



체제통합 후 통일 독일의 경험

- 보건의료를 중심으로 -

2017. 11. 20



고려대학교 의과대학 예방의학교실
윤석준 교수

Seok-Jun Yoon, M.D., Ph.D.

Department of Preventive Medicine, College of Medicine, Korea University



체제통합국 독일 사례분석의 시사점

➤ 의의

- ▶ 부유한 자유주의 국가와 상대적으로 열악한 사회주의 국가의 통합
 - ➔ 현재의 남북 상황 및 앞으로의 통일과정에 시사하는 바가 큼

- ▶ 한반도 통합과정에서 발생 가능한 문제점 예측 및 대응방안 마련
 - ➔ 서로 다른 두 체제가 통합되는 과정과 이를 극복하는 과정에 대한 학습
 - 정책과 제도의 변환으로 독일 주민들 사이에서 야기되는 문제점에 대한 사례분석
 - 북한지역에 변화된 보건의료제도 시행 시, 발생 가능한 변화 예측



체제통합국 사례의 시사점

베트남

- 1975년, 베트남 통일
 - 북베트남이 중심이 된 사회주의 방식의 통일
- 1990년대 이후, 개혁개방정책 가속화
 - 최근 대한민국 건강보험제도 벤치마킹 노력
 - 국가중심시스템 보건의료체계 <<사회보험원리 수용

예멘

- 1990년, 예멘 통일
 - 남북예멘의 통일국가 수립 선포 (50:50 권력배분)
- 통일 이후, 정치적 불안정 지속
 - 보건의료시스템 포함 국가 전체 운영체제 작동 X
 - 보건의료지표 세계에서 가장 낙후된 수준

출처: Yoon SJ. The experiences of system integration countries informing the potential unification of the Korean peninsula's healthcare system. J Korean Med Assoc 2013 May;56(5):389-393.

체계적 준비와 전략에 입각한 통일국가 건설이 무엇보다 중요

➔ 특히 남북한 보건의료분야 통합에 앞서

“체제의 이질성과 남북한에 상존하는 각 제도의 간극에 대한 분석” 선결되어야 함.

분석 결과는 궁극적으로 미래제도 통합 기준과 방식, 속도와 범위, 재정조달과 확충 방안, 사전 교육·훈련 등에 대한 합리적인 접근을 위한 근거가 될 수 있음



**남북의 보건의료 현황 및 특성을 비교·분석하여
미래 남북한 보건의료제도 통합 방향을 모색해볼 필요가 있음**



보건의료분야 체제통합국 독일 사례분석

➤ 개요(1)

◆ 독일

- 1945년 제2차 세계대전 끝에 나치정부가 연합국 세력에 무조건 항복 선언, 미국, 영국, 프랑스, 소련의 분할지배를 받게 됨
- 1949년, 분단 본격적으로 단계화

- ❖ 미국, 영국, 프랑스 점령
- ❖ 서독 (독일연방공화국, Bundesrepublik Deutschland)
- ❖ 국경: 체코, 오스트리아, 스위스, 프랑스, 룩셈부르크, 벨기에, 네덜란드



- ❖ 소련 점령
- ❖ 동독 (독일민주공화국, Deutsche Demokratische Republik)
- ❖ 국경: 폴란드, 체코



보건의료분야 체제통합국 독일 사례분석

➔ 개요(2)

서독

- 전국민을 위한 다차원적 사회보장제도 시행
 - ◆ 1950년~ 경제성장과 정치적 안정 등으로 사회보장 개념 실현, 사회보장정책의 성공을 토대로 1957년 완전고용 달성
 - ◆ 기존 사회보장제도 부활, 전통적인 사회보장 분야의 지속적 발전, 고용정책 발전 이룩
- 인구: 62,063천명(전체의 78.8%)
- 국민총생산: 동독의 135.3배
- 1인당 GNP: 동독의 7.5배



동독

- 일차원적 사회보장제도 시행
 - ◆ 초기 동독 사회보험체계의 발전
 - 노동자와 농민을 포함한 단일 사회보험제도 정립과 노동생산성 향상
 - ◆ 전국민 대상, 기존의 노령연금, 의료, 실업, 산업재해 보험을 하나로 통합한 사회보험제도 운영
 - ◆ 단일사회보험: 노령연금, 의료, 산업재해에 따른 기본적인 생활보장, 재정·운영 및 관리가 통합된 것임
- 인구: 16,614천명(전체의 21.2%)



보건의료분야 체제통합국 독일 사례분석

➤ 독일의 통일과정

- ❖ 통일 이전, 1970년대 중반~ 병·의원시설 및 치료지원 등의 지속적인 협력
- ❖ 이를 통한 동서독 주민의 신뢰구조 형성

1945 ~	<ul style="list-style-type: none"> • 제2차 세계대전 종전 이후 • 구연방주 지역의 의료보험 제도 – 서독의 경제발전에 힘입어 크게 성장
1972 ~	<ul style="list-style-type: none"> • ‘기본조약’ 제7조 6항 <ul style="list-style-type: none"> ✓ 보건분야의 협력 규정, 동서독 간 실질적인 보건의료 분야 협력 ✓ 동독 측에서 먼저 제안, 당시 동독: 주민건강 및 보건분야에 대한 협정이 시급한 과제로 대두하였다고 봄
1973 ~	<ul style="list-style-type: none"> • ‘공동재난 방지협정’ 체결 <ul style="list-style-type: none"> ✓ 분단 접경지역의 감염성 질환, 폭발물 사고, 수자원 오염 및 매연 방출 등으로 상대지역에 영향을 미치는 경우, 신속하게 알려 공동대처하기로 함*

출처: 이금순. 남북한재난관리협력방안. 통일연구원, 2001, & 이상현, 박완근. 독일의 경제통합정책. 한국은행 조사연구자료, 1998



보건의료분야 체제통합국 독일 사례분석

➔ 독일의 통일과정

1974. 4.25

- ‘보건협정’ 체결



Bundesarchiv, Bild 183-ND425-0036
Foto: Sturm, Horst | 25. April 1974

- ✓ 동독주민 보건의료분야의 제도적 기반 마련을 위함
- ✓ 서독의 재정부담에 관한 사항 포함
- ➔ 「보건협정에 관한 법률」 제정 및 일반지침 함께 작성하여 시행



보건의료분야 체제통합국 독일 사례분석

➔ 독일의 통일과정

- ‘보건협정’ 체결

Bundesgesetzblatt ¹⁷²⁹

Teil II

Z 1998 A

1975

Ausgegeben zu Bonn am 22. November 1975

Nr. 68

Tag	I
20. 11. 75	Gesetz zu dem Abkommen vom 25. April 1974 zwischen der Regierung der Bundesrepublik Deutschland und der Regierung der Deutschen Demokratischen Republik über das Gesundheitswesen
31. 10. 75	Verordnung zur Verlängerung der Geltung den Handelsverkehr und die technische Zusammenarbeitsgemeinschaft und den Mitgliedstaaten andererseits
14. 10. 75	Bekanntmachung über den Geltungsbereich
17. 10. 75	Bekanntmachung des Abkommens zwischen der Regierung der Bundesrepublik Deutschland und der Regierung der Republik Senegal vom 30. Juli 1956 im Verhältnis zu Fidschi
22. 10. 75	Bekanntmachung über die Fortgeltung der Bestimmungen des Abkommens vom 30. Juli 1956 im Verhältnis zu Fidschi
24. 10. 75	Bekanntmachung über das Inkrafttreten der Regelungen Nr. 26 und 28 zu dem Übereinkommen über einheitliche Bedingungen für die Genehmigung von Kraftfahrzeugen und über die gegenseitige Anerkennung der Zulassungen Nr. 26 und 28
4. 11. 75	Bekanntmachung des Langfristigen Programms der industriellen und technischen Zusammenarbeit zwischen der Regierung der Bundesrepublik Deutschland und der Regierung der Volksrepublik China

Gesetz
zu dem Abkommen vom 25. April 1974
zwischen der Regierung der Bundesrepublik Deutschland
und der Regierung der Deutschen Demokratischen Republik
auf dem Gebiet des Gesundheitswesens

Vom 20. November 1975

Der Bundestag hat das folgende Gesetz beschlossen:

Artikel 1

Dem am 25. April 1974 unterzeichneten Abkommen zwischen der Regierung der Bundesrepublik Deutschland und der Regierung der Deutschen Demokratischen Republik auf dem Gebiet des Gesundheitswesens einschließlich der Protokollvermerke wird zugestimmt. Das Abkommen und die Protokollvermerke werden nachstehend veröffentlicht.

