 통합 논의

가. 남북한 보건의료 인력 통합 쟁점

교류·협력 시기에 초점을 둔 윤석준(2013, p. 57)의 연구에서는 남한과 북한이 보건협정을 맺기 위해서는 다양한 교육이 필요한데, 모자 보건 및 전염성 질환 관리에 대한 표준적인 의료인 교육(1단계 사업), 외과계 질환 및 비전염성 질환 관리에 대한 표준적인 의료인 교육(2단계 사업), 통합 보건의료체계 구축을 위한 체계적 의료인 교육 및 의과대학 지원 사업(3단계 사업)으로 단계적 인력 양성 방안을 제시한 바 있다.

교류·협력 시기에 초점을 둔 황재성(2013, p. 99)의 연구에서는 국내 정착 북한이탈주민 중 북한 의료종사자들의 전문성 활용 방안을 제시하였는데, 탈북 의료인들이 북한 의료체계, 대북 보건의료 지원 방식과 내용 등을 소상히 알고 있으므로 이들의 전문성을 체계적으로 관리할 필요성이 있다는 점을 강조하였다.

교류·협력 시기에 초점을 둔 서원석(2013, pp. 114-115)의 연구에서는 긍정적 탐구(appriciativite inquery) 기법을 통해, 공적개발원조는 사람들 스스로가 자신의 잠재력 및 경쟁력을 깨닫고 자기 발전을 실현하도록 돕는 것이 핵심이므로, 원조를 계기로 자생력을 키우고 지속적인 성장발판을 구축함으로써 외부 의존도를 감소시켜 나가는 것이 중요하다는 관점을 역설하기도 하였다.

교류·협력 시기에 초점을 둔 윤석준(2015, p. 16)의 연구에서는 『2015

년 남북한 보건의료 협정안』으로서 보건의료 인력 간 교육·훈련 프로그램을 개발 또는 실시함으로써 낙후된 의료기술 수준을 극복할 수 있도록 지원하자고 제시한 바 있다. 이러한 관점은 기본적으로 북한의 보건의료 인력의 의료기술 수준이 낮다는 발상에서 접근한 것으로 해석될 수 있다.

교류·협력 시기에 초점을 둔 이혜경(2016, pp. 10-11)의 연구에서는 남북 간 보건의료 인력 통합 방식으로 첫째, 북한 보건의료 인력의 수준과 졸업 이후 연한에 따른 재교육 및 새로운 시험 응시자격 부여 기준 마련, 둘째, 통일 이후 특히 북한 지역에 적절한 수의 보건의료 인력이 있도록 단·장기 인력수급계획의 마련 및 운영, 셋째, 남북한 보건의료 인력의 윤리 문제와 그에 대한 교육이다. 이러한 주장은 북한 보건의료 인력에 대한 긍정적 평가에 기초하고 있는데 첫째, 북한 보건의료 인력에 대한 졸업 후 교육시스템이 장착되어 둘째, 보건의료 관련 기본적 교육과 지식이 남한에서 이루어진 것과 큰 차이가 없다는 점, 셋째, 북한이 폐쇄된 사회를 이루어 왔다고 할지라도 그동안 보건의료 부문에서 WHO 등과의 다양한 공동 활동(전염병 예방사업 등)을 하면서 국제적 기준과 그에 따른 활동에 대하여 비교적 훈련되고 준비되었다는 점, 넷째, 의료장비와 검사에 과도하게 의존하는 남한 출신 의사들과 달리 환자가 호소하는 증상에 더 귀를 기울이고, 친절한 사회주의 정성의료에 훈련되었으며, 양·한방 통합의 효율적인 진료를 한다는 점이다(이혜경, 2016, pp. 9-10).

인력 통합 방안으로서 통일 이후 시점에 초점을 둔 연하청과 황나미(2010, pp. 54-55)의 연구에서는 통일 초기 보건·의료 통합과제로 보건의료 인력의 교육 훈련, 중장기적인 보건·의료 통합과제로 북한 지역의 의사·약사·간호사 등 보건의료 인력의 면허 인정 문제, 남북한 진료기술 격차 해소를 위한 재교육으로서 적절한 교육과정과 교육시설을 준비할 것을 제시하였다. 통일 이후 보건의료 인력 통합 과제는 북한 보건의료 인

력에 대한 교육이 우선되어야 함을 주장하고 있다. 나아가 남북한 의료제도 통합으로 야기될 수 있는 혼란을 줄이기 위해서는 무엇보다도 충분한 사전준비와 중기 한시적 분리 운영 단계에서도 남북한 의료 인력의 교류 확대가 필수적임을 주장하고 있다(연하청·황나미, 2010, p. 91).

통일 이후 시점에 초점을 둔 정형선 외(2014, p. 263)의 연구에서는 보건의료 인력 통합을 위해 남쪽 지원체계의 목적과 의사관리제도, 기존 의사 재교육, 신규 의사 양성 및 확충, 기타 의료 인력의 4개 영역에서 지원 방안 내지 통합 방안을 제안하였다. 먼저 정형선 외(2014, p. 263)는 첫 번째의 회복지원 단계에서 신규 인력 양성을 위한 교수진, 기존 인력 재교육을 위한 관리·감독 인력 등 인력 파견 중심의 지원을 목표로 하였고, 구체적으로 의사관리제도의 경우 국가단위 공통 면허시험제도 도입을 제안하였다.

다음으로 정형선 외(2014, p. 299)는 두 번째의 제도접근 단계에서 점진적으로 남북의 협진 및 이송체계 확대를 목표로 하였고, 구체적으로 기존 의사 재교육의 경우 전문의 수준의 자격시험을 통한 북쪽 전문의 면허 부여, 일반의 수준의 자격시험을 통한 북쪽 일반의 면허 부여, 준일반의 수준의 자격시험을 통한 북쪽 한지의사 면허 부여, 기타 의료 인력의 경우 남쪽의 한의학 교육과정 도입 및 자격시험을 통한 한의사 면허 부여, 3/4년제 중심의 학교로 신설·개편 및 자격시험을 통한 간호사 면허 부여를 제안하였다.

마지막으로 다음으로 정형선 외(2014, p. 316)는 세 번째의 제도접근 단계에서 단일 국가 내의 지역 간 불균형 조정과 의료기관/의료 인력 간 네트워크 구축을 통한 서비스 지원 및 공유를 목표로 하였고, 구체적으로 의사관리제도의 경우 남북의 이원적 면허제도와 인력 운영체계 폐지, 기존 의사 재교육의 경우 일반의/전문의 면허 통합, 일반의 면허 통합, 한지

의사 면허 통합, 기타 의료 인력의 경우 남북 간 한의사 면허 통합, 남북 간 간호사 면허 통합, 남북 간 보건의료기사 면허 통합을 제안하였다.

통일 이후 시점에 초점을 둔 이철수 외(2016, p. 152)의 연구에서도 "통일 직후 북한 지역의 열악한 보건의료 분야의 개선을 위해서 남한 지역의 우수한 인력과 장비를 적극적으로 활용해야 한다"는 점을 제시하였다. 이러한 관점도 마찬가지로 남한 보건의료 인력의 상대적 우월성을 강조한 것이라고 할 수 있다.

종합하면, 남북한 보건의료 인력 통합의 쟁점은 북한 보건의료 인력을 면허 발급 대상으로 보고 그 발급을 남한이 주도해야 할 것인지 아니면 상호 협력적으로 인적자원을 교류할 것인지의 문제로 요약된다. 결국 이것은 북한 보건의료인의 전문성에 대한 해석의 차이에서 기인한다.

나. 남북한 보건의료 지식체계 통합 쟁점

지식체계 통합 방안으로서 교류·협력 시기에 초점을 둔 윤석준(2015, pp. 15-16)의 연구에서는 『2015년 남북한 보건의료 협정안』의 내용 중 공동대응을 위한 통합정보교환 체계 구축이나 감염병 대응 공조체계 구축의 세부 과제로 공동연구 및 역학조사 추진 등이 제시된 바 있다. 김소윤 외(2015, p. 81)의 연구에서는 당국 간 감염병 관련 정보 공유 체계 구축을 위해 공동으로 감염병 정보 관리 인프라와 네트워킹 시스템 구축의 필요성을 제시하였고, 이와 관련해서 전문 특파원이 북한 내 상주 또는 남한 전문가가 북한에 지속적으로 파견되어 감염병 정보 관리 인프라와 시스템 구축을 지원하며, 남한은 이를 관리할 다양한 분야의 북한 전문가 양성을 적극적으로 지원하는 방안을 제시하였다. 또한 남북 합동 전문가 컨소시엄 구축을 통한 공동연구 및 정기회의를 개최 또는 지원하며,

남북한 의과대학 간 MOU 체결을 통한 보건의료 관련 정보 공유, 공동 연구, 공동 사업 진행과 공동 학술대회 개최 등 학술 교류 활성화 방법을 제시한 바 있다(김소윤 외, 2005, p. 82).

통일 후 한시적 분리 시기의 보건의료 통합에 관심을 둔 연하청과 황나미(2010, p. 91)는 "남북의 기존 의료제도는 제도 자체는 물론 재원조달 방법에도 큰 차이가 있어 마찰이 예상"되므로, 그 대응책으로 기초의료보장에서 통일한국정부의 역할을 강화, "의료시설·장비의 보강, 북한 지역 의사·약사의 재교육을 위한 적절한 교육과정과 교육시설의 준비" 등을 제안하였다.

통일 이후 시점에 초점을 둔 정형선 외(2014)의 연구를 보면, 회복 지원 단계에서 의사관리제도의 경우 남북 통합 의학용어 사전 및 사례집 발간, 기존 의사 재교육의 경우 남쪽의 전공의/전문의 수준의 재교육, 남쪽의 일반의/준일반의 수준의 재교육, 신규 의사 양성 및 확충의 경우 심사 후 의학대학이 없는 지역 중심으로 의학대학 승격, 북쪽 의과대학에 남쪽 교수진 파견, 기타 의료 인력의 경우 고려의사, 간호사, 보건의료기사 등 기존 인력 재교육을 제안하였다(정형선 외, 2014, p. 263). 다음으로 제도접근 단계에서 의사관리제도의 경우 남북의 이원적 의과대학 교육과정과 의사 급수제도 폐지, 신규 의사 양성 및 확충의 경우 의료 인력이 부족한 지역을 중심으로 의과대학 추가 설립, 북쪽 의과대학에 남쪽 교수진·교육과정 도입을 제안하였다(정형선 외, 2014, p. 299). 마지막으로 제도접근 단계에서 신규의사 양성 및 확충의 경우 전공의/전문의 교육체계 통일 적용, 의학 석사/박사 과정의 통합을 제안하였다(정형선 외, 2014, p. 316).

종합하면, 남북한 보건의료 지식체계 통합의 쟁점은 북한 보건의료 인력을 교육 대상으로 보고 그 교육을 남한이 주도해야 할 것인지 아니면

상호 협력적으로 교육지식을 상호 교류할 것인지의 문제로 요약된다. 결국 이것은 남북한 보건의료 인력 통합의 쟁점과 마찬가지로 북한 보건의료인의 전문성에 대한 해석의 차이에서 기인한다.

〈표 5-1〉 남북한 보건의료 통합의 쟁점

대분류	소분류	통합 쟁점	특징
시스템	계승과 단절	상호 장점 계승할 것인지 아니면 이식할 것인지	북한 지역의 경제 상황과 국가 책임 사회보장제도의 실질적 운영 실태에 대한 해석 차이
	제도	NHS와 NHI의 선택	통일국가 보건의료시스템에 대한 관점 차이
	의료급여	통일 이전, 북한 지역 적용을 할 지 아니면 북한 지역은 미적용할지	의료급여 제도 필요성의 차이 통일 이전 적용 가능성에 대한 판단 차이
의료자원 개발	인력	북한 보건의료 인력을 면허 발급 대상으로 보고, 그 발급을 남한이 주도할지 아니면 인적자원 상호 교류로 한정할 지	북한 보건의료인의 전문성에 대한 해석 차이
	지식체계	북한 보건의료 인력을 교육 대상으로 보고, 그 교육을 남한이 주도할지 아니면 교육지식 상호 교류	북한 보건의료인의 전문성에 대한 해석 차이

자료: 저자 작성

3. 북한 보건의료체계 회복의 중요성

보건의료체계는 'heath system' 혹은 'healthcare system'을 번역한 것으로 좋은 보건의료체계는 모든 사람들에게 적시에 그리고 그들이 거주하는 장소에서 양질의 의료서비스를 제공할 수 있어야 한다. 보건의료체계가 효과적이고 효율적으로 잘 기능하기 위해서는 고숙련 의료 인력과 의료시설, 기술과 의약품과 같은 자원이 충분해야 하며 이들을 뒷받침하는 안정적인 재정 구조와 관리 구조가 필수적이다.

만약 이러한 요소들이 불충분하여 보건의료체계가 효과적으로 또는 효율적으로 작동되지 못하면 양질의 의료서비스 제공이 불가능하게 되어 결과적으로 주민의 건강에 해를 끼치게 된다. 보건학적으로 건강 증진과 질병 예방이 (치료)의료서비스 자체보다 개인이나 집단의 건강에 더 큰 영향을 준다는 연구 결과들이 있지만 그럼에도 양질의 의료서비스는 선진 국가에서 국민의 삶의 질과 안녕을 위해 필수 불가결한 요소이다. 또한 양질의 의료서비스는 건강 증진과 질병 예방을 포함한다.

북한은 1990년대 이전에는 국가 경제 수준에 비해 상대적으로 양호한 건강 수준을 달성한 것으로 보고되었다. 1990년 당시 평균기대수명이 70세로 중상위 경제 수준 국가들(upper high income countries)의 그것과 비슷한 수준이었다. 이것은 북한의 보건의료체계가 나름대로 작동했기 때문이라는 분석이 일반적이다. 북한은 무상치료제로 주민의 높은 접근성을 보장했고 보건학적으로 타당한 예방의학 중심을 고수했으며 보다 효율적인 자원 배분을 위해 1~4차에 이르는 뚜렷한 의료전달체계를 작동시켜 왔다. 과거 북한의 이러한 의료 특성들은 사실 현재에도 바람직한 보건의료의 요소들로 언급되는 것들을 상당 부분 포함하고 있다.

1990년대 들어 발생한 북한의 경제난으로 인해 북한의 보건의료체계는 점차 붕괴되었는데 이것은 보건의료재정과 의료보장체계, 보건의료체계의 운영이 중앙정부에 전적으로 결속되어 있거나 국가 운영자의 의지에 달려 있었던 사회주의 의료체계가 가진 궁극적인 한계에서 기인하였다. 결과적으로 양질의 의료서비스가 제공되지 못하였고 국민의 건강 수준은 심각한 상태로 퇴보하게 되었다.

남한과 국제사회가 여러 모양으로 구호적 성격의 보건의료 지원을 하였으나 북한 보건의료체계의 회복은 여전히 요원한 상태이다. 보건의료체계는 외부의 지원만으로는 회복될 수 있는 성격이 아니기 때문이며 사

회주의 의료체계의 근본적 한계도 그 이유가 된다. 한편 북한은 아직 보건의료체계의 회복이 가시적으로 나타나지는 않음에도 여러 매체를 통해 현재, 특히 김정은 시대에 들어 보건의료 정상화를 위해 노력하고 있음을 피력하고 있다(신희영 외, 2016).[38]

북한의 보건의료체계는 반드시 이른 시간 안에 복구되어야 한다. 그러나 단순히 과거 수준으로의 회복이 아니라 보다 근본적인 개혁이 필요하다. 사회주의 의료보장체계 및 보건의료체계를 지속할지 아니면 동구권 국가와 베트남 등이 취했던 의료체계 전환-건강보험 및 시장경제 요소 도입-을 모색할 것인지를 결정해야만 한다. 북한 보건의료체계의 진정한 회복은 보다 근본적인 것의 변화에서 출발한다.

