

연구보고서 2003-02

南北 保健醫療 交流 및 協力を 위한
基盤 構築 戰略 開發

황나미

남정자

유근춘

김동진

韓國保健社會研究院

머 리 말

1998년 김대중 정부의 대북 포용정책의 실시와 2000년 ‘6.15 남북공동선언’은 남과 북이 경제협력을 통하여 민족 경제를 균형적으로 발전시키고, 보건을 비롯한 문화·체육 등 제반 분야의 교류와 협력을 활성화시키는 계기를 마련하였다. 보건의료 분야는 북한의 다년간의 식량난과 전염병 등 각종 보건문제로 인해 1996년 집중적인 물적 지원이 이루어졌으며, 이후 정부와 각 민간단체에서 대북 지원을 실시하기 시작하였다. 그 동안 북한의 요청에 따른 일시적·구호적 지원의 형태에서 한 걸음 나아가 이제는 의료복구 및 개발지원을 위해 남과 북이 교류와 협력을 증진하여야 할 시점에 있다. 특히 북한에서 발생되고 있는 말라리아 등의 전염병 문제는 남한의 보건에도 영향을 미치므로 남북간 교류협력의 필요성이 증대되고 있다.

이에 본 연구는 보건의료분야에서 대북사업의 실효성을 제고하고자 남한내, 남북간의 교류협력을 위한 제도적, 물적 및 인적 기반 실태를 파악하고 지속적으로 발전 가능한 교류 협력 기반구축 전략을 모색하고자 시도되었다.

본 보고서는 동서독 사례 분석과, 북한 현장검증, 탈북자 인터뷰 및 직접면접 설문조사 등의 방법을 통해 북한측의 정확한 실상과 전망을 분석하였고, 북한 대남협상기관, 의료인 및 ‘보건성’ 관계자와의 직접면담을 실시하여 보다 신뢰성있고 실효성이 있는 대안을 제시하고자 노력하였다. 또한 정부의 통일 정책 기조를 바탕으로 단계별로 교류협력 기반구축을 위한 전략을 제시하였다. 따라서 본 보고서는 보건의료분야의 남북 교류협력 전략에 대한 선행연구가 미미한 실정에서 시의 적절하며, 이 연구를 통해 제시한 장단기 전략은 정부의 정책수립 방향에 지침이 될 것으로 기대한다.

연구진들은 본 연구를 위해 자문을 해준 이윤환 아주대 의대 교수, 문옥륜 서울대 보건대학원 교수, 임강택 통일연구원 연구위원에게 감사하며, 설문지 작

성과 심층면접에 응해주신 민간단체와 직능단체 담당자에게 감사하고 있다. 특히 탈북인 조사에 협조해 준 양천구청과 남북사회복지실천운동본부에 대해 심심한 감사를 표하고 있다. 원고를 읽고 귀중한 논평을 해 준 본원의 서동우 연구위원, 한영자 책임연구원에게 감사를 드린다.

끝으로 본 보고서에 수록된 모든 내용은 연구진의 개인 의견이며 본원의 공식적인 견해가 아님을 밝혀 둔다.

2003年 12月

韓國保健社會研究院

院長 朴 純 一

목 차

Abstract

요 약 / 9

I. 서론	30
II. 국내에서의 남북 보건의료 교류·협력 기반 실태	42
1. 대북 교류·협력 관련 법률 및 제도적 장치	42
2. 북한 보건의료분야에 대한 연구 실태	49
3. 대북 보건의료 사업 관련단체	58
III. 남북한 보건의료 교류·협력 실태와 평가	60
1. 남북한간의 교류·협력 관련 제도적 장치	60
2. 사회·문화분야의 대북 교류·협력 실태	61
3. 보건의료분야의 대북 지원 및 남북 교류·협력 실태 평가	65
4. 남북 교류·협력을 위한 북한 보건의료인 접촉 과정 평가	75
IV. 동서독 및 북한·국제기구의 교류·협력 특성	85
1. 동서독 교류·협력의 체계적 정착과정의 내용 및 특성	85
2. 국외 대북 지원 및 교류·협력의 전개와 시사점	96

V. 북한의 보건의료 및 건강수준	102
1. 관련 법 및 제도를 통한 북한의 보건의료 및 복지	102
2. 보건의료자원을 통한 북한의 보건의료 실태	108
3. 인구 및 보건 지표를 통한 북한의 건강수준 및 의료이용	114
4. 보건의료기관 방문 및 관찰을 통한 북한 보건의료 실태	125
5. 국내 탈북인을 통한 북한의 보건의료 실태	131
6. 북한의 보건의료 수준 평가	146
VI. 남북 보건의료 교류·협력을 위한 기반구축 방안	151
1. 남북 보건의료 교류 및 협력의 의의	151
2. 남북 보건의료 교류·협력 기반구축 방향	153
3. 남북 보건의료 교류·협력 기반구축 전략	161
VII. 결론 및 향후 정책과제	170
참고문헌	178
부 록	185

표 목 차

〈표 II- 1〉 남북협력기금 지원을 요청한 사업에 대한 평가기준	48
〈표 II- 2〉 북한 보건의료 관련연구의 주요 연구방법: 보건의료제도 및 건강수준	51
〈표 II- 3〉 북한 보건의료 관련연구의 주요 연구방법: 대북지원	55
〈표 III- 1〉 2000년 이후 사회·문화 분야의 남북 협력사업(자) 승인단체 현황	62
〈표 III- 2〉 교육학술 분야 남북한 교류·협력	64
〈표 III- 3〉 2003년도 보건의료분야 남북협력기금 지원 신청단체 및 사업내역	69
〈표 IV- 1〉 북한에 대한 유엔합동어필 지원 실적(2003년)	97
〈표 IV- 2〉 2003년도 UN기구의 보건분야 지원실적(2003년 7월 현재)	98
〈표 V- 1〉 북한의 의료시설 규모	111
〈표 V- 2〉 산전진찰 및 분만개조시 의료인 참여비율	118
〈표 V- 3〉 북한의 영유아 보건지표	122
〈표 V- 4〉 조사대상의 탈북시기	131
〈표 V- 5〉 조사대상 탈북자의 일반 특성	132
〈표 V- 6〉 북한에서의 사회계층 및 생활수준	133
〈표 V- 7〉 탈북 직전 북한에서의 거주지 분포	134
〈표 V- 8〉 탈북자의 탈북전 1년 기간 중 북한에서의 의료기관 이용실태	135
〈표 V- 9〉 북한에서 탈북전 1년 동안 본인 또는 가족이 경험했던 질병 또는 증상	136
〈표 V-10〉 질병이환 및 증상 경험자의 의료기관 미방문 이유	137

〈표 V-11〉 북한에서 발생된 질환 및 증상에 대한 의료기관에서의 치료내용	137
〈표 V-12〉 탈북 당시 본인이 갖고 있었던 증상 또는 질병	139
〈표 V-13〉 탈북전 북한에서의 남한 지원약품에 대한 인지실태	140
〈표 V-14〉 탈북년도별 북한에서 제공받은 남한 약품의 종류	140
〈표 V-15〉 탈북 당시 북한 거주지역의 유아에게 가장 흔한 질병 또는 증상	141
〈표 V-16〉 탈북 당시 북한 거주지역의 학동기 아동에게 가장 흔한 질병 또는 증상	142
〈표 V-17〉 탈북 당시 북한 거주지역의 노인에게 가장 흔한 질병 또는 증상	143
〈표 V-18〉 탈북 당시 북한 거주지역의 임산부에게 가장 흔한 질병 또는 증상	144
〈표 V-19〉 탈북자의 탈북연도별 북한에서 의료지원이 가장 시급한 계층	145
〈표 V-20〉 북한에서 의료지원이 가장 필요한 질환에 대한 탈북자 의견 ..	145
〈표 V-21〉 남북 보건의료 협력 가능사업에 대한 탈북자 의견	146
〈표 V-22〉 각 기관 및 대상이 제시한 북한의 우선순위 보건의료사업	150
〈표 VII- 1〉 남한내, 남북간 보건의료 교류·협력 기반구축을 위한 장단기 전략	173

그림 목차

[그림 I-1]	연구의 틀	36
[그림 I-2]	연구내용 구성 및 연구수행 체계	37
[그림 IV-1]	최근 4년간 유엔합동어필의 보건분야 실적	99
[그림 V-1]	북한의 의료서비스전달체계도	106
[그림 V-2]	북한여성의 전문인력에 의한 출산 비율 추이	118
[그림 V-3]	북한의 모성사망비 추이	120
[그림 V-4]	북한 전염성 질환의 증가 기전 및 결과	148
[그림 VI-1]	남북 보건의료 교류·협력 기반구축을 위한 남한내· 남북한 관계에서의 기반구축방향	155
[그림 VI-2]	대북 보건의료사업 접근 전략 단계	166

Abstract

Development of Strategies for Promoting Cooperation and Sharing of Health Resources between the Two Koreas

North Korea has experienced a rapid decline in health care standards due to an acute shortage in health resources. Since 1995, malnutrition, particularly among infants and young children, and tuberculosis and malaria have been reported as major health problems in North Korea. Effective efforts should be made to meet these problems. Such efforts might include promotion of cooperation which both Koreas can benefit from, as well as provision of supports from a humanitarian standpoint.

The objectives of this study is to identify current infrastructures of institutional institution(law), finance and human resources(medical professionals) in South Korea, for promoting cooperation between South and North Koreas in the health sector, to assess health status and resources in North Korea and to develop strategies to enhance cooperation to improve of health status as well as rehabilitation of health infrastructure in the long term in North Korea.

In addition to analyzing surveys conducted by international agencies(WHO, UNICEF etc.), this study conducted a focus group interview survey on NGO workers; 158 North Korean defectors who were resettled in South Korea since 1996; medical workers; and government officers in the Ministry of Public Health of North Korea.

It is shown that due to a lack of coordination between NGOs, there arose several problems such as duplicated support to North Korean health care sector.

The findings suggest South Korea's health infrastructure should be focused on promoting participation of health experts, establishment of roles and responsibilities, and networking and inter-agency collaboration. To this end, the government will have to establish guidelines and strengthen its support for relevant agencies as well as for health and medical experts, with a view to developing effective communication channels between the two Koreas. This study recommends selecting priority projects for cooperation, developing an operational model for each project, and formulating a health agreement between the two Koreas.

요 약

1. 연구배경 및 목적

- 1998년 김대중 정부의 대북 포용정책 실시와 2000년 ‘6.15 남북공동선언’은 남과 북이 경제협력을 통해 민족 경제를 균형적으로 발전시키고, 보건을 비롯한 문화·체육 등 제반 분야의 교류·협력을 활성화시키는 계기를 마련함.
 - 이로써 남북 교류·협력의 활성화는 대북 포용정책을 실천하는 구체적인 접근방법으로서의 의미를 가지게 되었음.

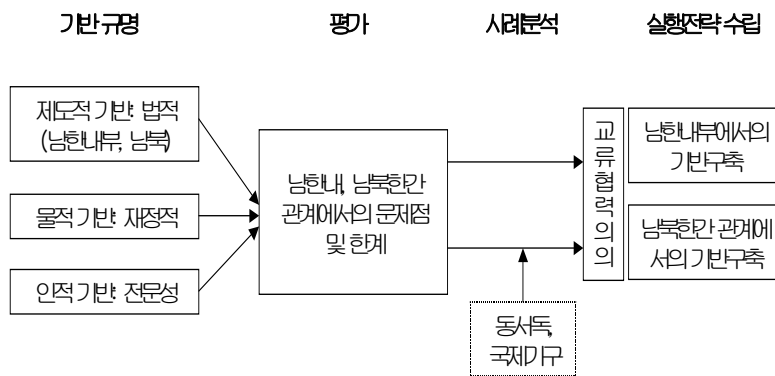
- 보건의료 분야의 경우는 북한의 다년간의 식량난과 전염병 등 각종 보건문제로 인해 주민의 생존을 위협함에 따라 1996년부터 집중적인 물적 지원이 이루어졌으며, 이후 각 민간단체에서 대북 지원을 실시하기 시작함.
 - 그러나 그 동안 북한의 요청에 따른 일시적·구호적 지원의 형태로 인하여 우선순위에 입각한 의료 복구 및 개발지원을 위한 근본적인 문제에는 큰 비중을 두지 못하였음.

- 따라서 의료복구 및 개발지원을 목표로, 사업의 효과 및 효율 제고와 생명과 직결되는 의료의 질 관리를 위해서는 남북간 교류·협력을 수반하는 것이 중요함.
 - 북한에서 발생되고 있는 말라리아 등의 전염병 문제는 남한의 보건에도 영향을 미치므로 남북간 교류·협력은 남한의 보건문제 해결에도 기여할 것임.
 - 더 나아가서는 남한을 비롯한 외부와 상호 의존적인 관계에 놓이고 되어 민족 화해를 앞당기고 차세대 통일세대의 인적 자질을 향상시켜 향후 통일비용의 절감 및 사회적 통합을 조기 달성하는데 기여함.

- 그 동안의 연구에서도 보건의료 지원에서 탈피하여 남북 교류·협력의 필요성을 제기하였고, 이를 위한 기반조성을 제안하였으나 이에 관한 시도나 북한측에 대한 탐색은 미미한 실정임.
- 이에 따라 본 연구는 보건의료분야에서 대북사업의 실효성을 제고하고자 남한내, 남북간의 기반 실태를 파악하고 지속적으로 발전 가능한 교류 협력 기반구축 전략을 모색하고자 시도됨.
 - 첫째, 보건의료분야의 남북 교류·협력을 위한 남한의 제도적·물적·인적 기반 여건 평가와 남북관계에서의 기반 실태 파악
 - 둘째, 대북 인적 접촉을 시도하여 그 과정에서 발생하는 문제점 및 장애요인 도출과 효율적 대응방안 제시
 - 셋째, 통일전 동서독간의 교류·협력 정착과정에 기여한 요인 도출
 - 넷째, 북한의 보건의료 문제 규명과 이의 해결을 위한 남한내 필요기반 규명
 - 다섯째, 남북한간의 보건의료 교류·협력 기반구축 방향 설정 및 전략 제시

2. 연구내용 및 방법

가. 연구의 틀



나. 연구방법

- 관련 법 및 문헌 고찰, 인터넷을 이용한 국내외 관련 정보검색
- 주 정보자 면접법(key informant interview method)
 - 비정부기구(NGO) 및 보건의료단체의 대북사업 담당자 심층면접조사: OECD의 공적 개발원조에 대해 DAC(Development Assistance Committee) Sector에서 분류한 CRS(Creditor Reporting System) 코드기준을 토대로 체크리스트를 개발하여 실시
 - 탈북자 직접면접설문조사: 2003년 9월 7일, 서울시 양천구청과 ‘남북사회 복지실천운동본부’에서 개최한 행사모임에 참석한 서울 및 수도권 지역 거주 탈북자를 대상으로 기 개발한 설문지를 활용하여 훈련된 조사원에 의해 실시함. 1996년 이후 북한을 이탈한 17세 이상을 대상으로 총 158명이 응답함.
- 북한 보건의료시설 현장 방문 및 의료인 면담
- 북측 보건의료인과의 토론회 시도 및 개최: 2003년 9월 27~29일
- 통일부 내부자료 및 민간단체 대북 보건의료 활동보고자료 분석

다. 용어정의

- 남북 보건의료 교류·협력
 - 본 연구에서 ‘남북 보건의료 교류·협력’이란 보건의료사업 전개과정에서 남한과 북한의 보건의료인력들이 보건의료와 관련된 지식과 기술에 영향을 미치거나 사업을 공동으로 행하고자 하는 순수한 목적아래, 상호 밀접한 관계를 가지면서 원활한 의사소통을 하는 경우로 정의함.
- 대북 지원
 - 본 연구에서 ‘대북 지원’이란 보건의료사업의 일환으로 인도적인 목적아래 남한에서 북한으로 물질, 인적 서비스가 제공되는 것으로 정의함.

3. 연구결과

가. 국내 대북 보건의료 교류·협력 기반 실태

1) 대북 지원 및 교류·협력 사업에 대한 제도적 기반

- 정부는 1990년 8월 ‘남북 교류·협력에 관한 법률’을 비롯한 ‘남북협력기금법’을 제정하여 남북간 교류와 협력을 위한 제도적 장치를 마련함.
 - 동 법률들은 교역분야에 대해서는 어느 정도 세분화하여 규정하고 있으나 보건의료를 포함하는 사회·문화 협력분야에 관하여는 단지 3개 조문만을 둬으로써 다양한 협력의 유형에 비하여 지나치게 단순하게 규정하고 있음.
 - ‘남북협력기금’은 남북한 주민의 왕래에 필요한 비용 지원, 문화·학술·체육분야 협력사업에 소요되는 자금과 남북 교류·협력을 촉진하기 위한 사업의 용자 또는 지원에 사용됨.
- 또한 적정하고 효율적인 대북 지원사업 추진에 필요한 사항을 정하고자 1999년 ‘인도적 대북 지원사업 처리에 관한 규정’을 제정함.
 - 동 규정에서는 보건분야의 경우 ‘보건 위생상태의 개선 및 영양결핍 아동과 노약자 등을 지원하는 사업’으로 명시되어 있음.
- 위와 같이, 보건의료분야는 지원과 교류·협력이 병행하는 분야로 법률에서 규정하고 있으며, 세부사항에 대한 제도적 기반은 미비한 상태임.
- 한편, 지방자치단체에서는 1998년 ‘강원도 남북교류·협력기금 조례’가 제정되었고, 2000년 이후 경기도와 전라남도가 관련 규정과 조직을 구비함.

2) 대북 지원 및 교류·협력 사업에 대한 재정적 기반

- 남북 교류·협력을 위한 남북협력기금 지원액은 2000년 54.1억원, 2001년

75.75억원, 2002년 76.57억원으로 점차 증가되고 있으며, 보건의료와 관련된 사업은 전체의 약 41.5%를 차지함.

- 1995년 이후 지난 8년 간 정부 및 민간차원의 대북지원액에 차관공여액을 합할 경우, 연평균 대북 지원액은 1604억원이며, 이를 국민 1인당 금액으로 환산하면 연간 3,400원임. 동 금액은 동서독 기본조약이후 1973년부터 1990년 통일될 때까지, 서독의 대 동독 연평균 지원액의 4.3% 수준임.

□ 정부는 남북협력기금 지원의 투명성과 책임성을 제고시키고자 대북 지원사업 평가체계를 개발, 적용하여 지원사업을 선정하고 지원액을 결정함.

- 평가방법은 매년 각 단체에서 제출한 사업계획서 내용을 근거로 평가하여 기금을 배정하고 있음.
- 따라서 사업의 과정에 대한 평가는 물론 목표달성 여부나 성과에 대한 평가는 이루어지지 못하고 있는 실정임.

□ 이러한 방식의 평가 배경에는 북한의 일방적인 요청에 따른 지원, 분배대상자에 대한 모니터링의 어려움에서 비롯되기도 하겠지만 남한의 보건의료사업 접근전략에 대한 전문성 결여에서도 그 원인을 찾을 수 있을 것임.

- 특히, 대북사업이 북한에 대해 종속적인 양상으로 국민들에게 인식되고 있고, 북한이 정치적·군사적으로 위협적인 집단으로 각인되고 있으므로 기금 지원사업에 대한 모니터링을 등한시해서는 안될 것임.

□ 한편, 민간단체들은 대북 사업재원 마련을 위해 정부의 기금과 기업 및 개인의 후원 등에 의존하고 언론의 협조까지 기대하여야 하므로 일관된 방향으로의 사업 추진에 어려움이 있는 것으로 파악됨.

□ 현 남북 관계에서는 대북사업이 어느 정도 북측의 요구를 충족시켰는지 파악하기 어렵고, 북한측의 고위험 대상 및 취약계층의 수요 파악이 안되고 있기 때문에 물적 기반 수준은 평가하기 어려우나 총체적으로 취약한 북한 보건의료체계를 감안하면 공공 및 민간 자원을 확충할 필요성이 큼.

3) 북한 보건의료분야에 대한 연구 실태

- 북한의 보건의료분야 연구는 2000년도까지는 북한의 보건의료 법 및 제도, 체계, 건강수준, 그리고 남북 의료제도 통합 등에 초점을 두었으며, 2000년 이후부터는 대북 지원에 따른 인도적 차원에서의 사업방향에 대한 연구가 이루어짐.
 - 연구방법은 2000년 이전에는 대부분 북한 보도자료, 탈북자 증언, 방북자 면접 등의 제한된 자료와 2차자료를 활용하여 이를 일반화시키는데 어려움이 있었음.
 - 2000년 이후에는 WHO, UNFPA, UNICEF 등의 국제기구에서 지역주민을 대상으로 조사한 자료들을 활용하면서 북한의 보건의료실태는 좀더 정확하게 밝혀지고 있는 양상으로 진행됨.
- 연구결과 도출된 북한 보건문제는 결핵 및 말라리아 등의 전염병 관리, 임산부 및 영유아 영양 및 이환문제 등으로 국내 관련 전문가 및 단체의 참여가 요구됨.
- 한편, 국내 북한 연구물, 남북 교류·협력 동향, 그리고 북측의 보도자료 등 북한의 보건의료 관련정보가 요구됨에 따라 국내 민간단체가 주축이 되어 관련 인터넷사이트(www.nkhealth.net, www.koreahealthnews.net 등)를 구축함.