Artikel 2

(1) Wer Einreisenden kostenfreie ambulante oder stationäre medizinische Hilfe in dem durch Artikel 3 Abs. 1 und 2 oder durch Artikel 3 Abs. 6 des Abkommens bestimmten Umfange auf einen von den zuständigen Stellen der Länder ausgestellten

Berechtigungsschein gewährt, hat Anspruch auf Entgelt nach Maßgabe des Absatzes 2 für die erbrachten Leistungen gegen den Aussteller des Berechtigungsscheins. Der Einreisende hat die freie Wahl unter den Ärzten und Zahnärzten sowie sonstigen Leistungserbringern, die sich bereit erklären, ihre Leistungen zu den in Absatz 2 bezeichneten Entgelten zu erbringen.

(2) Das Entgelt bemißt sich

1. bei ärztlicher und zahnärztlicher Hilfe nach den Sätzen, welche die Ortskrankenkassen, in deren Bereich der Arzt oder Zahnarzt niedergelassen ist, für ihre Mitglieder zahlt,
2. bei ärztlich angeordneter Unterbringung in Krankenhäusern nach den §§ 3 bis 5 der Bundespflegegesetzverordnung vom 25. April 1973 (Bundesgesetzbl. I S. 333, 419),

1974. 4.25



보건의료분야 체제통합국 독일 사례분석

➤ 독일의 통일과정

1974. 4.25

- ‘보건협정’ 취지

양국의 국민을 위하여 세계보건기구(WHO)의 목적과 기본원칙에 부응하여 건강유지와 촉진 및 재생의 의미를 인식하고, 독일연방공화국과 독일민주공화국 간의 보건 분야에 대한 관계조정을 유럽의 긴장완화와 평화정착을 위해 공헌한다는 사실을 인식하며, 이 협정은 1972년 12월 21일의 독일연방공화국과 독일민주공화국 간 기본조약의 정신과 일치하여 양 국 간의 정상적 선린관계(good-neighborly relations)를 촉진한다는 사실을 바탕으로 한다.

- ‘보건협정’ 내용

- ✓ 제 1 조 - 협정의 목적

1972년 12월 21일 기본조약에 대한 추가의정서 11절 제6항을 시행함에 있어 독일연방공화국과 독일민주공화국간에 양 협정체결 당사국들이 가입한 국제협정을 통하여 보건분야의 협력문제가 조종되지 않는 경우 이를 규정하는데 있다. 협정 체결 당사국들은 국제적 관행에 따라 이를 완화하며 가능한 한 합목적적으로 성취하기 위해 협력을 촉진한다.

- ✓ 제 2 조 - 전염성 질병의 예방과 퇴치문제에 관하여 해당부처를 통해 정보를 교환하는 데에 합의

- ✓ 제 3 조 - 여행자의 외래진료 및 입원협조 지원에 대한 규정, 미성년자에 대한 진료허가 취득 간소화, 처음 진찰을 받은 시설에서 재진료를 받아야 하는 경우 허용하기로 하는 등의 합의

- ✓ 제 4 조 - 주어진 가능성의 범위 안에서 다른 방법으로는 의학적 특별진료와 요양에 관한 문제를 처리할 수 없을 때, 협정당사국 중 일방의 특별요청으로 동 문제에 합의하도록 함



보건의료분야 체제통합국 독일 사례분석

➔ 독일의 통일과정

1974. 4.25

- ‘보건협정’ 내용 (계속)
 - ✓ 제 5 조 - 의료품 및 이와 동일한 원료, 조제품(의약품), 의료소모품, 의료기술 생산품, 그리고 정보교환에 대해 합의 (4가지 원칙 제시)
 - ✓ 제 6 조 - 마약, 흥분제 및 습관성약품 오용 분야에 대한 협력 및 정보교환에 관하여 협의하기로 함
 - ✓ 제 7 조 - 협정 이행에 필요한 상세 조치규정 및 분쟁에 대한 대비책 제시
 - ✓ 제 8 조 - 협정 적용 범위(서 베를린까지 확대 적용)
 - ✓ 제 9 조 - 협정이 무기한 효력을 가지나, 발효 후 5년이 만료하기 전 3개월 내에 폐기통지 가능
 - ✓ 독일연방공화국 정부와 독일민주공화국 정부 간 보건분야 협정에 대한 의정서 각서
 - 제 3 조, 제 4 조, 제 5 조에 대한 의정서 각서



보건의료분야 체제통합국 독일 사례분석

➔ 독일의 통일과정

<p>1989. 11.28</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 「통일방안 10개항」 제시 – 서독 연방총리, 연방하원 연설에서. <ul style="list-style-type: none"> ✓ 보건의료와 관련된 조항 <ul style="list-style-type: none"> ① 인도적 분야와 의료분야의 즉각적인 지원조치 ② 동독의 정치와 경제제도의 근본적 개혁을 조건으로 서독이 경제원조와 협력 확대 ③ 경제, 교통, 환경, 과학기술, 보건, 문화분야의 협력을 위한 공동위원회 구성
<p>1990. 5</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ‘화폐 · 경제 · 사회 통합에 관한 조약’ <ul style="list-style-type: none"> ✓ 동독지역을 자본주의적 시장경제체제로 전환시킴 ✓ 동서독 단일 보건의료체계 구축 <ul style="list-style-type: none"> - 동독 보건의료체계와 공적 의료보장체계 – 서독 방식으로 일원화 - 사회보장체계의 일원화와 함께 동서독 간의 다른 법체계를 단계적으로 정비



보건의료분야 체제통합국 독일 사례분석

➔ 독일의 통일과정

1990. 8.31

- ‘독일 통일조약’
 - ① 동서독 통일 결정
 - ② 5개 신연방주 - 독일연방공화국의 새로운 자치정부로 편입 결정
 - ➔ 독일연방의 의료체계를 신연방주에 그대로 도입
 - ➔ 동독정부 지시로 운영하던 외래진료소 폐업, 의사판단에 따라 개업

- 「긴급원조계획」 실시
 - ① 기능마비에 빠진 동독의 보건의료 인프라를 회생시키기 위함
 - ② 정책결정자의 강력한 실천의지, 이를 뒷받침해주는 재정, 국민 합의 도출에 성공, 구 동독의 보건의료 관련 정보와 통계자료의 충분한 확보 등을 토대로 신속, 정확, 체계적인 계획 수립 가능*

- 신연방주 5개 지역에 새로운 의사협회
 - ① 서독의 의사협회와 동독의 의사단체 - 일종의 자매결연
 - ② 해당지역 개업의를 회원으로 받아들이는 보험의사회도 만들어짐
 - ③ 신연방주 5개 지역의 의사들 - 자율적 판단에 의해 의료활동 시작



보건의료분야 체제통합국 독일 사례분석

➔ 독일의 통일과정

<p>1990. 8.31</p> <p>(계속)</p>	<ul style="list-style-type: none"> 의료 자원 <table border="1"> <thead> <tr> <th>서독</th> <th>동독</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>의료보험료로 거의 중당</td> <td>70% 이상 세금으로 조달*</td> </tr> <tr> <td>공공·민간 혼합, 의료보험 자금에 대한 경쟁 존재</td> <td>정부 보조로 경쟁 없음</td> </tr> <tr> <td>정부와 과 민간 단체간의 조정</td> <td>중앙 집중형태로 정부의 직접통제</td> </tr> </tbody> </table>	서독	동독	의료보험료로 거의 중당	70% 이상 세금으로 조달*	공공·민간 혼합, 의료보험 자금에 대한 경쟁 존재	정부 보조로 경쟁 없음	정부와 과 민간 단체간의 조정	중앙 집중형태로 정부의 직접통제
	서독	동독							
의료보험료로 거의 중당	70% 이상 세금으로 조달*								
공공·민간 혼합, 의료보험 자금에 대한 경쟁 존재	정부 보조로 경쟁 없음								
정부와 과 민간 단체간의 조정	중앙 집중형태로 정부의 직접통제								
<ul style="list-style-type: none"> 의료서비스의 제공 <table border="1"> <thead> <tr> <th>서독</th> <th>동독</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>주로 개인 의사 담당</td> <td>정부에 의해 고용된 의사 담당</td> </tr> <tr> <td></td> <td>국가권력 약화, 공권력 공백상태로 동독 전역의 의료수급이 어려운 상태였음</td> </tr> </tbody> </table>	서독	동독	주로 개인 의사 담당	정부에 의해 고용된 의사 담당		국가권력 약화, 공권력 공백상태로 동독 전역의 의료수급이 어려운 상태였음			
서독	동독								
주로 개인 의사 담당	정부에 의해 고용된 의사 담당								
	국가권력 약화, 공권력 공백상태로 동독 전역의 의료수급이 어려운 상태였음								
<p>1994</p>	<ul style="list-style-type: none"> 장기요양보험 포함, 건강보험의 범위 확대 								