북한은 여전히 무상의료제도 등의 사회주의 의료를 시행한 것이 국민의 기본권이나 건강권 보장을 위해서가 아니라 사회주의 배급경제 체제 하에서 설정된 생산목표를 차질 없이 달성할 수 있도록 하기 위해서라는 의혹을 받고 있다(이규식, 2016). 남북 간 정상회담과 북·미 간 비핵화 협상을 통해 정상 국가로의 탈바꿈을 꾀하고 있는 이때에 북한 당국은 보다 진정성 있게 정상 국가의 한 면모로서 국민의 일상과 삶의 질을 위해 국가가 기여한다는 자세로 보건의료체계의 근본적인 회복에 매진해야 한다. 북한은 감염성 질환과 영양 문제 외에도 비감염성 질환이 주요한 질병부담 영역으로 지목받고 있고 북한 역시 고령화가 진행되고 있다(Yu, 2015). 이러한 추세에 양질의 그리고 지속가능한 보건의료체계는 북한

38) 북한 외과학회지 2018년 제1호의 권두언에서 다음과 같은 언급이 나온다. "지난해[2017년] 전국의 도, 시, 군병원들이 그 면모를 일신하였고…임상실천에서 절실한 해결을 기다리는 과학기술성과들을 현실에 도입하여 의료봉사의 질적 수준이 더욱 높아졌다.…산소운반용대용혈액을 새롭게 개발하였고 줄기세포이식수술에서 커다란 성과들이 이룩되었다.…우리 자체의 힘으로 의료기구생산을 주체화하였고…우리 식의 새로운 병원정보체계가 확립되어 병원경영관리, 림상정보, 의학화상관리 등에서 그 우월성이 발휘되고 있다."

주민의 인권과 건강에, 그리고 국가의 발전과 정상국가화에 더욱 필요한 요소가 되어 가고 있다.

이런 관점에서 다음에서는 북한 보건의료체계 회복을 염두에 둔 남북 보건의료 교류·협력의 과제를 좀 더 상세히 논의한다.

제3절 북한 보건의료체계 회복의 과제

1. 보건의료 교류·협력에서의 주체별 역할

보건의료체계는 해당 국가가 기획하고 관리하는 것이기에 한반도 통일 이전인 현재 상태에서 북한 보건의료체계의 회복을 논하는 것은 그 주체 혹은 주도성이 북한 당국에 있음을 인정하는 것부터 시작되어야 하겠다.[39] 여기에서는 북한 당국이 주체가 되어 북한 지역의 보건의료체계를 보다 안정적으로 회복시키는 데 필요한 방안을 다루고자 한다. 궁극적으로는 남북통일과 통합을 지향하나 불확실한 상황을 전제로 하기보다는 현재의 분단 상황에서 남과 북이 공동으로 이루어야 하는 과업을 고민하는 것이 현실적이다. 북한 지역에 과거 수준 이상의 안정적이고 지속 가능한 보건의료체계의 회복이 필요하며 이것은 남한과의 파트너십에 기초한 북한 당국의 주도로 이루어지는 것이 자연스럽고 타당하며 보다 현실적일 것이다.

한 국가의 보건의료체계는 개별 보건사업이나 보건 정책 이상의 것이며 또한 동시에 그 나라의 특정 의료보장모형의 하부 요소로서 작동되고 있다. 따라서 보건의료체계는 국제사회의 지원이나 원조로 지지되거나

39) 무엇보다 북한은 주체의학, 자강, 자력갱생을 강조한다.

유지되는 성격의 것이 아니다. 보건의료체계는 국가가 운영 및 관리하는 공적 영역으로서[40] 해당 국가의 소관이기 때문에 타국이나 국제사회가 깊이 개입하기도 어렵고 크게 도움을 주기도 어려운 영역이다. WHO도 개발도상국의 보건의료체계 강화에 필요한 역할을 하고 있으나 기술적 지원과 조언을 제공하는 데 그치고 있다.

따라서 북한의 보건의료체계를 회복시키려는 목적을 실현하기 위해 통일 이전에는 그 주체를 북한 당국으로 설정하는 것이 자연스럽다. 남한은 북한 당국이 이를 이루어 나가는 과정에서 전적으로 신뢰할 만한 선의의, 그리고 최고의 파트너로서 역할을 할 수 있어야 한다. 북한 당국이 주체가 되어 전체 보건의료체계를 복구하고 발전시킬 때에, 또한 더 근본적으로 의료보장모형의 전환을 모색할 때에 남한은 정치적 이해를 뛰어넘어 선의의 파트너, 형제와 같은 파트너로서 북한 지역의 근본적인 변화를 꾀해야 한다.

남한은 2018년 판문점 선언을 통해 북한이 가장 신뢰할 만한 지원자와 도우미가 될 것을 약속했다. 이 선언이 보건의료 분야에서 실현되기 위해서는 남북 간에 앞으로 맺어야 할 보건의료협정을 통해 보다 구체화 하는 단계로 넘어가야 한다. 이 역할은 어느 국제기구나 민간단체도 할 수 없다. 국제사회의 제재의 틀을 넘지 않으면서도 실질적인 도움을 줄 수 있는 역할을 고민해 보아야 한다. 따라서 중요한 것은 특정한 지원 방안이라기보다는 어떤 자세로 이 일에 임할 것인가이다. 북한을 대할 때에 개발도상국 수원국을 대하는 부유한 공여국과 같은 태도를 경계하면서도 모든 기획에 깊이 개입할 수 있도록 하는 것이 중요하다.

남한은 측면에서 북한 당국의 노력에 필요한 기술적, 재정적, 하드웨어적 지원을 해야 하며 공공과 민간이 할 수 있는 역할을 모두 고민해야 한

40) 민간자원을 충분히 활용하는 것을 전제로 한다.

다. 또한 남한은 국제사회의 기여를 끌어내고 북한에 투입하는 매개 역할도 고민할 필요가 있다. 여기에서 중요한 것은 하드웨어적 지원에만 그치지 않고 북한 보건의료체계의 근본적인 변화와 회복을 목표로 해야 한다는 것이다.

무엇보다 현재 붕괴 수준인 북한 보건의료체계가 주민에 대한 필수 의료서비스를 안정적으로 제공할 수 있도록 하기 위한 전략에 초점을 맞추어 근본적인 방안을 논의해 보고자 한다. 지속적이고 안정적으로 보건의료체계가 작동하기 위해서는 보건의료 시설 회복, 보건의료 인력 역량 강화, 보건정보시스템 강화, 보건 정책 역량 강화, 보건 거버넌스 및 재정운용 역량 강화 등이 고르게 이루어져야 한다(p. 19의 [그림 2-1] 참조). 다만 거버넌스, 정보시스템, 보건 정책에 대한 논의는 남북 간의 신뢰 수준이 가장 높을 때에 가능한 내용이며 그 이전에는 의료 시설 회복과 의료인력 역량 강화를 중심으로 북한을 지원하고 교류·협력할 수 있을 것이다.

한편 여기에서는 구호성 협력 방안이나 질병관리를 위한 보건사업 등은 논하지 않는다. 또한 여기에서 다루는 여러 방안은 당연히 북한의 경제발전과 전기·에너지·도로·교통의 기반산업 확충과 같은 기본적인 사회인프라 구축을 전제로 한다. 또한 북한과 같은 국영의료체계는 안정적인 재정 지원과 당국의 변치 않는 의지가 매우 중요하기에 이 점들을 전제하지 않을 수 없다. 남한은 국제사회와 함께 북한 보건의료체계의 재건과 안정적 운영을 위한 재정 지원을 부분적으로 감당하는 것을 전제로 한다.

2. 북한 의료자원의 개발

가. 시·군 인민병원 복구의 필요성과 효과

북한 보건의료체계를 '붕괴'라고 진단하는 것은 국가 경제난으로 인해 이것이 결과적으로 의료기관의 낙후와 작동 불능으로 이어져 양질의 의료서비스 제공이라는 의료체계의 최종 목적이 달성되지 못했기 때문이다. 따라서 북한 보건의료체계의 실질적인 작동을 위해서는 의료기관의 재건과 기능 회복이 절대적으로 그리고 최우선적으로 필요한 상황이다. 특히 1~2차 의료기관이 초점이 되어야 한다. 이후 논의하는 여러 방안 중에서도 이것이 가장 우선적으로 실행될 필요가 있다.

현재 북한의 1~4차 의료기관 모두 평양의 소수 대형기관을 제외하고는 기능이 붕괴된 것으로 진단된다. 따라서 9000여 개의 북한 의료기관(WHO, 2016) 전체를 재건하기까지는, 또 이것이 단순한 재건이 아닌 현대화된 재건이어야 하므로 소요되는 기간과 비용, 노력이 실로 막대할 것이다. 따라서 보다 전략적이고 장기적인 북한 의료기관 재건 프로그램이 필요하며 이것은 북한 당국이 쉽게 그 안을 내기가 어려울 것으로 예상되므로 남한이 보다 주도적으로 개입하여 진행할 수 있는 영역이라고 생각된다. 이미 남한은 참여정부 시절에 2차급 의료기관을 신축하거나 재건을 지원한 경험이 있다.

남북한은 가장 먼저 2차급 의료기관의 신축이나 재건, 현대화를 우선적으로 시도하는 것이 효율적이다. 북한에서 2차급 의료기관이란 보통 시·군·구역 인민병원을 말하며 북한 전역에 200여 개가 있는 것으로 알려졌다. 이 인민병원들은 북한 전역에 고루 분포되어 있어 북한 지역 의료서비스의 거점 병원 역할을 할 수 있다. 병원 이름 그대로 이들 병원은 평범한 북한 주민들이 가장 일반적으로 진료를 받는 병원인 것이다. 따라

서 이 병원들의 기능을 복구하는 것은 북한 주민에 대한 필수적 의료서비스의 공급을 재개하는 데 가장 우선적이고 필수적인 전략이 될 것이다. 참여정부 시절 2차급 의료기관을 방문했던 민간단체들의 보고서에 따르면 이들 병원의 기능이 매우 미비했다고 기록하고 있다(나눔인터내셔날, 2007).

이들 시·군 인민병원을 현대화하고 기능을 정상화하면 주민에 대한 필수의료서비스를 제공할 수 있을 뿐 아니라 북한 의료체계의 큰 장점인 호담당의사제와 1차 의료기관인 리·동 진료소, 종합진료소, 리인민병원의 역량을 강화하는 기지 역할을 할 수 있다. 또한 이들 시·군 병원을 일반적인 병원 역할 외에 남한의 보건소 기능을 가지도록 기능 확대를 추진할 필요가 있다. 지역사회 보건사업과 건강증진 활동을 추가하는 것이다. 북한은 원래 예방의학 중심이기 때문에 치료적 기능, 예방적 기능을 통합적으로 운영할 수 있는 이론적, 경험적 배경이 뒷받침되어 있다.

이러한 2차 의료기관을 복구하기 위한 전략을 다음에서 좀 더 자세히 살펴본다.

나. 시·군 인민병원 복구 전략

우선 전국적으로 200여 개, 각 도(道) 당 20여 개의 시·군병원을 순차적으로 개보수 혹은 신축하도록 하는데 자원을 집중하는 것이 필요하다. 북한 모든 의료시설의 복구와 개발을 목표로 하지 않고 각 기초행정지역(시·군·구역)에 고루 분포된 2차 의료기관(시·군 인민병원)을 주민 보건의료사업의 거점으로 삼아 효율적인 사업을 시행한다.

1단계에서는 각 도의 4분의 1에 해당하는 지역에 거점을 구축하여 건강취약계층의 생명을 보호하고 2단계에서는 전 지역으로 거점을 확산하

는 전략을 통해 건강 취약계층뿐 아니라 일반주민의 기본 건강요구를 충족시켜 나가며 3단계에서는 이러한 거점을 인프라로 삼아 전 국민을 대상으로 하는 건강증진 사업을 펼쳐나갈 수 있다.

거점병원 선정은 북한 9개 도 및 평양시 등 10개 지역의 의료기관 중 이용자 수가 가장 많고 북한 당국이 허용하는 의료기관을 선정하는 방법이 가장 가능성이 높다. 그러나 임신·수유기 여성 및 아동의 수와 비율이 상대적으로 높은 지역부터 우선으로 지원하는 방법도 고려할 수 있다. 임신·수유모, 5세 미만 아동, 5세 이상 아동 및 청소년의 수와 비율은 함경남북도, 강원도, 자강도, 양강도가 평양, 평안남북도, 황해남북도에 비해 상대적으로 높으며 따라서 이 지역에서 먼저 사업이 이루어질 필요가 있다.

또한 이 지역은 영양부족 아동의 비율이 다른 지역보다 높아 사업 우선지역으로 선정하는 것이 보건학적으로 타당하다. 그동안 국제기구에도 사업 불허지역이었던 자강도 및 양강도에 대한 접근을 허용하도록 설득하는 작업이 필요하다. 그러나 이것이 여의치 않다면 과거 참여정부 시절의 사업처럼 1단계 초기에는 평양 위주의 사업을 통해 신뢰를 구축하고 1단계 중하반기부터 사업의 타당도가 더 높은 동북부 지역으로 확대하는 방안을 모색해야 한다.

인민병원 현대화라 함은 소아과, 산과, 내과 외래 및 병동시설, 분만실, 수술실, 검사실에 대한 개보수(혹은 신축)와 함께 필요한 장비와 물품 및 소모품을 지원하는 것을 말한다. 이 현대화된 병원들이 제공해야 할 필수의료서비스에는 취약계층에 대한 영양치료(영양식 지원), 산전관리 및 분만 서비스, 아동 질환 예방 및 치료, 결핵 및 말라리아 등의 감염성 질환자의 발굴 및 치료를 담당하는 것을 포함한다. 안정적으로 필수의료서비스를 제공하기 위해서 지속적인 물품 공급을 위한 각종 의료물자(의약품 및 소모품) 제조공장의 신설과 함께 모자보건 및 감염성 질환 관리에 대

한 표준적인 의료인 교육이 실행되도록 해야 한다.

초기 단계에서는 거점지역 시·군 인민병원의 기능을 모자보건과 감염성 질환 중심으로 현대화하는 것을 고려해 볼 수 있다. 병원 시설 인프라 및 의료 인력을 기본적인 모자보건서비스와 전염성 질환 관리에 적합한 수준으로 개발 및 향상하는 방안이다. 이를 통해 현재 북한의 건강 취약계층인 어린이, 여성, 감염성 질환자들을 집중적으로 치료 및 관리하여 이들의 생명을 지켜 나갈 수 있다. 모자보건서비스의 주요 항목으로는 산전 진찰, 출산 및 산욕기 관리, 신생아 관리, 아동 질병 치료, 영양치료 등이 있으며 감염성 질환 관리 주요 항목에는 환자 발굴 및 진단, 치료 등이 포함된다.

시·군 인민병원 개보수 및 물자 공급을 위해서 인민병원 시설 및 물자현황 실사단을 운영할 필요가 있다. 인민병원별로 시설 현황(규모 및 설계), 낙후 정도, 보유하고 있는 물자의 양 및 종류가 각기 다를 것이므로 이 사항들에 대한 실사가 필요하다. 실사단의 주요 임무는 개보수 또는 신축에 필요한 예산 및 노동력의 비교를 통해 사업 형태(개보수 또는 신축)를 결정하고 이 실사 내용을 바탕으로 개보수 계획과 예산, 공급 물자의 양과 종류를 결정하는 것이다.