나. 남북 보건의료 교류·협력 실태와 평가

1) 남북관계에서의 교류·협력 제도적 기반

- 남북 교류 및 협력에 관한 제도적 기반은 1991년(1992년 발효) ‘남북 사이의 화해와 불가침 및 교류·협력에 관한 합의서’에서 시작되었다고 볼 수 있음.
- 2000년 ‘6.15 남북공동선언’은 남북 정치지도자가 정상회담을 통해 이루어진 교류·협력을 위한 최초의 남북간 합의로, ‘보건’이 사회문화분야에 포함되어 남북간 교류 또는 협력할 수 있는 기반이 조성됨.

- 동 선언이 기초가 되어 ‘남북경협 관련 합의서’, 이산가족 교환방문, 교예단 공연 등 개별사업에 대한 합의가 후속적으로 이루어졌으나 보건의료 분야는 제반 합의사항이 없는 상태임.
- 지방정부 차원에서는 2000년 강원도가 북한의 ‘민족경제협력협회(민경련)’와 합의서를 채택하였고, 2003년 전라남도가 평안남도 지역과 ‘남북교류·협력사업 합의서’를 마련함.
 - 강원도는 북강원도와 솔잎혹파리 공동구제사업(2001년, 2002년 남북공동방제 실시 및 북한 관계자 교육실시), 연어 자원보호 증식사업(2001년, 2002년 실시) 등의 교류·협력을 실시함.
 - 전라남도는 평안남도 지역과 ‘남북공동시범농장’ 운영에 대한 협력사업을 실시함.
- 한편, 2003년 10월 개최된 ‘제주민족평화축전’은 남북 교류·협력사업 성사과정상의 문제를 노출시킨 사례임.
 - 동 축전에 참가한 북한 대표단이 참가대가(220만 달러)를 약속대로 지불하라고 평양귀환을 지연시킨 바, 남한이 북한당국에게 남북 교류·협력 건 건이 돈을 지불하는 관행이 있다고 지적함.
- 따라서 남북 교류·협력은 양이 아닌 질적 발전을 위한 방안을 모색하여야 할 필요성이 대두됨.

2) 대북 지원 및 남북 교류·협력 실태 평가

가) 민간단체

- 대북 지원단체는 복지자선단체(월드비전, 굿네이버스, 국제기아대책기구 등), 종교단체 또는 종교에 기반한 단체(한민족복지재단 등), 시민운동 성격의 단체(우리민족서로돕기, 남북어린이어깨동무, 남북어린이의약품지원본부 등), 보건의료단체(대한결핵협회, 한국건강관리협회) 등으로 구분될 수 있음.

- ‘유진벨’을 비롯한 ‘선한사람들’, ‘대한결핵협회’는 결핵퇴치사업이 중점사업이며, ‘남북어린이어깨동무’는 어린이 영양 및 구충제 지원과 ‘어린이영양증진센터’ 설립·운영 등의 사업을 전개함.
 - ‘국제기아대책기구’는 ‘우리민족서로돕기운동’과의 컨소시엄사업으로 생산 설비를, ‘우리민족서로돕기운동’은 공장 골조공사를 지원하고 있음.
- 민간단체들의 대북 사업 평가결과, 평양 등 일부 개방지역에 국한된 지원으로 인하여 취약인구집단인 동북부 산간지역 주민에 대해서는 실질적인 지원에 제약이 있는 것으로 나타남.
- 이에 따라 생명과 직결되는 보건의료사업은 고위험 대상을 목표대상으로 하여야 하므로 취약지역이나 취약계층을 대상으로 한 사업전략 개발이 급선무임.
- 또한 중복지원, 지원약품 부작용, 북한 전력사정을 감안하지 못한 지원장비들의 비활용 문제, 그리고 북한측이 남한 지원단체들간의 과열경쟁을 조장하는 점 등이 문제점으로 도출됨.
- 이러한 문제들은 일차적으로 북한당국이 교류 또는 협력에 적극적이지 않다는 점에서 그 원인을 찾을 수 있으며, 남한내부에서는 대북창구의 다원화와 취약한 대북 보건의료 인적 자원에서 비롯된다고 볼 수 있음.
- 나) 보건의료전문단체
- 북한의 보건의료분야를 지속적이고 체계적으로 지원하고자 2000년 6월, 7개 보건의료단체가 ‘우리민족서로돕기운동 보건의료 협력본부’를 조직함.
- 동 기구에는 ‘대한의사협회’, ‘대한약사회’, ‘대한치과의사협회’, ‘대한한의사협회’, ‘대한병원협회’, ‘한국제약협회’, ‘대한결핵협회(2002년 1월 참여)’ 등의 단체가 참여하고 있음.
 - 국내에서는 기금 마련을 위해 ‘북한 결핵어린이 돕기 파리-베를린 자전거대행진’ 개최, 투자신탁 상품개발 및 조성기금(보수 수익의 20%) 마련, 전국 보건의료 관련기관을 대상으로 공동 모금함을 설치한 바 있음.

- 북한측에게는 의약품 원료 및 완제품, 돋보기·안경 및 안경제작 설비 등의 물품지원, 제약공장에 정제생산 설비 지원, 평양외과대학에 의료기자재 등을 지원함.

□ 2003년 10월, ‘대한의사협회’는 남측 의료진으로서 최초로 ‘평양의학과학 토론회’에 참석하여 북측의 보건관계자, 과학자, 기술자, 의사 등과 학술교류를 함.

- 동 토론회에 참석한 의료진들은 남북한간의 의학용어가 50%이상 다른 것으로 파악함.
- 북한측은 보도를 통해 동 토론회가 첨단과학기술 분야의 성과들을 질병 예방과 치료에 도입하고 적용하기 위한 가치있는 연구성과들이 소개되었다고 긍정적으로 평가함.

3) 남북 교류·협력을 위한 북한 보건의료인 접촉 과정 평가

□ 북한 보건의료인과의 남북 교류·협력의 의사타진을 위해, 첨단 의료기술의 개입이 적어 비교적 남북격차가 적고, 북한이 자신감을 갖는 모성(출산)보건을 주제로 선택하여 남북 토론회 개최를 북측에 제안함.

- 북측은 동 제안을 수용한 바, 일차적으로는 대북 민간단체가 구축한 신뢰관계에서 얻은 결과로 판단됨.
- 또한 ‘평양산원’이라는 최신 시설이 있었고, 북한에서는 제도적으로 완전한 예방보건분야라는 점, 그리고 통일 관련 연구기관에서의 요청을 거부한 사례에 비추어 볼 때, 정치적으로 자유로울 수 있는 분야의 연구기관의 요청이라는 점에서 동의한 것으로 판단됨.

□ 북한 의료인과의 토론 및 현지시설 평가 결과, 협상주도기관인 ‘민화협’이외에는 원활한 의사소통에 제한이 있었으며, 인민병원시설은 대부분 전력사정이 좋지 못하여 시설 자체가 가동되고 있지 못하고 있는 것으로 평가됨.

- 이로 인하여 일부 장비는 제대로 활용되지 못하고 있었고, 부속물품의 부

족현상을 파악할 수 있었으나, 의료인들의 진료에 필요한 요구가 충분히 반영되고 있지 못한 상태이었음.

- 북한 보건 담당자들과의 의사소통 제한은 북한 의료인들이 권한이 없는 데에서 비롯되는데, 이로 인해 북한내 역량 구축과 기술적인 어려움을 해결하는데 장애요인이 되고 있음.
- 이상의 문제들을 최소화하기 위해서는 남북 보건의료인간에 온라인과 오프라인에서 의사소통할 수 있는 기반 마련이 필수적임.
- 현재 보건의료 분야의 남북 교류·협력 수준은 남한측 의료인 및 기술자들이 물적 지원에 따른 지도 및 장비설치 목적으로 북한에서 몇 일 머무르고 있는 수준임.
- 반면, 북한에서는 어떠한 목적으로도 남한을 방문한 의료인들은 아직까지는 없는 상태임.
- 대남 협상주도기관인 ‘민화협’측에서는 남북 교류·협력이 이루어지지 못하는 이유가 남한측에 있다고 지적함.
- 북한은 1993년 8월 대구에서 개최된 유니버시아드 대회에서 북한 대표단 체에게 대응한 남한 우익단체의 과격한 행동을 지적하면서, 남한은 일차적인 신변안전조차도 보장되지 않기 때문에 수용하기 어렵다고 응답함.
- 교류·협력의 또 다른 장애는 북한 당국이 북한 의료인들에게 남한측을 신뢰할 수 없는 대상으로 인식시키고 있다는 점임.
- 북한 당국자가 북한 의료인들에게 남한에서의 신변위협을 문제삼아 북한 의료인들을 남한으로 보낼 수 없다는 식의 발언은 남한 보건의료 실무자와의 긍정적인 신뢰구축 및 협동관계 형성을 저해함.
- 반면, 북한 『보건성』 대외협력사업국장과의 토론에서는 남북한간 물적·인적·기술 교류에 대해 필요성을 인정함.
- ‘말라리아, 뇌염, SARS 등의 조기경보’를 통해 상호 방역 협력 등의 질병

공동대처와 남북 보건부 지도자간의 교류·협력 활성화를 위한 실무자간의 회담 제안에 대해서는 긍정적인 반응을 보임.

- 보건의료 분야는 동일한 자원을 투입하고서도 지식 및 기술수준에 따라 그 사업성과가 매우 큰 폭으로 차이가 나므로 지식 및 기술 제고를 위해서는 남북 의료인 상호간 의사소통이 매우 중요한 수단임.
 - 남북한 의료인간의 의사소통은 보건의료 분야의 교류·협력 기반을 마련하는데 필요한 한 과정으로써 향후 한정된 자원으로 효과적인 보건의료사업 성과를 거두기 위해서는 보건의료분야의 특수성을 고려한 원활한 의사소통 전략이 요구됨.

다. 국외 대북 지원 및 교류·협력의 전개와 시사점

- 최근 국제 원조기구들은 북한의 지원대상이 일부 지역이나 계층에 국한되는 것을 방지하기 위해 분배에 대한 모니터링을 요구하고 있으며, 이러한 활동에 제한을 받을 경우 사업을 철수하고 있음.
 - 1998~1999년에 ‘국경없는 의사회’, ‘Oxfam’ 등의 단체는 실행사업의 모니터링을 위한 취약계층의 접근을 북한측이 금지함에 따라 사업을 철수하였음.
- 북한에 상주하고 있는 12개 보건관련 유엔 산하기구 및 국제 구호단체에서는 인도주의적 공동활동계획(common humanitarian action plan)을 수립하여 대북 사업의 일관성과 지속성을 유지하고, 다양한 국제기구의 지원으로 인한 중복과 비효율을 방지하기 위해 ‘유엔인도지원조정국(OCHA)’의 조정관(humanitarian coordinator)이 사업의 우선순위를 결정하고, 정보 및 전문지식의 교류 등의 역할을 수행함으로써 대북 지원의 효율성 제고에 기여한 것으로 평가되고 있음.
 - WHO 및 UNICEF는 북한에 상주하면서 예방접종사업과 더불어 의료진 교육 및 훈련, 관련 포스터 제작·배포 등의 보건교육 및 홍보사업을 실시함.
 - UNFPA는 출산 관련분야에서 국제적 가이드라인을 만족시킬 수 있도록 지원하여 2001년 북한 ‘보건성’이 새로운 가이드라인을 채택함.

라. 북한의 보건 의료 및 건강 수준

1) 보건 의료 제도와 보건 의료 수준

- 북한은 ‘인민보건 의료법’에서 무상치료제, 예방의학적 방침에 의한 건강 보호, 의사 담당구역제, 주체적인 의학과학기술 등으로 정책방향을 수립하여 제도상으로는 국민 건강보장을 위한 완벽한 제도가 마련되어 있음.
 - 그러나 현재 북한은 제도나 규정대로 정책이 구현되고 있지 못하고 있는 실정임.
- 1995년 이후 경제난과 홍수 등의 자연재해는 북한 보건 의료체계 및 주민의 건강에 직·간접적인 영향을 미침.
 - 식량부족은 발육부진 및 영양실조 등으로 면역기능을 저하시켜 질병을 발생시켰고, 결핵 및 말라리아와 호흡기계 및 소화기계 질환이 증가되고 사망이 초래되는 등 건강수준이 악화됨.
- 북한의 2002년도 경제수준은 13년 전 규모의 약 절반으로 축소되어 2002년 1인당 GDP는 US\$ 480으로, 남한의 1973년(US\$ 396)과 1974년(US\$ 541) 수준이며, 2001년도의 베트남(US\$ 416) 수준으로 평가할 수 있음.
 - 이러한 경제적 어려움으로 인하여 보건 의료부문에 대한 투자는 거의 없었으며, 더욱이 취약한 에너지 공급사정으로 병원시설과 의료 장비 및 기기 등은 거의 가동되지 못하고 있음.
 - 또한 기반시설들의 붕괴로 의약품 생산이 중단되고 의료관련 전반적인 물자 부족으로 대부분의 보건 의료시설은 붕괴된 상태임.

2) 국내 탈북인을 통한 북한 보건 의료 실태

- 탈북자 158명의 북한에서의 거주지는 함경도가 대부분이며(함경북도 67.1%, 함경남도 13.4%), 응답자 중 3.4%가 평양이었던 것으로 파악됨.

- 직업은 노동자가 40.5%로 가장 많았고, 주부를 포함한 무직이 14.9%, 사무원과 학생이 각 8.1%, 농·어부 7.4%, 교수·교사가 3.4%, 의사 또는 준의사가 2.0%임.
- 북한에서 거주할 때, 본인이나 가족이 아프지만 의료기관을 안가거나 못간 경험이 있다고 응답한 비율은 55.7%(88명)임.
 - 그 사유는 의료기관의 약품과 시설 미비로 치료받지 못하기 때문이 75.6%, 약품도 없지만 차비도 없어서 2.2%, 기타 ‘거주지역이 아니어서’, ‘민간요법으로 치료하기 위해’, ‘차별을 받기 때문에’ 등이 22.2% 임.
- 남한에서 지원한 약품에 대한 인지실태는 73.7%가 남한 지원약품에 대해 전혀 들은 적이 없다고 응답하였으며, 들은 적만 있는 경우는 16.8%, 남한 약품으로 치료받거나 영양제를 받은 적이 있는 경우는 9.5%임.
 - 이들이 받은 약품종류는 예방접종 백신이 47.4%, 영양제 26.3%, 기생충약 21.1%, 기타 항생제 등 치료약은 5.3%임.

3) 보건문제와 우선순위 보건사업

- 북한 『보건성』은 향후 5년(2004~2008)의 우선순위 보건사업을 1위 결핵, 말라리아, HIV/AIDS임.
 - 2위 B형간염, 장관계 감염질환, 기생충, 3위 구강질환 및 암 등 비전염성 질환, 4위 금연사업, 5위 모자보건이라고 선정함.
- WHO에서는 북한의 향후 5년(2004~2008)의 우선순위 사업을 1위 결핵, 말라리아, HIV/AIDS 등의 전염성 질환관리, 감시체계 및 예방, 임상검사기능 복구 등으로 제시하여 북한 보건당국과 일치함.
 - 그러나 2위는 예방접종사업, 3위는 근거에 입각한 보건정책 및 보건서비스 증진(임상지침, 합당한 약품사용, 전통의학)으로 지역사회 보건문제 사정에 근거한 정책수립의 필요성을 강조함. 4위는 지역사회 접근을 통한 기초의료서비스 강화, 5위는 보건의료인력에 대한 임상기술 및 의학교육

의 현대화로 북한 당국과 상당한 차이를 보이고 있음.

- 본 연구대상인 탈북자들은 북한의 우선순위 지원대상 질환을 3명 중 1명이 결핵이라고 응답하였으며, 그 다음으로 폐렴 등 호흡기계 감염성 질환이라고 응답함.
- 연구진이 평양의 실상을 파악하고 북한 보건당국자와의 토론을 통해 보건문제의 심각성과 보건당국의 요청사항을 고려할 때, 최우선 사업은 결핵 및 말라리아 조기발견 및 치료, 2위는 의약품 생산 및 설비 복구, 3위 근거에 입각한 보건정책 및 보건서비스 수립, 4위 금연사업, 5위는 지역사회 접근을 통한 일차보건사업 수행과 의료 인력 재훈련 등임.
- 이상과 같이 북한의 우선순위 사업에 대해서는 약간의 차이가 있지만 결핵, 말라리아 등 전염성 질환과 흡연문제, 그리고 근거에 입각한 정책수립 등이 우선순위 사업임을 주목할 때, 국내 관련분야 전문가의 참여가 요구됨.

다. 동서독 교류·협력의 체계적 정착과정의 내용 및 특성

- 동서독간의 교류·협력이 활성화된 계기는 냉전구조의 해체를 본격적으로 유발시킨 서독 브란트 수상의 ‘신동방정책(Neue Ostpolitik)’이 있었음.
 - 체제에 자신감이 있던 서독측이 의사소통 능력을 좀더 발휘함으로써 명분적 논리보다는 실용적 논리를 쫓아 양보를 함으로써 ‘기본조약’이 체결되었고, 서독이 먼저 신뢰를 보여 이를 바탕으로 교류와 협력의 제도적인 정착이 비로소 가능하게 됨.
 - 또한 경제협력이나 원조를 대가나 다른 이기적 목적과 연계하지 않아 자발적으로 교류·협력의 협조를 유도해 낼 수 있었다고 보여짐.
- 그러나 동독은 인적교류가 체제안전을 위협하고 탈출로 인한 노동력 감소를 초래한다고 우려하여 원칙적으로 인적교류를 차단하는 정책을 견지함.

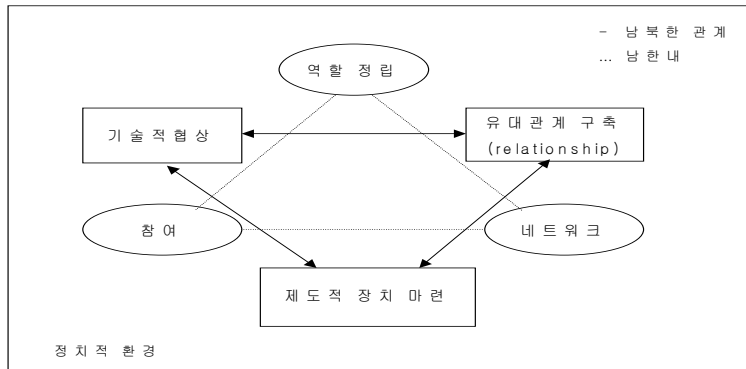
- 동독이 다른 분야와는 다르게 ‘기본조약(1973년)’이 비준되지 않은 상태에서 ‘보건협정’을 먼저 제안함.
 - ‘보건협정’의 주요 내용은 상대편 지역 방문중 발병시 의료 지원, 비상업적인 의약품 교환, 선물소포 가능한 의약품 발송 등임.
- 보건의료분야가 체제에 영향을 줄 수 있는 사항이었다면 가장 먼저 ‘보건협정’이 체결되지 않았을 것임.
 - 예컨대, 문화분야의 협정은 ‘기본조약’ 이후 13년 이후에 체결됨. 그 이유는 문화협상이 동서독의 정치적 이데올로기 차이와 관련된 사항을 포함하고 있다는 점과 동독이 서독문화의 침투가 사회주의체제 유지에 위협이 된다고 생각했다는 것임.

바. 남북 보건의료 교류·협력을 위한 기반 구축 방안

1) 남북 보건의료 교류·협력 기반구축 방향

- 본 연구결과, 국내에서 남북 교류·협력을 위해 필요한 기반구축 방향은 ‘역할 정립’, ‘참여’, ‘네트워크’이었음.
- 남북한과 유사한 관계에 있었던 동서독간의 보건의료 교류·협력 사례에서 체계적인 교류·협력에 기여한 요인이 냉전구조 해체라는 정치적 상황과 원활한 의사소통·신뢰구축·대가없는 지원 등이었음.
 - 따라서 남북한 관계에서는 냉전구조의 해체가 기본조건이며, 이 과정을 결정짓는 것은 국제정세임.
- 우리 정부가 국제정세 자체의 방향을 바꾸기는 어려울 것이나, 남북간의 유효한 합의와 이의 기반 마련을 위한 ‘기술적인 협상’ 및 ‘유대관계 구축’에 의해 완화시킬 수 있을 것으로 판단됨. 이를 달성하기 위한 현실적인 조건은 ‘원활한 의사소통’, ‘신뢰 구축’ 및 ‘지원을 통한 협조 유도’ 등임.

[그림] 남북 보건의료 교류·협력 기반구축을 위한 남한내·남북한 관계에서의 기반구축 방향



2) 국내에서의 교류·협력 기반 구축 전략

가) 역할 정립을 통한 기능 강화

(1) 대북 보건의료사업에 대한 국가목표 정립 및 전담조직 운영

□ 남북 보건의료 교류·협력을 원활하게 수행하기 위해서는 재정적, 물적 기반을 제도적으로 뒷받침할 수 있는 전담조직(가칭 ‘남북 보건교류·협력팀’)의 운영이 요구됨. 전담조직에서의 역할은 다음과 같음

① 남북 보건의료 교류·협력 증진을 위한 세부규정 마련

- 사회·문화분야인 보건의료분야의 교류·협력에 대해서는 구체적인 지침이 없는 상태이므로 보건의료분야의 전문성을 반영한 교류·협력의 실체와 구체적인 실천에 대한 세부지침이 요구됨.

② 대북 보건의료사업의 조정(coordination)을 위한 기구 또는 단일화된 창구

- 민간단체간, 각 민간단체와 북한의 대남창구 당국자간의 복합적인 관계에서, 다양화된 창구로 인해 초래되는 중복지원 및 비효율을 방지하기 위해 사전 조정 및 협상력 제고 등, 이의 구심점을 형성할 수 있도록 보건의료분야의 조정기구 또는 단일화된 창구 마련이 요구됨.