보건의료분야 체제통합국 독일 사례분석

➔ 서독의 동독지역 재정 지원 프로그램

	원조계획 규모	주요내용
응급대책	2억 4,800만 달러	<ul style="list-style-type: none"> - 장애인 운송차량(240대 특수 장비차량 포함), 휠체어(5,000대), 아동용 청각 보조기(1,300대), 앰블런스(85대), 신장투석기(200대) 지원 - 인공신장치료센터(5개 센터), 요양원 병상, 소모성 의료용구, 의약품 등 지원 - 서독병원 이송치료(1,305명의 동독환자)
중기대책	24억 달러 (5년 간)	<ul style="list-style-type: none"> - 동독의 병·의원 및 노인, 장애인 복지시설 개보수, 응급식수 공급시설 투자 (당시 동독은 의료기관 낙후, 기본적인 의료용 기구들도 거의 없는 실정)
장기대책	120-134억달러 (10년간)	<ul style="list-style-type: none"> - 붕괴된 동독의 인프라를 서독수준으로 재건 목표

출처: 박수정, 남북간 보건의료 격차 해소 독일 사례서 배우자. 보건산업동향. 2015.06.



통일 후 독일의 보건의료

▶ 통일 전후 독일 보건의료체계 변화

◆ 의료보험제도의 구동독지역 도입

- 1991년 1월 1일, 동독지역에 서독의 의료보장제도 공식적 도입
- 약 1천만 명이 넘는 동독인구가 서독 형태의 공적 의료보험제도에 가입
- 구동독지역 주민의 상대적으로 낮은 경제력과 소득 수준을 고려하여 의료보험료 산정 한도액 등을 구서독 지역보다 낮게 설정

◆ 독일 보건의료 시설의 변화

- 병원, 병상, 약국 등 보건의료시설에 대한 합리화 정책(적정 규모로의 변화, 시설의 현대화 등) 시도
- ‘병원재정조달법(1991.4.10.)’의 경과규정에 따라 구동독지역 병원 수 감소(500개소>303개소), 공공 병원 감소(431개소>159개소), 민간소유 병원 증가(69개소>128개소)

◆ 독일 보건의료 인력의 변화

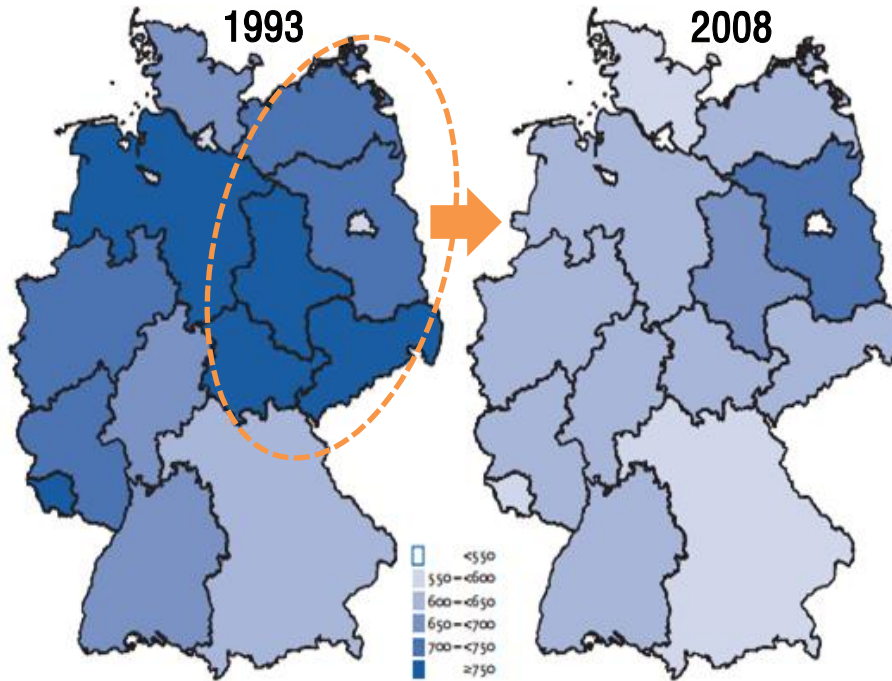
- 병원에 대한 합리화 정책과 다르게 보건의료 인력 증가(독일 전체 의사 수 약 4만명 증가)
- 구동독지역에서의 통일 전후 보건의료 인력 증가는 통일 후 본격화된 외래진료 공급체계의 변화에 기인
 - ✓ 1990년 12월>1월 불과 한달 동안 구동독지역 외래진료를 담당하던 개원의 비율 급증(12.6% > 35.5%)
 - ✓ 보험계약의사의 급격한 증가로 외래진료 서비스의 양과 진료비 증가
 - ✓ 구동독지역 외래진료 공급체계의 핵심 축이었던 폴리클리닉은 위축