개보수 항목 및 지원 물자 항목은 병원의 성격에 맞추어 이루어져야 한다. 시·군 인민병원에는 산부인과 의사, 소아과 의사, 조산사 등이 상주하며 이곳을 통해 모든 산모와 아동에 대한 1, 2차적 의료 관리가 이루어지기에 산전 진찰, 분만, 산후관리, 신생아 및 아동 질병 관리에 필요한 기초 장비, 의약품 및 소모품을 지원하며 전기, 수도, 냉난방 시설 등의 기초 인프라를 복원하여야 한다.

시·군 인민병원 임상과 중 산과 및 소아과를 중심으로 먼저 병원 현대화 사업을 하며 산부인과 병동, 분만실, 수술실, 소아과 병동, 수혈부서에 대

한 현대화를 지원한다. 또한 감염성 질환 진단에 필수적인 검사 도구 및 진단 설비를 확충하여야 한다.

3. 북한 보건의료 인프라 구축 및 재건의 비용

가. 인프라 구축 및 재건의 타당성 분석 필요성

한 사회의 의료 인프라가 얼마나 필요한가를 추산하는 것은 다양한 변인에 대한 측정 또는 가정을 기반으로 이루어진다. 마찬가지로 북한 지역의 인프라 구축 및 재건에 대한 타당성 분석을 위해서는 북한 지역의 사회·경제적 환경에 대한 분석과 보건의료 환경에 대한 분석이 선행되어야 한다. 분석을 통해 변인들에 대한 정확한 판단을 내릴수록 현실과의 간극이 좁혀질 것이다.

보건의료 인프라에 대해 분석하기 위해 알아야 할 요인들은 크게 사회·경제적 환경과 보건의료 환경으로 나누어 볼 수 있다. 먼저 사회·경제적 환경 분석에는 인구수 및 인구구조 현황 및 전망, 지역총생산 현황 및 전망, 교통 현황 및 전망 등이 포함된다. 보건의료 환경 분석을 위해서는 보건의료서비스에 대한 수요 예측을 바탕으로 보건의료시설의 공급 부족이 존재하는지에 대한 판단이 선행되어야 한다. 이를 위해서는 현재 질환별로 의료서비스에 대한 공급이 원활하게 제공되고 있는지에 대한 분석과 지역 주민의 의료서비스 이용도를 분석하여야 한다. 하지만 북한 지역의 경우 이러한 변인에 대한 자료가 부족하기 때문에 상당히 거친 가정에 의존하여 추산할 수밖에 없다. 따라서 추산의 결과를 개략적인 규모를 이해하기 위한 것으로만 받아들여야지 실재 필요한 비용으로 해석하는 것은 적절하지 않을 것이다.

북한의 보건의료 인프라 구축 및 재건 비용 추산과 관련한 쟁점은 수요

추정상의 쟁점과 비용추정상의 쟁점으로 크게 구분할 수 있다.

수요추정상의 쟁점은 진료권 내 인구 추이, 진료권 내 환자의 질병률 추이, 진료권 내 병상 현황 등이 될 수 있다. 이를 바탕으로 필요병상 수를 도출하여야 하는데 자료가 부족한 북한 지역에 대해서 어떠한 가정을 할 것인가가 문제이다.

비용추정상의 쟁점은 먼저 사업 규모의 적정성에 대한 고려가 필요하다. 병상 당 부지 면적이나 건축 연면적, 건축 공사비, 의료 장비비, 전산장비비 등을 파악하고 병원의 규모에 맞게 산정되었는지에 대한 검토가 필요한데 현재 북한의 의료시설 수준을 고려할 때 어느 정도 수준을 기준으로 할 것인가의 문제가 있다. 병원시설의 건설 사업에 소요되는 비용은 ① 부지매입 및 조성비, ②건축 공사비, ③부대비용(건축 공사에 필요한 설계비용 및 감리비, 측량 및 지질조사비, 각종 영향평가를 진행할 경우 용역비 등), ④기타 투자비용(의료시설에 사용하는 의료기기, 집기비품, 전산시스템 등)이 있는데, 각각의 비용은 투입자원(인적·물적 자원)의 가격과도 연관되기 때문에 북한이라는 특수한 사회에서 얼마의 비용이 필요한가는 앞으로 더 정교한 연구가 요구된다. 인건비와 재료비, 통신·기반시설 이용 비용 등에 영향을 받는 운영비는 현 시점에서는 추산이 불가능하다.

나. 중앙 및 도급 병원의 정주인구 백만 명 기준 입원 수요 전망

앞서 서술한 바와 같이 북한 전체의 보건의료 인프라 재건 및 구축은 너무 많은 변수들에 대한 가정이 필요해서 그 결과에 큰 의미가 없다고 할 수 있다. 따라서 구체적인 추산은 남북 관계가 개선되고 보다 정확한 사회·경제적 환경과 보건의료 환경에 대한 자료가 축적된 후에 이루어지는 것이 바람직하다.

본 연구에서는 추후 구체적 추산에 필요한 논리적 전개를 정리하는 데 초점을 두고 정주인구 100만 명 정도의 도시를 가정한 수요 도출의 과정을 보여 주고자 한다.

우선 의료 시설의 규모를 정하기 위해서는 기본적인 진료공간에 더해서 입원 수요에 대한 판단이 필요하다. 통상적으로 진료권 내 요구되는 병상 수를 의료 수요 지표로 사용한다.

인구 시나리오에 따른 입원 예상 수요를 추산할 때 입원 수요량은 다음의 [수식 5-1]과 같이 진료권 내 인구, 입원의료 이용률, 지역친화도, 병상 이용률, 지역 환자 구성비에 의해 계산된다.

[수식 5-1] 소요병상수 추계식

$$\text{소요병상수} = \frac{\sum_i (\text{진료권 인구}_i \times \text{입원의료이용률(일)}_i \times \text{친화도}_i}{\text{병상이용율} \times 365\text{일} \times \text{지역환자구성비}}$$

각각의 변수에 대해서는 불가피하게 남한의 보건의료 상황과 유사하게 가정할 수밖에 없다. 각각의 변수의 조작적 정의는 다음과 같다.

먼저 입원의료 이용률은 전체 국민의 연간 총입원일수를 인구수로 나누어 계산한다. 북한의 입원의료 이용률은 알려진 바 없기 때문에 남한의 경우를 상정하여 추산해 볼 수 있다. 우리나라 전체 국민의 건강보험 및 의료급여환자의 연간 총 입원일수를 총인구수로 나누어 산출한 인구 1인당 입원일 수는 1.48일이다.

친화도(Relevance Index)는 해당 병원이 소재하는 지역에서 해당 병원을 이용한 구성 백분율을 의미하며, 지역 내 주민들의 해당 병원에 대한 선호도를 나타낸다. 지역 환자 구성비(Commitment Index)는 병원에 내원하는 환자들의 해당 지역 구성 백분율을 뜻한다. 해당 병원을 방

문하는 환자들의 지역별 선호도와 병원의 진료권 범위를 파악할 수 있다. 북한의 경우 지리적으로 고르게 의료시설을 분포시키고 호담당제를 통해 관리하고 있기 때문에 지역 친화도와 지역 환자 구성비는 도급 병원의 경우 100%에 가까울 것으로 추정된다.

이러한 가정에서 중앙 및 도급의 진료권 인구를 100만 명으로 가정하고, 입원의료 이용일을 1.48일, 지역친화도 100%, 병상 이용률 90%, 지역 환자 구성비 100%로 소용 병상 수를 추산할 경우 입원 수요는 4512병상이 발생한다.

다. 의료기관 설립 기준 비용 추정

앞서 간략히 수요 추정의 논리적 전개를 살펴보았다면 두 번째 추정의 쟁점인 비용 추정을 살펴본다.

우선 비용 추정을 위해서는 입원 수요 추정을 통해 병상 수를 반영하여 의료시설의 적정 규모를 산정하여야 한다. 의료시설의 경우 기능별로 병동 부문, 외래 진료 부문, 중앙 진료 부문, 서비스 부문, 관리 부문, 교육연구 부문으로 크게 구분할 수 있는데 이 중 병동부는 장기 입원환자를 치료하는 곳으로 병원 전체의 30~40% 전후의 면적을 차지하고 있다.

이외의 의료 진료나 중앙 진료의 경우 종합병원으로 가정했을 때 필요한 과와 실의 규모가 어느 정도 합리적으로 추정될 수 있다. 적정 규모 산정은 유사한 의료기관의 사례를 조사하여 의료시설의 적정 인력 및 병상당 건설 규모를 검토하는 것이 가능하다.

〈표 5-2〉 의료시설의 기능단위별 세부시설 분류(예시)

구분	부서	주행위 공간
병동 부문	일반병동부	표준병동, 특실병동, 단기병동
	중환자부	중환자실
의료진료 부문	외래진료부	진찰실, 처치실, 주사실, 부속검사실
	건강검진부	건강검진부
	응급부	소수술실, 관찰실, 격리실, 고압산소실
중앙진료 부문	검사부	임상병리검사실, 해부병리검사실, 자동분석실
	진단방사선부	방사선실, 초음파진단실, CT실, MRI실
	치료방사선부	선형가속실, 코발트실
	핵의학부	감마촬영실, 측정/실험실
	수술부	수술실, 수술대기실, 회복실
	분만/신생아부	분만실, 진통실, 회복실
	재활의학부	물리치료실, 운동치료실, 언어/청각치료실, 작업실, 일상동작훈련실
	인공신장부	인공신장실
서비스 부문	약제부	조제실, 제제실, 용액실, 소독실
	영양과	주방, 식당
	중앙소독공급	세척실, 작업실, 소독물창고, 오물회수실
	세탁부	세탁실, 건조실, 재봉실, 작업실
	중앙창고	중앙창고
	하역장	하역장
	근조부	장례식장
관리 부문	관리부	관리사무, 의무행정(HIS), 직원편의시설
교육연구 부문	교육연구시설	강당, 세미나실, 의국

자료: 이호준. (2012), 의료시설 부문 사업의 예비타당성 조사 표준지침 연구.

병상당 면적은 병원의 규모를 비교하기 위한 주요한 변수이다. 이는 입원공간의 쾌적함과 연결되는데, 우리나라의 2003~2010년 의료시설 부문 예비타당성 조사 사례를 보면 병상당 면적은 68.16~143㎡로 나타나고 있다. 북한의 경우 병상당 면적에 대한 통계 자료는 없다.

여기에 의료시설의 개략적인 공사비 추정을 위해서는 추정 공사비 항목을 선정하는 것이 필요하다. 건축 공사비는 북한에서의 단위면적당 건설단가를 추정하여야 하나 이를 유추할 수 있는 자료가 없다. 단, 국내 의

료시설 부문 중 유사 사례의 단위면적당 공사비를 보정하여 사용할 수 있는데, 다만 인건비 등을 고려할 때 이는 참고 사항 정도로만 보아야 할 것이다. 국내 의료시설부문의 단위면적(㎡)당 공사비는 2010년 기준 140만 4000~234만 1000원 수준이다.

추가적으로 드는 부대비용은 설계비, 감리비, 시설부대비, 측량 및 조사비, 각종 영향평가 비용, 기타 용역비로 구분할 수 있다. 설계비의 경우 공사비에 일정 요율을 곱하여 산출한다. 이때 적용되는 건축설계 요율은 국토해양부 "공공발주사업에 대한 건축사의 업무 범위와 대가 기준"의 건축설계 요율을 적용할 수 있다. 공사비가 1000억 원인 경우 제2종(보통)의 중급 수준 시설의 경우 요율은 3.86%이다. 기타 투자비는 의료장비비와 집기비품비, 전산시스템 비용, 개원 전 운영비 등이 포함된다. 의료기기 투자 비용의 경우 장비 구입 가격을 기준으로 산정하여야 하는데, 우리나라 500병상 규모 대학병원의 의료장비 투자 사례를 보면 약 550억 원가량을 투자하고 있다.

〈표 5-3〉 총사업비 항목

항목				내용
사업비	부지매입비			- 사업대상지 확보를 위한 토지비용
	시설건립비	건축공사비		- 단위면적당 공사비
		용역비 및 부대비용	설계비	- 기본설계조사비 + 실시설계비
			감리비	- 건설사업관리로서 전면책임감리비 요율 적용
			시설부대비	- 건축 등에 직접 소요되는 부대경비
			측량 및 조사비	- 추가 용역에 대해 공사비의 1%를 확보
			각종 영향평가 비용	- 교통영향평가, 환경영향평가 등 각종 평가비용으로 기본조사설계비에 포함됨
		기타 투자비	의료장비비	- 공공병원 대차대조표 기준 추정 - 감가상각을 고려하여 개원 후 5년마다 재투자 함
			집기비품 투자비	
			전산시스템 투자비	
			개원 전 운영비 (1개월)	- 개원 준비를 위한 인력의 인건비 및 관리비용

항목		내용
	예비비	- 사업 진행 중 발생할 수 있는 문제들에 대한 사전 예방 조치 비용 - 공사비, 부대비, 용지보상비, 기타 투자비, 개원 전 운영비 합의 10% 적용
	총사업비	- 부지매입비, 시설건립비, 예비비 합산 금액
연간운영비	인건비	- 개원 후 병원 운영 인력 인건비
	경상운영비	- 개원 후 병원 운영 경상운영비

자료: 기획재정부. (2017), 한국개발연구원. (2008), 이호준. (2012).

북한의 보건의료시설 중 병원 인프라 구축 또는 재건 사업 추진 방식은 국내 민간 건설사에 건축 전체를 위탁하여 진행하는 방식과 북한 현지 업체와의 협업을 통한 추진 방식을 가정할 수 있다.

우리나라의 경우 신규 병원 건립 시 총사업비 비중을 보면 공사비의 경우 약 75.2%로 추정되나 북한의 경우 공사비 비중이 이보다는 적을 것으로 판단된다.

〈표 5-4〉 신규 병원의 총사업비 구성(예시)

구분	비율
공사비(건축, 토목, 기계설비, 전기, 통신 등)	75.2%
부대비(조사, 설계, 감리)	6.4%
소계	81.6%
의료기기 투자비	7.0%
집기비품 투자비	0.7%
전산시스템 투자비	0.5%
개원 전 운영비	1.2%
소계	9.3%
합계	90.9%
예비비	9.1%
총사업비	100.0%

자료: 저자 작성.

북한의 경우 인건비의 격차, 건설 기자재 비용의 격차 등으로 남한의 기준을 적용하는 것이 비현실적인 것이 사실이다. 따라서 북한과 유사한 저개발국가에서의 해외 병원 건립 사업 시 소요 비용 등을 참고로 검토할 필요가 있다. 대표적으로 최근 의료 현대화를 추진하는 베트남의 사례가 있다.

베트남 정부는 수도 하노이에서 북서쪽으로 140㎞ 떨어진 옌바이성에 종합병원 건립 사업을 추진한 바 있다. 총사업비 5200만 달러가 소요된 베트남 옌바이성 종합병원 건립 사업의 재원은 대외경제협력기금(EDCF)으로 한국은 4500만 달러(약 500억 원)를 장기 저리 차관으로 제공하였고 나머지 금액은 베트남에서 투자하였다. 한국 민간기업이 수주한 이 사업은 의료기기업체와 공동으로 입찰하였으며, 2013년 3월 착공하여 2016년 10월 개원하였다. 연면적 3만 6982㎡에 병원동, 격리동, 숙소, 장례식장 등 총 7개 동으로 신축된 이 사업의 개요는 다음의 〈표 5-5〉와 같다.