③ 남북 교류·협력 사업 및 연구 지원의 활성화

- 보건의료분야의 남북협력기금 지원사업 기획 및 평가, 결핵 및 말라리아 등의 개별사업에 대한 남북 협력 운영모형 개발, 북한의 보건의료 문제에 토대를 둔 우선순위 사업 선정과 부문별 보건의료 수요 파악 및 소요재원 추계, 그리고 교류협력 과정에서 제기되는 문제들에 대해 합목적적으로 해결하고 지속가능한 개발을 위해서는 관련 사업 및 연구의 활성화가 요구되며 이의 수행을 위한 재정적 지원이 요구됨.

④ 북한 보건의료 DB 구축 및 장단기 계획수립

- 정부 차원에서 남북 보건의료 교류협력에 대한 장기적인 청사진을 마련하여 남북한간 교류와 협력의 방향성을 제시하고 단계적 추진전략을 마련할 필요가 있음. 이를 위해서는 북한 보건문제 사정에 토대를 둔 근거에 입각한(evidence-based) 대북 접근이 요구되므로 민간단체를 비롯한 관련기관간의 연계를 통하여 북한의 보건의료 실상을 수집하고 모니터링 할 수 있는 데이터베이스 구축이 요구됨.

(2) 통일부·보건복지부·환경부 등 관계부처와의 유기적인 협조 강화

- 통일부가 행정지원 업무 등은 구심점이 되어 수행하되, 보건의료분야의 교류·협력사업 개발이나 남북협력기금 지원사업 관리는 보건복지부와의 긴밀한 협조체계를 통하여 이루어지는 것이 바람직함. 또한 보건의료사업은 수질문제 등 환경위생과도 밀접하므로 환경부와의 공조체계를 통한 사업개발이 요구됨.

나) 대북 사업 참여 유도 및 이들의 역할 강화

(1) 보건의료인의 대북사업 참여 유도

- 민간단체는 인도적 지원이라는 순수한 목적을 일관되게 유지하여야 하는바, 보건의료인들의 참여를 통해 각 개별사업 특성에 적합한 교류·협력 가

이드 라인을 마련하고 패키지사업을 개발하여 대북사업을 확충하고 사업인력을 교육할 필요가 있음.

- 또한, 보건의료인의 참여를 유도하기 위해서는 남북 교류 또는 협력에 따른 물품운송 등에 행정적 편의를 제공하고, 이에 따른 재정적 지원을 수반해야함.

(2) 지방자치단체에서의 보건의료사업 참여

- 북한의 각 지역과 자매결연이 이루어진 강원도, 경기도 및 전라남도 지방자치단체에서는 보건의료단체 등과 연계하여 열악한 북한 지역의 보건의료 개발지원사업에 참여하도록 함. 이는 평양 등 일부 지역에 집중된 대북 보건사업의 문제점을 해결할 수 있을 것임.

다) 국내·국제 대북 단체간의 유기적인 네트워크화

(1) 정부와 민간단체·보건의료단체·연구기관의 연계체계 구축

- 민간단체는 축적한 정보와 경험이 있으나 전문성이 부족하고, 보건의료단체 및 의료인은 전문성은 있으나 대북 창구 접근에 대한 노하우가 부족하며, 정부는 대북 관계에서 정치로부터 자유로울 수 없으므로 대북 정책의 방향 수립 및 전략 개발을 위해서는 정부를 비롯한 보건의료단체 및 민간단체와의 유기적인 협조 및 연계체계 구축이 요구됨.

(2) 대북 보건의료사업단체와 국제단체와의 유기적인 네트워크화

- 국제기구들은 대북 지원방식의 틀을 사전 전문적 조사에 근거하여 지원하여야 할 사업내용과 실시방안을 선정하고 결과를 평가하는 방식으로 접근하여 북한 보건의료 개발복구에 기여한 것으로 평가되고 있는 바, 효율적인 대응에 대한 전략을 파악하고 관련 대북 정보를 파악하기 위해서는 국제 단체들과의 정보 공유를 위한 네트워크 형성이 요구됨.

3) 남북한 관계에서의 교류·협력 기반 구축 전략

가) 단기 전략

(1) 남북 교류·협력사업 선정을 위한 협상력 제고 전략

□ 교류를 위한 교류가 아닌 실질적인 필요에 의해 이루어지는 교류·협력이 장기적으로 효과와 효율이 제고되는 바, 보건의료단체가 교류 또는 협력을 필요로 하는 사업을 선정, 지원하면서 북한측으로부터 일정 수준의 교류 또는 협력 관계를 유도함.

- 이 때 보건의료 분야의 교류와 협력을 성사시키기 위해서는 북한측이 관심 있거나 자신 있는 분야로 접근하는 방식이 필요함.
- 현 북한 체제에서는 기술교류는 거부감 없이 받아 들여 지고 있으므로, 비록 소규모이지만 의과학 기술교류 및 한의학 분야는 일차적인 대상이라 할 수 있음.

(2) 북송 의료물품의 적정관리와 물류비용 절감을 위한 육로이용의 개방

□ 현재 대북 지원물품의 운송은 해상통로를 이용하고 있어 육상운송방식보다 높은 물류비용의 지출로 대북 지원사업의 효율성을 저해하고 있으므로 육로이용을 위한 제도적 여건을 마련할 필요가 있음.

(3) 남북 의료기관, 의과대학 및 동일 직종간의 자매결연을 통한 유대관계 구축

□ 지원물품의 지속적인 조달과 의약품 생산체계 복구 지원을 효과적으로 수행하기 위해서는 남북 대학간 자매결연, 병원기관간 자매결연, 의사·약사·간호사 등의 각 직능별 기술 교류가 요구된다는 점을 북한측에 설득하여 동질성이 강한 자원들간에 자매결연을 추진함으로써 사회적 통합의 조기달성에 기여하도록 함.

나) 중장기 전략

(1) 남북한간의 '보건협정(가칭, 민족 건강증진을 위한 합의서)' 마련

- 남북간 보건의료 교류·협력을 지속적이고 안정적으로 추진하기 위해서는 남북간 합의서가 마련되는 것이 바람직함.
 - ① 대북 보건의료사업의 효과제고를 위한 인터넷 접촉 허용
 - ② 보건의료 우선순위 사업 선정, 말라리아 협력사업, 과학적이고 체계적인 조사 및 연구 수행을 위한 남북 보건의료 협의체 구성 및 운영
 - ③ 상호지역 방문 중 질병 발생시 치료문제
 - ④ 남북 의료인 상호 연수 및 교육

사. 향후 정책과제

1) 남북 보건의료 교류·협력을 위한 대북 사업의 방향성 문제

- 보건의료분야를 포함한 대북정책이 포용정책으로 지칭되고 있는 바, 국내 입각에서는 '피주기식' 대북 정책, 북한에게 일방적으로 끌려 다니고도 동등한 입장에서 필요한 사항을 제대로 요구하지도 못한다는 비판과 지적을 하고 있음.
 - 그럼에도 불구하고 포용정책이 필요한 바, 포용정책이 남북 교류·협력을 확대, 발전시킬 수 있는 최적의 대안이라는 사실에 대해 국민의 공감대를 이끌어 내는 것이 관건임.

2) 남북 교류·협력을 위한 재정 기반 확충

- 민간단체에 의한 인도적 지원은 남북한간의 신뢰구축과 협력관계 형성에 결정적으로 기여하여 온 바, 비정부기구라고 일컫는 대북 민간단체의 순수성을 보호하여야 하며, 인도주의에 입각한 대북 사업에 대해 일관된 방향성을 유지해 줄 필요가 있음. 그러나 정부의 기금 지원사업의 경우에는 정책적 평가대상에서 자유로울 수 없으므로 북한의 요구에 대가없는 지원을 위한 재원 조달방안 마련이 강구될 필요가 있음.

3) 남북 보건의료 산업 발전을 위한 교류·협력

- 북한 보건의료문제를 비정부기구 활동만으로는 감당하기 어려울 것이므로 관련 민간기업이 참여하여 경제협력 차원의 사업이 병행되는 것이 바람직함.
 - 개성공단 등의 물류기지에 북한의 낮은 인건비를 활용하여 의료기자재와 장비, 수액제 등의 의약품 공급 시설 등을 설립하고 이에 따른 제반 기술을 제공하여 의약품 또는 기자재의 위탁 가공교역을 실시, 남과 북에게 공히 실익을 가져 올 수 있는 방안이 모색되어야 할 것임.

4) 동북아 보건의료를 연계한 남북 협력

- 북한 보건의료체계 복구는 남북 교류·협력만으로는 그 규모가 크므로 동북아 보건의료 협력이라는 사업들을 마련하여 북한을 러시아 및 중국의 일부 지역, 몽골과 함께 보건의료 협력사업에 포함시키고 우리나라, 일본 및 국제기구에서는 기술, 자본 및 장비를 제공하는 형식으로 원조사업을 수행하는 방안을 고려할 필요가 있음.

5) 주변 환경 및 제3요인에 의한 교류·협력 장애문제

- 보건의료분야의 남북간 교류·협력 사업은 남북 보건의료 사업 당사자의 이해와 상관없이 제 3의 국가 또는 요인에 의해 영향을 받을 수 있을 것임.
 - 2002년 북한의 핵위기로 대북 지원활동에 영향을 미칠 것으로 예상되므로 이에 대한 유연한 대처방안이 필요함.
 - 또한, 북한은 SARS 유행지인 중국과 인접해 있다는 점과 취약한 의료 상황으로 인해 2003년 봄 외국인 입국제한 등의 강력한 조치를 취한 바, 지원 및 교류·협력이 지연될 수 있음. 따라서 환자 격리와 적절한 감염 방지를 위한 응급 방역 패키지의 개발 등의 대책이 마련되어야 할 것임.

I . 서론

1. 연구 배경

1990년 8월, 정부는 ‘남북 교류·협력에 관한 법률’을 제정, 공포하여 북한과의 교류에 대한 법적 근거를 마련하였으며, 남북한간의 인적·물적 교류와 협력을 지원하고 촉진시키기 위하여 ‘남북협력기금법’을 제정하였다. 이에 따라 ‘국가보안법’ 체계 내에서 다루어진 남북한간 민간인의 교류가 남북 교류·협력에 대한 법적 근거를 가지게 되어, 법적 절차에 따라 남한에서는 누구든지 북한과 교류 또는 협력이 가능하게 되었다.

1991년에는 남북 고위급 회담에서 ‘남북 사이의 화해와 불가침 및 교류·협력에 관한 합의서(약칭 남북기본합의서)’를 채택함에 따라 남한과 북한은 상호 교류와 협력의 토대가 마련되었고, 우리 정부는 대북 창구의 다원화 조치와 ‘남북협력기금’을 조성, 운용하여 제도화된 틀 내에서 남북 교류·협력 사업이 활성화되는 계기를 마련하였다. 특히 1998년 김대중 정부의 대북 포용정책 실시와 2000년 ‘6.15 남북공동선언’에서 남과 북이 경제협력을 통하여 민족 경제를 균형적으로 발전시키고, 문화·체육·보건 등 제반 분야의 교류·협력을 활성화하여 서로의 신뢰를 다져나가기로 합의함에 따라 남한과 북한은 다양한 분야에서 자유롭게 교류와 협력을 확대시킬 수 있는 여건이 조성되었다. 이로써 남북 교류·협력의 활성화는 대북 포용정책을 실천하는 구체적인 방법론으로서의 의미를 가지게 되었다.

남북한간의 교류·협력은 경제, 문화, 예술, 종교 및 체육 분야에서 특히 활동이 급진전되어 관계자의 왕래가 빈번하게 이루어졌다. 그러나 학술적 교류는 상대적으로 활발하지 못하였다(조한범 외, 2000). 그나마 활발하게 교류와 협력을 하고 있는 분야는 경제, 역사 및 통일문제 등의 분야이다. 교류 방식은 미

국, 일본, 중국, 러시아 등 주변국가에서 남북 관계자를 초청하는 형식이 대부분이었으며 교포 등이 주류를 이루었고, 주최국이 남한일 경우에는 개최지가 중국 등 제3국에서 교류·협력이 이루어졌다.

이들 분야에서 교류가 가능했던 이유는 북한이 경제 교류를 통해 경제난 해소와 대북 투자 유치의 실익을 얻을 수 있고, 역사분야의 경우는 고구려문화사, 일제의 침략 및 강제징용 등을 주제로 삼아 민족애 고취를 통한 사상체제의 결집을 다질 수 있기 때문으로 추측된다. 통일문제 역시 한반도 평화와 북측의 체제유지를 위한 정보수집, 그리고 이를 통한 북한체제의 선전의 장으로 활용 가능하다고 판단했기 때문으로 추측된다. 2000년 이후부터는 남한과 북한이 직접 컴퓨터 및 정보처리 등 과학기술분야의 학술회의를 개최하여 관련 전문가들의 교류와 협력이 급진전되고 있다. 이는 일차적으로는 북한의 실익 확보라는 전략과 관계가 있기 때문에 북한이 교류와 협력에 적극적인 관심을 보여 이루어진 것으로 볼 수 있다.

그러나 남북한간 교류와 협력은 그 동안 북한과의 교류·협력 과정을 주시할 때, 한반도 주변의 정치적 환경이나 요인의 변화에 민감하게 반응하여 왔다. 2001년 북한의 핵문제 위기로 북한과 미국관계가 악화되면서 남북관계도 정체 상태에 빠지게 되었고, 경제를 비롯한 모든 분야에서 교류와 협력이 한동안 진전되지 못한 경험은 남북 교류·협력 관계에서 주변 강대국의 영향력을 확인하게 된 계기가 되었다.

보건의료 분야는 1996년 이후 다년간의 식량난과 전염병 등 각종 보건문제로 인해 북한 주민의 생존을 위협함에 따라 남한의 정부와 민간단체가 북한의 요청에 의해 집중적인 물적 지원을 함으로써 남북 교류의 물꼬를 트는 계기가 마련되었다. 정부의 보건의료 분야의 지원 방식은 대한적십자사 및 국내 민간단체(NGO)를 활용하는 직접지원과 국제기구를 통한 간접지원의 형식으로 구분된다. 보건의료분야는 2002년 민간단체를 통해 보건의료사업(의료시설 및 장비, 전염병 퇴치, 기초의약품 등) 비용으로 256억원을 지원하였고, 세계보건기구(WHO)를 통하여 말라리아 방역사업에 1090억원을 지원하였다. 이러한 접근은 남북 상호 신뢰와 이해 증진의 확대에 기여하였으며, 북한 주민의 건강보호는

물론 향후 통일을 대비한 보건의료분야의 통일비용 절감 및 사회적 통합의 조기달성 차원에서 그 의의를 찾을 수 있다.

그러나, 그 동안 인도적 지원의 당위성을 강조한 나머지, 8년여 동안 지원된 물자의 분배에 대한 모니터링과 지원사업의 성과에는 큰 비중을 두지 못하였다. 아직 남한의 대북 보건의료사업은 북한 보건의료전문가와의 인적 교류를 통하여 북한 보건의료 사회 내부의 변화를 가져올 수 있는 한 단계 진전된 성과를 거둘 수 있는 교류·협력 차원으로 발전시키지 못하고 있는 것이다. 남북한간의 교류와 협력은 북한이 기대하는 실익에는 크게 도움이 되지 못한다고 판단하여 지원의 성격에 머물고 있는 것으로 지적할 수 있다.

정부가 민간단체에게 지원한 남북협력기금액은 2000년 54.1억원, 2001년 75.75억원, 2002년 76.57억원으로(통일부, 2002) 매년 대북 지원금액이 증가된 점을 감안하면, 이러한 방식의 접근이 장기화 될 경우 투입비용에 비해 사업효과는 미약하여 보건의료 개발지원이라는 궁극적인 목표에는 도달하기 어려울 것으로 판단된다. 다행히 최근 보건의료분야의 직능단체들이 자체 비용을 투입, 협력하여 민간단체의 대북 지원 사업들 속에서 교류와 협력을 위한 방향전환을 모색하고 있다.

양적으로는 확대되고 있으나 질적으로 발전하지 못하고 있는 남북 보건의료분야의 교류·협력, 무엇이 문제인가? 이 문제를 해결하기 위해서는 남한내부와 남북한간에 이루어지는 교류·협력 실태를 파악하여, 남북 상호 수용할 수 있는 기반 구축을 위해 문제점 또는 장애요인을 제거하거나 완화할 수 있는 전략을 개발하는 것이 우선적인 과제가 될 것이다. 또한 물적 지원의 한계를 극복하기 위해서는 지원대상이자 교류·협력대상인 북한의 보건의료 실태를 파악하고, 남한의 지원사업에 대한 체계적인 평가를 실시하며, 남한 내부의 보건의료 교류·협력 실무자간 합의된 논의를 바탕으로 보건의료분야에서 남북 교류·협력이 갖는 의의를 실현시킬 수 있도록 교류 또는 협력 기반을 구축할 필요가 있다.

그 동안 우리나라에서의 해외 보건의료 지원사업 유형을 살펴보면 의료진 파견 및 진료(베트남), 의료시설 건립 후 주민에게 보건의료서비스 제공, 지역개발의 일환으로써 지역보건사업(community health program) 수행, 기생충 관리 및

생식보건사업 등의 수직적 프로그램(vertical program) 운영(중국), 의료인력 교육 및 양성(네팔), 수술집도 및 수술지도(한국국제협력단, 2002) 등으로 공히 주민과 접촉하고 지원받는 국가의 의료인과 교류·협력하고 있다.

북한은 이들 국가와는 달리 국제 정치적 역학관계 속에서 체제붕괴라는 위기 의식으로 인해 남한과의 교류·협력에 대해 민감하게 반응하고 있다는 점에 대해서는 주지의 사실이다. 이러한 상황이기 때문에 오히려 일방향성 지원에서 교류 및 협력으로 한 단계씩 진전된다면 북한체제가 남한을 비롯한 외부세계와 상호 의존적인 관계에 놓이고 되고 이로 인해 북한의 변화가 수반됨에 따라, 보건의료분야에서의 교류와 협력은 남북간 건강수준의 격차 감소는 물론 남북간의 화해를 도모하는데 기여할 것이다. 더 나아가서는 상호 비교우위를 보이는 보건의료체계나 보건의료산업을 발전시키는데 기폭제가 될 수 있어 향후 통일비용의 절감 및 사회적 통합의 조기 달성에 기여할 것이다.

그 동안의 연구에서도 남북한이 보건의료 학술교류, 보건의료인 상호 방문 및 견학, 말라리아 박멸보건사업 등의 지역보건사업 등을 공동으로 기획, 추진할 것을 제시하였다(이윤환, 2002). 또한 유행성질환 및 취약계층의 관리대책 마련을 위한 공동역학조사 실시, 지역사회 보건의료프로그램 개발, 보건의료제도 연구 등을 교류·협력사업으로 제안하였다(남정자, 2002). 그러나 이에 대한 후속연구가 아직 시도된 바 없으며, 현실적으로 이들 프로그램들은 북한의 협조 없이는 불가능하므로 남북한간의 상황 분석이나 북한의 수용가능성을 탐색하는 과정 없이는 교류 및 협력이 가지는 본질적인 의미를 현실화할 수 없는 바, 본 연구를 시도한 목적이 여기에 있다.

서독은 1972년 12월 동독과의 첫 ‘기본조약’ 체결 후 후속조치로 동서독 양측 공히 쟁점이 가장 적은 분야가 보건부문이고 보건분야가 체제상 가장 부담이 적은 것으로 판단하여 상호 이질성 극복을 위해 1973년 4월 보건분야 협상을 제일 먼저 제안하였으며, 통일 16년 전인 1974년 공식적으로 ‘보건협정(Gesundheitsabkommen)’을 체결하였다. ‘보건협정’의 주요 내용은 상대편 지역 방문중 발병시 의료 지원, 비상업적인 의약품 교환, 선물소포 가능한 의약품 발송 등이다. 서독은 ‘접근을 통한 변화’를 통하여 민족적 동질성을 유지하며, 취

약하고 낙후한 보건의료 환경에 처해있는 동독인들이 인간다운 삶을 영위할 수 있도록 동독 내부환경을 조성하는 방향으로 사업내용을 선정, 교류·협력하였는데 이 정책은 성공적이라고 평가되고 있다. 1976년부터는 양측 전권 위임자가 정기적으로 접촉하여 협정 시행에 필요한 조치와 문제점 및 이견을 상호 협의 조정하였다. 한국전쟁을 경험한 남북한이 독일과 같은 교류 경험을 그대로 수용하기에는 정치적, 경제적 상황이 약간 다르지만 동서독의 보건의료 교류·협력 접근사례는 시사하는 바가 크다.

이러한 배경아래, 본 연구는 교류·협력 주체인 남한의 대북 보건의료 교류·협력 기반실태와 교류·협력 대상인 북한의 현실을 파악하고 북한 내부의 수용 가능성을 타진하며, 동서독의 경험을 고찰하여 여러 가지 한계를 노정하고 있지만 보건의료분야에서의 남북 교류·협력의 안정적인 추진과 점진적인 확대를 위한 기반 조성 전략을 제시하고자 시도되었다.