통일 후 독일의 보건의료

▶ 통일 후 의료공급구조 및 의료이용의 변화

◆ 병원 및 병상 수 공급의 변화

- 각 주별 질병금고(건강보험) 계약의사 대비 인구수, 1993 vs 2008



✓ 통일 전 동독:  에 포함된 5개 주

✓ 계약의사 당 인구수

- 1993: 구 동독지역 > 구 서독지역



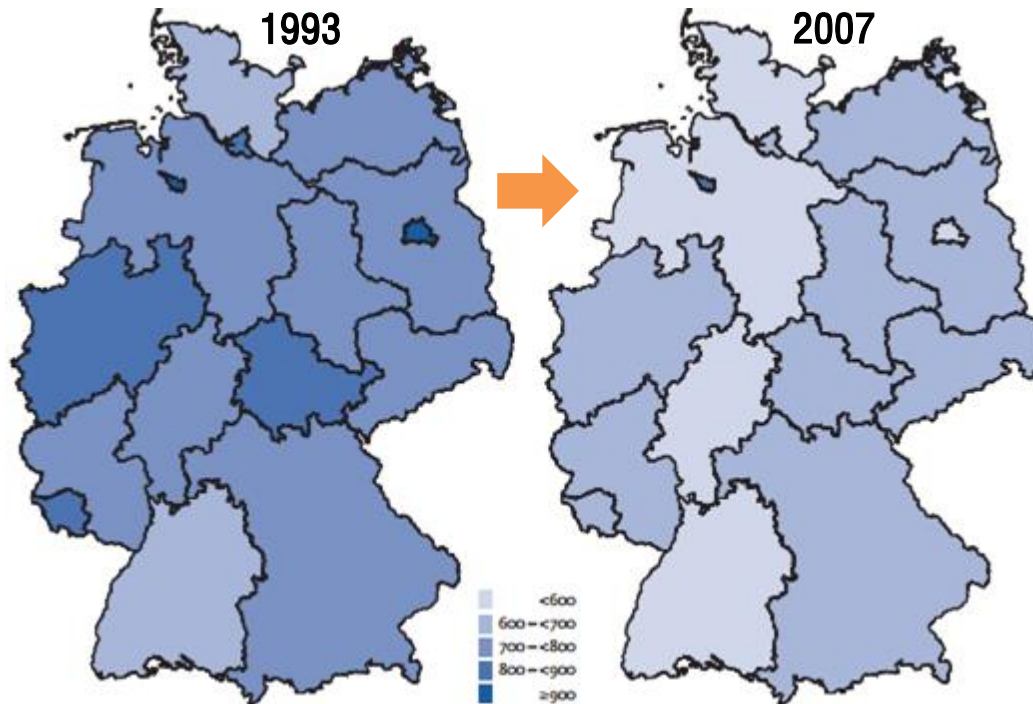
- 2008: 거의 비슷한 수준의 분포

통일 후 독일의 보건의료

▶ 통일 후 의료공급구조 및 의료이용의 변화

◆ 병원 및 병상 수 공급의 변화

- 통일 후 인구 10만 명당 응급실 병상 수의 변화, 1993 vs 2007



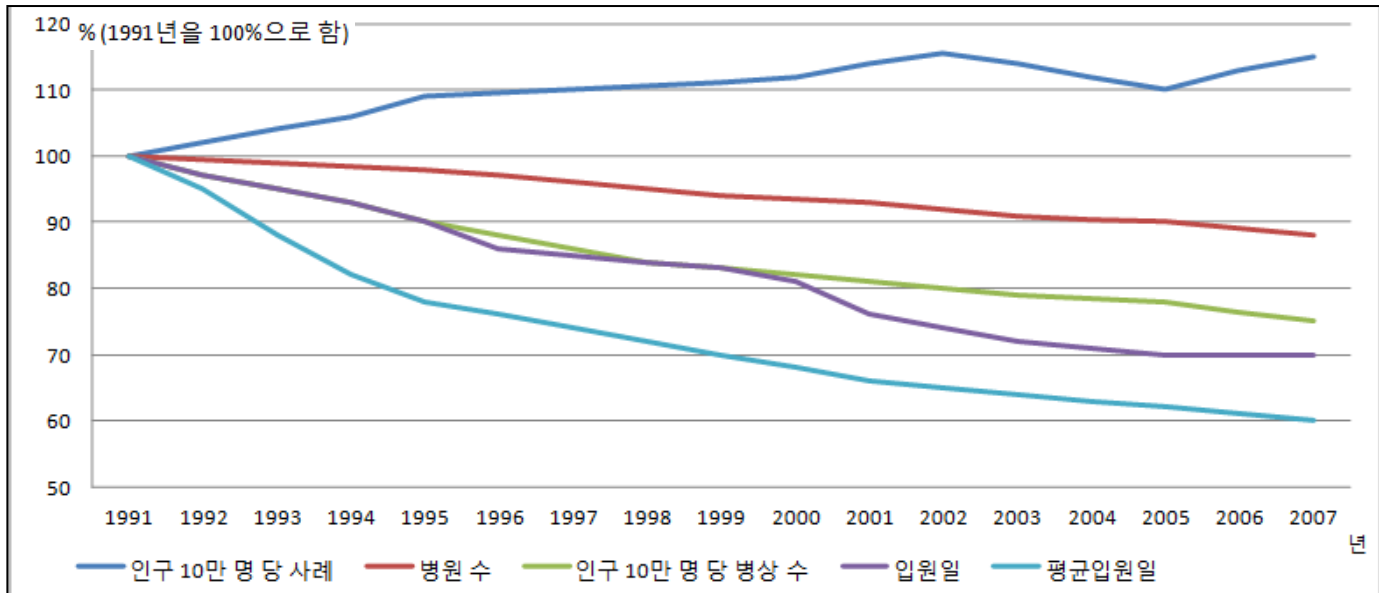
- ✓ 구동독지역을 포함한 독일 전체에서 응급실 병상 수 감소
- ✓ 의료자원의 합리적 분배 정책에 따라 2007년 단위 인구당 응급실 병상 수가 동서독지역을 포함해 전국적으로 고르게 분포됨

🇩🇪 통일 후 독일의 보건의료

➡ 통일 후 의료공급구조 및 의료이용의 변화

◆ 의료이용의 변화_(1)입원이용

- 입원 의료이용 변화량, 1991~2007



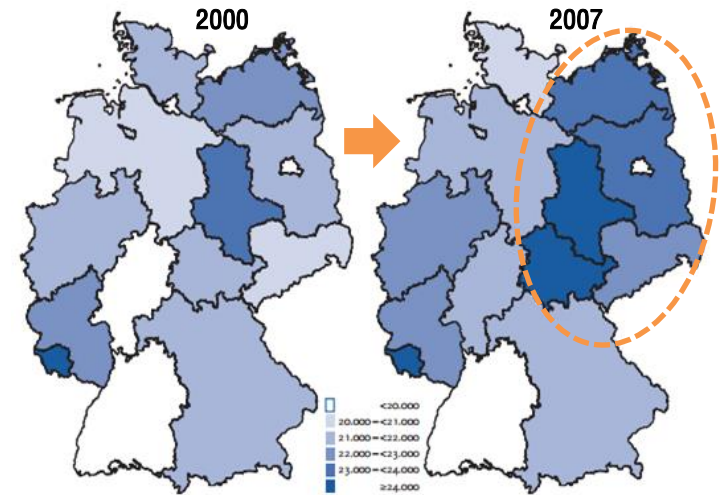
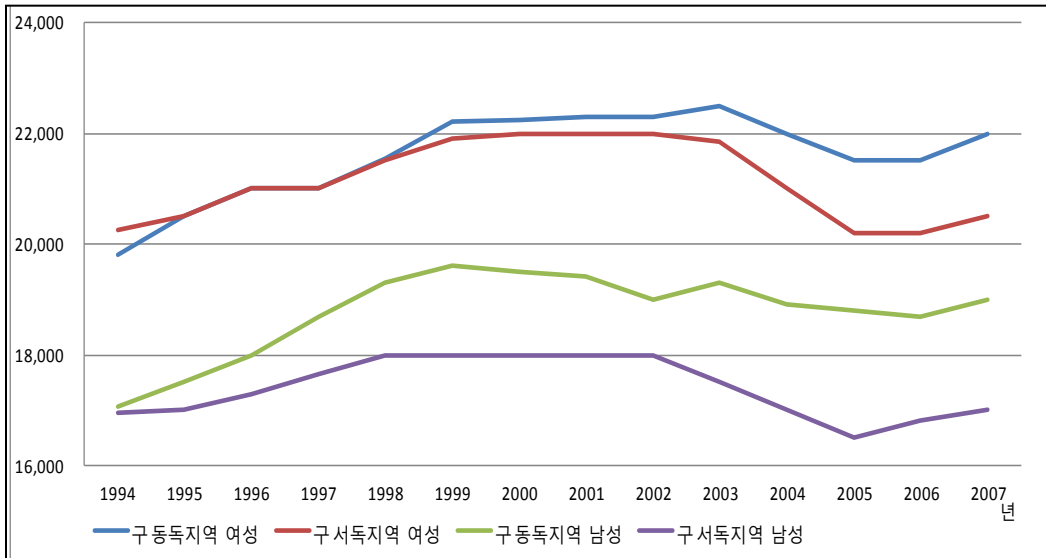
- ✓ 증가 ↑ : 인구 10만명 당 입원 건수
- ✓ 감소 ↓ : 전체 병원 수, 인구 10만명 당 병상수, 재원일 수, 평균 재원일 수(입원일)
- ✓ 장기재원환자수의 감소 + 구 동독지역 중심, 병원운영의 개선이 서서히 이루어져 왔음을 추정

통일 후 독일의 보건의료

▶ 통일 후 의료공급구조 및 의료이용의 변화

◆ 의료이용의 변화_(1)입원이용

- 구동서독지역의 인구 10만명 당 연령표준 입원의료이용 수진자수 비교, 1994~2007



✓ 구 동독지역(남,녀) > 구 서독지역(남,녀)