〈표 5-5〉 베트남 옌바이성 종합병원 건립 사업의 사례

○ 사 업 명	옌바이성 종합병원 건립사업 (Construction of Yen Bai Provincial General Hospital)
○ 사업실시지역	옌바이성 옌바이시
○ 사업실시기관	옌바이성 인민위원회 (Yen Bai Provincial People's Committee)
○ 사업수행기관	옌바이성 종합병원
○ 사업실시기간	36개월
○ 사 업 비 용	5200만 달러 - EDCF : 4500만 달러(86.5%) - 베트남 : 700만 달러(13.5%)
○ 사 업 목 적	
- 인근 주민의 보건수요를 충족시킬 수 있는 첨단 기자재를 보유한 종합병원을 건립	

○ 사 업 범 위	
병원 건축	○ 500병상, 연건축면적 36,000㎡ (대지면적 90,000㎡) - 내과, 소아과, 외과, 산부인과, 정형외과 등 14개 진료과목 - 약제과, 마취과, 방사선과, 임상병리과 등 진료지원 부문 - 의무기록, 원무회계, 시설장비 등 관리지원 부문 - 청소실, 오물처리실, 기계실 등 기타 지원시설 부문
의료기자재 구매	○ 총 35개 부서 2,019개 품목 ○ 장비 유지보수 및 기자재 사용 교육 포함
교육 훈련	○ 의료 인력(의사, 간호사 등)에 대한 한국 내 교육 훈련
유지보수 지원	○ 3년 유지보수 지원

자료: 관련 자료를 저자가 정리하여 작성함.

4. 북한 의약품 및 물품 생산 지원 방안

가. 최근 현황

북한은 김정은 시대 들어 의약품 공급체계에 투자를 하고 있는 것으로 나타난다(신희영, 2016). 의료장비, 물자, 소모품, 의료기기 등은 북한 내에서 안정적으로 생산되도록 하는 것이 중요하며 의료시설 복구와 동시에 이 작업이 이루어져야 하기에 국제사회와 남한이 적극 지원하여야 한다.

현재 북한이 자랑하는 평양의 정성제약종합공장[41]은 연간 1000만 개의 수액 약품을 생산하고 있고 매년 그 생산량이 는다고 하며 생산공정의 자동화와 생산환경의 무균화 등 국제 기준에 부합하는 기준을 갖추고 있다고 로동신문 등을 통해 널리 선전하고 있다. 그러나 이 공장 외에는 기능을 하고 있는 것으로 잘 알려진 의약품 생산 공장이 많지 않으며[42] 이

41) 남한의 우리민족서로돕기운동이 건립을 지원하였다.
42) 고려약, 일반약제, 의료기구를 생산하는 여러 공장들의 명칭은 공개된 바 있지만 언론 노출은 거의 없다.

공장의 제품은 우선 군부대와 평양의 큰 병원에만 조달된다는 탈북자 증언들도 있다. 즉 현재 북한의 보건의료 생산시설은 턱없이 모자라며 이것은 곧 의료기관의 기능에 큰 걸림돌이 되고 만다.

나. 보건의료 생산시설 지원 방안

생산이 우선적으로 필요한 물품은 시·군 인민병원에서 사용해야 하는 모자보건용 의약품과 영양치료제, 항생제 등의 필수의약품 등이다. 이어 수액세트, 주사기 등의 의료 소모품 생산이 필요하며 치과기공사업이나 한약재 생산도 필요하다. 이러한 물품의 필요도나 수요는 실로 엄청날 것이다.

따라서 북한 보건의료 생산시설 건립은 남한의 민간자원과 국제사회의 지원이 필요하며 상호 경제협력의 개념으로 투자와 비즈니스 모델로 구상될 필요가 있다.

예를 들면, 그동안 적지 않게 논의되었던 개성공단 보건의료시설 건립 방안을 보다 구체화하여 실행해 볼 수 있다. 개성공단이 재개된다면[43] 민간 자본이나 외국자본, 특히 남한의 보건의료산업의 주요 구성원들이[44] 개성공단에 용이하게 진입 및 사업을 수행할 수 있도록 제도적인 지원을 다할 필요가 있다. 세부적으로 남한은 보건복지부와 통일부, 민간전문가, 기업 간의 유기적인 연계를 통해 의사결정기구인 운영위원회와 실무기구인 실행사업단을 만들어 사업의 수행, 모니터링, 평가를 하도록 한다. 더불어 북한의 보건의료체계 회복이라는 공익적인 성격을 가진 사업인 만큼 남북협력기금을 활용할 필요가 있다.

---

43) 원고 작성 시점에는 폐쇄되어 있는 상태이지만 재개 논의가 진행 중 이다.

44) 한국건강기능식품협회, 한국제약협회, 한국의료기기산업협회, 한국의료기기공업협동조합, 대한화장품협회 등이 주요 회원사이다.

5. 북한 보건의료 인력 역량 강화 방안

수준 높고 숙련된, 충분한 수의 의료 인력은 보건의료체계의 내실에 있어 가장 중요한 요소이다. 의료 인력의 질 확보 없이는 보건의료체계의 효과성이 담보될 수 없다. 2절에서 기술했듯이 시·군 인민병원 의료진 양성이 우선적으로 이루어져야 한다. 가장 바람직하게는 북한 당국이 주도적으로 기획하고 북한 의학대학 교원이 하급 의료기관 의료진을 교육하며 남한은 교육 콘텐츠 개발과 의학대학 교원에 대한 연수를 담당하는 것이 좋다.

가. 북한 의학대학 교원의 연수 방안

북한의 기존 체제대로 북한의 의학대학 및 보건간부학교의 교원이 향후 북한 의료인의 교육을 총괄 담당하는 역할을 잘 수행하도록 이 교육체계를 정상화하는 것이 중요하다. 북한의 의료 인력은 수십만 명에 달하기 때문에 남한 측에서 직접 이들을 교육하기는 불가능하다. 이를 위해 관련 시설을 현대화하고 교원을 교육하는 것이 필요하다. 현재 군의대학을 제외한 북한의 11개 의학대학병원[45]은 하부의료기관(인민병원 및 진료소)에 대한 지도 및 감독 기능이 있으며 의학대학병원의 의료진은 과별로 가장 심층적인 의학지식을 보유한 자들로 이들이 하급의료기관 의료진을 교육하도록 지원하는 것이 바람직하다.[46]

현재 북한에 있는 의학대학 교원은 2000여 명 안팎일 것으로 추정된다. 이 정도 규모의 교원들과 교류하려면 단일 대학으로는 어렵기 때문에

45) 문헌에 따라 10-12개 범위에서 차이가 있다.
46) 북한에서는 의사가 간호대학 교원이 되는 경우도 흔하다고 한다. 따라서 의학대학 교원 중심으로 논의를 전개한다.

우리나라에서 선발된 11개 의과대학이 북한 11개 의학대학과 자매결연을 하고 우리나라 의료인이 정기적으로 방북하여 북한 교원을 연수하는 프로그램을 고려해 볼 수 있다. 기존 의료인 교육 사업에서 파악된 북한 의학대학 교원의 임상 수준과 취약 부분을 중심으로 우리 정부와 우리나라 11개 의과대학 교육진이 공동으로 교육과정을 개발하도록 하는 것도 필요하다. 만약 방북이 어려우면 개성공단에 연수센터를 건립하는 것도 가능하다.

특히 학생 의학교육 및 하급병원 지도와 관련된 내용이 반드시 포함되도록 한다. 재교육된 북한 교원이 학생 교육과 하급병원 의료인 교육 커리큘럼을 자체적으로 개발하도록 필요한 지원을 한다. 이 과정은 향후 남북 의학 교육 과정 개발 및 공동교과서 편찬의 첫걸음으로, 북한의 의학 교육 과정을 보다 표준적인 과정으로 변화되게 하는 중요한 단계라 할 수 있다. 또한 한국 및 서양의학의 틀을 일방적으로 적용시키지 않고 북한 교원들의 역량을 키워 북한 현실에 맞는 교육 과정으로 거듭날 수 있도록 하는 것이 중요하다.

교육 과정 개발 북한 교원들에게 적절한 연구비를 지원하며 한국 및 세계 여러 나라의 의료교육 커리큘럼, 교육교재 제공과 함께 최대한의 기술 지원을 하도록 한다. 구체적으로는 시·군 인민병원 의료인 교육 과정 개발(3년 과정)과 리·동 진료소 의료인 교육 과정 개발(2년 과정)을 추진한다. 남한은 국제적으로 공인된 임상진료지침과 진료 현장에서 사용되는 교과서 및 의학 도서, 의학 저널을 지원한다.

의학대학 교원이 개발해야 하는 교육 과정은 1, 2차급 의료기관 의료인들을 위한 것이므로 임상적 난도가 높거나 매우 심화된 내용이 아닌 1차 의료와 필수 의료서비스와 관련된 내용, 즉 모자보건, 감염성 질환 관리, 만성질환 관리 등을 중심으로 개발하도록 한다.

〈표 5-6〉 교육 과정 개발 예시(모자보건 분야)

교육내용:
- 기본적 산모 및 신생아 응급치료(B-EmONC & C-EmONC)
- 어린이질병의 통합 관리
- 안전한 낙태
- 생식기 감염(RTI)
- 소아과 치료
- 호담당의사 종합훈련
- 수혈에 필요한 도구 사용법 및 혈액안전보장체계
- 올바른 검사 관행(GLP)
- 약품 검사 및 올바른 제조 관행 (GMP)
- 운송정보관리시스템(LIMS)
- 보건정보관리시스템(HIMS)

나. 시·군 인민병원 교육 방안

각 도에 20여 개 되는 시·군 인민병원의 의료인들은 도 중앙에 있는 의학대학 및 보건간부학교에서 교원에게 개발된 커리큘럼을 바탕으로 강의와 실습을 통한 실무교육을 받도록 한다. 해당 지역 모든 병원과 의료인들의 교육 기간을 설정하여 각 교육센터(학교)에서 교육받도록 하는데 전체 교육 규모와 일정을 다음과 같이 설정할 수 있다.

- 각 인민병원에 30여 명의 의사가 있으며 간호사, 제약사, 조산사 등 총 100여 명의 보건인력이 있다고 가정함(각 도에 약 20개의 인민병원이 존재하므로 2000여 명의 보건인력이 있음).
- 모든 의료인은 3년간 연간 총 5회의 보수 교육을 받게 하고(3년간 15회) 각 교육은 하루 8시간으로 구성함.
- 교육 대상자는 40명으로 그룹을 형성하고(총 50개 그룹) 각 그룹은

8개 인민병원의 5명의 의료인이 포함되며 따라서 각 병원에서는 하루에 5명의 인원만 결원이 됨.

다. 리·동 진료소 인력 역량 강화 방안

1차급 의료기관인 리·동 진료소 등은 시·군 인민병원에서 재교육을 담당하도록 한다. 1개 리·동 진료소가 5명의 보건인력으로 구성되었다고 가정하면 1개의 인민병원은 약 30개의 리·동 진료소 및 약 150명의 보건인력을 담당하게 된다. 각 인민병원의 의료인 중 교원으로 선발된 자는 개발된 2년 과정의 커리큘럼을 리·동 진료소 보건인력 150명에게 교육하게 된다.

리·동 진료소 의료인 교육에서 특히 중요한 점은 주민의 일반적인 건강문제를 처음으로 접하고 해결하는 1차 의료 제공자라는 점이며 따라서 이들의 1차 진료의사로서의 역량을 강화하는 데 초점을 맞추어야 한다. 1차 진료의는 임상적 진단·치료 능력뿐 아니라 주민 교육 및 상담 기능까지 갖추어야 한다.

라. 북한 보건의료 인력 역량 강화에서의 과제

1) 남한의 콘텐츠를 적극 활용

현재 남한에서 보건의료 인력을 교육하는 여러 기관의 콘텐츠를 적극 활용할 필요가 있다. 보건의료인 역량 강화를 위한 공공기관인 보건복지인력개발원이나 개발도상국 의료인들의 역량 강화를 위해 프로그램을 운영 중인 한국국제보건의료재단, 서울대학교 의과대학 이종욱 글로벌 의학센터 등의 경험, 노하우, 콘텐츠가 풍부하다.

예를 들어 한국국제보건의료재단의 이종욱 펠로십 프로그램은 개발도상국의 의사, 간호사, 보건행정가, 질병연구가 등에 대한 연수 프로그램을 체계적으로 수행해 오고 있다. 구체적인 교육 프로그램과 성과를 북측에 설득력 있게 제시할 필요가 있다.

2) 의료기관 의학 자료 제작 및 학술교류

이와 더불어 남한의 가장 큰 역할 중의 하나는 북한 1, 2차급 의료기관에 북한 의료 인력들이 참고하고 학습할 교재를 제작 및 배포하는 것이다. 이를 위해서는 북한 의학에 대한 선이해가 필수적이며 북한 상급 의료진의 감수가 필요하다.

남한의 가정의학회가 중심이 되어 이 일을 할 수 있을 것이며 사전에 북한과의 학술 교류가 활발히 이루어지는 것이 좋다. 북한의 대표적인 의학연구기관인 의학과학원과 고려의학과학원은 각각 남한의 대한의학회, 대한한의학회와 협정을 맺어 상호 간의 이해를 증진하는 노력이 필요하다.

6. 북한 보건 정보시스템 지원 방안

한 국가의 다양하고 정확한 역학 및 생정 통계(vital statistics)는 병원에서 의료인의 의사결정에, 나아가 국가 보건 정책을 보다 근거중심적으로 하는 데 필수 불가결한 요소이다. 북한의 역학적 정보 등이 체계적으로 수집, 정리, 처리되는 시스템을 구축하도록 해야 한다.

우선 한국의 보건복지부 정책통계담당관이나 질병관리본부의 건강영양조사과와 같이 보건의료정보와 통계를 전문으로 담당하는 조직이나 인력을 북한 보건성 내에 신설하도록 제언할 필요가 있다. 물론 북한은 지금까지 두 차례 인구센서스를 수행한 경험이 있으며 관련 조직을 가지고

있다.

남한 정부가 재원을 제공하고 국제연합과 북한 중앙통계청이 주관한 2008년 인구센서스를 실시한 경험이 있기 때문에 이러한 경험과 남한의 국민건강영양조사의 콘텐츠와 방법론을 활용하는 것이 필요하다. 주기적인 조사를 통한 감시체계 구축을 최종 목표로 하며 이것은 북한 당국과 세계보건기구 간에도 고려하고 있는 부분이기 때문에 이러한 제안은 실현 가능성이 높다.

북한은 2008 인구센서스를 위해 아래와 같은 조사 조직을 구성하였으며 이와 같은 형태의 조직을 상시적으로 구성할 필요가 있다.

북한은 인구조사의 성공적인 수행을 위하여 인구조사집행위원회(NCSC)를 조직하여 인구조사를 추진하였으며 도, 시, 군 등 행정 지역의 위원회를 상대로 업무를 진행하였다. 집행위원회의 위원장은 내각의 부총리가 맡았으며 업무 관련이 있는 성의 부상들이[47] 위원으로 참여하였다. 중앙통계국(CBS)은 북한 정부 기관으로서 경제 관련 통계를 생산하는데 2008년 인구조사의 기획 및 이행을 담당하였고 도 및 시·군 통계청이 담당 지역 인구조사 실행에 참여하였다. 인구조사를 위해 3만 5000명의 조사원(EN)이 참여하였고 8000명의 팀감독관(TS)이 활약하였다. 이들은 담당 지역에서 인구조사를 목적으로 특별 채용하여 사전 연수를 마쳤다. 도 및 시·군 통계국 직원들도 인구조사 감독관으로 참여하였는데, 인구조사 감독관은 군 단위에서 데이터 취합 활동을 조직, 조율 및 감독하였다(북한중앙통계국, 2009, pp. 1~2).

북한이 이러한 전국단위 대규모 조사사업 기획과 집행 경험이 있는 것을 활용한다면 이보다 규모가 작은 건강조사 사업을 수행하는 데는 큰 무

47) 북한의 중앙행정조직인 내각은 총 7개 위원회와 31개 성, 2개 국, 1개 원과 1개 은행으로 구성되어 있다. 31개 성의 상은 우리의 장관에 해당하는 직책이며 부상은 차관에 해당한다.

리가 없을 것으로 보인다.