2. 연구 목적

본 연구는 북한 주민의 건강수준 향상과 건강보호를 위한 대북 정책추진의 실효성을 제고하고자 첫 번째 단계로, 보건의료분야에서 지속적으로 발전 가능한 교류 및 협력 관계로 진전시킬 수 있는 기반을 구축하기 위한 전략을 모색하고, 두 번째 단계로 구축된 전략들을 활용하여 남북 보건의료 교류·협력사업을 유지할 수 있는 모형을 개발하는데 최종목표를 두고 있다. 이에 본 연구는 첫 번째 단계의 시도로써 남북 교류 및 협력 기반을 구축하기 위해 현실을 정확하게 진단하고 다각적인 대북 접근을 시도하여 실행 전략을 제시하는 데 있다. 구체적 목적은 다음과 같다.

첫째, 보건의료분야의 남북 교류·협력을 위한 국내 제도적·물적·인적 기반 여건을 평가하고 남북관계에서의 기반실태를 파악한다.

둘째, 대북 인적 접촉을 시도하여 그 과정에서 발생하는 문제점 및 장애요인을 도출하고 효율적 대응 방안을 제시한다.

셋째, 통일전 동서독간의 교류·협력 정착과정에 기여한 요인들을 도출한다.

넷째, 북한의 보건의료 문제를 규명하고 이의 해결을 위한 국내 필요 기반을 제시한다.

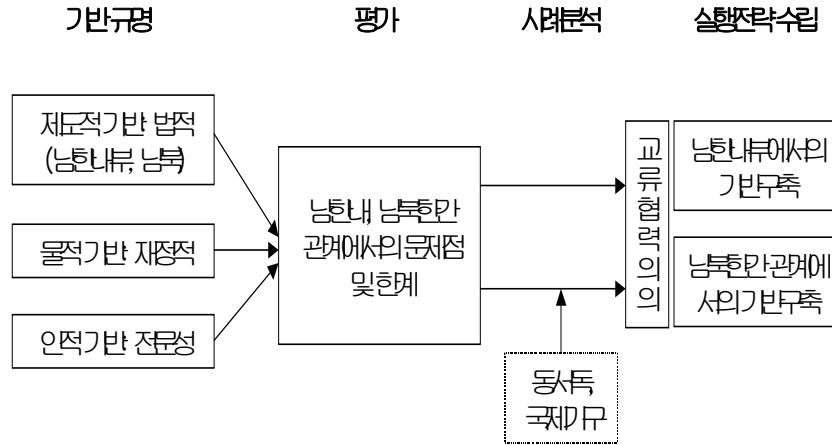
다섯째, 남북한간의 보건의료 교류·협력 기반구축을 위한 방향을 설정하고 기반구축 전략을 제시한다.

3. 연구내용 및 방법

가. 연구의 틀 및 추진체계

남북한간 보건의료분야의 교류와 협력을 위한 기반은 연구관점에 따라 국내에서의 기반과 남북한간의 관계에서 형성되는 기반으로 나누어 질 수 있다. 본 연구에서 남북 보건의료 교류·협력 기반의 범위를 제도적 기반, 물질 및 인적 기반으로 설정하고 제도적 기반에는 법적 기반을 포함시키되 남한내부에서 적용되는 경우와 남북한간의 합의에 의한 법률 등을 접근하고자 한다. 물질 기반에는 교류·협력에 따른 재정적 기반을, 인적 기반에는 북한 보건의료 연구인력과 교류·협력 사업참여인력의 기반을 규명하여 실행전략을 남한이 독자적으로 마련하여야 하는 전략과 남북한이 공동으로 마련하여야 하는 기반으로 나누어 접근하고자 한다. 이를 도식화한 분석틀은 [그림 I-1]과 같다.

[그림 1-1] 연구의 틀



본 연구의 목적 달성을 위한 연구내용의 구성 및 연구수행체계를 구체화하면 [그림 1-2]와 같다.

한반도에서의 보건의료분야의 교류·협력 기반의 현실적 상황을 검토하고자 일차적으로 남한 내에서의 여건과 남북한 관계에서의 상황 등 크게 두 측면에서 기반 실태를 파악하고자 한다. 국내에서의 여건 파악은 제도적·재정적 측면과 북한 보건의료와 관련하여 국내 연구 실적 및 단체의 활동을 통해 인적 기반 실태를 파악하고자 한다. 남북한간의 관계에서의 기반 파악은 제도적 장치와 보건의료 분야에서의 대북 지원 및 교류·협력 실태를 평가하고 북한 보건의료인과 직접 접촉을 시도하여 그 과정에서의 문제점을 도출하고자 한다.

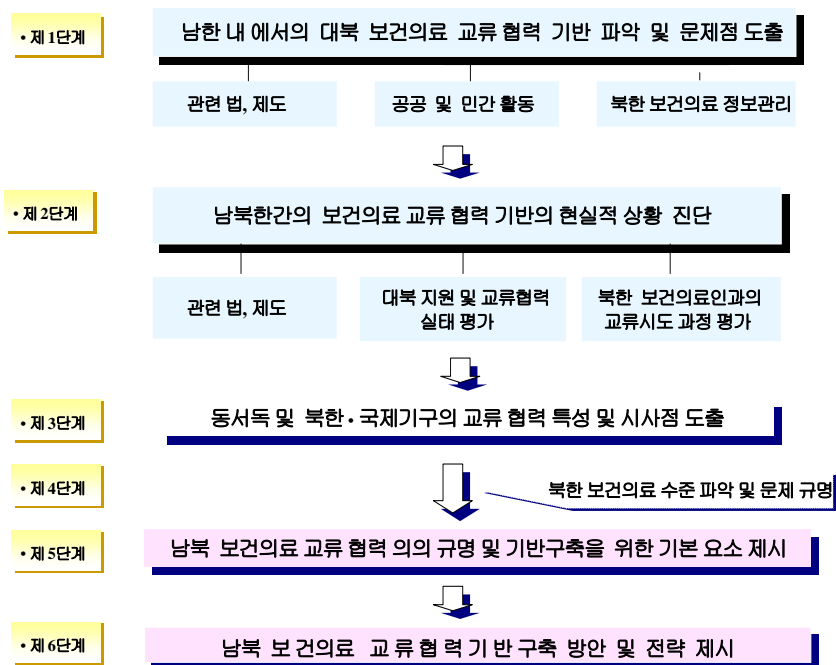
그 다음 단계로 통일전 동서독간의 보건의료 교류·협력을 정착시키는 데 기여한 요인들을 분석하고, 남북한간의 교류·협력을 체계적으로 정착시키는 데 시사점을 파악하여 정책적으로 기여한 요인을 규명하고자 한다.

또한 남한에서 파악된 북한의 보건의료제도와 건강수준을 제시하여 북한 보건의료제도의 틀이 갖는 공공성, 포괄성 및 적절성을 파악하고 기반구축의 일환으로 우선순위 사업을 설정하고자 한다. 현실적으로 북한에서 발표되는 자료들은 그 신뢰성이 낮다는 점에서 본 연구에서는 다각적인 접근을 통하여 그 수

준을 파악하고자 한다.

마지막으로 보건의료분야에서 남북한간의 교류·협력의 의의를 조명하고 교류·협력의 기반구축을 위한 전제조건을 제시한 후 기반 구축 전략을 개발하고자 한다.

[그림 1-2] 연구내용 구성 및 연구수행 체계



나. 연구내용 및 범위

1) 국내에서의 대북 보건의료 교류·협력 여건 파악 및 문제점 도출

- 관련 법률·제도 고찰 및 보건의료분야 남북협력기금 지원사업 평가
- 북한 보건의료 관련 연구 특성(내용, 방법 등) 및 추이

2) 남북한 관계에서의 보건의료 교류·협력 여건 파악 및 문제점 도출

- 사회문화분야의 교류·협력 실태 파악 및 특성 분석
- 비정부기구(NGO) 및 보건의료단체에서의 대북 지원 또는 교류·협력 수준 평가
- 북한 의료인 접촉을 통한 남북한간의 보건의료 교류·협력 가능성 탐색 및 교류·협력 장애요인 도출
- 대북 보건의료사업 실무상에서 제기되는 문제

3) 통일전 동서독 교류·협력 단계별 과정 및 특성 파악

- 동서독의 체제적 특징 및 그에 근거한 양국관계의 특징, 국제정세
- 보건의료분야 교류·협력 특성 및 시사점 도출

4) 국제기구에서의 대북 보건의료 교류·협력 사업 특징 분석

- 북한에 대한 우선순위 보건의료사업
- 사업 지원 및 교류 특성 과 시사점 도출

5) 북한의 보건의료체계 및 주민의 건강문제 규명

- 보건의료 관련 법 및 제도를 통한 접근
- 인구·보건 지표를 통한 접근: 사망률, 출생률 등의 인구지표, 유병률 등의 건강지표
- 역학적 접근: 결핵, 말라리아 등의 전염성 질환 중심의 유병수준 및 사망률, 일차보건의료(생식보건, 예방접종 등)
- 직접 관찰을 통한 접근: 평양지역 소재 의료기관
- 탈북자 시각에서 본 북한 보건의료 실태
- 사회경제적 상태를 통한 접근: 환경위생 수준 등

6) 남북 보건의료 교류·협력 기본방향 및 전략 제시

- 남북한간의 보건의료 교류·협력 의의
- 남한내, 남북한간의 교류·협력 기반 구축을 위한 기본 요소 규명
- 남북 교류·협력 유도를 위한 남한 내부에서의 전략 및 대북 관계에서의 전략 제시

다. 연구방법

1) 관련 법 및 문헌 고찰, 인터넷을 이용한 국내외 관련 정보검색

국내 대북 지원 및 교류·협력 관련 법률과 연구자료, 동서독 교류·협력사업 및 관련연구 자료 등을 고찰하고, 통일부, 국내 민간단체 및 국제기구(세계보건기구, 유엔아동기금, 세계식량기구 등), 방송 및 신문 등에서 발표된 자료를 활용하였다. 또한 국제기구, 국내외 대북 단체, OECD, 한국국제협력단 등을 대상으로 한 인터넷 검색을 통하여 자료를 수집하였다.

2) 주 정보자 면접법(key informant interview method)

본 연구 추진에 따른 주정보자는 두 집단이다. 한 집단은 대북 보건의료사업을 추진하고 있는 비정부기구 및 보건의료직능단체의 대북사업 담당자들이고, 또 다른 집단은 북한을 이탈한 탈북자들이다.

면접방법은 첫번째 대상집단에게는 심층면접과 함께 OECD의 공적 개발원조에 대해 DAC(Development Assistance Committee) Sector에서 분류한 CRS(Creditor Reporting System) 코드기준을 토대로 체크리스트를 개발(부록1 참조), 활용하여 보건의료 지원 및 교류·협력에 따른 현황과 문제점에 대해 파악하였다.

두 번째 대상집단에 대해서는 설문조사를 통해 자료를 수집하였다. 즉, 2003년 9월 7일 서울시 양천구청과 ‘남북사회복지실천운동본부’에서 주최한 ‘한민족 대명절 추석맞이 북한 이탈주민 위로행사’에 참석한 서울 및 수도권 지역 거주

탈북자를 대상으로 기 개발한 설문지(부록 2 참조)를 활용하여 훈련된 조사원에 의해 직접면접조사를 실시하였다. 또한 응답자 확보를 위해 2003년 9월 12일부터 10월 15일 기간 동안 동 단체의 협조를 얻어 본 조사에 응답하지 못한 탈북자를 대상으로 추가 설문조사를 실시하였다. 조사대상은 1996년 이후 북한을 이탈한 17세 이상의 탈북자로 제한하였으며, 조사결과 응답자는 총 158명이었다.

3) 북한 의료인과의 접촉 시도 및 북한 의료시설 방문 관찰

남북 보건의료 교류·협력에 대한 북한의 반응을 탐색하고 그 과정에서 도출된 남북한간의 관계를 분석하며 북한 의료시설에 대한 자료를 수집하기 위해 ‘남북 보건의료인 토론회’를 개최하여 북한 의료인과의 접촉을 시도하였다.

4) 통일부 내부자료 및 민간단체 대북 보건의료 활동보고자료 분석

보건의료분야의 남북협력기금 지원사업의 계획을 파악하고자 통일부 내부자료 및 민간단체의 활동자료를 수집하였다.

4. 용어 정의

가. 남북 보건의료 교류·협력

일반적으로 ‘교류’는 ‘서로 다른 나라(또는 지역)의 사람들이 오고가면서 밀접한 관계를 가지는 것, 또는 다른 나라의 문화·사상 등이 서로 오고가면서 영향을 미치는 것’으로 정의하고 있다(전신욱, 2002).

‘협력’은 ‘사람과 사람이, 또는 어떤 사람이 다른 사람에게 힘을 합하여 돕는 것’으로 정의하고 있다(전신욱, 2002). 그리고 ‘남북협력사업’은 ‘남한과 북한의 주민이 공동으로 행하는 문화·체육·학술 및 경제 등에 관한 제반활동’으로 정의하고 있다(남북 교류·협력에 관한 법률, 1990).

이에 따라 본 연구에서는 ‘남북 보건의료 교류·협력’이란 보건의료사업 전개 과정에서 남한과 북한의 보건의료인력들이 보건의료와 관련된 지식과 기술에 영향을 미치거나 사업을 공동으로 행하고자 하는 순수한 목적아래, 상호 밀접한 관계를 가지면서 원활한 의사소통을 하는 경우로 정의하였다.

나. 대북 지원사업

남북 관계에서 ‘지원사업’이란 ‘인도적인 목적으로 시행하는 사업’으로 정의하고 있다(인도적 대북 지원사업 처리에 관한 규정, 1999). 본 연구에서 ‘대북 지원사업’이란 보건의료사업의 일환으로 인도적인 목적아래 남한에서 북한으로 어떤 물품이나 서비스가 제공되는 것으로 정의하였다.

5. 연구의 제한점

본 연구에서 제시한 북한주민의 건강상태 및 보건의료 수준은 북한 정부에서 발표한 자료와 국제기구에서 북한이 허용한 특정지역의 조사를 통해 파악한 자료이므로 단편적이고 제한적이다. 이 한계를 극복하기 위하여 본 연구에서는 탈북자를 대상으로 북한 거주지역 주민의 의료이용 실상과 건강수준을 조사하여 보다 신뢰할 수 있는 자료를 산출하고자 하였다. 다만 이 때 탈북자의 건강수준은 제3국 등을 거쳐 국내까지 이동한 사람이라는 점에서 북한의 일반주민에 비해 전염성 질환이 없거나 건강상태가 불량하지 않았을 것으로 추정되므로 이점에 대해서는 해석에 주의를 요한다.

한편, 북한 보건의료인과의 접촉시도와 북한 의료기관 방문 및 관찰은 평양 지역에 국한되었고 1개 민간단체를 통해서 이루어졌다는 점에서 이를 일반화하는 데에는 한계가 있다.

II. 국내에서의 남북 보건의료 교류·협력 기반 실태

1. 대북 교류·협력 관련 법률 및 제도적 장치

가. 교류·협력 관련 국내 법령

국내에서 규정하고 있는 대북 지원 및 교류·협력 관련 법과 법률에 명시된 지원 및 교류·협력 사업 분야 또는 범위, 그리고 보건의료분야와 관련된 규정을 살펴보면 다음과 같다.

1988년 7월 당시 노태우 정부는 ‘민족 자존과 통일번영을 위한 특별선언(7.7 선언)’ 통해 남과 북은 분단의 벽을 헐고 정치인, 경제인, 언론인, 종교인, 문화 예술인, 체육인, 학자 및 학생 등 남북동포 간의 상호 교류를 적극 추진할 것을 선언하였다. 이를 토대로 같은 해 10월에는 ‘남북 경제 개방조치’를 통해 남북한간 교역을 인정하고, 이듬해 6월에는 ‘남북 교류·협력에 관한 지침’을 제정하여 북한과의 교류가 합법적으로 추진되기 시작하였다. 그리고 남북한간의 교류를 더욱 효과적으로 정착시키기 위하여 정부는 1990년 8월 ‘남북교류 협력에 관한 법률’을 비롯한 ‘남북협력기금법’ 등 관련 법령을 제정하여 남북한간 교류·협력을 위한 제도적 장치를 마련하였다. 1999년에는 이 두 법률에 근거하여 인도적 대북 지원사업이 적정하고 효율적으로 추진되도록 하며 남북협력기금 지원에 관한 필요한 사항을 정하고자 ‘인도적 대북 지원사업 처리에 관한 규정’을 제정하였다.

동 법률에서는 교역분야에 대해 어느 정도 세분화하여 규정하고 있다. 그러나 보건의료를 포함한 학술 등의 사회·문화 협력분야에 관하여는 단지 3개 조문만을 둬으로써 다양한 협력의 유형에 비하여 지나치게 단순하게 규정하고 있다. 관련 조문에서는 협력사업 승인, ‘남북 교류·협력 추진 위원회’를 설치하여 남한과 북한간의 상호 교류·협력에 관한 정책을 협의·조정하고, 남북 교류·협

력과 관련된 중요사항에 대해 관계 부처간 협조를 추진한다고 명시되어 있다. 이상과 같이 차세대 통일세대의 자질 향상과 직결되어 남북간 교류·협력이 필요한 보건의료 분야에 대해서는 하부 규정이나 세부지침이 없는 상태이므로 국내 보건의료인들이 남북 교류·협력사업에 참여할 수 있도록 최근 진전된 남북 간의 관계를 반영한 법적, 제도적 장치 마련이 요구된다고 보겠다.

‘인도적 대북 지원사업 처리에 관한 규정’ 제2조에서는 대북 지원사업 중 세부사업으로 ‘보건 위생상태의 개선 및 영양결핍 아동과 노약자 등을 지원하는 사업’이 포함되어 있다¹⁾.

남북 상호 교류와 협력을 지원하기 위해 제정된 ‘남북협력기금법’에서는 ‘남북협력기금’의 용도(제8조)를 ‘남북한 주민의 왕래에 필요한 비용 지원, 문화·학술·체육분야 협력사업에 소요되는 자금, 그리고 남북 교류·협력을 촉진하기 위한 사업의 융자 및 지원’으로 명시하고 있다.

이상의 대북 관련 법령에서 명시되어 있는 보건의료분야의 대북사업은 보건 위생상태를 개선하는 사업으로 단순하게 규정하고 있으며 교류·협력 활성화를 위해 남북협력기금에서 일부 사업비를 지원할 수 있도록 하는 제도적 장치가 마련되어 있다.

동 법률에서는 인적교류에 대해 남북한의 주민이 상대측 지역을 방문 또는 접촉하거나 제3국 등에서 만나 교신하는 것으로 명시하고 있다. 현재 남북한주민의 왕래는 판문점을 통한 왕래와 제3국을 통한 왕래가 있는데, 판문점을 통한 왕래는 주로 당국간 회담을 위한 왕래 또는 당국의 주선에 의한 민간인들의 한정적인 왕래이고 대부분 제3국을 통해서 왕래하고 있다. 또한 동 법률에서는 남북한 주민간의 통신을 북한주민 접촉으로 규정하고 남북 교류·협력의 차원에서 다루고 있다. 북한주민 접촉의 근거, 방법과 절차를 자세하게 규정하고 있는데, 남한의 주민이 북한의 주민 등과 회합 통신 기타의 방법으로 접촉하고자 할 때에는 통일부장관의 승인을 얻도록 되어 있다(법 제9조 제3항). 따라서 국

1) 그 외 명시된 지원사업은 이재민 구호와 피해복구, 식량난 해소를 위한 농업개발지원, 자연재해 예방차원에서 산림복구 및 환경보전 노력, 기타 대북 지원사업 특성을 고려하여 통일부장관이 인정하는 사업 등임.

내는 물론 제3국에서 북한주민(재북 이산가족 포함)과 통신 등의 방법에 의해 연락을 하고자 할 경우, 접촉 20일 전까지 통일부장관에게 북한주민 접촉을 신청(필요한 구비서류 제출)하여 승인을 받아야 한다(시행령 제19조 제2항 참조).

이러한 규정에 대해 최근 ‘단 정치적 목적이 아닌 교류·협력을 위한 인터넷 접촉의 경우는 예외로 한다’는 단서조항(제9조 3항)을 포함한 동 개정법률(안)을 마련하여 국회에 제출, 현재 동 조항의 개정 논의가 활발하게 진행되고 있다. 최근 남북한간의 교류 활성화를 위해 정치적으로 활용하지 않는다는 남북 상호간의 신뢰가 형성된다면 보건의료분야에서는 인터넷 접촉이 대북 지원장비 및 기기를 포함하여 의약품 사용에 이르기까지 전문 의료기술을 효율적으로 전달하는데 중요한 매체로 활용될 수 있을 것이다.

한편, 지방정부 차원에서 제정된 교류·협력 관련 법으로는 1998년 제정된 ‘강원도 남북교류·협력기금 조례²⁾’가 최초이며, 2000년 이후 경기도와 전라남

2) 제1조(목적) 이 조례는 남북 강원도간의 교류 협력을 지원하기 위하여 강원도 남북교류·협력 기금(이하 기금이라 한다)을 설치하고, 그 운용·관리에 관하여 필요한 사항을 규정함을 목적으로 한다.

제2조(기금의 재원) 기금은 다음 각 호의 재원으로 조성한다.

1. 강원도 출연금
2. 기금의 운용수익금
3. 기타 수입금

제3조(기금의 용도) 기금은 다음 각호의 1에 해당하는 용도에 사용한다.

1. 남북강원도 주민(법인·단체를 포함한다)간의 문화·학술·체육·경제분야 등 교류·협력사업에 소요되는 자금의 지원
2. 기금의 조성·운용 및 관리를 위한 경비의 지출
3. 기타 남북강원도의 교류·협력을 증진하기 위한 사업의 지원

제4조(기금의 운용·관리) ①기금은 지방재정법 제29조제3항의 규정에 의한 세입세출 예산외로 관리한다.