➡ 통일 초기부터 구동독지역의 입원이용이 높았고 2003년까지 지속적으로 이용률이 증가

✓ 구동독지역 주민들은 통일 직후 의료시스템의 변화 및 소득의 상실 등으로 인해 의료이용에 제약이 있었으나

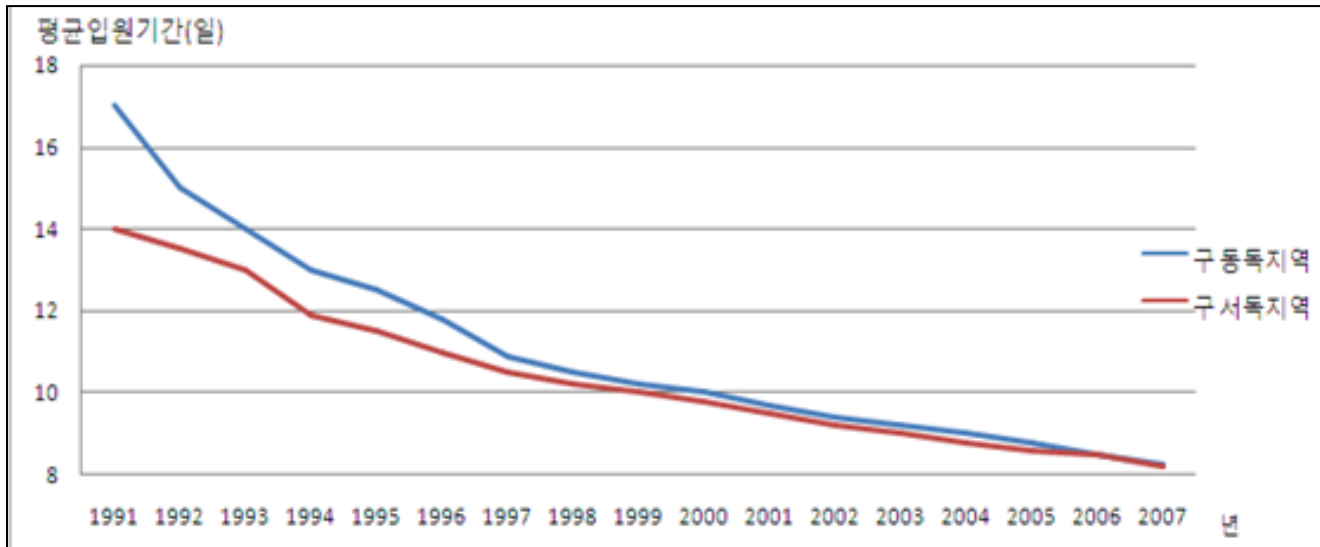
➡ 구 서독지역 주민들의 의료이용 행태를 닮아감 + 일부 과 이용

통일 후 독일의 보건의료

➔ 통일 후 의료공급구조 및 의료이용의 변화

◆ 의료이용의 변화_(1)입원이용

- 구동서독지역의 입원시 평균 재원일수의 변화, 1991~2007



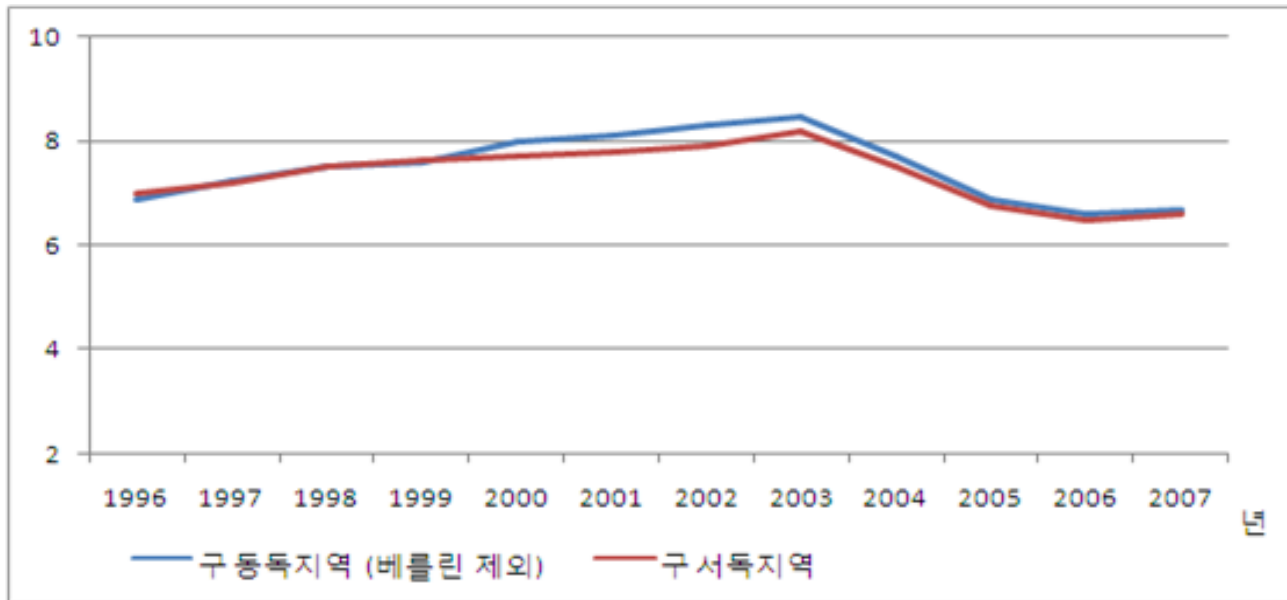
- ✓ 통일 초기에 구동서독지역의 입원시 평균 재원일수가 상대적으로 길었으나
 - ➔ 시간이 흐름에 따라 동서독지역 모두에서 큰 감소가 있었고, 2007년 현재 양 지역 간 차이는 거의 없어짐
 - ➔ 적정의료를 위한 계속된 의료개혁의 결과로 불필요한 재원연장을 효과적으로 줄임

통일 후 독일의 보건의료

▶ 통일 후 의료공급구조 및 의료이용의 변화

◆ 의료이용의 변화_(2)외래이용

- 구동서독지역의 1인당 외래진료건수 변화, 1996~2007



✓ 1990년대 중반 이후 양 지역 모두 증가추세에 있다가 2004년 이후 감소세

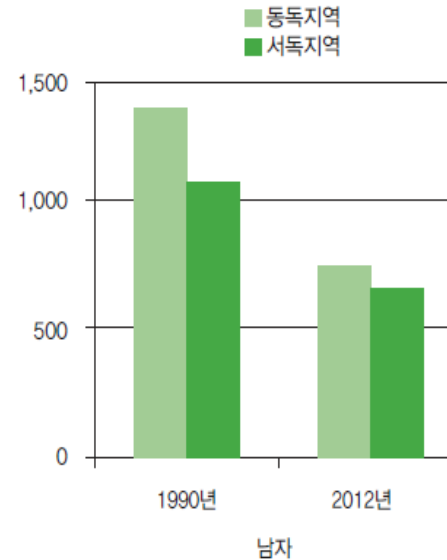
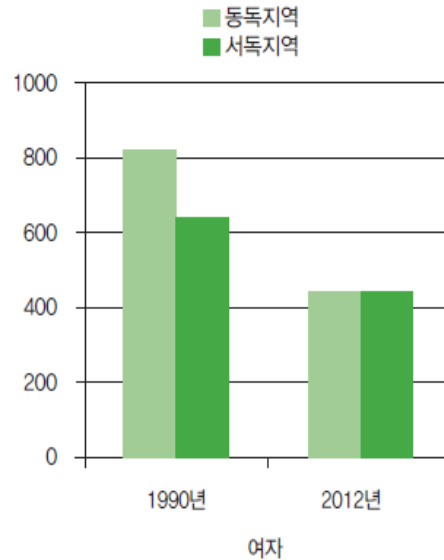
➔ 현재는 구동서독지역 간 차이를 볼 수 없음

통일 후 독일의 보건의료

▶ 건강수준 차이 변화

◆ 기대수명 및 사망률

- 구동서독지역의 10만명당 사망률 변화



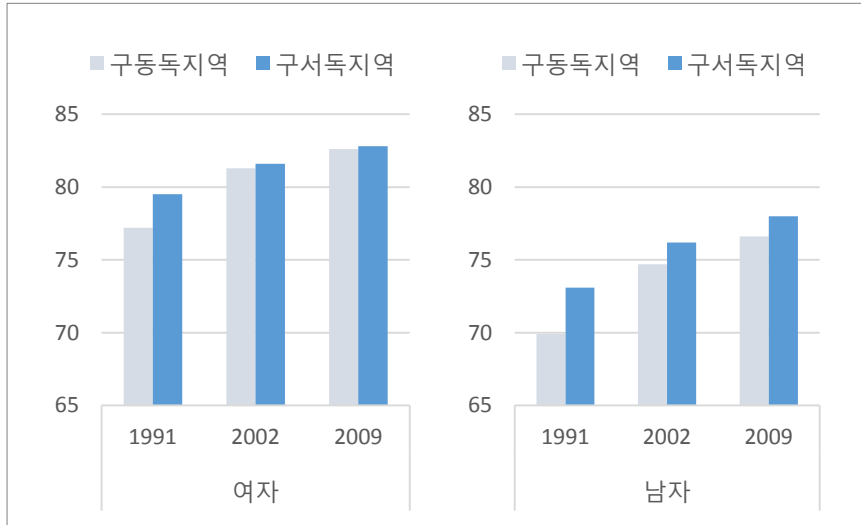
- ✓ 통일 초반 몇 년 간은 구동독 모든 주의 사망률이 구서독 모든 주 사망률보다 높았으나
- ✓ 구동서독지역의 사망률 차이는 시간이 지나면서 점점 줄어들어 2012년 기준 여성 및 남성 각각 10만명당 743명, 651명으로 격차 미비