남한의 국민건강영양조사는 내용과 방법론을 그대로 북한 지역에 적용해도 큰 문제가 없겠지만 보다 축약된 형태의 적용이 필요하다. 남한 측은 북한 중앙통계국과 협의하여 북한 상황에 맞는 설문지 구성과 표본 추출, 조사 수행을 지원한다.

먼저 주민에 대한 홍보 활동이 필요한데 인구조사를 성공적으로 완료하려면 건강조사의 중요성과 대중의 역할에 대해 일반 주민에게 널리 알려야 하며 따라서 건강조사 프로그램은 홍보에 많은 비중을 두게 한다. 북한 당국이 노력하면 일반 주민의 참여율은 매우 높을 것으로 기대된다. 북한에는 TV, 라디오, 신문, 제3방송[48] 등 대중 매체를 사용한 효과적인 홍보시스템이 구축되어 있으며 선전·선동의 경험들이 많다. 또한 최소 행정적으로도 세대 다수가 하나의 인민반으로 조직되어 각 세대 구성원에게 정보를 전달하는 역할을 한다. 2008 인구조사 시행 전 TV 방송과 라디오, 신문 지면을 통해 홍보하였고 또한 인구조사 포스터를 공공장소와 주택지에 게시하였던 경험이 있는 점은 매우 유리한 요소이다.

조사 방법은 인구조사와 우리나라 국민건강영양조사의 장점을 조합한 형태가 바람직한데 국민건강영양조사에서는 건강설문조사와 검진은 이동검진센터에서 하였고 영양조사는 대상 가구를 직접 방문하여 실시하였다.

시범 사업을 실시하여 북한에서도 우리나라의 국민건강영양조사와 같은 사업의 방법과 절차가 타당한시 사전 시험하는 것이 중요하다. 실제로 인구센서스 역시 본 조사 1년 전에 평양시를 포함 10개 도(道)에서 시범 인구조사를 시행하였다. 각 도에서 1개 군을 선택하고 선택된 군에서는 읍과 리 각 한 곳을 선택하여 시범 인구조사 대상(클러스트)으로 삼아 모

48) 각 세대에 스피커를 설치한 유선방송 체계로 북한 당국이 대내적으로 주민을 상대로 널리 알려야 할 일이 있을 때 제3방송을 활용한다. 제3방송을 통해 전하는 소식은 외부에서 파악하기 어렵지만 시간이 지나면서 입소문으로 퍼져 나가는 경우가 있다고 한다.

두 합해 약 5만 가구를 320명의 조사원이 조사하였다. 실제로 조사에 들어갈 경우 건강조사의 시범 사업은 평양 한 곳에 대해서만 실시하여도 무방하다.

가능하다면 근본적으로 중앙통계국과는 별도로 미국의 NCHS, 호주의 AIHW와 같이 보건의료통계 전담기관 설립을 제안하고 추진하는 것도 지속가능한 정보 교류에 효과적일 것이다. 보건의료통계 전반을 기획하고 통계생산 우선순위를 결정하며, 생산된 통계를 관리하고 보급하는 기능을 수행하는 기관이 기본적으로 설립되어야 한다. 독립적인 보건통계센터(가칭)가 설립되어 대외적인 의료통계 기관으로서의 대표성을 갖추도록 지원할 필요가 있다.

제4절 북한 보건 정책 기획 및 실행 지원 방안

1. 효과적인 보건 정책의 기획 지원

보다 효율적이고 안정적인 보건의료체계 구축과 가동을 위해, 또한 북한 주민의 질병부담을 효과적으로 줄이기 위해 시의적절하고 효과적인 보건 정책, 제도 및 법률이 적시에 만들어지고 실행되어야 한다.

남한의 의료기관은 치료적 기능에 그 역할이 한정되어 있지만 북한의 의료는 기본적으로 예방의학 중심이며 통합적 의료를 지향한다. 따라서 의료체계와 의료기관을 통해서 건강증진 및 예방적·포괄적 의료서비스를 제공하도록 해야 한다.

장기적으로는 특별히 강조되어야 할 영역이 만성질환 대응 정책이다. 북한 역시 만성질환이 가장 큰 질병부담 영역이고 인구의 고령화가 빠른 속도로 진행되고 있다. 실제로 북한과 WHO 간의 보건협력 기획에서도

만성질환의 예방과 관리가 가장 높은 우선순위를 차지하고 있다(WHO, 2016). 그러나 사회주의 의료체계는 일반적으로 만성질환보다는 급성질환에 더 적합한 것으로 알려져 있어 기존의 의료체계와 정책으로는 북한의 급증하는 만성질환에 대응하는 것이 쉽지 않을 것이다. 남한은 여러 형태의 만성질환 예방관리 보건 정책을 기획하고 실행해 왔기에 북한 당국에 조언과 지도를 해 줄 수 있는 역량이 있다. 특히 북한에서 만성질환의 부담을 잘 인식하고 있는 WHO도 북한의 만성질환에 대응하는 데 여러 파트너들의 도움이 필요함을 언급하고 있다(WHO, 2016).

남한이 도움을 줄 수 있고 북한 당국도 필요를 느끼는 부분이 금연 사업이다. 남한은 매년 흡연율이 감소하고 있는데 상당 부분 정책의 효과에 기인한 것으로 분석된다. 대중 홍보와 금연구역 지정, 가격정책, 문구/그림 정책과 함께 현재 보건소에서 시행 중인 금연클리닉이나 1차 진료 현장에서의 금연진료 사업을 벤치마킹해 북한의 시·군 인민병원의 호담당과에 금연클리닉을 운영하도록 제안할 수 있다. 남한에서 사용 중인 금연 상담지도안이나 금연 임상진료지침을 각색하여 활용할 수 있다. 이것이 여러 금연 정책 중 북한에서 가장 수용 가능한 정책 형태라 여겨진다.

또한 최근 북한에서 시험가동 중인 원격의료시스템을 만성질환 진료 중심으로 설계하도록 기술적 지원을 하는 것도 필요하다. 원격의료는 성격상 만성질환의 안정된 진료에 적합하기 때문이다. 시·군 인민병원에서 고혈압, 당뇨병, 이상지혈증 등으로 진단받고 약을 처방받은 환자들이 호담당의사의 도움을 받아 원격의료를 통해 합병증 예방과 관리를 할 수 있는 방안도 가능하다.

2. 북한 보건의료체계 거버넌스 지원 방안

최고 수준의 남북 간 신뢰 관계가 구축된 것을 전제로 하드웨어적인 지원에 그치는 것이 아니라 북한의 내부 개혁과 발전에 선의의 파트너로서 참여하는 것이 최상의 시나리오다.

현재 선진국들은 보건의료체계의 지속 가능성을 위해 꾸준히 크고 작은 개혁을 시도해 오고 있다. 북한 역시 보건의료체계의 회복에 있어 꼭 필요한 것은 단순히 시설의 재건이나 인력의 재교육 정도가 아니라 체계의 개혁이고 이것이 이루어지지 않으면 북한의 보건의료체계의 지속 가능성을 담보할 수 없게 된다.

북한의 보건 거버넌스에 어떤 형태로든 개입을 하려는 방안이 지금까지는 논의되지 못했지만 김정은 시대 들어 당국이 보건의료체계의 회복과 재생에 힘쓰고 있는 만큼 이전과는 다른 보다 파격적인 제안이 북한의 실제적인 필요에 부합할 수 있다는 점에서 이러한 논의는 필요하다.

거버넌스는 보건의료체계의 운영을 위한 것으로 기획, 행정, 규제, 법률제정으로 분류할 수 있다. 이 영역들은 온전히 북한 당국의 관할로서 남한이 이에 조금이나마 개입하는 것이 현실적으로는 어렵다. 그러나 남북 관계가 진전되고 남한이 선의의 파트너로서의 신뢰를 얻는다면 남한은 북한의 발전적인 보건의료체계 거버넌스 개혁에 크게 기여할 수 있다. 무엇보다 북한의 사회주의 국영의료체계를 보다 현대적이고 지속 가능하게 하는 진일보한 형태의 보건의료체계 구축을 목표로 하는 것은 북한 당국 역시 바라는 바이기 때문에 남한이 이 목표에 도움이 된다는 신뢰를 주는 것이 꼭 필요하다.

높은 접근성, 예방의학 중심, 호담당의사제, 4단계 서비스 전달체계라는 전통적인 북한 보건의료체계의 장점을 살려 나가면서 동시에 재정적으

로 지속 가능하고 질적 수준이 보장된 체계로의 발전을 이루어 내야 한다.

북한 당국이 주민의 건강 향상을 위해 보다 근거 중심적이고 지속 가능한 체계를 스스로 기획하고 관리하는 역량을 증진시키도록 측면 지원해야 한다. 바른 의사결정을 내릴 수 있도록 충분한 정보와 지식을 제공하는 역할이 무엇보다 중요하다.

두 가지 접근이 가능하다. 첫째, 북한 당국의 거버넌스 구조에 조언자(adviser)로 참여하는 방안이다. 둘째, 북한 상황을 고려한 여러 모델을 개발하여 북한 측에 제시하는 방안이 있다.

제5절 소결

남북 보건의료 교류 및 협력은 과거와 같이 남한이 북한의 의료기관을 지어 주거나, 소수의 의료진을 교육하는 것 이상이어야 한다. 보다 장기적이고 체계적인 보건의료체계 회복 로드맵 기획과 실행이 필요하다. 그리고 이 일에는 남한의 도움이 필요하며 이전까지와는 차원이 다른 협력이 필요하다.

이를 위해서는 남북 간에 보건의료협정을 추진해야 한다. 판문점 선언이 말 그대로 큰 틀에서 협력의 방향을 선언한 것이라면 이제 필요한 것은 보다 구체적이고 흔들리지 않는 그리고 당장 효력이 발생하는 협정이다. 현재 북한은 정상 국가로 인정받지 못하고 있기 때문에 국제사회에 끊임없이 긴장을 야기하고 역으로 제재를 받는 북한이 국제사회의 선량한 일원으로서 자리매김하도록 돕는 것이 장기적인 한반도 평화정착에 중요한 핵심이다. 이를 위해 우리가 북한의 내부 개혁을 지속적으로 촉구하고 동시에 그 개혁에 어떤 형태로든 도울 준비가 되어 있음을 보여 주는 것이 중요하다.

따라서 앞으로의 남북 보건의료협정에는 단순 구호나 지원 활동에 대한 것 이상의 보다 긴밀한 파트너십에 대한 구체적인 조항이 들어가도록 해야 한다. 북한 보건의료체계의 진정한 회복은 하드웨어가 아니라 전체 거버넌스와 소프트웨어의 변화에서 시작될 것이며 이러한 인식이 보건의료협정에도 충분히 반영되어야 한다.

이러한 협정이 실현되기 이전이라도 북한 보건의료체계의 회복을 위한 교류와 협력은 인도주의적 목적에서도 활발히 진행되어야 할 것이다.

제 6 장 결론

제1절 연구의 주요 결과
제2절 정책적 함의

6 결론

제1절 연구의 주요 결과

본 연구는 기존의 연구와는 달리 시장화가 진행된 북한 사회의 최근 현실을 반영할 뿐 아니라 남북한 사회통합 과정에서 나타날 건강관련 미시적 변화를 연구에 반영하고자 한다. 이를 위해 최근 탈북한 북한이탈주민 중 보건의료 종사 경험자에 대한 질적 조사를 통해 가장 최근의 북한 보건의료체계의 현실을 연구에 반영하였다. 문헌고찰 및 탈북의사들을 대상으로 한 면담 결과 북한은 무상치료제, 예방의학제도, 의사담당구역제도라는 형식적 요소는 보편적으로 잘 갖추었지만, 1990년대 이후 국가의 계획경제가 작동하지 않기 시작하면서 주민들의 의료서비스 이용이 매우 빠르게 시장화 되며 무상치료가 더 이상 작동하기 어려운 현실이 되었다. 공식 의료기관의 설비는 낙후되었고, 의약품을 비롯한 물품의 공급은 수요를 충족시키지 못해 시장에 의존하기 시작하였다. 보건의료의 시장화에도 불구하고 여전히 의약품은 부족하여 중국의 의약품이나 일부 국제기구의 원조 의약품이 장마당까지 흘러나와 거래가 되고 있는 실정이다. 북한 주민의 의약품에 대한 접근성이 매우 열악한 상황이기 때문에 이를 향상시키기 위해 의약품 판매의 통제 및 생산을 포함한 전반적인 관리가 필요함. 의약품 생산기반이 취약한 상황에서 우선 필수의약품을 중심으로 제네릭 의약품 생산이 가능하도록 기반을 구축하여야 할 것이다. 이를 위해 북한의 노동력과 남한의 자금이 결합된 형태의 의약품 생산 합작회사를 설립하여 의약품을 공급하는 정책을 고려해 볼 필요가 있다.

베트남은 현재 북한에서 적용되고 있는 무상치료제를 실시했다가 사회주의적 시장경제를 채택해서 의료사회화와 의료보험을 도입한 바 있다. 베트남 사례 분석을 통해 통일 한국에서 북한의 무상치료제가 남한의 건강보험과 결합할 경우 나타날 수 있는 변화를 예측하였다. 주된 시사점들로는 앞으로 통일 한국의 건강보험제도 적용에 있어서 나타날 수 있는 북한 지역의 문화적 특성을 고려할 필요성, 재난적 의료비 지원 확대 등에 대한 정책 대안의 필요성, 통일 이후 북한 주민에게 의료보험에 대한 적극적 홍보를 통한 가입독려의 필요성, 높은 의료비 지출에 대한 재정불균형 문제 및 의료비 지출 효율화, 재정 확보 방안 마련 등이 있다.

남북한 주요 건강지표와 북한의 우선순위 보건의료 문제, 북한 주민의 보건의료 수요 전망 결과 북한의 주요 건강 문제로 심혈관계질환 및 호흡기계질환, 근골격계질환 등의 비감염성질환과 조산으로 인한 합병증, 출산질식 및 외상, 신생아 패혈증 및 감염, 철 결핍 빈혈 등의 모성 및 아동질환, 결핵, 설사질환, 뇌염 등의 감염성질환이 북한의 주요 건강 문제로 나타났다. 남북한 의료이용 행태 비교 결과, 현재 열악한 의료 환경하에서 잠재되어 있던 의료이용은 보건의료체계가 제대로 가동될 경우 폭발적으로 증가할 것으로 예상된다. 이에 따라, 비감염성질환, 모성 및 아동질환, 감염성질환 해소를 위한 정책개발 및 지원과 더불어 지속가능한 서비스 제공을 위한 보건의료시스템 강화 정책이 필요할 것으로 보인다.

남북한 보건의료체계에 대해 장기적으로 남북한 보건의료를 하나의 체제로 통합하는 관점과, 북한 고유의 보건의료 시스템을 회복시키는 것에 주안점을 두는 관점에 대한 논의를 정리하고 이를 바탕으로 현시점에서 남북 보건의료 교류·협력에서 어떠한 실천적 과제들이 있는지 살펴보았다. 이러한 관점의 차이는 북한의 경제 상황과 국가책임 사회보장제도의 실질적 운영 실태에 대한 해석 차이에서 기인한다. 공적 사회보장체계의

약화 수준을 어떻게 해석하느냐에 따라 통합의 관점은 차이를 보인다. 남북한 보건의료 인력 통합 쟁점은 북한 보건의료 인력을 면허 발급 대상으로 보고 그 발급을 남한이 주도해야 할 것인지 아니면 상호협력적으로 인적자원을 교류할 것인지의 문제로 요약된다. 결국 북한 보건의료인의 전문성에 대한 해석의 차이에서 기인하며 남북한 보건의료 지식체계 통합 쟁점도 같은 양상을 보인다.