②기금 운용에 관한 다음사항에 대하여는 남북강원도교류·협력위원회의 심의를 거쳐야 한다.

1. 기금운용 계획
2. 결산보고 사항
3. 기타 도지사가 필요하다고 인정하는 사항

③도지사는 기금을 도 금고에 예치·관리하여야 한다.

제5조(회계공무원) 기금의 효율적 운용·관리를 위하여 기획관을 기금운용관으로 하고, 남북교류지원담당사무관을 기금출납원으로 한다.

도가 관련 규정과 조직을 구비하고 있다. 강원도는 남북으로 분단되어 있으므로 남강원도와 북강원도간의 교류·협력을 위한 조례 제정은 분단된 국토의 동질성을 회복하기 위한 상징적인 의미를 가지고 있다. 동 조례에서는 행정조직 및 안정적 기금을 밑바탕으로 한 사업의 기반 확보를 위해 교류·협력 기금에 대해 정하고 있으며, 기금 지원 분야를 문화, 학술, 체육, 경제 분야로 명시하고 있다. 조례에 근거하여 강원도는 현재 기획관실 산하 교류·협력팀에서 관련 업무를 수행하고 있어 안정적이고, 지속적인 교류·협력의 의지를 보여주고 있다.

이상의 남북 교류·협력 관련 법 들은 남북한간 적용되고 있지는 않으나 남북한간 적용될 수 있는 합의를 이루는데 출발점이 된다는 관점에서 그 의의가 크다.

나. 대북 지원 및 남북 교류·협력 사업에 대한 지원기금의 평가체계

일반적으로 보건의료사업의 실효성과 지속성을 확보하기 위해서는 안정적인 재원조달이 중요하다. 정부는 ‘인도적 대북 지원사업 처리에 관한 규정’ 조항에 대북 지원사업을 원활하게 추진할 수 있도록 대북 지원사업자의 자격, 지원 절차 및 기준, 그리고 남북 교류·협력에 필요한 기금의 지원 및 기금의 신청에 대해 명시하고 있다. 즉, 남북협력기금의 지원요건은 대북 지원사업자 또는 비영리법인 또는 법률에 의해 비영리 목적으로 설립된 단체이다. 대북 지원사업자들은 남북협력기금으로부터 대북 지원자금을 신청할 때, 북한 상대방과 교환한 반출물품의 인도인수증, 북한 상대방이 작성하여 교부한 반출물품의 분배내역서, 현장방문과 수혜자 면담내용을 포함한 북한 방문결과보고서, 기타 분배투명성을 확인할 수 있는 자료(분배투명성 확인보고서)를 제출하여야 한다. 또한 사업을 시행한 이후에는 기금사용결과보고서를 제출하여야 한다.

또한 정부는 남북협력기금의 지원에 따른 투명성과 책임성의 중요성을 인식

제6조(보고 및 환수) ①도지사는 기금을 사용하는 자에게 그 사용계획 및 사용결과를 보고하게 할 수 있다.

② 도지사는 기금을 사용하는 자가 당해 기금 지원목적 외에 사용한 때에는 지원된 기금의 전부 또는 일부를 환수할 수 있다.

제7조(시행규칙) 이 조례 시행에 관하여 필요한 사항은 규칙으로 정한다.

하여 민간단체의 대북 지원사업의 인도적 타당성, 사업내용의 효과성 및 전문성, 분배투명성 확보 능력, 그리고 지속적인 남북 교류·협력 가능성 등을 종합적으로 평가하여(표 II-1 참조) 기금 지원사업과 지원액을 결정하고 있다. 그러나 평가방법은 매년 각 단체에서 제출한 사업계획서상에 기술된 내용을 근거로 사업을 평가하여 기금을 배정하고 있을 뿐, 대북 사업의 모니터링과 성과에 대한 분석은 이루어지지 못하고 있다. 이에 따라 사업의 우선순위는 물론 목표 설정 및 달성을 위한 전략이나 문제점에 대한 해결 등은 효과적으로 접근하기 어렵고 사업 환류(feedback) 역시 제대로 이루어지지 못하고 있는 실정이다. 민간단체의 지원활동에 대한 평가부재는 북한의 일방적인 요청에 따른 지원, 분배과정 및 결과 비공개, 그리고 사업평가 실시 비용이나 기술적인 문제에서 비롯되기도 하겠지만 남한의 보건의료사업 접근전략에 대한 전문성 결여에서도 그 원인을 찾을 수 있을 것이다.

남북협력기금 지원사업에 대한 평가기준 자체에도 문제가 있다. 동 평가기준은 <표 II-1>에서 제시한 바와 같이 보건의료분야 뿐 아니라 농업, 식량지원 등을 포괄한 평가기준이다. ‘사업분야와 지원내용의 적절성’의 심사항목을 살펴보면, 취약계층·보건분야를 계획한 사업은 8~10점, 농업분야 등 기존 우수분야 5~8점, 기타 신규사업 3~5점으로 평점기준을 설정하여, 각 민간단체에게 취약계층·보건분야의 사업을 권장하도록 유도하고 있으며, 평점범위도 준거 없이 8점에서 10점까지 모호하다. 이는 보건의료분야의 다양한 지원사업(부록 1)과 그 특성을 반영하지 못하고 있어 보건의료분야 내에서 지역사회 진단에 입각한 우선순위 사업의 선정여부가 사업의 효과와 효율을 제고시키는데 얼마나 중요한 것인가를 간과하였기 때문에 나타난 결과로 풀이된다. ‘지원물품 및 규모의 적절성’ 심사항목 또한 지역사회 진단에 따른 수혜대상자의 건강문제에 근거하여야 하므로 보건의료분야에서는 매우 중요한 의미를 지닌다. 그럼에도 불구하고 평가자가 수혜대상 범위나 수요를 파악하기 어려운 상태에서 가이드라인 없는 적절성을 평가한다는 것은 객관성과 신뢰성을 떨어뜨릴 가능성이 높다. 네 번째 평가항목인 ‘수혜 대상의 적절성 및 분배대상지역’은 지원단체가 계획서에 제시한 수혜대상과 지역명을 보고 서면평가를 실시함에 따라 실제 사업수행 과

정상에서 평가하여야 할 대상의 적절성을 현실적으로 평가하기 어렵다. 또한 분배의 불투명성이 문제가 되고 있는 대북 지원사업에 대해 계획서상에 명시한 지역만을 보고 평가하는 방식은 평가 본래의 목적을 달성하기 어렵다고 지적할 수 있다. 세 번째 평가항목인 ‘분배투명성 확보 수준’을 통하여 이러한 문제를 완화시킬 수 있을 것이나 이 또한 사업계획서상의 심사이기 때문에 북한 보건 당국이 수용할 수 있는 여건을 조성하거나 수용범위 내에서 가능한 평가기준으로 개선시킬 필요가 있다. 따라서 비록 인도적 차원에서 사용되는 기금이라 할 지라도 현 평가방법을 고려할 때, 보건의료 관계전문가에 의한 사후심사 평가는 추가로 실시할 필요가 있다고 판단된다.

이상의 문제는 남북 관계의 불가피한 상황에서 비롯된 문제이기 때문에 현실적으로 여러 제한점을 가지고 있으나 평가체계가 보다 분야별 특성에 적절하고 남한내부에서라도 정확한 목표를 수립할 수 있도록 방향성 있는 평가항목 및 내용으로 구체화되어야 할 필요성이 있다. 남북협력기금 지원액이 2000년에는 8개 단체에 54.1억원, 2001년 10개 단체에 75.8억원, 2002년에는 14개 단체에게 76.6억원 승인되어 점차 증가하고 있으며, 보건의료와 관련된 사업은 전체의 약 41.5%를 차지하고 있음을 볼 때(통일부, 2002), 기금의 적절한 사용을 유도하고 남북 교류 또는 협력이 필요한 사업에 대해서는 사업하고자 하는 단체가 교류·협력을 시도할 수 있도록 평가체계가 제도화되어야 할 것이다. 이는 국민의 세금으로 조성된 ‘남북협력기금’이 대북 퍼주기식의 지원방식으로 낭비되고 있다는 인식을 국민들에게 심어 주어서는 안되기 때문이며, 더 나아가서는 국민들의 대북 지원 의지를 저하시키는 원인으로 작용되어서는 안되기 때문이다.

한편, 통일부는 1995년 이후 지난 8년 간 정부 및 민간차원의 대북지원액에 차관공여액을 합할 경우, 연평균 대북 지원액이 1604억원이며, 이를 국민 1인당 금액으로 환산하면 연간 3,400원이라고 발표하였다. 동 금액은 동서독 기본조약 이후 1973년부터 1990년 통일될 때까지, 서독의 대 동독 연평균 지원액의 4.3% 수준에 불과하다(통일부, 2003). 따라서 상대적으로 큰 금액이 아닌 것은 분명하나, 대북사업이 북한에 대해 종속적인 양상으로 국민들에게 인식되고 있고, 그럼에도 불구하고 북한이 정치적·군사적으로 위협적인 집단으로 각인되고 있

는 점이 문제의 핵심이므로 기금 지원사업에 대한 모니터링을 등한시해서는 안 될 것이다.

〈표 II-1〉 남북협력기금 지원을 요청한 사업에 대한 평가기준

심사항목	심사내용
1. 사업분야와 지원 내용의 적절성(20점)	<ul style="list-style-type: none"> ○ 인도적 차원의 대북지원 시급성 ○ 지원사업 분야(우선순위) <ul style="list-style-type: none"> - 취약계층·보건 8~10, 농업분야 등 기존 우수분야 5~8, 기타 신규사업 3~5 ○ 지원물품 및 규모의 적절성
2. 사업내용의 효과성과 전문성(20점)	<ul style="list-style-type: none"> ○ 사업계획의 충실성 ○ 사업계획의 실현 가능성 ○ 사업추진방법의 효과성 ○ 사업자의 전문성
3. 분배투명성 확보 수준(20점)	<ul style="list-style-type: none"> ○ 인도인수절차 이행 가능성 ○ 복측 분배결과 확보 가능성 ○ 사업현장 방문 및 수혜자 접근정도 ○ 상주인원 파견 여부
4. 수혜대상자의 적절성 및 분배대상지역(20점)	<ul style="list-style-type: none"> ○ 수혜대상자의 적절성 ○ 지원물자 분배대상지역 <ul style="list-style-type: none"> - 평양시지역 3~5, 지방대도시 5~8, 지방소도시 및 군지역 8~10
5. 정책적 고려사항(20점)	<ul style="list-style-type: none"> ○ 대북정책 목표달성에의 기여도 ○ 남북교류·협력관련 법령과 규정의 준수 ○ 남북간 왕래 등 지속적 교류·협력 가능성 ○ 복측 상대방 적정성(비정치·비영리성)과 필요한 협조제공 가능성
총 점 (100점)	
※ 단체별 지원자금의 상한액	○ 과거 1년간 자체자금에 의한 대북지원 실적(해외모금 포함 및 10% 가산)
	○ 현재 모금액(자체재원)
	소 계
※ 기금지원사업 추진실적	○ 과거 기금지원사업의 자체재원 집행 등 추진실적

자료: 통일부 내부자료, 2003

2. 북한 보건의료분야에 대한 연구 실태

북한의 보건의료에 대한 연구는 1972년 국토통일원(현 통일부)에서 북한 보건의료제도에 대한 연구가 처음 시작되었으며, 북한의 전반적인 보건의료 및 건강수준에 관심을 가지게 된 계기는 1990년대 초 북한의 경제난과 식량부족 사태가 본격화되면서 외부세계로 알려지게 되면서부터이다.

그 동안 다루었던 주제는 크게 북한의 제도, 주민의 건강수준, 그리고 남한에서의 북한 지원에 대한 내용으로 구분되며, 2000년을 기점으로 그 특성을 분류할 수 있다. 즉, 2000년도까지는 대체로 북한의 보건의료제도와 주민의 건강수준 등에 초점을 두었으며, 2000년 이후부터는 남한의 대북 지원에 따른 인도적 차원에서의 사업 평가와 방향 등에 대한 연구가 이루어졌다.

가. 2000년 이전: 북한의 보건의료제도 및 건강수준 중심 연구

1990년대 초, 우리나라에서 발표된 북한 보건의료 분야에 대한 연구는 북한에서 공식적으로 공표한 자료들의 신뢰성과 정확성을 확인할 방법이 없는데 북한 또는 기존의 남한 연구자료들을 활용하여 작성되었다. 보건의료 제도 및 법과 시설, 인력 등의 자원, 그리고 북한 건강실태에 대한 연구들은 대부분 북한의 ‘조선중앙년감편집위원회’, ‘조선중앙통신사’에서 발간된 ‘조선중앙연감’, 조선노동당 역사연구소 또는 조선노동당 출판사 등에서 발간된 ‘김일성저작집’, ‘주체의학’ 등의 소수의 발표자료와 노동신문 등에서 발표된 자료를 인용하여 이루어졌다. 또한 ‘인민보건사업경험(1986)’을 토대로 국토통일원, 북한연구소 등에서 작성한 2차 자료를 활용하거나, 탈북인(조승근, 정범호, 김만철)의 증언을 통하여 북한 실상을 확인하는 과정을 거쳐 발표되고 있다.

그러한 가운데, 1995년 이후 자연재해로 인해 국제 구호단체들이 북한을 방문하여 영양실조 및 질병이환 상태와 아사자의 참상을 직접 확인하고 외부세계에 알리면서, 우리나라의 보건학자들은 북한의 보건의료 실태에 대해 관심을 갖게 되었다. 그리고 그 실상을 좀 더 정확하게 파악하고자 북한 방문객들과

탈북자들을 통하여 접근한 연구들이 발표되었다. 또한 「세계보건기구(WHO)」, 「유엔인구기금(UNFPA)」, 「유엔아동기금(UNICEF)」 등의 국제기구에서 일부 지역주민을 대상으로 조사한 자료들이 발표되면서 보다 신뢰할 수 있는 자료를 활용한 국내 연구들이 수행되어 북한의 보건의료실태는 좀더 정확하게 밝혀지고 있는 양상으로 진행되고 있다.

이상의 연구방법이나 자료를 활용하여 발표된 주제와 내용, 그리고 인용자료를 요약, 제시하면 <표 II-2>와 같다³⁾. 연구 주제 및 내용을 살펴보면 1989년부터 2000년까지 10여 년 동안 대부분의 보고서가 북한의 보건의료 인력 및 시설과 서비스 전달체계, 그리고 주민의 건강수준을 제시하였다. 그러나 자료수집 과정이나 메커니즘은 자료의 질이나 정보 분석 측면에서 미진할 수밖에 없어 일부 부정확한 내용들을 발견할 수 있었다. 예를 들어, 북한 보건의료체도가 ‘무상치료제’이지만 실제 모든 근로자들은 기본임금의 일부를 ‘사회보장비’로 공제당하고 있다고 하는데 일부 보고서는 그 비율이 다르고, 의과대학 교육연한도 달리 제시되었다. 이는 북한측에서 공식적으로 선전하는 자료와 2차 자료를 활용할 수밖에 없는 상황이기 때문일 것으로 판단된다.

3) 연구물이 인구, 경제 및 사회 등 다른 분야의 한 부문으로 보건의료를 다루었거나 서술적인 자료물, 결핵 등 특정질환을 주제로 한 사례연구, 중복 발표된 경우 제시하지 않았음.

<표 II-2> 북한 보건의료 관련연구의 연구방법: 보건의료제도 및 건강수준

서명	연구자	연구 방법 및 주요내용				
		기존자료 고찰 및 인용		조사	기타	
		보건의료 체계·법	보건의료인력, 시설, 서비스전달	보건의료·주민건강 수준		중국내 북한난민
북한의 보건체제와 의료보장제도(1989)	문옥륜	○ ¹⁾	○ ²⁾	○ ³⁾		자원관리, 군의료에 대한 기술
북한 보건의료(1989)	승창호	○ ⁴⁾	○ ⁵⁾			
남북한 보건의료비교(1989)	변중화	○ ⁶⁾	○ ⁷⁾	○ ⁸⁾		북한 보건의료사업
남북한 사회보장제도 비교(1992)	정경배	○*	○ ⁹⁾			사회보장 제반 비교
남북한 사회보장 및 보건의료 통합방안(1993)	정경배		○*			단계별 통합방안
남북한 보건의료제도 비교(1993)	변중화	○ ¹⁰⁾	○ ¹¹⁾	○ ¹²⁾		
남북한 주민의 건강수준 비교(1997)	김영치			○ ¹³⁾		세계 각국 건강수준 비교
남북한 의료제도의 통합 및 활용방안(1998)	윤창열	○ ¹⁴⁾	○ ¹⁵⁾	○ ¹⁶⁾		동의학 중심
남북한 의료제도의 통합 및 활용방안연구(II)(1998)	윤창열	○ ¹⁷⁾	○ ¹⁸⁾	○ ¹⁹⁾		북한 발간 자료 고시, 법규 등
중국내 북한난민 건강실태 (1999)	서일				○	북한에서의 의료이용
북한의 의료실태와 의료정책 (2000)	성기호	○	○			
북한의 보건의료 특징 및 지표(2001)	조재국	○ ²⁰⁾	○ ²¹⁾	○ ²²⁾		자료원별 보건지표 수록
북한의 보건의료제도 운영(2001)	문옥륜	○ ²³⁾	○ ²⁴⁾	○ ²⁵⁾		탈북의사 증언

주: * 인용한 출처가 밝혀지지 않음.

- 1) WHO, *Evaluation of the Strategy for Health for All by the Year 2000*, 1986; 고현욱 외, 『북한사회의 구조와 변화』, 경남대 극동문제 연구소, 1987; 박영희, 『북한의 예산편성에 관한 연구』, 건국대학교원 박사학위논문, 1974; 변중화 외, 『남북한 보건의료 비교연구: 북한실태를 중심으로』, 국토통일원, 1989; 북한연구소, 『북한총람』, 1983; 장동민, 『북한의 보건 의료정책에 관한 연구』, 서울대보건대학원 석사학위논문, 1989; 조선중앙통신사, 『조선중앙연감』, 1949-1987(북)
- 2) 조선중앙통신사, 『조선중앙연감』, 1949-1987(북); 변중화 외, 『남북한 보건의료 비교연구: 북한실태를 중심으로』, 국토통일원, 1989; 홍순원, 『조선보건사』, 과학백과사전출판사, 1981(북); WHO, *World Directory of Medical Schools*, 1988; 승창호·리복희 편, 『인민보건사업경험』, 1986(북); 조선노동당 역사연구소, 『김일성저작선집』, 1권-9권, 1967-1989(북); 장

- 동민, 『북한의 보건의료정책에 관한 연구』, 서울대보건대학원 석사학위논문, 1989; 김선호, 『북한의 기술교육 및 고등교육의 발전상』, 국토통일원, 1976; 조선노동당 출판사, 『김일성저작집』, 1권-35권, 1979-1989(북); 인민보건, 제2호-7호, 보건성기관지, 1949(북); 북한연구소, 『북한총람』, 1983; 조승근씨 증언
- 3) 국토통일원, 『북한자료집』, 1978; 조선중앙통신사, 『조선중앙연감』, 1949-1987(북); WHO, *Primary Health Care in Action*, Pyong Yang Conference(SEARO Regional Health Papers, No. 6, 1985; World Bank, *World Development Report*, 1988; 노동신문(북); 평화통일연구소, 『북한개요』, 1986; U.S. Department of the Army, *North Korea*, 1981; 조선노동당 역사연구소, 『김일성저작선집』, 1권-9권, 1967-1989(북); 한국의약신문, 『북한의 사회보장-정법호씨의 증언』, 1989; Rahmam, M. A., *Children's Palace*, World Health, 1984; 장인원, “우리나라 사회주의제도 하에서 주민사망률의 저하와 도시와 농촌에서의 그의 차이의 축감과정에 대한 고찰”, 『주체의학』, 의학과학출판사, 평양, 1984(북)
- 4) WHO, “Democratic People's Republic of Korea”, *Evaluation of the Strategy for Health for All by the Year 2000*, Vol. 4, 1986.
- 5) 북한연구소, 『북한총람』, 1993; 북한출신 의사 김만철씨 초청좌담회, 의협신문, 1989년 1월 20일자; 조선중앙통신사, 『조선중앙연감』, 1949-1987(북); 극동문제연구소, 『북한전서』, 1980.
- 6) 조선중앙통신사, 『인민보건』, 『조선중앙연감』, 1981(북); 북한연구소, 『북한총람』, 1983; 극동문제연구소, 『북한전서』, 1980; 김만철씨 증언
- 7) 김만철씨 증언; 북한연구소, 『북한총람』, 1983
- 8) 북한연구소, 『북한총람』, 1983; 국토통일원, 『북한개요』, 1983; 『조선중앙연감』, 조선중앙통신사, 1977년, 1984년(북); 과학백과출판사, 『방역전서』, 1984(북); 과학백과출판사, 『조선보건사』, 1981(북); 국토통일원, 『평화통일기반 조성을 위한 북한현황 변화예측』, 1986; 김만철씨 증언
- 9) 승창호·리복희 편, 『인민보건사업경험』, 1986(북); 문옥륜, 『북한의 보건의료제도 분석』, 국토통일원, 1989; 김만철씨 증언
- 10) 홍순원, 『조선보건사』, 평양, 과학 백과사전출판사, 1981(북); 승창호 외, 『인민보건사업경험』, 평양, 사회과학출판사, 1986(북); 『김일성 저작집』, 조선노동당출판사, 1982(북); 정경모·최달곤 편, 『북한법령집 제4권』, 대륙연구소, 1990; 김용재, 『북한 행정체계에 관한 연구』, 국토통일원, 1983; 변중화 외, 『남북한 보건의료 비교연구 북한실태를 중심으로』, 국토통일원, 1989; 북한연구소, 『북한총람』, 1983
- 11) 통일원, 『북한 통일연구 논문집(VII) 과학분야』, 1990; 변중화 외, 『남북한 보건의료 비교연구: 북한실태를 중심으로』, 국토통일원, 1989; 승창호 외, 『인민보건사업경험』, 평양, 사회과학출판사, 1986(북); 『김일성 저작집 4권』, 조선노동당출판사, 1979(북); 문옥륜, 『북한의 보건의료제도 분석』, 국토통일원 조사연구실, 1989; 조선중앙통신사, 『조선중앙연감』, 평양, 각년도(북); Eberstadt, Nicholas & Judith Banister, *The Population of North Korea*, Institute of East Asia Studies, Univ. of California, Berkeley, 1992; 통일원, 『남북한 사회·문화 지표』, 1991; 북한연구소, 『북한총람』, 1983; WHO, *Forty-First World Health Assembly: Summary Records of Committees*, WHA 41/1988/REC/3, Geneva, 1988; 극동문제연구소, 『북한전서 1945-1980』, 1980; 홍순원, 『조선보건사』, 평양, 과학 백과사전출판사, 1981(북); 문옥륜, “남북한 보건의료체계의 비교연구”, 『북한의 과학기술과 남북한 교류 전망』(익삼자료), 한국과학기술단체총연합회, 1992; 김만철씨 증언; 문옥륜 외, 『북한의