통일 후 독일의 보건의료

▶ 건강수준 차이 변화

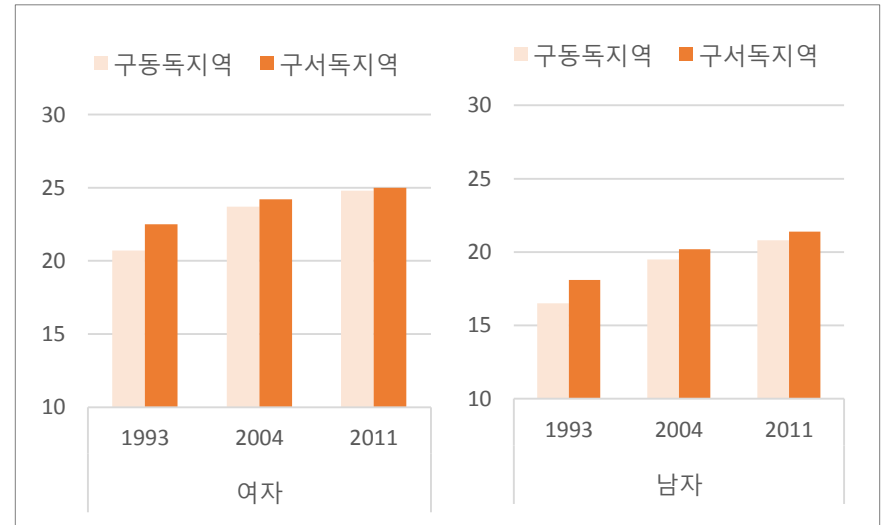
◆ 기대수명 및 사망률

- 구동서독지역의 출생시 평균 기대수명의 변화



	여자			남자		
	1991	2002	2009	1991	2002	2009
독일전체	79.0	81.6	82.7	72.5	75.9	77.7
구동독지역	77.2	81.3	82.6	69.9	74.7	76.6
구서독지역	79.5	81.6	82.8	73.1	76.2	78.0
차이	2.3	0.3	0.2	3.2	1.5	1.4

- 구동서독지역의 60세 기대여명의 변화



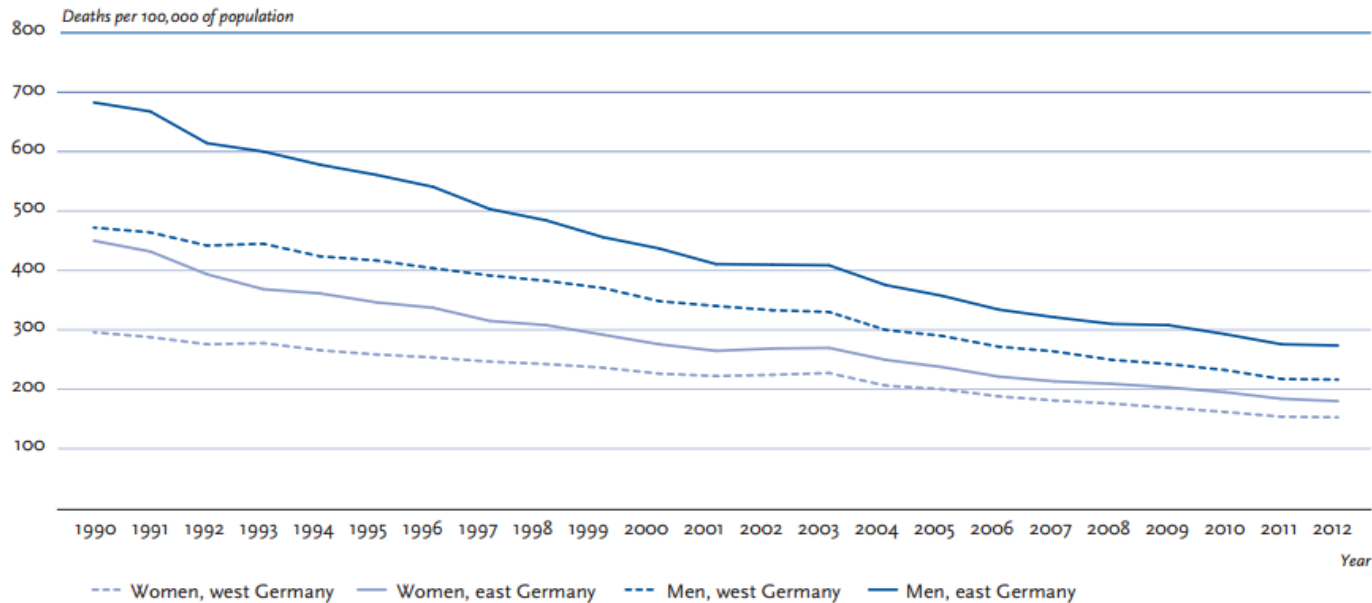
	여자			남자		
	1993	2004	2011	1993	2004	2011
독일전체	22.1	24.1	25.0	17.8	20.1	21.3
구동독지역	20.7	23.7	24.8	16.5	19.5	20.8
구서독지역	22.5	24.2	25.0	18.1	20.2	21.4
차이	1.8	0.5	0.2	1.6	0.7	0.6

🇩🇪 통일 후 독일의 보건의료

➡ 건강수준 차이 변화

◆ 심혈관 질환

- 구동서독지역의 심혈관 질환 사망률 변화, 1990~2012



✓ 1990년대 초 통일 직후, 구 동독지역에서 성별로 큰 격차를 보이다가 2007년 안정됨

✓ 그러나 심혈관 질환 입원률: 2012년 기준 독일 전체에서 심혈관 질환으로 입원치료를 받은 사람 총 2,860,496명

➡ 2000년 10만 명당 동서독지역 각각 3,280명 vs 3,053명, 2012년 2,841명 vs 2,637명으로

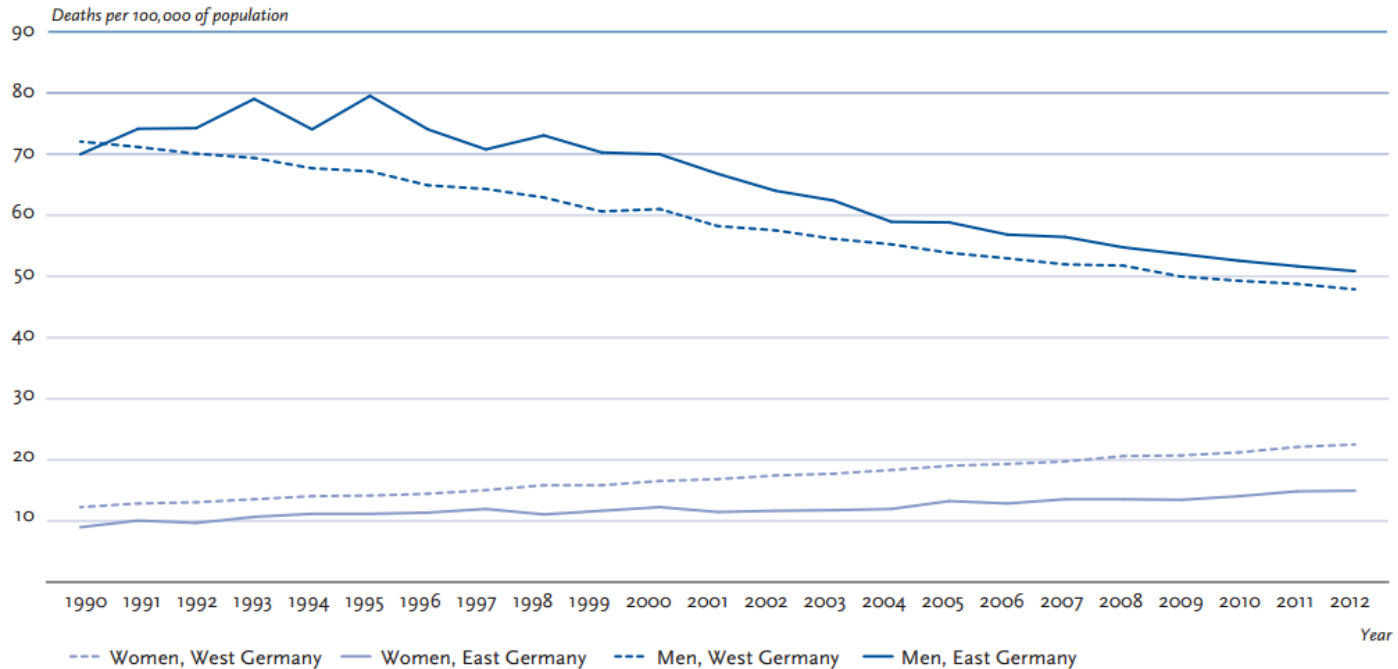
여전히 동독지역 주민의 심혈관 질환 입원률이 높음

🇩🇪 통일 후 독일의 보건 의료

➡ 건강수준 차이 변화

◆ 암(폐암)