현재 붕괴 수준에 있는 북한 보건의료체계가 주민에 대한 필수 의료서비스를 안정적으로 제공하도록 하기 위한 전략과 함께 근본적인 방안으로 보건의료 시설 회복 방안, 보건의료 인력 역량 강화 방안, 보건정보시스템 강화 방안, 보건 정책 역량 강화 방안, 보건 거버넌스 및 재정운영 역량 강화 방안 등을 제시하였고, 이를 위한 남북 간 보건의료협정 체결의 중요성을 논의하였다. 향후 남북 보건의료협정에는 단순 구호나 지원 활동에 대한 것 이상의 보다 긴밀한 파트너십에 대한 구체적인 조항이 들어가도록 해야 한다.

제2절 정책적 함의

한반도 정세 변화에 따라 전쟁과 궁핍의 시대를 넘어 평화와 번영의 시대로의 대전환을 예비하기 위하여 다양한 분야에서의 교류·협력을 촉진하는 것이 시대적 과제가 되고 있다. 남북한, 동북아, 국제 정세는 급변사태에 의한 급진통일이 아닌 교류·협력에 기초한 점진적인 사회통합을 요구하고 있다.

장기적으로 한반도의 남과 북이 교류·협력을 추진해 나갈 경우 정치적 통일이 아니어도 궁극적으로 제도의 차이가 수렴되는 방향으로 나아갈 가능성이 높다. 한반도의 최종 목표는 교류·협력이 아닌 사회통합이다.

즉 평화시대의 공고화가 아니라 통일시대의 항구화가 종국적 목표가 되어야 할 것이다. 따라서 평화시대에도 통일시대 이후를 고려한 제도 통합에 관한 고려가 필수 불가결한 것이다.

그간의 남북한 보건의료 통합 연구는 평화시대에 부합하는 장기간의 교류·협력에 기초하기보다는 북한의 급변 사태를 가정하여 급진통일에 기초한 남북한 보건의료 통합 연구가 주된 방향이었다. 물론 급진통일이 다양한 통일 시나리오 중 하나이지만, 북한의 체제 붕괴에 기초한 급진통일 방식에 기존 연구가 경도된 측면이 없지 않다. 그간은 급진통일이 되어 통합 과정에서의 경착륙을 우려하였다면, 이제는 통일시대 제도 통합 연착륙을 예비할 교류·협력시대가 열린 것이다.

독일의 경우, 빌리 브란트 총리가 주도하여 화해와 교류 정책을 추진하였던 동방정책의 시기에 보건 분야의 협력이 시도된 바 있음을 주지할 필요가 있다. 1972년 『동서독 기본조약』 제7조 6항에서 보건 분야의 협력에 대한 규정이 마련되었는데, 동서독 간 실질적인 보건의료 분야의 협력이 시행될 제도적 조치가 구축된 것이라고 평가할 수 있다. 또한 1973년 『동서독 공동재난 방지협정』을 통해 분단 접경지역의 감염성 질환, 폭발물 사고, 수자원 오염 및 매연 방출 등으로 상대 지역에 영향을 미치는 경우 신속한 공동대처를 합의한 바 있다(윤석준, 2015, p. 9). 마침내 1974년 역사적인 『동서독 보건협정』을 체결함으로써 실질적인 제도적 교류가 현실화되었다. 그리고 이러한 평화협력 시대의 보건의료 분야의 교류는 서로의 제도를 이해하는 계기가 되었으며, 1990년 독일 통일 후 보건의료 분야의 통합에 긍정적으로 기능한 바 있다. 특히 지속적 정보 교환으로 동독의 보건의료 실태를 상세히 파악함으로써 동서독 건강 격차 및 보건의료 시스템 차이를 예견 및 준비할 수 있었다는 점이다(김소윤 외, 2015, p. 74). 그러나 독일은 서독 주도의 급진통일과 급진통합 방식이었기

에, 동독의 우수한 보건의료제도를 십분 활용하지 못한 한계가 있다. 서독 사회제도를 동독으로 이식하는 방식으로 통합이 이뤄지면서 동독 사회제도의 장점을 계승하는 데 소홀하였다는 것이다.

그간 남한의 통일 사회보장 연구는 급진통일 방식과 '통일 후'에 경도된 측면이 있다(민기채, 2017, p. 456). 그러다 보니 독일의 급진적이며 흡수적인 접근의 사회보장 통합이 주를 이루게 되었다. 예를 들어 연하청과 황나미(2010, p. 92)는 독일 통일 과정의 교훈에 주목하면서 "통일 후 북한 지역에도 노후화된 의료시설 개선과 의료종사자의 자질 향상, 각종 질병 치료를 위한 사업 및 가족 정책에 이르기까지 다양한 보건의료 관련 수요가 단기간 내에 폭발적으로 발생할 것임을 고려할 필요"가 있음을 주장한다. 이러한 해석은 급진통일 후 당장의 보건의료 욕구 해결에 초점을 맞추게 하며, 통일 전 상호 간 교류·협력보다는 통일 후 일방의 지원방식을 고려하게 만든다는 아쉬움이 있다.

그러나 이제 한반도는 전략적으로 점진통일을 추진할 수 있게 되면서, 제도별로 급진통합 또는 점진통합을 고려할 수 있는 시대가 되었다. 따라서 교류·협력의 시기에 북한의 상대적으로 높은 제도적 장점을 고려하는 통합을 고려할 수 있다.

새로운 평화시대에 발맞추어 남북한 보건의료 분야에서도 새로운 교류·협력 방식이 요청된다. 더불어 상호존중과 구동존이의 원칙하에 구축된 남북한 보건의료 교류·협력에 기초하여, 장기적으로 남북한 보건의료 통합 전략과 방식을 마련해야 할 것이다.

본 연구를 통한 정책적 함의는 다음과 같다.

첫째, 평화와 교류의 시대적 흐름에 따라 급진통일과 급진통합 방식을 따른 서독 중심의 독일식 보건의료제도 개편은 적절한 모델이 될 수 없다. 교류·협력을 통해 남과 북 쌍방의 제도적 장점을 극대화한 보건의료

제도 통합을 고려해야 할 것이다. 급진통일이 된다면 통합 주도 국가의 제도로 흡수될 가능성이 크다는 것은 역사적 경험이다. 그러나 점진통일이 된다면 통합 주도 국가의 제도보다는 쌍방의 제도적 장점에 대한 상호 존중, 평가, 학술적 이해를 통해 보다 나은 방향으로의 통합을 실현할 수 있다. 일방적 재정 이전, 일방적 인력 교육, 일방적 정보 제공의 방식이 아닌 상호책임과 구동존이의 원칙에서 접근해야 할 것이다. 상호협력의 평화시대는 통일시대의 보다 나은 통합 방식을 수렴할 수 있는 긍정적 완충 시기로 이해될 수 있다.

둘째, 평화시대의 보건의료 교류·협력이 자칫 남북한 보건의료 통합을 목표로 하여 전개되지 않는 것은 지양해야 할 것이다. 제1장에서 제기한 것처럼 궁극적 목표는 교류·협력이 아니라 통합이고, 평화시대의 공고화가 아니라 통일시대의 항구화이다. 평화시대의 교류·협력 연구는 통일시대의 통합 연구에 복무하는 방향이 되어야 할 것이다. 동시에 장기적인 한반도 사회통합을 고려한다면 지금부터 북쪽의 보건의료 시스템을 회복시키는 것은 미래 사회에 대한 선제적 투자로 이해되어야 한다. 이런 점에서 4장에서 개괄적으로 추계한 비용을 분산시킬 수 있는 중장기 계획이 요구되며, 5장에서 제시한 다양한 방법을 구체화하여야 한다.

셋째, 통독 이전 『동서독 보건협정』의 경험을 한반도 실정에 맞게 적용하여 남북한 보건의료협정을 추진하는 것을 우선적인 과제로 추진하여야 한다. 1974년 4월 25일 체결된 『동서독 보건협정』은 동서독 간 교류협력의 동방정책 속에서 현실화되었는데, 그것은 2018년 판문점 선언과 북미정상회담이 개최되어 마련된 한반도 평화교류의 시대적 배경과 맞닿아 있다. 남북한도 다양한 협정을 맺을 수 있는데, 그중 시급한 분야로서 (가칭)『남북한 보건의료협정』을 체결할 수 있다. 2007년 『남북보건의료협력 합의서』를 채택하였으나, 북한의 이중경제(국정가격과 시장가격 문제

등), 구체적이고 실천 가능한 합의 내용의 부족, 정치적 변화에 따른 이행 중단의 문제가 있었다(윤석준, 2015, p. 13). 새로운 시대에 걸맞은 실효성 높은 (가칭) 『남북한 보건의료협정』이 체결된다면 향후 통일시대 진입 과정에서 남북한 보건의료 통합을 시도할 때, 상대방의 제도를 이해하여 통합 연착륙을 구축할 제도적 장치가 될 것이다. 특히 독일의 『동서독 보건협정』이 냉전 시대가 도래한 이후에도 평화를 구축하려는 매개체이자 추진물이라는 정치적 의미도 있었음을 기억할 필요가 있다.

넷째, 한반도 통합은 장기적인 시야에서 이루어지는 것이 바람직하며, 그에 따라 보건의료 시스템 및 의료자원 개발을 단계적으로 구상해야 할 것이다. 가령 회복지원 단계(남과 북이 건강보장제도를 달리하고 보건의료제공체계에 현격한 차이가 있는 임시적, 과도적 단계), 제도접근 단계(통일국가를 이루고 있지만 남과 북이 건강보장제도의 변혁을 통해 유사점을 확대해 나가고 보건의료제공체계를 합치시켜 가는 과정에 있는 단계), 통일제도 단계(남과 북이 구분 없이 단일한 건강보장제도를 가지는 단계)로 구분하여(정형선 외, 2014, pp. 242-243), 해당 단계에 맞는 교류·협력 방식을 고려할 필요가 있다.

연구의 측면에서 이후의 과제를 첨언하면 다음과 같다. 우선 보건의료 통합 영역은 독자적으로 시행되기보다는 전체 사회보장 영역 및 사회보험 영역에서 유기적 구조를 갖춘 상태에서 논의될 필요가 있다. 통일 이전 서독과 동독의 상황은 전체 사회보장의 제도적 측면에서 현재의 남한과 북한의 경우와 유사한 측면이 있다. 그것은 독립적(서독과 남한) 제도인가 통합적(동독과 북한) 제도인가의 이슈이다. 서독과 남한의 경우, 다양한 욕구를 반영하여 독립적 사회보장제도를 구축하고 있는 반면, 동독과 북한의 경우 통합적 사회보장제도를 보유하고 있다. 이에 보건의료 통합의 논의가 독자적으로 실현 가능하기 어려운 측면이 있는 것이다. 물론

보건의료의 특성상 고유 영역의 제도 통합이 존재할 수 있다. 그러나 그 통합 논의도 전체적(holistic) 관점에서 논의될 필요가 있다. 따라서 남한의 5대 사회보험 기관과의 협업을 통해 사회보장 통합 논의를 집체적으로 가져가야 할 것이다.

또 한반도 통합 이후 사회체제 내지 복지국가체제에 대하여 심도 깊은 논의에 기초하여 보건의료 통합 방향이 설정될 필요가 있다. 통일 전후 서독의 사회적 시장경제의 우월함은 전후 복지국가의 우수한 모델 중 하나였으며, 동독의 엘리트와 주민들도 수용 가능한 사회체제였다. 그러나 남한은 현재 서독과 같은 우수한 사회제도를 보유하고 있지 못하다. 이에 교류·협력의 시기에 남한은 복지국가체제의 질적 도약이 필요하다. 동시에 북한도 사회안전망을 법을 넘어 실제에서 구현할 수 있는 토대와 상부구조를 튼튼히 구축할 필요가 있다. 사회체제라는 거시적 구성물하에서 보건의료 제도 통합이라는 미시적 요소도 기능할 수 있다. 결국 교류·협력 기간 동안 통일국가의 사회상에 대한 남북 간 진지한 토론과 시범 사업은 통일 이후 통합 보건의료 시스템의 제도적 특징을 결정할 것이다.

이러한 측면을 충분히 반영하지 못한 한계에도 불구하고 본 연구는 평화시대 및 통일시대에 구축되어야 할 남북 보건의료시스템의 쟁점과 과제를 종합적으로 정리함으로써, 정책 결정자와 학계에 다양한 논의점을 제시했다는 점에 의의가 있다.

본 연구가 향후 남한의 사회보장제도 발전의 논의 과정에서 한반도의 남쪽만 고려하지 않고 장기적으로 한반도 전체를 조망하며 정책을 진행해 가는, 통일 인지적 관점 확산에 기여하기를 기대한다.

참고문헌

강혜경. (2018). 베트남 보건부 차관, 국시원 방문해 '의사국시' 벤치마킹. http://www.kpanews.co.kr/article/show.asp?idx=191206 [2018.02.01. 인출]

국가통계포털 국제·북한통계. 국민총소득 및 경제성장률. http://kosis.kr/statisticsList/statisticsListIndex.do?menuId=M_02_01_01&vwcd=MT_RTITLE&parmTabId=M_02_01_01#SelectStatsBoxDiv [2018. 05.01. 인출]

국가통계포털 국제·북한통계. 연령별 추계인구. http://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_IZGA01_001&conn_path=I3 [2018. 06.01. 인출]

국민건강보험공단. (2003). **2002년 의료급여통계연보.** 서울: 국민건강보험공단.

국민건강보험공단. (2004). **2003년 의료급여통계연보.** 서울: 국민건강보험공단.

국민건강보험공단. (2005). **2004년 의료급여통계연보.** 서울: 국민건강보험공단.

국민건강보험공단. (2006). **2005년 의료급여통계연보.** 서울: 국민건강보험공단.

국민건강보험공단. (2007). **2006년 의료급여통계연보.** 서울: 국민건강보험공단.

국민건강보험공단. (2008). **2007년 의료급여통계연보.** 서울: 국민건강보험공단.

국민건강보험공단. (2009). **2008년 의료급여통계연보.** 서울: 국민건강보험공단.

국민건강보험공단. (2010). **2009년 의료급여통계연보.** 서울: 국민건강보험공단.

국민건강보험공단. (2011). **2010년 의료급여통계연보.** 서울: 국민건강보험공단.

국민건강보험공단. (2012). **2011년 의료급여통계연보.** 서울: 국민건강보험공단.

국민건강보험공단. (2013). **2012년 의료급여통계연보.** 서울: 국민건강보험공단.

국민건강보험공단. (2014). **2013년 의료급여통계연보.** 서울: 국민건강보험공단.

국민건강보험공단. (2015). **2014년 의료급여통계연보.** 서울: 국민건강보험공단.

국민건강보험공단. (2016). **2015년 의료급여통계연보.** 서울: 국민건강보험공단.

권순만(2008). **남북보건의료협력 사업의 경제성 분석**. 보건복지부 연구용역 보고서.

기획재정부. (2017). **2017년 예산안 편성 및 기금운용계획안 작성 세부지침**. 기획재정부.

김광운. (2018). **북조선실록 : 년표와 사료**. 서울:코리아데이터프로젝트

김미정, 김정은, 김진숙, 나동규, 박일성, 엄주현, 유성기, 유원섭, 윤여운, 이상복, 조규석. (2012). **2012년 북한 보건의료 연차보고서**. 서울: 어린이의약품지원본부.

김소윤. 김원호. 이재훈. 정우진. 김광숙. 김한나. 김성혜. 신보경. 장성규. 김은지. 이재은. 김진현. 이정웅. 임준영. 장수영. (2015). 북한 **질병통제관리체계 구축방안**, 서울: 통일부.

김유찬. (2010). **통일비용 및 재원조달 방안에 관한 연구**.서울: 국회예산정책처.

김일성. (1946). 20개조 정강. **김일성 장군 중요 논문집 : 민주조선 자주독립의 길**(북조선로동당중앙본부 선전선동부, 1947.03.10.)