- 보건체계와 의료보장제도 연구, 의료보험관리공단, 1989
- 12) Eberstadt, Nicholas & Judith Banister, *The Population of North Korea*, Institute of East Asia Studies, Univ. of California, Berkeley, 1992
 - 13) Eberstadt, N., *Korea Approaches Reunification*, 1994; PRB, *World Population Data Sheet 1992*, 1996; UNDP, *World Human Development Report*, 1996; World Bank, *World Development Report*, 1991-1996; Eberstadt, N., & Banister, J., *The Population of North Korea*, University of California, 1992
 - 14) 송창호 외, 『북한보건의료 연구』, 청년세대, 1989; 문옥륜, 『북한의 보건의료제도 분석』, 국토통일원, 1989; 강도원 외, 『북한이해』, 통일교육원, 1996; 조선중앙통신사, 『조선중앙연감』, 1949-1987(북); 한국정신문화연구원, 『북한의 실상』, 1986; 『김만철일가 북한실태 증언록』, 국토통일원, 1987; 『김일성 저작집』, 조선노동당출판사, 1980; 김창순 편, 『북한 총람』, 북한연구소, 1983; 문옥륜, 『북한의 보건체계와 의료보장제도 연구』, 의료보험관리공단, 1989; 장동민, 『북한의 보건의료정책에 관한 연구』, 서울대보건대학원 석사학위논문, 1989; 홍순원, 『조선보건사』, 청년세대, 1989; 변중화 외, 『남북한 보건의료 비교연구』, 국토통일원, 1989; 의협신보, 『북한의 전통한의학』, 1989년 3월 27일자
 - 15) 변중화 외, 『남북한 보건의료 비교연구』, 국토통일원, 1989; 김창순 편, 『북한총람』, 북한연구소, 1983; 김남일, 『북한의 의료체계에 관한 연구』, 경희대학교 석사학위논문, 1990; 송창호 외, 『북한보건의료 연구』, 1989; 양재모, 『남북한 의료제도의 비교연구』, 국토통일원, 1972; 변중화 외, 『남북한보건의료제도 비교연구』, 한국보건사회연구원, 1993
 - 16) 변중화 외, 『남북한보건의료제도 비교연구』, 한국보건사회연구원, 1993; 문옥륜, 『남북통일시대의 보건의료제도와 정책개발』, 『남북한통일의료제도 정책개발심포지움』, 대한의학회주최, 1998; 강도원 외, 『북한이해』, 통일교육원, 1996
 - 17) 김일성 교시; 인민보건법 등 북한의 보건의료관계법규; 조선중앙통신사, 『조선중앙연감』, 1949-1987(북); 북한의 기관 및 단체별 인명집
 - 18) 조선중앙통신사, 『조선중앙연감』, 1949-1987(북)
 - 19) 조선중앙통신사, 『조선중앙연감』, 1949-1987(북)
 - 20) 문옥륜, 『북한의 보건의료제도 운영』, 아주대 남북한보건의료연구소, 2001; 배상수, 『북한의 보건의료조직 및 관리』, 『대한의학협회지』, 제38권, 제3호, 1995; 변중화 외, 『남북한 보건의료 비교연구』, 국토통일원, 1989; 문옥륜 외, 『북한의 보건체계와 의료보장제도 연구』, 의료보험관리공단, 1989; 변중화 외, 『남북한 보건의료제도 비교연구』, 한국보건사회연구원, 1993; 연하청, 『북한의 인구·보건 정책』, 아주대 남북한보건의료연구소, 2000; 조선중앙통신사, 『조선중앙연감』, 1999-2000
 - 21) 문옥륜, 『북한의 보건의료제도 운영』, 아주대 남북한보건의료연구소, 2001; 변중화 외, 『남북한 보건의료제도 비교연구』, 한국보건사회연구원, 1993
 - 22) UNFPA, *United Nations Population Fund Proposed Projects and Programmes: Assistance to the Government of the Democratic People's Republic of Korea*, DP/FPA/PPK3, 9 Feb. 1998; Nicholas Elberstadt, Judith Banister, *North Korea: Population Trends and Prospects*, 1990; UNICEF, 『세계아동현황보고서』, 1996-2000; 통계청, 『남북한 경제사회상 비교』, 1995-2001; 북한연구소, 『북한총람』, 사단법인 북한연구소, 1994; 변중화 외, 『남북한 보건의료제도 비교연구』, 한국보건사회연구원, 1993; 문옥륜, 『북한의 보건의료제도 운영』, 아주대 남북한보건의료연구소, 2001; 문옥륜, 『북한의 보건의료제도 분석』, 국토통일원,

- 1989; 문옥륜, 『북한의 보건체제와 의료보장제도 연구』, 의료보험관리공단, 1989; 조선중앙통신사, 『조선중앙연감』, 1999-2000; WHO, World Health Report, 1996-2000; UNFPA, 『세계인구현황』, 1996-2000.
- 23) 탈북의사의 증언; 북한실상종합자료집, 내외통신사 부석 북한문제연구소, 1995; 조선노동당 출판사, 『김일성저작집』, 1권-35권, 1979-1989(북한자료); 송창호·리복희 편, 『인민보건사업경험』, 1986(북한자료); 홍순원, 1986; 송창호, 1986; 변종화 외, 『남북한 보건의료 비교연구』, 국토통일원, 1989; 문옥륜, 『북한의 보건체제와 의료보장제도 연구』, 의료보험관리공단, 1989; 북한연구소, 『북한총람』, 1993; 변종화 외, 『남북한보건의료제도 비교연구』, 한국보건사회연구원, 1993
- 24) 탈북의사의 증언; 북한연구소, 『북한총람』, 1993; 변종화 외, 『남북한 보건의료 비교연구』, 국토통일원, 1989; 김이돌 외, 『남북한 간도제도 비교』, 적십자 간호대학 논문집, 1999.
- 25) 세계보건보고서 2000

나. 2000년 이후: 대북 지원사업 중심 연구

2000년 이후에는 남한의 인도적 지원의 규모가 증가하면서 인도적 지원과 남북 교류·협력에 대한 연구가 수행, 발표되고 있다. 보건의료분야의 지원과 교류와 관련된 연구를 살펴보면 북한 지원분배 물자의 투명성 확보, 우선순위 사업의 선정, 남남간 정보 공유 등이 수반되어야 하고 무엇보다도 보건의료분야에서의 남북 교류·협력의 기반이 구축되어 북한 보건의료인과의 접촉을 통해 이러한 문제 등을 접근하여야 한다고 주장하고 있다.

이러한 지적사항이 한 단계 발전하여 교류·협력 기반을 구축하기 위해서는 정치와 무관하고 북한이 자신 있게 내세우는 분야의 교류를 북한 당국에 요청하여 실제 북한 보건의료인과의 접근을 위한 과정을 탐색하면서 문제해결 전략을 마련할 필요성이 있는 것으로 판단된다.

우선순위 문제에 대해서 2000년 6월에 개최된 ‘북한 보건의료 협력에 관한 국제심포지엄’에서는 우선순위의 결정은 북한 의료당국과의 협의 하에 이루어져야 하며, 구체적으로는 유아 영양공급, 결핵퇴치, 구충제 지원, 말라리아 및 소아마비 퇴치, 항생제 지원 등이 우선순위라고 제시하였다. 이윤환(2001)은 전염성 질환(특히 결핵, 말라리아)에 대한 집중관리 대책이 세워져야 한다고 지적하면서, 취약 인구집단인 어린이, 여성, 노약자에 대한 관리가 우선되어야 하고, 지원이 미치지 못하는 북한 동부 산간지역에 대한 지원확산을 강조하였다. 민

성길(2001)은 영양결핍 해소를 위한 식량지원과 영양장애, 결핵, 간염, 말라리아에 대한 치료활동 등을 우선순위가 높은 분야로, 박상은(2001)은 긴급 재난구호, 전염병 및 만성질환 예방, 어린이 건강사업 등을 우선순위가 높은 분야로 제시하였다. 남정자 등(2002)은 민간지원단체 및 보건의료인 단체를 대상으로 실시한 설문조사를 통하여 전염성 질환이 우선순위가 높은 분야로, 그밖에 병원시설 개선, 남북한 의·약학 용 정리, 의약품 및 의료장비 지원을 제시하였다.

〈표 II-3〉 북한 보건의료 관련연구의 주요 연구방법: 대북 지원

서명	연구자	주요 연구내용의 연구방법			
		기존자료 고찰 및 인용			지원 및 교류·협력방향
		보건의료 체계·법	보건의료인력, 시설, 서비스전달	보건의료·주민건강 수준	
2000년 북한의 보건산업분야 현황(2001)	염용권 외	○ ¹⁾	○ ²⁾³⁾		
북한 의료지원의 활성화 방안(2001)	이윤환 외	○ ⁴⁾	○ ⁵⁾⁶⁾	○ ⁷⁾⁸⁾	○
남북한 보건의료관계법규 비교(2001)	김주희	○ ⁹⁾	○		
북한의 보건의료실태와 통일후 건강보장체계의 과제(2002)	박종연	○ ¹⁶⁾	○ ¹¹⁾¹²⁾	○ ¹³⁾¹⁴⁾¹⁵⁾	
남북한 의료제도의 비교(2002)	송희완	○ ¹⁶⁾	○ ¹⁷⁾		
북한 보건의료분야의 인도적 지원방향(2002)	이윤환	○ ¹⁸⁾	○ ¹⁹⁾²⁰⁾	○ ²¹⁾	○
남북 보건의료 교류·협력 활성화 방안(2002)	남정자				○

주: 1) 인용출처 없음.

- 2) 성기호, 『북한의 의료실태와 의료정책』, 『통일경제』, 2000; 통일부, 『북한의 사회정책』, 2000.
- 3) 통일부, 『남북협력기금 통계』, 2001. 5
- 4) 내외통신사, 『북한조감』, 1994; 연합뉴스, 『북한연감』, 1999; 김수근, 『북한의 산업보건 관계법령과 행정조직에 관한 연구』, 『남북한 보건의료』, 2000;1:175-225
- 5) 내외통신사, 『북한조감』, 1994; 평의동창회, 『평의 27집』, 1998; 변중화 등, 『남북한 보건의료제도 비교연구』, 한국보건사회연구원, 1993
- 6) 통일부, 『민간대북지원 창구다원화 1년: 현황과 평가』, 2000; 통일부, 『2000년 국내의 대북 지원 동향 및 평가보고』, 2000; 통일부, 『대북지원 현황 및 추진방향』, 2000; 서경석, 『남북정상회담 이후의 한국NGO 운동과 정부/UN 관계』, 동경 국제 NGO 학술대회 발제문, 2000; 이금순, 『국제기구 및 비정부기구의 인도적 지원사례』, 민족통일연구원, 1997; UNOCHA, *Consolidated Inter-Agency Appeal for the Democratic People's Republic of Korea*, UN, Geneva, 2001-2002; InterAction, *A guide to humanitarian and development efforts of InterAction member agencies in North Korea*, InterAction Member Activity Report North Korea, August/September 2000; Henderson J., *Personal Communication on Oxfam GB's*

- activities in North Korea*, Oxfam Internation Secretarit, United Kingdom, 2000; 박종철, 「보건 의료부문 민간대복지원에 관한 NGO의 입장」, 『대복지원 민간단체 워크샵』, 2000; 이종구, 「보건의료분야 민간대복지원에 관한 정부의 입장」, 『대복지원단체 워크샵』, 2000; 박인화·문옥륜, 「남북한 보건의료통합의 방향과 정책과제」, 『보건사회논집』, 1994; 서경석, 「남북 정상회담 이후의 민간 대복지원활동의 방향」, 『대복지원민간단체 워크샵』, 2000; 이종무, 「대북 인도적 지원의 현황과 과제」, 『동경 국제 NGO 대회 발제문』, 2000; 이용선, 「남북 정상회담과 향후 민간운동 전망과 과제」, 창립 4주년 기념 토론회 발표문, 2000; 김운근 외, 『1999/2000년 북한의 식량수급 현황』, 한국농촌경제연구원, 1999; 백화중, 『보건의료산업의 남북협력방안』, 민족평화통일자문회의 사회복지분과회의 제17차 회의자료, 2000; 고경빈, 『향후 대복지원 방향과 민관 협조 방안 모색』, 대복지원민간단체 워크샵, 2000
- 7) UNICEF, *The State of the World's Children 1998*, United Nations Children's Fund; 1998; 러시아 인테르팍스 통신, 1995; 일본 산케이 신문; 홍콩연합, 1998; UNICEF, *International symposium on health and medical care for the emocratic People's of Korea*, 2000
- 8) Robinson W.C., Lee M.K., Hill K., & Burnham G.M., *Mortality in North Korean migrant households: a retrospective study*, Lancet 1999;354:291-295; Eberstadt N, Banister J., *The Population of North Korea*, Institute of Ease Asian Study, Berkely: University of California, 1992; 서일 등, 「중국내 북한 난민 건강실태」, 『통일연구』, 1999;3(1):307-328
- 9) 조선중앙통신사, 『조선중앙연감』, 1949-1987; 문옥륜 외, 「북한의 보건의료제도 분석」, 국토통일원, 1989; 문옥륜 외, 「북한의 보건체계와 의료보장제도 연구」, 의료보험관리공단, 1989; 변중화 외, 『남북한 보건의료제도 비교연구』, 한국보건사회연구원, 1993
- 10) 통일부, 『2000 북한 개요』, 1999; 변중화 등, 『남북한 보건의료제도 비교연구』, 한국보건사회연구원, 1993; 통일교육원, 『북한이해』, 2000; 내외통신, 『북한조감』, 1994; 박종연 외, 『북한 주민의 질병양상 및 보건의료서비스 충족 실태』, 남북한 보건의료, 2000;
- 11) 내외통신, 『북한조감』, 1994; 평의동창회, 『평의 27집』, 1998; 김현철 등, 『북한의 의료인력 양성제도 고찰』, 1999; 이종구, 「보건의료분야 민간대복지원에 관한 정부의 입장」, 대복지원단체 워크샵, 2000;
- 12) 이종구, 「보건의료분야 민간대복지원에 관한 정부의 입장」, 『대복지원단체 워크샵』, 2000; 노용환, 「북한의 보건의료기능 평가와 대복지원 정책 기본방향」, 『남북한 보건의료』, 2000; 박인화, 「동서독 보건협정의 교훈과 남북한 보건협력 방안」, 『국제문제분석』, 1995; 박인화·문옥륜, 「남북한 보건의료통합의방향과 정책과제」, 『보건사회논집』, 1994
- 13) 연합뉴스, 『2000 북한연감』, 2001; 어린이 의약품 지원본부, 『2002 북한 어린이 건강실태 보고서』; 이윤환 외, 「북한 보건의료 분야의 인도적 지원방향」, 아주대학교·통일부, 2002; 이윤환 외, 「북한보건의료지원의 활성화 방안」, 『남북한 보건의료』, 2001; Eberstadt N, Banister J., *The Population of North Korea*, Institute of Ease Asian Study, Berkely: University of California, 1992; UNFPA, *Proposed of Projects and Programmes: Assistance to the Government of the Democratic People's Republic of Korea*. DP/FPA/PRK/3, United Nations Population Fund, 1998; 노용환·연하청, 『북한 인구센서스의 정책적 함의』, 한국보건사회연구원, 1997; WHO, *World Health Report*, 2000; 이윤환 외, 『북한 보건의료 분야의 인도적 지원방향』, 아주대학교·통일부, 2002.
- 14) EU, UNICEF & WFP, *Nutrition Survey of the Democratic People's Republic of Korea*, 1998

- 15) 서일 등, 『중국내 북한난민 건강실태』, 『통일연구』, 999; Robinson W.C., Lee M.K., Hill K., & Burnham G.M., "Mortality in North Korean migrant households: a retrospective study", *Lancet* 1999;354:291-295;
- 16) 임경순 외, 『남북한 보건의료제도의 비교』, 『한국보건간호학회지』, 2001; 이원식, 『북한 의료보장제도 연구』, 『원광복지』, 원광대학교, 사회복지학과 창간호, 1995; 문옥륜, 『남북한 보건의료체계의 비교고찰』, 『보건학 논집』, 서울대학교 보건대학원, 1993;
- 17) 승광호·리복희, 『북한보건의료연구』, 청년세대사, 1989; 이원식, 『북한 의료보장제도 연구』, 『원광복지』, 원광대학교, 사회복지학과 창간호, 1995; 신승철, 『북한의 치료실태』, 『북한 의료의 이해』, 한국누가회 문서관출판부, 1997; 변중화 외, 『남북한 보건의료제도 비교연구』, 한국보건사회연구원, 1993; 임경순 외, 『남북한 보건의료제도의 비교』, 『한국보건간호학회지』, 2001; 홍순원, 『위대한 수령 김일성 동지의 보건경도사』, 평양 과학백과사전종합출판사, 1990; 홍순원, 『조선보건사』, 평양 과학백과사전종합출판사, 1981; 김주희, 『남북한 보건의료 관계법규 비교분석』, 연세대학교 보건대학원 석사학위 논문, 1998
- 18) 내외통신사, 『북한조감』, 1994; 연합뉴스, 『북한연감』, 1999; 문옥륜, 『북한의 보건의료제도 운영』, 아주남북한 보건의료연구소, 2001; 박종연, 『북한 주민의 질병양상 및 보건의료서비스 충족 실태』, 『남북한보건의료』, 제1호, 2000; Hunter H-L, *Kim Il-song's North Korea*, CT: Praeger Publishers, 1999; 북한연구소, 『북한총람』, 1983; 변중화 등, 『남북한 보건의료제도 비교연구』, 한국보건사회연구원, 1993
- 19) 내외통신사, 『북한조감』, 1994; 평의동창회, 『평의 27집』, 1998
- 20) 통일부, 『2002년 인도적 대북지원 현황』, 2003; 고경빈, 『향후 대북지원 방향과 민관협조 방안 모색』, 대북지원 민간단체 워킹, 2000; 통일부, 『대북지원 현황 및 추진방향』, 2000; 통일부, 『2000년 국내외 대북지원 동향 및 평가보고』, 2001; 통일부, 『2001년 인도적 대북지원현황』, 2002; 통일부, 『2002년 3/4분기 국내외 대북지원 동향』, 2002; 통일부, 『2002년 인도적 대북지원 현황』, 2003; 이금순, 『국제기구 및 비정부기구의 인도적 지원사례』, 민족통일연구원, 1997; 이금순, 『대북 인도적 지원 개선방안-개발구호를 중심으로』, 통일연구원, 2000; UNOCHA, *Consolidated Inter-Agency Appeal for the Democratic People's Republic of Korea*, UN, Geneva, 2001-2002; Smith H., *Overcoming humanitarian dilemmas in the DPRK(North Korea)*, Special Report 90, United States Institute of Peace, 2002; GAO, *Foreign Assistance: North Korea restricts food aid monitoring*, GAO/NSIAD-00-35, United States General Accounting Office, 1999; Lee K., *Assisting North Korea by intergovernmental agencies and non-governmental organizations; current state and implications*, 통일연구원, 국제학술대회 발표논문집, 2001; Alternet, N., *Korea aid shows limits of codes of conduct*, 2003; 연하청, 『북한의 인구·보건정책』, 아주남북한 보건의료연구소, 2000; 이윤환 등, 『북한 보건의료지원의 활성화 방안』, 『남북한 보건의료』, 2001;2:61-68; 노용환, 『북한의 보건의료기능 평가와 대북 지원정책 기본방향』, 『남북한 보건의료』, 2000; 이종무, 『대북 인도적 지원의 현황과 과제』, 동경 국제 NGO 대회 발제문, 2000; 서경석, 『남북정상회담 이후의 민간 대북지원활동의 방향』, 『대북지원 민간단체 워킹』, 2000; 서울대학교 의과대학 소아과학교실, 남북어린이어깨동무, 『북녘 어린이 건강실태와 보건의료 지원방향에 관한 학술회의』, 2002; 백화중, 『보건의료산업의 남북협력 방안』, 민주평화통일자문회의 사회복지분과위원회 제17차 회의자료, 2000; 박인화, 문옥륜, 『남북한 보건의료통합의 방향과 정책과제』, 『보건사회논집』, 1994

- 21) UNFPA, *The State of World Population*, 2001; WHO, *The World Health Report*, 2002; Central Bureau of Statistics, *Report of the Second Multiple Indicator Cluster Survey 2000*, DPRK 2000; Central Bureau of Statistics, *Report on the DPRK Nutrition Assessment 2000*, DPRK 2003; Eberstadt N, Banister J., *The population of North Korea*, Institute of East Asian Studies, Berkely: University of California, 1992; UNICEF, *The State of World's Children 1996-2001*; 연하청, 『북한의 인구·보건정책』, 아주남북한 보건의료연구소, 2000; 조선일보, 북한 대규모 ‘아사’ 공식 시인, 연합뉴스, 1999.5.10; 이삼식, 『북한의 기아사 수준과 정책적 함의』, 『보건복지포럼』, 2000; 황장엽, 어둠의 편이 된 햇볕은 어둠을 밝힐 수 없다. 황장엽 비록 공개, 월간조선사, 2001; Natsios A.S., *The Greater North Korean Female, Fimne, politics, and foreign policy*, Washington, D.C: United States Institute of Peace Press, 2001; 이윤환 등, 『북한 보건의료지원의 활성화 방안』, 『남북한 보건의료』, 2001;2:61-68; UNOCHA, *Mid-term Review*, Consolidated Inter-Agency Appeal for the Democratic People's Republic of Korea. 2000

3. 대북 보건의료 사업 관련단체

대북 보건의료분야의 지원은 정부가 독자창구 개설을 허용하고, 남북협력기금을 지원하면서부터 가속화되었다. 대북 지원사업자 승인은 대부분 2001년 이후에 통일부로부터 받았다. 대북 지원단체는 설립이념에 따라 크게 복지자선단체(월드비전, 굿네이버스, 국제기아대책기구 등), 종교단체 또는 종교에 기반한 단체(한민족복지재단 등), 시민운동 성격의 단체(우리민족서로돕기, 남북어린이 어깨동무, 남북어린이의약품지원본부 등), 그리고 보건의료단체(대한결핵협회, 한국건강관리협회) 등으로 구분될 수 있다.