- 구동서독지역 폐암 사망률의 변화, 1990~2012



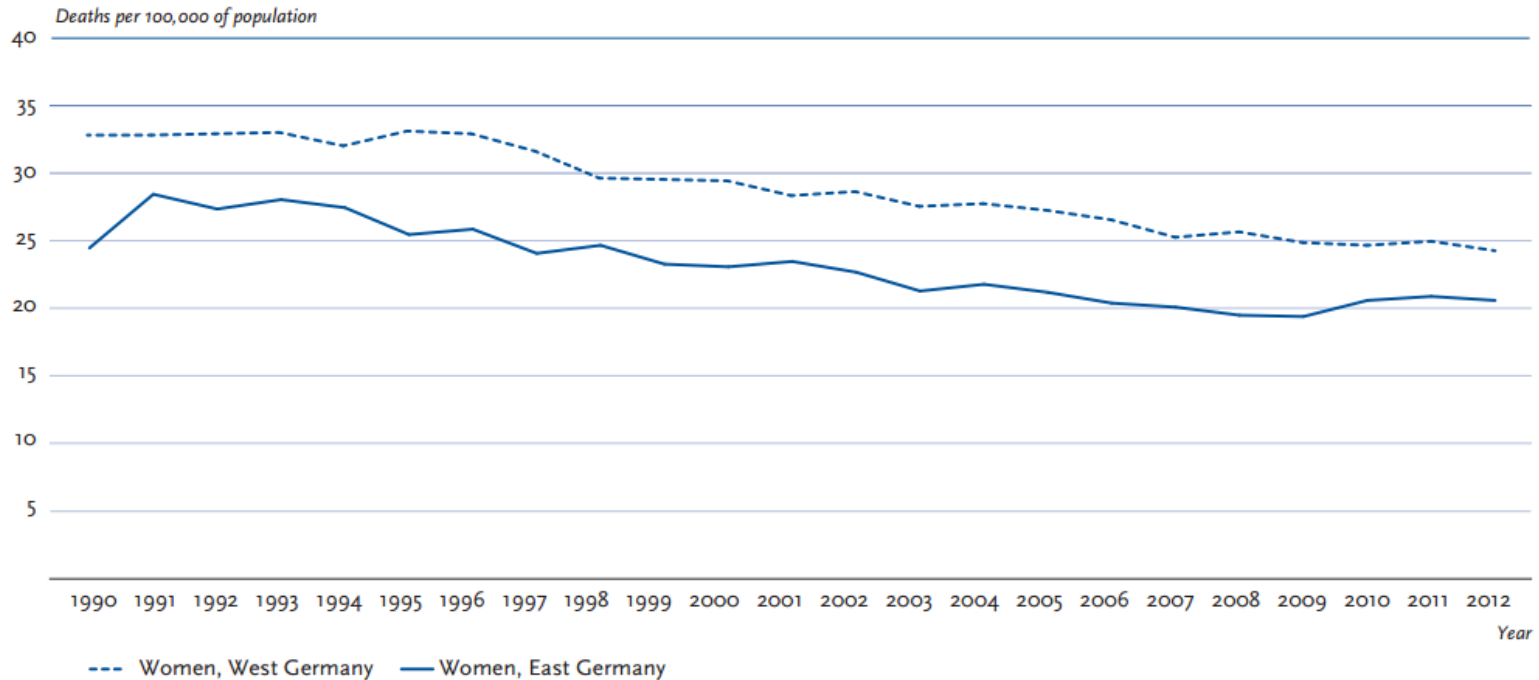
- ✓ 여성은 두 지역 모두 폐암으로 인한 사망률이 증가, 두 지역 간 차이 역시 시간이 지남에 따라 커지고 있음
- ✓ 남성은 동독지역 주민의 암 사망률이 서독지역에 비해 높았으나 시간에 따라 그 차이가 줄어들고 있음

통일 후 독일의 보건 의료

➤ 건강수준 차이 변화

◆ 암(유방암)

- 구동서독지역 유방암 사망률의 변화, 1990~2012



- ✓ 통일 전후부터 서독지역 여성의 유병률과 사망률이 높았음
- ✓ 사망률은 두 지역 모두 감소추세에 있으나 지역 간 차이는 크게 줄지 않고 있음

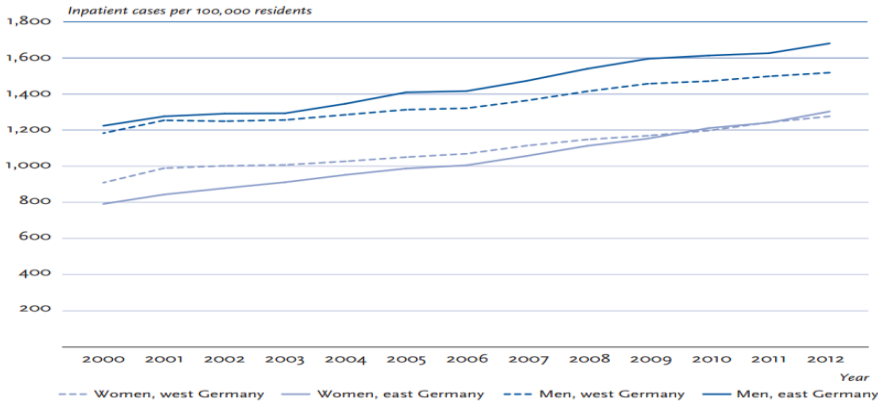


통일 후 독일의 보건의료

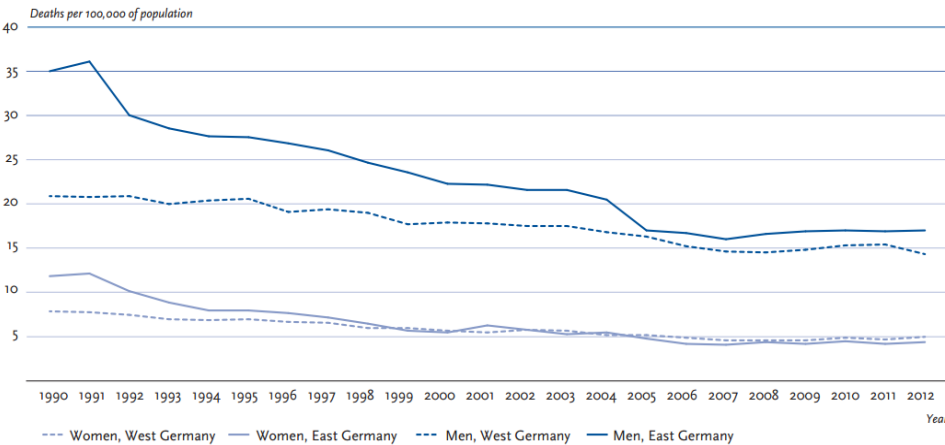
▶ 건강수준 차이 변화

◆ 정신질환

• 구동서독지역 정신질환 유병률 및 자살률의 변화



- ✓ 주요 정신질환 유병률에 있어서 동서독지역 간 차이는 거의 없음
 - 여성 36.6% vs 33.7%, 남성 20.4% vs 23.0%
- ✓ 유병 양상도 비슷하여 가장 흔한 정신질환으로 불안장애, 우울증이 가장 많았음