나눔인터내셔날. (2007). **북한보건의료체계개산사업 결과보고서**. 서울: 나눔인터내셔날.

문옥륜. (1989). **북한의 보건의료제도 분석**. 서울: 국토통일원.

문옥륜. (1995). 통일 한국의 보건의료제도 구상. **최고정책관리논집**, 7. 130-159.

문옥륜. (2001). **북한의 보건의료제도 운영: 탈북자 증언을 중심으로**. 서울: 아주남북한보건의료연구소.

민기채. (2014). 체제전환국 복지국가에 관한 비교사회정책 연구: 발전요인, 발전단계 그리고 체제성격을 중심으로. 서울대학교 박사학위논문

민기채. (2017). 북한 사회주의 복지체제와 기본소득의 제도적 친화성에 관한 연구. **입법과 정책**, 9(3), 455-480.

박재형. 김옥주. 황상익. (2003). **북한의 의학교육**. 서울: 서울대학교출판부.

박종연(2013).**국제비교시각에서 본 북한 보건의료 실태와 통일대비과제. 서울:** 아주남북한보건의료연구소.

박윤재, 박형우. (1998). 북한의 의학교육제도 연구. **의사학**, 7(1), 61-74.

백용훈. (2018). 보편적 건강보장을 향한 노정 : 베트남 보건의료 부문의 역사. 문화적 맥락을 중심으로. **동남아시아 연구, 28**(1), 173-218.

변종화, 박인화, 서미경, 김만철. (1993). **남북한 보건의료제도 비교연구**. 서울: 한국보건사회연구원.

변종화, 김진순, 김연영, 김정태, 김만철. (1989). **남북한 보건의료 비교연구-북한실태를 중심으로**. 서울: 국토통일원.

보건성, 세계보건기구. (2011). **조선민주주의 인민공화국 보건발전 증기전략 계획 2010~2015,** 평양: 보건성.

보건성, 세계보건기구. (2011). **조선민주주의인민공화국 보건발전중기전략계획 2010-2015**. 평양: 보건성.

북한 사회보험법. (1946.12.19. 임시인민위원회 결정 제135호).

북한 위생검사원규칙. (1946.05.25. 임시인민위원회 지령).

북한 인민보건법. (1980.04.03. 최고인민회의 법령 제5호).

북한정보포털, 보건의료 인력 양성 http://nkinfo.unikorea.go.kr/nkp/overview/nkOverview.do?sum

ryMenuId=SO317 [2018. 12. 15. 인출]

북한중앙통계국. (2009). **2008 북한 인구조사 보고서**. 서울: 한국국제보건의료재단.

서울대학교 통일연구네트워크(2018).**남북한협력과발전을위한기초연구.vol.2, 남북통합과전망.** 서울:진인진.

서원석(2013). 대북보건의료지원의패러다임. 서울대학교의과대학 통일의학센터 편.**통일시대의 보건의료, 북한현황과 대북지원의 현재와 미래**, 서울대학교 의과대학 통일의학센터.

승창호. (1989). 인민보건사업 경험. 편집부 엮음, **북한 보건의료 연구**. 서울: 청년세대.

신희영, 이혜원, 안경수, & 전지은. (2016). 김정은 시대 북한 보건의료체계 동향 전달체계와 조직체계를 중심으로. **통일과 평화**, 8(2), 181-211.

신희영. 안경수. (2017). 『고등교육』에 나타난 북한의 의학교육 현황 분석. **통일정책연구**, 26(2), 117-149.

신희영. 이혜원. 안경수. 안형순. 임아영. 전지은. &최소영. (2017). **통일의료 : 남북한 보건의료 협력과 통합**. 서울: 서울대학교출판문화원.

신희영·이혜원노·안경수·안형순·임아영·전지은·최소영(2017). **통일 의료, 남북한 보건의료 협력과 통합**, 서울: 서울대학교출판문화원.

안종범. (2011). **통일재원 마련방안 연구**. 서울: 통일부

어린이의약품지원본부. (2012). **2012년 북한 보건의료 연차보고**서, 서울: 어린이의약품지원본부.

어린이의약품지원본부. (2018). **조선의 의학 학술지를 통해 본 북한의 보건의료 이해**, 서울: 어린이의약품지원본부.

연하청. 황나미. (2010). **통일대비 사회복지 및 보건정책과제**, 서울: 한국보건사회연구원.

윤석준. (2013). 통일대비 한반도 보건의료체계 구축을 위한 접근전략: 추진전략 및 체제통합국사례의 시사점을 중심으로. **통일시대의 보건의료, 북한현황과 대북지원의 현재와 미래(pp.38-50)**. 서울: 서울대학교의과대학 통일

의학센터.

윤석준. (2015). 남북한 보건의료협력 기본방향과 협정안. **남북한 보건의료협정 추진을 위한 국회세미나**. 서울: 국회입법조사처. 남북의료협력재단. 7-19.

이규식. (2016). **의료보장론**. 서울: 계축문화사.

이철수. 장용철. 최균. 민기채. 모춘흥. 이윤진. 최요한. (2016). **남북한 사회복지 통합쟁점과 정책과제-북한의 전달체계를 중심으로**, 세종: 한국보건사회연구원.

이철수, 최준욱, 모춘흥, 민기채, 소성규, 송철종, 유원섭, 이요한, 이화영, 정은미, 정지웅, 조성은, 조은희, 김다울, 조보배, 조은빛, 최요한. (2017). **통일의 인구·보건·복지 통합 쟁점과 과제**, 세종: 경제·인문사회연구회.

이혜경. (2014). 통일 대비 북한 보건의료인력 실태분석 및 통합 방안, **2014 북한 및 통일관련 신진연구논문집**(pp, 440-546), 서울: 통일부.

이혜경. (2016). 남북한 보건의료 인력의 통합방안 연구, **의학교육논단, 18**(1), 1~15.

이호준. (2012). **의료시설부분 사업의 예비타당성조사 표준지침 연구**, 서울: 한국개발원.

정성장. (2011). **현대 북한의 정치**, 파주: 한울.

정형선. 이규식. 이금순. 신현웅. 여지영. 조재영. 장준. 민하주. 진다빈. (2014). **통일 한국 대비 건강보장제도 구축방안**, 서울: 사회보장학회. 국민건강보험공단.

최기춘, 박종연, 이용갑, 문성웅, 이철수. (2007). **통일을 대비한 건강보험제도 발전방안 연구(Ⅰ)-북한의 의료보장제도와 보건의료 현황**. 서울: 국민건강호험공단 건강보험연구원.

통계청. (2010). 1993-2055 북한 인구추계. 2010.11.22.(통계청 홈페이지 - 새소식 - 정책뉴스)

통계청. (2017). **2017 북한의 주요통계지표**, 대전: 통계청

통계청. (2018). 국가통계포털 국제·북한통계 [데이터파일].

http://kosis.kr/statisticsList/statisticsListIndex.do?menuId=M_02_01_01&vwcd=MT_RTITLE&parmTabId=M_02_01_01#SelectStatsBoxDiv에서 [2018. 05.01. 인출].

통일부. (2017). **2017 북한이탈주민 정착지원 실무편람**, 서울: 통일부

통일부. (2018). **북한 주요기관단체 인명록,** 서울: 통일부

하신. (2017), 북한의학 학술지와 수록 원문을 통해 본 북한의학 연구의 특성 :내과를 중심으로, (박사학위논문, 고려대학교 대학원, 서울).

한국개발연구원. (2008). **예비타당성 조사수행을 위한 일반지침 수정 보완 연구**. 서울: 한국개발연구원.

홍순원. (1989). **조선보건사**. 서울:청년세대.

황나미. (2014). 통일 대비 보건의료분야의 전략과 과제 (보건복지 Issue&Focus 제240호), 한국보건사회연구원.

황상익, 김수연. (2007). 해방 전후부터 정부 수립까지(1945년-1948년)의 북한 보건의료, **의사학,** 16(1), 37-70.

황상익. (2006). **1950년대 사회주의 건설기의 북한 보건의료**. 서울: 서울대학교 출판부

황상익·김수연(2007). 해방 전후부터 정부 수립까지(1945년-1948년)의 북한 보건의료, **의사학**, 16(1), 37-70.

황재성. (2013). 국내 민간단체 입장에서 바라본 대북보건의료 협력방안. **통일시대의 보건의료, 북한현황과 대북지원의 현재와 미래(pp.79-107)**. 서울: 서울대학교의과대학 통일의학센터.

Nguyen Thao. (2018). 베트남 인구 고령화에 따른 사회보장정책의 과제와 방향. **국제사회보장리뷰,** 2018 여름 통권 제5호, 98-107.

An, H., & Linh, V. (2018, Jan, 13). Bệnh viện tính chuyện tự chủ. Retrieved from http://www.nhandan.com.vn/cuoituan/item/35266802-benh-vien-tinh-chuyen-tu-chu.html [2018. 05.01. 인출]

Bệnh viện mắt trung ương. (2010, Oct 10). Chương III: Giai đoạn xây dựng XHCN ở miền Bắc và kháng chiến chống Mỹ (1955-1975). Retrieved from http://www.vnio.vn/chuong-iii-giai-

doan-xay-dung-xhcn-o-mien-bac-va-khang-chien-chong-m%E1%BB%B9-1955-1975 [2018. 05.01. 인출]

Black, R.E., C.G. Victora, S.P. Walker, Z.A. Bhutta, P. Christian, M. de Onis, & Maternal and Child Nutrition Study Group. (2013). Mate rnal and Child Undernutrition and Overweight in Low-incom an d Middle-incom Countries. *Lancet*, 382(9890), 427-451. doi: 10. 1016/S0140-6736 (13) 60937-X [dio].

Bộ Lao động - Thương binh và Xã hội. (2012, Feb 28). Qui mô d ân số trẻ em dự báo đến năm 2020. Retrieved from http:// www.molisa.gov.vn/vi/Pages/chitiettin.aspx?IDNews=20934 [2 018. 05.01. 인출]

Bộ Y tế Việt Nam & Nhóm đối tác y tế. (2008). Báo cáo chung t ổng quan ngành y tế năm 2008: Tài chính Y tế ở Việt Na m. Hà Nội.

Bộ Y tế Việt Nam & Nhóm đối tác y tế. (2016). Báo cáo chung t ổng quan ngành y tế năm 2015: Tăng cường y tế cơ sở hướ ng tới bao phủ chăm sóc sức khỏe toàn dân. Hà Nội.

Bộ Y tế. (2012). Đề án "Người Việt Nam ưu tiên dùng thuốc Việt N am". Retrieved from https://luatvietnam.vn/y-te/quyet-dinh-4 824-qd-byt-bo-y-te-75485-d1.html#tomtat [2018. 05.01. 인출].

Bộ Y tế. (2017, Dec 17). Thực hiện tự chủ tài chính tại các đơn vị sự nghiệp công lập ngành Y tế. Retrieved from http://tap chitaichinh.vn/nghien-cuu—trao-doi/trao-doi-binh-luan/thuc -hien-tu-chu-tai-chinh-tai-cac-don-vi-su-nghiep-cong-lap-n ganh-y-te-130357.html [2018. 05.01. 인출]

Đài Tiếng nói Việt Nam (2017, May 10). Không BHYT, người dân phải chi trả phần lớn tiền khám chữa bệnh. Retrieved from https://vov.vn/xa-hoi/khong-bhyt-nguoi-dan-phai-chi-tra-ph an-lon-tien-kham-chua-benh-622781.vov [2018. 06.01. 인출]

Dân số Việt Nam. (2018). Dân số việt nam. Retrieved from https:

//danso.org/viet-nam/ [2018. 03.11. 인출]

Đỗ, N. P. (2018, Jan 04). Bác sĩ Phạm Ngọc Thạch - Nguyên cố Bộ trưởng Bộ Y tế. Retrieved from https://www.pnt.edu.vn/vi/gioi-thieu/bac-si-pham-ngoc-thach [2018. 06.01. 인출]

Duy Tiến. (2018, May 04). Thêm 13 bệnh viện hà nội tự chủ toàn bộ trong năm 2018. Retrieved from https://anninhthudo.vn/doi-song/them-13-benh-vien-ha-noi-tu-chu-toan-bo-trong-nam-2018/766488. [2018. 05.01. 인출].

Fan, A. P., Tran, D. T., Kosik, R. O., Mandell, G. A., Hsu, H. S., & Chen, Y. S.(2012). Medical education in Vietnam. Medical Teacher, 34, pp. 103-107. doi: 10.3109/0142159X.2011.613499

General Statistics Office. (2014). *Vietnam's Health Activities through the 2012 Establishment Census*. Hanoi: Statistical Publishing House.

Hệ thống văn bản quy phạm pháp luật. Hiến pháp Nước Cộng hòa xã hội chủ nghĩa Việt Nam. Retrieved from http://www.moj.gov.vn/vbpq/Lists/Vn%20bn%20php%20lut/View_Detail.aspx?ItemID=1536 [2018. 08.01. 인출]

Hệ thống văn bản quy phạm pháp luật. Quyết định Số 217/BYT-QĐ ngày 29-4-1989 Ban hành quy chế về tổ chức và hoạt động của các bệnh viện, nhà hộ sinh, phòng khám bệnh, phòng xét nghiệm, phòng thăm dò chức năng và dịch vụ y tế tư. Retrieved from http://vbpl.vn/boyte/Pages/vbpq-toanvan.aspx?ItemID=2251 [2018. 07.15. 인출]

Hoàng, H. T. (2014). Báo cáo ngành dược phẩm. FPT Securities.

Hội Khoa học kinh tế y tế Việt Nam. (2011). Tài chính y tế: Một trong những yếu tố quan trọng nhất để đảm bảo một nền y tế mang tính chất công bằng, góp phần an sinh xã hội. Retrieved from http://vhea.org.vn/print-html.aspx?NewsID=178 [2018. 06.01. 인출]

Jonathan, D. L. (2008). Reasserting the state in Viet Nam Health Care and the logics of market-Leninism, *Policy and Society*, 27:2, 115:128, DOI: 10.1016/j.polsoc.2008.09.005.

Krakauer, EL., Cham, NTP., & Khue, LN.(2010). Vietnam's palliative c are initiative: successes and challenges in the first five years. J P ain Symptom Manag, 40, pp. 27-30. doi: 10.1016/j.jpainsymma n.2010.04.009.

Lê Huyền. (2016). Đào tạo ngành y mới: Sẽ tập trung giảng dạy y đức. Retrieved from http://vietnamnet.vn/vn/giao-duc/tuyen -sinh/dao-tao-nganh-y-moi-se-tap-trung-giang-day-y-duc-3 35046.html [2018. 06.01. 인출]

Lê, D. C., Kubo, T., Fujino, Y., Pham, T. M., & Matsuda,, S.(2010). Hea lth Care System in Vietnam: Current Situation and Challenges. *A sian Pacific Journal of Disease Management*, 4(2), pp. 23-30.

Lê, T. L. (2010, Feb 24). Công tác y tế trong thời kỳ kháng chiến chống pháp (1945-1954) qua tài liệu lưu trữ. Retrieved from https://luutru.gov.vn/cong-tac-y-te-trong-thoi-ky-khang-chie n-chong-phap-(1945-1954)-qua-tai-lieu-luu-tru-118-vtlt.htm [2018. 03.01. 인출]

Ministry of Health. (2016). For people's health protection, care and pr omotion 2016-2020. http://www.euhf.vn/upload/Strategicdocu ments/82. MOH 5-year plan (Eng).pd [2018. 08. 13 인출].

Ministry of Health. (2016). Social Health Insurance Scheme in Vietna m: Achievements and Challenges. Tokyo. https://www.mof.go.jp /pri/research/seminar/fy2016/tff2016_s1_04.pdf에서 [2018. 08. 13 인출].