민간단체의 설립배경 및 특성을 살펴보면 다음과 같다. ‘유진벨’은 종교(남장로회)에 기반한 단체로 1992년부터 대북 의료 지원과 민간교류를 시작하였고 2000년 국내 재단법인 유진벨 법인이 등록되었다. ‘어린이 의약품지원본부’는 1997년 6월 의사, 약사, 한의사, 간호사 등 보건의료인과 일반인들이 함께 모여 대북 지원을 목적으로 결성한 단체이다. ‘한국복지재단’은 미국 ‘기독교아동복지회’ 지원으로 1950년대부터 아동복지사업 단체로 활동하였으며, 2001년 3월에 북한의 병원시설 장비를 지원하였다. ‘한민족복지재단’은 평양 제3병원에 미국 기독교의료인 단체를 통해 의료장비와 의약품을 지원해 온 ‘사랑의의약품나누

기운동'과 '한민족통일준비모임'이 통합하여 1996년 11월 창립되었으며 1998년 4월 대북 사회문화분야 사업자 승인을 받았다. '우리민족서로돕기운동'은 1992년 2월 대북 지원 독자창구로 지정되었으며 2001년 3월 대북사업 지원사업자로 지정된 단체이다. '이웃사랑회'는 1991년부터 개발도상국의 구호개발사업을 수행하고 있었던 단체로 1999년 3월 대북지원 독자창구로 지정받았다.

이들 단체들은 정부의 남북협력기금(2003년도 보건의료분야의 '남북협력기금' 지원 신청단체는 '유진벨 재단', '남북어린이어깨동무', '대한결핵협회', '선한사람들', '국제기아대책기구')과 민간 기부금, 후원금, 비영리사업 수익금, 그리고 북한 어린이 돕기 또는 보건의료 지원을 위한 바자회 및 캠페인 등을 실시하여 사업기금을 조성하고 있다.

이들 단체들은 상호 정보교류를 위해 정기적인 모임을 개최하고 있으며, 관련 인터넷사이트를 개설하고, 전문성과 연계한 교류와 협력으로 진전시키고자 다각적인 노력을 시도하고 있어 고무적이다. 컨소시엄 사례로는 '국제기아대책기구'와 '우리민족서로돕기운동'이 공동으로 추진한 평양정성제약연구소 지원사업을 들 수 있다.

한편, 북한의 보건의료분야를 지속적이고 체계적으로 지원하고자 1999년 10월 일부 보건의료직능단체가 '우리민족서로돕기운동' 내부조직에 '보건의료 협력본부'를 결성하였다. 참여단체는 '대한의사협회', '대한약사회', '대한치과의사협회', '대한한의사협회', '대한병원협회', '한국제약협회', '대한결핵협회(2002년 1월 참여)' 등으로 2000년 6월 공식화되었다. 그 동안 북한 보건의료사업 지원을 위해 전개한 활동은 '북한 결핵어린이 돕기 파리-베를린 자전거 대행진(2000년 6월)', 대한투자신탁증권주식회사의 북한 어린이 보건의료 지원을 위한 '키즈 메디칼 공사채 투자신탁 상품 개발 및 조성기금(보수 수익의 20%) 마련', 그리고 국내 약 6만여 개 보건의료 관련 기관을 대상으로 실시한 공동 모금함 설치 및 모금 활동 등이다.

Ⅲ. 남북한 보건의료 교류·협력 실태와 평가

1. 남북한간의 교류·협력 관련 제도적 장치

남한과 북한이 합의한 자료는 남북 전역에서 그 효력을 발휘한다고 볼 수 있다. 남북한간의 최초의 합의는 1972년 '7.4 남북 공동성명'에서부터 그 기원을 찾을 수 있는데, 여기에서는 남과 북이 끊어졌던 민족적 연계를 회복하며 서로의 이해를 증진시키고 자주적 평화통일을 촉진시키기 위하여 남북 사이에 다방면적인 제반 교류를 실시하기로 합의하였다. 이러한 합의는 남북한간의 교류 및 협력을 위한 제도적 기반으로 이어졌는데, 1991년(1992년 발효) 남북고위급 회담을 통해 채택된 '남북 사이의 화해와 불가침 및 교류·협력에 관한 합의서(약칭 '남북기본합의서')'와 '교류·협력부속합의서'가 그것이다. '남북기본합의서' 16조에는 '남과 북은 과학, 기술, 교육, 문화, 예술, 보건, 체육 환경 등 여러 분야에서 교류 및 협력을 실시한다'라고 명시되어 있다. 또한 기술협력, 기관과 단체, 인원들 사이의 접촉과 교류, 연구 및 조사 공동실시 등의 교류·협력 실시 내용들이 포함되어 있다.

2000년 남북 정치지도자가 정상회담을 통해 이루어진 '6.15 남북공동선언'은 평화통일을 지향한 남북한간의 합의로 공동선언 내용에 '보건'이 사회문화 교류·협력의 한 분야로 제시되어 있다. 동 선언이 기초가 되어 '남북경협 관련 합의서', 이산가족 교환방문, 교예단 공연 등 개별사업에 대한 합의가 후속적으로 이루어졌다. 경제분야의 경우, 남북한간 진행되는 교류 및 협력이 국가와 국가간의 거래가 아닌 민족내부의 거래임을 확인하고, 상대방 투자자의 투자자산을 보호하고 투자에 유리한 조건을 마련하기 위하여 소득에 대한 이중과세를 방지하기 위한 제반 합의사항들을 마련하여, 하나의 민족임을 가시화하였다.

한편, 지방정부 차원에서는 2000년 강원도가 북한의 실질적인 교류·협력 당

사자인 ‘민족경제협력협회(민경련)’와 이루어진 합의서가 있으며, 2003년 4월 전라남도가 평안남도 지역과 이루어진 ‘남북교류·협력사업 합의서’가 있다.

2. 사회·문화분야의 대북 교류·협력 실태

가. 민간 차원

사회와 문화는 인간생활의 전 영역을 포괄하므로 그 정의 자체도 매우 포괄적이다. 따라서 사회문화 분야의 교류·협력은 상당히 넓은 분야를 포함하게 된다. 지금까지 남북 교류·협력에서 사회문화 분야는 정치 및 경제를 제외한 나머지 분야를 지칭하는 의미로 사용되어 왔다(조한범, 1999). ‘남북기본합의서’는 사회문화분야에 과학, 기술, 교육, 문화, 예술, 보건, 체육, 환경, 출판보도 등을 포함하고 있다.

보건부문이 포함된 사회·문화 분야의 남북 협력사업은 1991년 ‘세계탁구선수권대회’ 및 ‘세계청소년축구대회’에 단일 팀을 구성하여 참가한 사례가 최초이다. <표 III-1>은 2000년 이후 승인된 사회문화 분야의 협력사업 내용이다. 2000년 이후에는 점차 다양화되는 추세에 있는데, 평양교예단의 서울공연(2000. 6.), 남북교향악단(KBS교향악단, 조선국립교향악단) 합동연주회 개최(2000. 8.), 춘향전 평양공연(2001. 1.), 8.15 남북공동행사(2001. 8., 평양(통일부, 2002), 그리고 2003년 10월에 개최된 남북 방송토론회 등이 있다.

민간차원의 대북 교류·협력이 활발해지면서 1998년 9월에는 국민의 합의를 도출하고 민간차원의 실천적인 통일운동을 목적으로 ‘민족화해협력범국민협의회(민화협)’가 출범하여 민간 협의체가 구성, 8.15민족대회(2003. 8., 평양), 남북 청년학술통일대회(2002. 10., 금강산) 등을 개최하였다.

학술교류는 <표 III-2>에서 제시한 바와 같이 남북한 직접 왕래교류보다는 중국, 일본 등의 제3국을 중개로 한 공동학술대회 형태로 이루어졌다. 최근에는 평양에서 ‘동북아 교육문화협력재단’과 북한 ‘교육성’이 공동으로 ‘평양정보과학기술대학 건립·운영 사업’을 추진하기도 하였다. 이상과 같이 남북한간의 교

류와 협력은 예술, 문화 및 스포츠 분야가 대부분이며, 이들 분야는 전술한 바와 같이 남북한간이 개별 합의한 사항을 토대로 이루어졌다.

〈표 III-1〉 2000년 이후 사회·문화 분야의 남북 협력사업(자) 승인단체 현황

사업자	사업대상자	사업내용(지역)	금액
현대아산현대건설	조선아세아태평양평화위원회	실내종합체육관 건설 및 남북체육 교류사업	3,420만불(남북한 총투자액:5,750만불)
계명프로덕션	조선예술교류협회	평양교예단 한국방문 공연	50만불
네오비전	조선백호7무역회사	다큐멘터리 공동제작	50만불
평화의 숲	조선아세아태평양평화위원회	산림조성 및 보호를 위한 종자·묘목·장비지원	4억원
기독교대한감리회 서부연회	조선그리스도교도연맹	평양신학원 재개원 및 운영지원	60만불
NS21	조선아세아태평양평화위원회	평양교예단 서울 공연	550만불
한민족문화 네트워크연구소	조선아세아태평양평화위원회	북한문화예술자료 정보화사업	50만불
시스젠	범태평양조선민족경제개발촉진협회	‘조선인포뱅크’의 경제·산업 정보에 대한 국내 미러사이트 개설 운영	60만불
NS21	조선아세아태평양평화위원회	남북합작영화 ‘아리랑’ 제작	100만불
(주)야미	범태평양조선민족경제개발촉진협회/4.26아동영화촬영소	남북애니메이션 공동제작	미정
한국문화재단	조총련산하 금강산 가극단	금강산 가극단 방한공연 등	1천만엔
(사)춘향문화선양회	조선아시아태평양평화위원회	『춘향전』 남북합동공연	60만불
(주)하나로통신	삼천리총회사	3D 단편 애니메이션 남북공동제작	16만불 → 107,666불
		3D 단편 애니메이션 뽀롱뽀롱 뽀로로	22만불
(사)동북아교육문화협력재단	교육성	평양정보과학기술대학 건립·운영	400억원
남북교육문화교류연구소(동해대학교)	조선기자동맹중앙위원회	남북공동사진전 『백두에서 한라까지』	9만불
우인방 커뮤니케이션	조선아시아태평양평화위원회	통일염원 6.15 금강산 랠리	100만불

<표 III-1> 계속

사업자	사업대상자	사업내용(지역)	금액
(주)지스코	금강산가극단	금강산가극단 한국공연	3천만엔 → 2천만엔
(사)민족화해협력범국민협의회	재일본조선역사고고학협회	고구려문화전 개최	160만불
(사)한국청소년사랑회	재일본조선인총연합회교육국	재일조선학생소년예술단 초청공연	무상
MBC	민화협	아시아경기대회 준비장면 등 취재방송, 아시아경기대회 축하를 위한 남북합동공연	120만불 (60만불현물)
KBS	민화협	방송물 공동제작 및 생방송	53만불
KBS	민화협	남북교향악단 연주회	45만불
대한예수교장로회총회	조선그리스도연맹중앙위원회	조선그리스도연맹 교육관 및 평양신학원 신축	4억5천만원
방송위원회	조선중앙방송위원회	남북 방송교류관련 행사 개최 및 방송설비 설치·사용	13억5천만원
사단법인 평화문제연구소	과학백과사전 출판사	북한 <조선향토대백과> 편찬·출판	40만불
(주)지민필름	(주)만대 (재일본조선인총연합회)	남북공동가요제작	6만불
한국과학기술정보연구원	중앙과학기술통보사	과학정보자료 교환 및 데이터베이스 공동구축 및 활용, 과학기술 이 전사업, “향토문화전자대전”발간	
KBS	민화협	「남북해외학자통일회의」 방송물 공동제작 및 취재, 생방송	10만불
한국생명공학연구원	북한과학원2국	남북한 식물공동조사 및 영문판 「한반도종합식물지」작성	
대한불교 조계종	조선불교도연맹중앙위원회	북한사찰 단청불사 및 관련 부대행사	340백만원
KBS	민화협	전국노래자랑 평양편 공동제작	100만불
KBS	민화협	방송물「경협현장을 가다」제작	50만불
(재)시민방송	조선신보사	영상물 『북한음식순례』공동제작	1억2천만원
통일민족평화체육문화추진준비위원회		통일민족평화체육문화축전 개최	220만불

〈표 III-2〉 교육학술 분야 남북한 교류·협력

연도	주요 내용
2000	『中朝韓 청소년 교육과 양성 학술회의』(12월, 연길)
2001	『제5차 Korean 컴퓨터처리 국제학술대회』(2월, 연길) 『일제강제병합 자료전시회 및 남북공동토론회』(3월, 평양) 『제20차 유럽한국학회(AKSE) 학술대회』(4월, 런던)
2002	『평양정보과학기술대학』 착공식(6.12, 평양) 한양대학교, 대북 IT교육(7~8월, 평양) 『남북언어정보 표준화회의』(8월, 북경) 『한민족 전통문화의 현대적 조명 국제학술회의』(10월, 심양) 『21C 한반도 평화의 새로운 조건과 구상 학술회의』(10월, 심양)

자료: 통일부, 『대북정책 추진 현황』, 통일부, 2002a.

이렇듯 남북한간의 교류는 점차 증대되고 있으며 다양화되고 있어 고무적이다. 그러나 2003년 10월 개최된 ‘제주민족평화축전’의 사례는 남북 교류·협력사업 성사과정의 문제를 노출시켰다. 즉, 동 축전에 참여한 북한 대표단이 약속대로 대가(220만 달러)를 지불하라고 평양귀환을 지연시킨 사례가 보도되면서 남북 교류·협력의 문제점을 그대로 보여주었다. 방송 교류와 관련하여서는 ‘평양 노래자랑’ 방송에 따른 대가성 비용지불 등 지난 2년 동안 63억을 지불한 것으로 보도된 바 있다. 그리고 이와 같이 모든 남북 교류·협력에는 관행처럼 남한이 북한당국에게 입북료 또는 인두제 성격의 돈을 지불하여 교류·협력의 의미를 훼손시키고 있다는 것이다. 이같은 성격의 관계 형성은 남한내 국민간의 대북 사업 및 남북 교류에 오히려 부작용을 초래할 수 있기 때문에 정부 차원에서 대가성 비용지불에 대한 올바른 입장 표명과 아울러 교류·협력이 양적 발전이 아닌 질적 발전을 위한 방안 모색이 필요하다는 지적이 설득력을 갖게 하고 있다.

나. 지방자치단체 차원

북한과 교류·협력사업을 시작한 강원도는 북한 ‘민족경제협력협회(민경련)’와

5개항에 대한 합의를 이루면서 교류·협력 사업이 시작되었다. 합의사항에 의해 실시된 사업은 농업용 기자재 지원, 씨감자원중장 건설, 솔잎혹파리 공동구제사업(2001년, 2002년 남북공동방제 실시 및 북한 관계자 교육실시), 연어 자원보호 증식사업(2001년, 2002년 실시) 등이다. 합의된 사항들은 남북이 역할을 분담하여 지속적으로 추진 중에 있으며, 남북강원도간의 산불예방 및 진화대책을 위한 공동대책기구도 제안되고 있다. 강원도의 대북 교류·협력사업의 특징은 이벤트나 정치적인 행사가 없었다는 점이다.

강원도의 남북 교류를 사례로 경기도, 전라남도 등의 지방자치단체에서도 북한과의 교류·협력을 추진 중에 있다. 경기도는 개성공단 건설, 경의선 철도·도로 연결 등 주요 국책사업의 진전에 따라 북한 접경지역이라는 전략적 위상과 남북교류·협력의 거점이라는 입지적 가치가 증대되고 있다. 전라남도는 평야지 대라는 유사한 입지지역인 평안남도 지역과 교류·협력사업을 하기로 북한 ‘민족화해협의회’와 합의하여 평안남도 대동군지역에 ‘농기계수리공장’ 건설 및 ‘남북공동시범농장’을 운영에 따른 세부사항들을 협의하고 있다. 그 외 지방자치단체 주관으로 성사된 대북 사업이나 민간단체를 통해 추진된 사업으로는 남원시의 ‘춘향전 방북공연’, 제주시의 ‘감귤 보내기’ 등의 사업이 있다.

중앙정부 차원에서의 교류·협력은 정치적인 문제로 인하여 어려움이 있지만 지방자치단체 차원에서는 정치적 문제에 직접적인 영향을 적게 받으면서 상호 실익이 되는 사업의 지속성과 안정성은 매우 높을 것으로 전망됨에 따라 국내 행정조직·인력과 예산 지원을 통해 지역간 자매결연 사업을 촉진시키는 것이 바람직할 것으로 판단된다.

3. 보건의료분야의 대북 지원 및 남북 교류·협력 실태 평가

가. 정부차원에서의 지원 실태

우리 정부의 북한에 대한 지원은 크게 세 기간으로 구분할 수 있다. 1995년

북한주민을 돕기 위해 쌀 15만톤의 인도적 지원을 시작하였고 이후 북측에서 요청하는 물품의 지원이 시작되었다. 2000년부터는 ‘6.15 남북 공동선언’으로 추가 개방이 있었고, 2002년 하반기부터 현재까지는 정치적 위기 상황 속에서의 지원활동이 계속되고 있다.

정부의 대북지원 방식 및 규모는 ‘남북적십자사’간 합의된 절차에 따라 2001년 7045만불, 2002년 8375만불로 규모 면에서는 증가추세에 있으나, 내용면에서는 주로 식량 및 비료지원 등의 식량난 해소를 위한 긴급구호사업이었다. 2003년에는 상반기 현재, 총 26차에 걸쳐 20만톤의 비료가 지원되었다(통일부, 2003).

보건의료분야는 정부간 직접적인 지원이 이루어지지 못하고 있으며 민간단체와 국제기구를 통하여 지원하고 있다. 국제기구를 통한 보건의료분야의 지원은 2003년 상반기 현재, 세계식량계획(WFP)을 통한 식량지원(옥수수 10만톤)과 세계보건기구(WHO)를 통한 말라리아 방역 지원(66만불)⁴⁾ 및 UNICEF를 통한 의약품 지원(50만불)⁵⁾이 대표적이다.

나. 민간 차원에서의 지원 및 교류·협력 실태

1) 비정부기구(NGO)

민간차원의 대북 지원은 크게 일반구호, 농업복구, 보건의료의 3개 지원분야별로 나눌 수 있다⁶⁾. 규모면에서는 2002년 말 현재 총 641억원이 지원되었으며, 이중 일반구호가 47.5%로 지원 비중의 절반을 차지하고, 보건의료 분야는 37.3%로 최근 지원비중이 높아지고 있는 추세이다. 2003년 지원금액은 10월말 현재 총 666억원으로 전년도보다 증가하였다(통일부, 2003).

4) 2003년 4월 30일자로 말라리아 약품 및 방역기자재를 전달함(통일부 홈페이지).

5) 취약계층 대상 면역·백신, 기초의약품 등(2003년 5월 16일)(통일부 홈페이지)

6) 지원분야별 지원내역은, 일반구호의 경우 밀가루·분유 등 식량, 의류 등 생필품 지원, 농업복구는 농업생산성 증대를 위한 종자·비료와 농기계 등 지원, 보건의료는 기초의약품, 의료기기, 병원보수 등임(통일부 홈페이지, 2003년도 상반기 국내외 대북지원 동향).