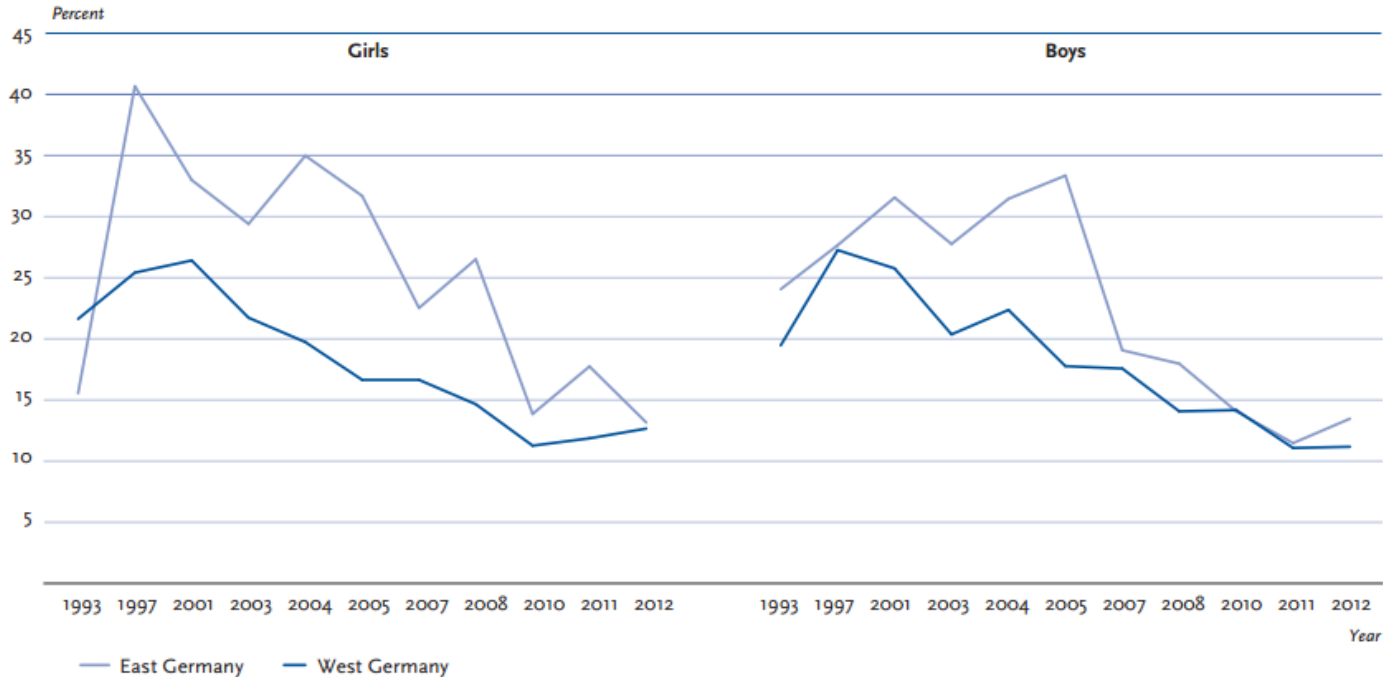
- ✓ 자살률의 경우, 남성에서 통일 후 한동안 동독지역이 훨씬 높았으나 점차 그 격차가 줄어들어 2009년 이후 비슷한 수준으로 수렴
- ✓ 여성에서는 통일 직후부터 자살률 차이가 크지 않았음

통일 후 독일의 보건 의료

➤ 건강수준 차이 변화

◆ 청소년 흡연율

- 구동서독지역 남녀청소년(12-17세) 흡연율 변화, 1993~2012



- ✓ 동독지역 청소년들의 흡연율이 통일 후 서독지역보다 월등히 증가함
- ✓ 그러나 2005년, 비흡연자 보호 정책이 시행되면서 양 지역 청소년 흡연율 감소, 2012년 큰 차이 보이지 않게 됨



보건의료분야 통일 독일의 정책적 시사점

1	<p>분단시기에도 보건의료분야와 같이 인도적인 지원이 가능한 분야에서 양 국 정부 간의 상호 협정을 맺으며 지속적인 교류를 유지함</p> <ul style="list-style-type: none"> 1970년대 중반의 ‘보건협정’ 은 상당한 정치적 의미와 더불어 동서냉전이 지속되었던 1980년대 까지 양국간의 지속적 교류가 가능하도록 한 중요한 계기로 작용
2	<p>통일까지의 길도 험난하겠지만, 통일 이후에도 실질적인 수준의 건강 형평성에 도달하려면 적어도 20년 가까운 시간이 필요함을 시사</p> <ul style="list-style-type: none"> 1990년대 심장질환, 암 질환, 자살 및 사고로 인한 사망률 등에서 상당한 격차를 보였으나, 2000년대 들어와 격차가 줄어들기 시작, 최근 상당부분 해소된 것으로 판단됨 동·서독의 경우, 통일 전 인구는 4배, 경제수준 격차는 약 3배였으나, 남·북한의 경우, 인구는 2배, 경제수준은 약 18배의 차이를 보이는 현실 - 더 어려운 경로가 예상됨 통일된 국가를 이루려는 열망이 서독정부로 하여금 보건의료분야에 대한 지속적인 지원을 가능하게 함 또한, 이러한 지속적 교류로 인하여 통일 후에도 전혀 이질적인 상태가 아닌 상황에서 재건을 가능하게 하였음
3	<p>통일 이전 & 이후 단계를 고려한, 보다 장기적인 보건의료분야 통일 전략의 체계적 수립 및 지속적 전개가 필요함</p>



대북 보건의료지원 현황 및 문제점

지원 현황

- 1997년부터 북한 보건의료부분에 인도적 차원에서의 지원 시작
- 이명박 정부 당시 5.24 조치 이전까지 남한 정부의 세금으로 지원되었던 금액 : 약 4,300억 원 규모로 추정
(남한 정부가 지원했던 전체 인도적 지원액의 약 18% 수준에 이룸, 예산은 세금에서)
- 주로 의약품 등의 지원, 일부 의료장비 및 병원 설립 시도(@남포)
- 지원을 위한 주체: 세계보건기구(WHO) 등 국제기구, 국내 NGO, 국제 NGO
 - 정부는 예산 지원 및 반출 승인 권한을 행사하고, 실질적인 지원업무는 민간 조직에 맡기는 방식

문제점

- 남한정부가 수립한 구체적인 지원추진전략의 부재
 - 북한측과 네트워크를 형성한 국내 및 국제기구의 요청에 의한 지원방식
 - 북한의 폐쇄성 등으로 인하여 독일과 같은 사전협정 및 그에 따른 ‘질서 있는’ 지원 프로그램의 가동이 어려움
- 지원사업의 모니터링 및 효과평가의 부재
 - 지원과정에서 NGO간 상호협력 부족, 근거자료 부족한 상태가 이어짐



정책적 시사점

탈북민들*의 최근 의료이용 현황에서의 특이한 현상

- 시간이 지날 수록, 소득수준이 비슷한 남한 주민들보다 월등하게 많은 의료이용 빈도를 보임
→ 통일 후 이러한 현상이 기계적으로 이식되었다고 가정할 경우, 불필요한 의료이용 발생에 의해 심각한 부작용 가능성

* 의료급여 대상자로 분류된 경우

1

◆ 국내 탈북자의 의료급여 총 진료비 변화

- 탈북자들의 진료비 2007년 이후 50% 이상으로 급증
- 실제적으로 이들의 불건강상태나 미충족의료에 기인했다고 볼 수 있음

구분	전체	증가율	성			
			남자	증가율	여자	증가율
2003	167,444		81,635		85,809	
2004	201,393	20.27	82,485	1.04	118,907	38.57
2005	282,753	40.40	101,803	23.42	180,949	52.18
2006	396,522	40.24	154,250	51.52	242,272	33.89
2007	481,219	21.36	185,043	19.96	296,176	22.25
2008	675,141	40.30	237,003	28.08	438,137	47.93
2009	1,296,007	91.96	410,997	73.41	885,010	101.99
2010	1,632,879	25.99	472,460	14.95	1,160,418	31.12
평균증가율		38.45		28.51		45.07
증가율('03-'06)		33.29		23.63		41.34
증가율('07-'10)		50.27		36.68		57.65

2

통일 전 단계에서 제대로 기획된 로드맵을 통한 인도적 지원 및 남한 내 보건의료체계 의 구조적 문제점을 고쳐나가는 노력 필요

- 보장범위의 확대, 질병에 걸리기 전 단계의 사전 예방적 시스템과 더불어 불필요한 의료이용을 방지하기 위한 장치 마련
- 남한의 시스템을 북한에 그대로 도입할 경우에도 문제가 없을 수 있도록 보건의료체계를 정교하게 다듬어 나가야 할 시점