Ngân Anh. (2017). Tỷ lệ bao phủ bảo hiểm y tế đã đạt hơn 86%. Retrieved from http://www.nhandan.com.vn/xahoi/bhxh-va-cuoc-song/item/35104002-ty-le-bao-phu-bao-hiem-y-te-da-

dat-hon-86.html [2018. 08. 13 인출].

Nguyễn Thị Kim Tiến. (2018, Feb 26). Phát triển y tế cơ sở, tạo n ền tảng hướng tới bao phủ chăm sóc sức khỏe toàn dân. Ret rieved from http://www.nhandan.com.vn/suckhoe/item/3565 1402-phat-trien-y-te-co-so-tao-nen-tang-huong-toi-bao-phu -cham-soc-suc-khoe-toan-dan.html [2018. 08. 13 인출].

Nguyễn, M.P., & Wilson, A.(2017). How Could Private Healthcare Bette r Contribute to Healthcare Coverage in Vietnam? *International J ournal of Health Policy and Management*, 6(6), pp. 305-308. doi: 10.15171/ijhpm.2017.05

Nguyễn, X. T., Trần, X. B., Waye, A., Harstall, C., & Lindholm, L.(201 4). Socialization of Health Care in Vietnam: What Is It and What Are Its Pros and Cons? *Value in Health Regional*, 3C, pp. 24-26.

NLiS Country Profile: Democratic People's Republic of Korea, http://a pps.who.int/nutrition/landscape/report.aspx?iso=prk [2018. 08. 13 인출].

NLiS Country Profile: Republic of Korea, http://apps.who.int/nutritio n/landscape/report.aspx?iso=kor [2018. 08. 13 인출].

OECD & WHO, *Health at a Glance: Asia/Pacific 2012*, OECD & WHO.

Sở Y tế Hà Nội. (2018). Công tác khám chữa bệnh bằng y học cổ truyền ngày càng được chú trọng. Retrieved from http://soyt e.hanoi.gov.vn/vi/news/y-hoc-co-truyen/cong-tac-kham-chu a-benh-bang-y-hoc-co-truyen-ngay-cang-duoc-chu-trong-36 70.html [2018. 08. 13 인출].

Sở Y tế TP. Hồ Chí Minh. (2016). Quá trình hình thành và phát tr iển. Retrieved from http://www.medinet.hochiminhcity.gov.v n/qua-trinh-hinh-thanh-va-phat-trien/qua-trinh-hinh-thanh-va-phat-trien-c6-1.aspx [2018. 08. 13 인출]..

Sức khỏe & Đời sống. (2010). Y tế việt nam 55 năm thực hiện lời dạy của bác. Retrieved from http://suckhoedoisong.vn/y-te-viet-nam-55-nam-thuc-hien-loi-day-cua-bac-n32740.html [2018. 06. 13 인출].

Sức khỏe & Đời sống. (2017). Khắc phục tình trạng quá tải bệnh viện. Retrieved from http://suckhoedoisong.vn/khac-phuc-tinh-trang-qua-tai-benh-vien-n139507.html [2018. 06. 13 인출].

Takashima, K., Wada, K., Tra, TT., & Smith, D. R. (2017). A review of Vietnam's healthcare reform through the Direction of Healthcare Activities (DOHA). *Environmental Health and Preventive Medicine*, 22, 74, pp.1-7. doi: 10.1186/s12199-017-0682-z.

Tạp chí Cộng sản. (2017). Chăm sóc y tế cho người cao tuổi: Trách nhiệm của Nhà nước, gia đình và xã hội. Retrieved from http://www.tapchicongsan.org.vn/Home/Van-hoa-xa-hoi/2017/47217/Cham-soc-y-te-cho-nguoi-cao-tuoi-Trach-nhiem-cua-Nha.aspx [2018. 06. 01 인출].

Thiên Lam. (2017). Hoạt động của cơ sở y tế tư nhân tại việt nam còn thấp. Retrieved from http://www.nhandan.com.vn/suckhoe/tieu-diem/item/34876102-hoat-dong-cua-co-so-y-te-tu-nhan-tai-viet-nam-con-thap.html [2018. 03. 13 인출].

Thư viện pháp luật. Quyết định về việc nâng mức hỗ trợ đóng bảo hiểm y tế cho một số đối tượng người thuộc hộ gia đình cận nghèo. Retrieved from https://thuvienphapluat.vn/van-ban/Bao-hiem/Quyet-dinh-705-QD-TTg-nam-2013-nang-muc-ho-tro-dong-bao-hiem-y-te-185432.aspx [2018. 06. 30 인출].

Thư viện pháp luật. Luật sửa đổi, bổ sung một số điều của luật bảo hiểm y tế. Retrieved from https://thuvienphapluat.vn/van-ban/Bao-hiem/Luat-Bao-hiem-y-te-sua-doi-2014-238506.aspx [2018. 06. 13 인출].

Thúy Ngà. (2017). Phân biệt 2 loại hình bảo hiểm y tế hiện nay. Retrieved from http://vietnamnet.vn/vn/suc-khoe/suc-khoe-24h/phan-biet-2-loai-hinh-bao-hiem-y-te-hien-nay-386934.html [2018. 03. 01. 인출].

Tổng cục Thống kê. (2014). Vietnam's Health Activities through the 2012 Establishment Census. Statistical Publishing House. Hanoi. Retrieved from https://www.gso.gov.vn/default_en.aspx?tabid=515&idmid=5&ItemID=13965 [2018. 06. 13 인출].

Trần, T. H. L., & Ngô, Q. (2018). Đầu tư phát triển y tế cơ sở để làm tốt công tác chăm sóc sức khỏe ban đầu cho nhân dân. Retrieved from http://www.tapchicongsan.org.vn/Home/chuong-trinh-1125/2018/52517/Dau-tu-phat-trien-y-te-co-so-de-lam-tot-cong.aspx [2018. 06. 13 인출].

Trần, T. T. H., Đặng, T. H. T, Trần, T. & Taryn, V. (2011). Vì Một Nền Y Tế Minh Bạch và Chất Lượng: Nhận biết Căn nguyên, Vai trò và Ảnh hưởng của các khoản Chi phí Không Chính thức trong Y tế tại Việt Nam. Transparency International/ Towards Transparency.

Trần, T.(2005). Community Based Evidence about the Health Care System in Rural Vietnam. Ph.D. dissertation, University of Newcastle, Australia.

Trung Hiếu. (2018a). Những thay đổi trong đào tạo nhân lực y tế (kỳ 1). Retrieved from http://nhandan.com.vn/nation_news/item/35291902-nhung-thay-doi-trong-dao-tao-nhan-luc-y-te-ky-1.html [2018. 06. 13 인출].

Trung Hiếu. (2018b). Những thay đổi trong đào tạo nhân lực y tế (tiếp theo và hết). Retrieved from http://www.nhandan.com.vn/suckhoe/item/35302002-nhung-thay-doi-trong-dao-tao-nhan-luc-y-te-tiep-theo-va-het.html [2018. 06. 13 인출].

United Nations Population Division. (2010). *World Population Prospec*

ts: The 2008 Revision. New York: United Nations.

United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Populatio n Division, (2017). *World Population Prospect: the 2017 Revisio n*, New York: United Nations.

Vuong, DA., Van Ginneken, E., Morris, J., Ha, ST., & Busse, R. (2011). Mental health in Vietnam: burden of disease and availability of s ervices. *Asian J Psychiatr*, 4, pp. 65-70.

WHO & Bộ Y tế. (2016). Chiến lược tài chính y tế Việt Nam giai đoạn 2016-2025. Hà Nội.

WHO Việt Nam. (2010). Tài chính y tế. Retrieved from http://ww w.wpro.who.int/vietnam/topics/health_financing/factsheet/vi/ [2018. 05. 15 인출].

WHO. (1984). *National health systems and their reorientation towards health for all*. WHO.

WHO. (2008). *Assessment of the local pharma-ceutical production in DPRK: mission report Alain Kupferman*. Geneva: World Health Organization.

WHO. (2011). *World health statistics 2009*. Geneva: World Health Orga nization.

WHO. (2012). *Viet Nam Health Service Delivery Profile*.

WHO. (2014), WHO country Cooperation Strategy Democratic people' s Republic of Korea 2014-2019, *Geneva: World Health Organiza tion*, 36-45

WHO. (2015). *Sexual and reproductive health, Trends in maternal mor tality: 1990 to 2015*, Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division, http:// www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/mate rnal-mortality-2015/en/ [2018. 05. 15 인출].

WHO. (2016a). Country Cooperation Strategy: Democratic Peoples Republic of Korea 2014-2019, India: WHO.

WHO. (2016b). Global Burden of Disease Study

WHO. (2017a). Global Health Observatory, Life expectancy and healthy life expectancy Data by country, http://apps.who.int/gho/data/view.main.SDG2016LEXv?lang=en

WHO. (2017b). Global Health Observatory, Tuberculosis profile, https://extranet.who.int/sree/Reports?op=Replet&name=%2FWHO_HQ_Reports%2FG2%2FPROD%2FEXT%2FTBCountryProfile&ISO2=KP&LAN=EN&outtype=html. https://extranet.who.int/sree/Reports?op=Replet&name=%2FWHO_HQ_Reports%2FG2%2FPROD%2FEXT%2FTBCountryProfile&ISO2=KR&LAN=EN&outtype=html16. [2018. 05. 10 인출].

WHO. (2018a). Global Health Observatory, Life expectancy and healthy life expectancy Data by country[data]. Retrieved from http://apps.who.int/gho/data/view.main.SDG2016LEXv?lang=en [2018. 05. 15 인출].

WHO. (2018b). Global Health Observatory, Probability of dying per 1000 live births Data by country[Data]. Retrieved from http://apps.who.int/gho/data/view.main.182 http://apps.who.int/gho/data/view.main.ghe3002015-KOR?lang=en [2018. 05. 15 인출].

WHO. (2018c). Health statistics and information systems Disease burden and mortality estimates[data]. Retrieved from http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index1.html [2018. 05. 15 인출]

Yu H. (2015). Universal health insurance coverage for 1.3 billion people: What accounts for China's success? *Health Policy*, 119: 1145-1152

부 록

<질적 인터뷰 질문지>

1. 북한의 보건의료 자원

□ 의료 인력

○ 근무했던 의료기관의 인력(의사, 준의사, 간호사, 기타 인력)의 규모는 어떠했는지

○ 의료 인력으로서의 자격 획득 과정은 어떠했는지

□ 의료시설

○ 근무했던 의료기관의 건물 규모, 병상 수, 진료과목은 어떠했는지

○ 근무했던 의료기관에서 이송을 위한 앰뷸런스 등의 장비가 있었는지

○ 입원실에 의료용 침상이 있었는지

○ 근무했던 의료기관에 전염병 질환자 격리 등을 위한 별도 시설 등 특수한 시설이 있었는지

□ 의료기기 및 소모품

○ 본인의 진료부서에서 보유하고 있던 의료기기는 무엇이 있었는지

○ 근무했던 의료기관 전체에서 보유하고 있던 의료기기로는 무엇이 있었는지

○ 약솜, 주사기, 거즈, 붕대, 봉합침, 실 등 의료용품은 어느 정도 보유하고 있었고, 수술 및 치료에 충분했는지

□ 의약품

○ 수술 및 치료에 필요한 의약품은 어느 정도 보유하고 있었고, 충분했는지

○ 의약품은 어떻게 공급받아서 사용했는지

○ 필요한 의약품이 부족한 경우 어떻게 대처했는지

□ 의료지식체계

○ 의료 인력으로서 자격을 획득하기 위해 필요한 학습의 양은 어떠한지

○ 의료 인력 자격 획득 이후 새로운 의료기술은 어떻게 습득했는지

○ 수술, 치료, 간호 등에 관한 교재나 지침이 있었는지

2. 의료서비스 제공체계

□ 1차 의료

○ 리 인민병원(진료소)에 찾아오는 환자에게 제공하는 의료서비스는 주로 어떠한 것인지(리 인민병원에서 치료할 수 있는 질병은 주로 어떤 것인지)

○ 호 담당 의사의 역할은 무엇이며, 제대로 수행되고 있는지

○ 리 인민병원의 규모와 시설은 어떠한지

□ 2차 의료

○ 시(구역)·군 인민병원에 찾아오는 환자에게 제공하는 의료서비스는 주로 어떠한 것인지(시·군 인민병원에서 치료할 수 있는 질병은 주로 어떤 것인지)

○ 시(구역)·군 인민병원의 규모와 시설은 어떠한지

□ 3차 의료

○ 도 인민병원에 찾아오는 환자에게 제공하는 의료서비스는 주로 어떠한 것인지(도 인민병원에서 치료할 수 있는 질병은 주로 어떤 것인지)

○ 도 인민병원의 규모와 시설은 어떠한지

○ 봉화병원, 조선적십자종합병원, 평양의과대학병원 등으로 보내는 질환은 주로 무엇이며, 중병에 걸린 경우 누구나 갈 수 있는지

○ 중앙병원에 방문한 경험이 있는지, 있다면 시설은 어떠했는지

□ 응급의료

○ 응급환자가 발생했을 때의 대처는 어떻게 이루어지는지

3. 의료서비스·의료기관 운영 재원

□ 운영 재원

○ 근무했던 의료기관의 운영비는 어떠한 경로로 지원되며 충분했는지

○ 병원 운영비가 충분하지 못한 경우 어떻게 마련했는지

□ 진료비

○ 환자들에게 수술 및 치료 등에 따른 비용을 받은 적이 있는지

○ 입원의 경우 별도의 비용을 받는지

○ 비용을 받고 약품을 판매하기도 하는지

4. 운영관리체계

○ 근무했던 의료기관을 직접 관리·감독했던 기관은 어디인지

○ 병원장 등은 어떠한 사람이 임명되며 주된 역할은 무엇인지

5. 주민 건강

○ 근무했던 지역에서 주민들이 걸리는 가장 흔한 질병은 무엇이었는지

○ 남한과 비교했을 때 북한 주민들의 건강 상태는 어떠하며, 가장 큰 차이는 무엇인지

6. 주민의 의료이용 및 서비스 접근성

○ 진료 행태

- 진료 환자, 진료/처방 행위, 진료 후 환자 관리, 진료비 수납 방식, 의약품/처치 도구 관리 등(위생, 감염병 질환자 관리 관련)

○ 주민의 의료이용 행태

- 문제 자각 후 병원 내원 경로, 병원 진료에 대한 만족도, 진료 후 건강관리, 의료이용상의 불편함, 병원에 가지 않을 경우 의료 처치, 응급 상황에서의 처치 행위, 의약품 복용, 예방접종 등

간행물회원제 안내

▶ 회원에 대한 특전

- 본 연구원이 발행하는 판매용 보고서는 물론 「보건복지포럼」, 「보건사회연구」도 무료로 받아 보실 수 있으며 일반 서점에서 구입할 수 없는 비매용 간행물은 실비로 제공합니다.
- 가입기간 중 회비가 인상되는 경우라도 추가 부담이 없습니다.

▶ 회원종류

- 전체간행물회원 : 120,000원
- 보건분야 간행물회원 : 75,000원
- 사회분야 간행물회원 : 75,000원
- 정기간행물회원 : 35,000원

▶ 가입방법

- 홈페이지(www.kihasa.re.kr) - 발간자료 - 간행물구독안내

▶ 문의처

- (30147) 세종특별자치시 시청대로 370 세종국책연구단지 사회정책동 1~5F
  간행물 담당자 (Tel: 044-287-8157)

KIHASA 도서 판매처

- 한국경제서적(총판) 737-7498
- 교보문고(광화문점) 1544-1900
- 영풍문고(종로점) 399-5600
- 서울문고(종로점) 2198-2307
- Yes24 http://www.yes24.com
- 알라딘 http://www.aladdin.co.kr