보건의료분야의 사업은 남북협력기금 지원사업과 민간단체 자체사업으로 구분할 수 있다. 2003년도 ‘남북협력기금’ 지원사업 중에서 보건의료분야 지원단체의 사업내용 및 사업지역은 <표 III-3>과 같다.

‘유진벨’의 경우 결핵퇴치사업을 중점적으로 추진하고 있다. 1996년부터 결핵 백신·치료약, X-Ray검진차 등을 지원하였고, 2002년 이후에는 결핵치료 및 결핵 조기발견을 위한 결핵약 및 진단키트 등을 지원하고 있다. 아울러 ‘유진벨’은 결핵의 치유효과를 도모하고자 환자의 영양보충을 위해 농업키트를 지원하여 전문가적인 접근을 시도, 포괄적인 서비스를 제공하고 있다. 수혜대상은 북한 서부지역 결핵예방원, 결핵요양소, 시·군 인민병원 등 약 50여개 의료기관의 초기환자 및 중환자가 중점 대상이다. 물자분배 및 사업진행 확인은 동 단체가 지원지역을 직접 방문함으로써 이루어지고 있는데, 북한측에서는 동 단체 소속의 직원이 외국인이 아닌 국내인일 경우, 북한 지역을 방문하여 모니터링 업무를 수행하는 것을 허용하고 있지 않고 있다.

‘대한결핵협회’는 ‘유진벨재단’을 통해 결핵 퇴치사업을 직·간접적으로 지원하고 있다. 사업내용은 결핵 관련 의료전문도서, 세균검사장비, 시약, 자재, 검사기술 지원 등으로 지원품목은 BCG접종주사기 및 침, 환자용 침구, 담요·베개, 의료전문도서, 서가, 영상교육자재, 발전설비 등이다. 예방접종 효과를 거두기 위해서는 북한 전력사정을 고려할 때 cold chain 시스템에 의한 백신 보관관리가 중요하므로 이에 대한 모니터링과 관련지원 서비스에 관심을 가져야 할 것이다. 또한 접종 의료인에 대한 교육 및 훈련이 중요하므로 물품 지원과 동시에 인력 교육을 수행하는 것이 바람직할 것이다.

‘선한사람들’의 지원사업 내용은 결핵치료(35,000명 대상 6개월분)에 중점을 두면서 항생제·해열제 등 기초의약품 및 검사장비 등을 지원하고 있으며, 수혜대상은 각지방 병원 및 진료소이다.

‘선한사람들’을 비롯한 ‘유진벨’, ‘대한결핵협회’는 공통적으로 결핵퇴치사업이 중점 사업이다. 양적으로 많은 규모의 의료적 지원이 문제가 되지 않겠으나 중복사업인 점을 감안할 때, 치료 및 서비스 제공 과정에서 일관성 있는 사업추진이 되도록 상호 연계하여 활동할 필요성이 있을 것으로 판단된다. 예컨

대, 이들 단체에서는 각기 세미나를 개최할 계획이 있는데, 기관간 협력체계를 마련하여 상호 시행착오를 겪지 않도록 사업 효과와 효율을 거둘 수 있는 방안을 구상할 필요가 있을 것이다.

‘남북어린이어깨동무’는 어린이 영양 및 의료지원사업을 실시하고 있다. 사업 내용은 어린이 구충제 및 영양제 지원이며, ‘어린이영양증진센터’ 설립·운영(X-ray 등 진료장비, 치과장비 시설설비 및 건축자재, 두유급식 일 3,500명) 등이다.

‘국제기아대책기구’는 제약공장 설비복구 지원사업을 실시하고 있다. 1994년부터 X-Ray 기기를 비롯해 의료장비 등을 지원하였으며 평양 소재 ‘정성제약연구소’에 링거액 등 수액제 생산설비를 공급하고 있다. 사업은 ‘우리민족서로돕기운동’과의 컨소시엄사업으로 ‘국제기아대책기구’는 생산설비를, ‘우리민족서로돕기운동’은 공장 골조공사를 지원하고 있다.

동 표에서 각 민간단체가 대북 보건의료사업에 대해 계획하고 있는 분배투명성을 위한 노력을 살펴보면 물품 전달시 단순히 ‘See’ 수준에 머물러 있는 것으로 나타났다. 따라서 소규모라도 최종 물품 수령자에 대한 반응 또는 호응도를 확인할 수 있는 분배 투명성 확보를 위한 북한측과의 기술적인 협상이 필요하다. 또한, 대부분의 단체가 남북 전문가 세미나 또는 간담회를 계획하고 있어 일방적 인도적 지원사업 차원에서 남북 실무자간의 교류 또는 협력을 시도하고자 하는 노력을 엿볼 수 있다.

각 단체의 사업별 남북협력기금 지원액은 공개되지 않아 파악할 수 없었으나 기금 지원액에 대한 사업관리는 대북 사업 못지 않게 중요하게 다루어져야 할 것이다. 예를 들어, 각 단체들은 그 동안 지속적으로 사업을 수행하여 왔기 때문에 전년도 사업과의 지속성과 발전성 등에 대해 매년 사후 평가를 실시하여 상호 정보를 교류, 새로이 사업을 수행하고자 하는 단체에게 시행착오를 겪지 않도록 정보를 공유할 필요성이 대두된다. 이를 위해서는 전년도 사업수행 후 성과, 문제점 및 장애요인과 해결방안 등에 대한 자체평가가 수반되어야 한다. 따라서 이러한 과정의 의무화를 위한 제도적 장치 마련이 중요하다.

<표 III-3> 2003년도 보건의료분야 남북협력기금 지원 신청단체 및 사업내역

단체명	2002년 기금 지원액 (단위: 억원)	2003년 지원 내역	분배투명성 확보를 위한 노력	사업지역 및 시설	특기사항
유진벨 (재단법인)	8.55	-결핵치료약 종합키트 - X-Ray 기기·부속품 - 현미경 - 경운기 - 소농기구 - 일반 의료장비 등	모니터링을 위한 방북	북한 서부지역 결핵예방원, 결핵요양소, 시군인민병원	
남북 어린이 어깨동무 (사단법인)	5	- 구충제 100만정 - 영양제 600만정 - X-Ray 등 진료장비 - 치과장비 - 시설재 및 설비 - 건축자재 등	사업협의를, 설비설치 및 모니터링을 위한 방북		-8월 영양증진센터 완공예정 -영양관련질병 치과치료 등 기능확대 필요성 검토 -구체적인 지역 및 수혜대상 선정 여부
대한 결핵협회 (사단법인)	없음	- BCG 접종 주사기·침(20만 명 분) - 환자용 침구(5대) - 담요·배개(100셋) - 의료전문도서 - 서가 - 영상교육자재 - 발전설비 등	"	결핵 관련 의료기관 (제3예방원)	-선한사람들 및 보건복지부 지원 예정
선한 사람들	-	- 결핵약품(3.5만명분) - 항생제(1만병) - 해열진통제(8천병) - 구충제 - 영양제 - 세균검사장비 - 태양열발전기	"	평양 정성제약 (동 기관을 통해 각 지방 병원 및 보건소 공급)	-결핵협회, 유진벨 등과 중복 지원 가능성
국제기아 대책기구· 우리민족 서로돕기 운동 (사단법인)	-국제기아 대책기구: 없음 -우리민족 서로돕기 운동: 8	- 국제기아대책기구: 수액 제 생산설비(수처리시설, 생산시설, 부대시설) 및 병, 마개 등 - 우리민족서로돕기운동: 공장 골조공사	물자전달 및 모니터링을 위한 방북	평양 소재 정성 제약 연구소	-우리민족서로돕기운 동과 컨소시엄 구축

2003년도에 ‘남북협력기금’의 지원을 받지 않는 ‘어린이 의약품지원본부’는 긴급 의약품 지원사업을 중심으로 추진해 왔다. 동 단체는 북한 어린이에게 긴급히 필요한 의약품을 지원하는 활동을 통해 남북 의료인간의 교류·협력에 중점을 두고자 하였다. 지원물자는 어린이 영양제와 북한 어린이의 주요 사망 원인인 호흡기질환 및 설사에 유효한 설파제, 요오드 결핍증을 치료할 수 있는 요오드 등의 원료의약품 등이다(부록 3 참조). 또한 2003년 11월 중순에 개원에 정인 ‘어린이 영양증진센터’에 약제 생산설비와 약품재료를 지원 중이다.

‘한민족복지재단’은 1997년 11월 북한과 ‘선봉병원 현대화 사업에 관한 협력 의향서’를 체결하였고, 1998년 1월에는 북한의 ‘대외경제협력추진위원회’와 ‘라진로템제약’ 공장 설립에 합의하였다. 그러나 현재 북한과의 사업과정에서 사소한 문제 발생으로 북한에서 입국을 허용하지 않고 있어 대북 사업은 중단된 상태이다. 그 외에도 ‘월드비전’이 평남 개천인민병원 아동병동에 기초의약품 및 의료장비, 담요와 함께 환자들을 위한 급식을 지원하고 있다.

이상 대북 단체의 사업대상지역을 살펴보면 대부분 평양이며, 일부 개방지역인 신의주, 나진·선봉 등에 국한되어 있었다. 방북자들에 의하면 평양은 ‘북한 속의 또 다른 나라’라고 일컬을 정도로 생활수준이나 환경이 다른 지역에 비해 양호하고, 그에 반해 타 지역은 크게 열악하다고 하였다. 2002년 북쪽 산간지역을 방문한 남한 민간단체 관계자는 에티오피아 수준의 험벗고 굶주린 동포들이 그곳에 있었다고 전한 바 있다. 따라서 대북 보건의료 지원이 일부 지도층이나 한정된 지역주민을 위한 것이 아니고 고위험 대상을 목표대상으로 하여야 하기 때문에 취약 지역이나 취약계층을 대상으로 한 사업추진 방안 모색이 급선무라 하겠다. 이러한 방안의 일환으로 최근 국제 원조기구들은 북한의 지원지역 또는 지원대상이 일부 계층만을 위한 것으로 변질되는 것을 막기 위하여 분배에 대한 모니터링 활동을 요구하고 있으며, 이러한 활동에 제한을 받을 경우 사업을 철수하고 있다.

2) 보건의료단체

북한 보건의료 분야에 대한 체계적이고 지속적인 지원과 협력사업을 추진하기 위해 구성된 ‘우리민족서로돕기운동 보건의료협력본부’는 의약품 원료 및 완제품, 돋보기·안경 및 안경제작 설비 등의 물품지원 등이다. 또한 의약품 지원, 정제생산 설비 일체를 평양 정성제약 공장에 지원하고 있다. 동 본부는 수액 생산 설비를 지원함으로써 치료시 가장 시급하게 요청되는 수액제(링겔) 공급 문제를 해결하는 방안을 마련하고 있다. 3차 년도에 걸쳐 진행되는 북한 기초의약품 생산 복구 지원사업은 일회성 사업이 아닌 중장기적 지원 사업으로서, 지속적이고 안정적인 남북 보건의료 협력의 기반을 마련하는데 기여할 것으로 예상된다. 사업추진 방식은 남한에서 기술지도 인력이 방북하고, 북한측에서는 공사 인력을 담당하고 있다.

‘우리민족서로돕기운동 보건의료협력본부’ 개별단체의 중점 대북 사업내용을 제시하면 다음과 같다.

‘대한의사협회’는 민간단체인 ‘우리민족서로돕기운동’ 보건의료분과(대한의사협회장이 위원으로 참여하고 있음)에 소속되어 대북 지원사업을 시작하였다. 주요 사업으로는 의료사업과 시설 및 약품 지원사업 등이다. 구체적으로는 ‘보건의료협력운동’본부와 공동으로 평양에 소재한 정성제약회사 설립을 위한 자금 및 제약설비 지원사업 등이다. 2003년도에는 정성제약의 수액제 생산설비시설의 준공, 평양의과대학 기자재 지원 등이다. 동 협회에서는 대북 지원 규모 및 비용 등, 보다 구체적인 내용에 대해서는 대부분 ‘대외비’라고 하여 정보를 제공하지 않음에 따라 사업추진 규모는 파악할 수 없었다. NGO의 대북 창구에 대해서는 그 동안 정부가 정책적으로 대북 지원사업을 개방해 왔으나 현재 상황에서는 통일부에서 어느 정도의 통제가 필요한 시점에 있다고 의견을 제시하였다.

한편, 대한의사협회의 남북 교류·협력사업은 2001년 9월 남측 의료진으로는 처음으로 북한 주민을 대상으로 백내장 수술 프로젝트를 실현했으며, 2003년 10월에는 최초로 남측 의료진이 제5차 ‘평양의학과학토론회’에 참석하게 되는

성과를 이룩하였다. 1999년부터 우리나라, 일본, 미국 등의 재외국 한국인을 북한이 초청하는 형식으로 ‘국내외 동포들의 평양의학과학 토론회’가 개최되었는데, 2002년 제4차 토론회까지는 남한 국적의 의료인은 참석하지 못했으므로 북한과의 보건의료 기술교류는 교포의료인을 통해 간접적으로 이루어져 왔다. 2003년에 이르러서 대한의사협회장을 단장으로 24명의 의사들이 5차 토론회에 참석하여 북측의 보건관계자, 과학자, 기술자, 의사 등과 인적 접촉을 통한 기술 교류의 진전을 가져왔다. 동 토론회에 참석한 의료진에 의하면 토론회과정에서 남북한간의 의학용어가 달라 일상용어는 80%정도 알아들을 수 있었으나 의학용어는 50%이상 다른 것으로 파악되었다. 향후 계획은 각종 지원사업을 추진하면서, 북측 의학자들이 남한의 학술대회에 참가할 수 있도록 방안을 모색하는 일이라고 하였다(연합뉴스, 2003).

동 토론회에 대해 북한측은 ‘평양조선중앙통신’의 보도를 통하여 “논문 발표와 과학 및 전문과별 토의로 나뉘 열린 토론회가 현 시기에 절박하게 제기되고 있는 과학기술적 문제들을 해결하고, 세계 의학과학 기술 발전추세에 적합하게 첨단과학기술 분야의 성과들을 질병 예방과 치료에 도입 적용하기 위한 가치있는 연구성과들과 귀중한 경험들이 소개, 발표됐다”고 긍정적으로 평가하였다.

‘대한한의사협회’의 대북 지원사업은 ‘보건의료협력본부’를 통하여 정성제약 설립을 위한 자금 지원과 협회 독자적인 사업으로 북한 고려의학 종합병원 현대화를 위한 시설 및 설비,약품, 자금을 지원하고 있다.

‘열린치과의사회’와 ‘남북치교협’은 2000년부터 ‘한민족복지재단’ 창구를 통하여 북한 8개 도시에 소아병원 설립을 추진하고자 관련 물품들을 지원하였으나 뚜렷한 교류 및 협력이 이루어지지 못하고 있다. 그나마 2002년 6월 대한치과 의사협회장과 기획홍보이사가 북한을 방문하여 ‘구강보건 분야에서의 협력사업 적극 추진’을 비롯해 3개항의 합의를 담은 의향서를 교환하는 등 교착상태에 빠진 치과계 남북 협력사업을 활성화시킬 수 있는 가능성을 안고 온 것으로 평가되고 있다.

‘대한결핵협회’는 1999년부터 대북 지원사업을 시작하였으며 2003년부터는 대북 지원사업 공식단체로 인정받아 독자적인 사업을 추진 중에 있다. 그 동안

주요 지원물품은 BCG 백신 및 주사기, 관련 약품 및 시설 지원 등이다. 2002년에는 평양소재 '정성제약연구소'의 결핵약품 제조시설 일부를 지원하였다.

'한국제약협회'는 북한측의 요청에 의해 입원환자에게 필요한 수액제를 지원하였다. 수액제는 무겁고 깨지기 쉽기 때문에 일반적인 물품보다 운송상 어려움이 있고 비용이 많이 소요된다. 현재 허용되고 있는 대북 물품 지원방식은 해상운송이며, 이 때 물류비용은 비슷한 거리에 있는 중국보다 북한으로 가는 비용이 약 1.5배이다(송경민, 2002). 따라서 운송에 따른 간접비용의 부담은 대북 지원의 효율성을 저하시키고 있어 육로운송 통로의 개방이 시급히 요구되고 있다.

3) 대북 보건의료사업 실무상에서 제기되는 문제: 구조와 그 성격

민간단체들이 남북 보건의료 협력사업을 전개하면서 경험했던 문제점을 요약하면 다음과 같다.

첫째, 의약품 및 장비 지원의 경우, 북한의 요청에 따라 남한의 여러 단체가 중복적이고 반복적인 지원으로 인하여 비효율이 초래되고 있다. 이는 어느 단체에서든 빠른 시일내에 지원을 받아야 하는 절박한 심정에서 요청을 하게 되는 것으로 이해되나, 단체간 혼선과 과잉지원을 초래하게 된다. 예를 들어, 1년에 1회 복용하는 기생충약을 여러 단체에서 지원하여 위생적이지 못한 약품 창고에 보관한 경우 등이 발생된 바 있다.

둘째, 북한 주민의 신체상태에 적절한 약품들을 중심으로 지원하고 처방방침을 마련하는 것이 원칙인데, 남한측의 지원약을 남한에서 복용하는 용량으로 처방되어 사용됨으로써 북측의 환자가 구토 및 현기증 등의 부작용을 호소하는 경우가 있다. 또한 특정 약품을 제외하고는 북한 의료진들이 처방해보지 않은 약을 사용하는 것에 대해서는 매우 불편해 하고 있다.

셋째, 지원한 의료장비들은 전력사정의 악화로 전기 공급이 자주 중단되기 때문에 쉽게 고장나 사용하지 못하는 경우가 발생되고 있다. 따라서 각종 전기 문제에 대비하여 전압안정기, 발전기 등 전력 중단시 사용할 수 있도록 세심하

게 관련 기기를 준비하여야 할 필요가 있다. 때문에 경우에 따라서는 반자동 장비가 실질적으로 도움이 될 것이라는 의견이 제안되기도 한다.

넷째, 대남 창구인 북한 ‘아태’ 또는 ‘민화협’에서는 무조건적으로 첨단이나 새것을 선호하는 경향이 있어 최신 의료장비를 지원하지만 북한 의료여건에는 적합하지 않아 사용하지 못하고 있다. 실제 현장에서 일하는 의료인들은 중고 품도 환영한다는 입장을 확인한 바 있으나 전문적 지식이 없는 북한의 대남 창구에서의 요청으로 이에 대한 조율이 안되고 있는 실정이다.

이상의 문제들을 최소화하기 위해서는 남북 보건의료인간에 실질적인 협력을 할 수 있는 기술 또는 학술 교류의 성사가 필수적이다. 5차례에 걸친 ‘평양의 학과학 토론회’에서 북한 보건일꾼들도 선진 기술 습득을 위한 교류·협력의 필요성을 충분히 인식하고 있는 것으로 파악된 바 있다. 그러나 교류·협력이 이루어지지 못하고 있는 이유는 대남 협상 주도기관이 ‘아태’, ‘민화협’ 등 안내 기관에서 담당하고 있고, 북한 의료인들은 실제 권한이 없는 데에 있다.

마지막으로 북한측에서는 남한 지원단체들간의 과열 경쟁을 조장하는 측면이 없지 않다는 것이다. 예를 들면, ‘어느 단체에서는 이 정도는 금방 했는데, 이 단체는 별로인 것 같아’ 등의 발언을 하며 경쟁을 유발시키기도 한다는 것이다 (송경민, 2002)

한편, 대북 지원에 따른 국내에서의 문제는 보건의료와는 관계가 적지만 보건의료사업에서 반드시 필요한 물품 지원의 경우, 사업의 명분이 적다는 것이다. 예를 들어, 의료시설 복구에는 의약품 및 의료장비도 중요하지만 입원실 보수를 위한 건축기자재, 철근, 유리창 등의 물품 지원이 수반되어야 한다. 그러나 이러한 부분은 기금사용이나 모금에 있어서 명분이 잘 서지 않아 어려움을 겪게 된다.

4. 남북 교류·협력을 위한 북한 보건의료인 접촉 과정 평가

남북 보건의료 교류·협력의 기반을 구축하기 위한 전략을 개발하기 위해서는 남한 보건의료인들이 북한 보건의료인과의 직접적인 접촉을 시도하여, 접촉 시도 과정을 탐색하고 접촉하는 과정과정 각 단계에서 나타나는 현상을 파악, 분석하는 것이 실효성 측면에서 최선의 방법이라 할 수 있다. 또한 북한 보건의료인들을 접촉하여 북한 보건의료의 우선순위와 이에 따른 교류·협력 가능성을 타진하고, 교류·협력에 장애가 되는 요인이나 문제를 도출하여, 상호 의견차이를 좁혀나갈 수 있는 방안을 모색할 필요가 있다. 기 발표된 연구에서도 현재 보건의료분야에서의 남북관계에서 남북 이질감의 해소와 민족통합을 위해서는 북한 보건의료인과의 인적 접촉을 통한 노력의 중요성을 강조한 바 있다(이윤환, 2002).

이에 본 연구에서는 특정주제를 대상으로 남북 보건의료인들이 토론할 수 있는 장을 마련하여 남한 NGO, 북한 ‘아태’ 또는 ‘민화협’, 북한 의료인간의 삼자간의 상호작용이 어떻게 이루어지는지 직접 부딪혀 보고 그 과정에서의 참여 및 관찰을 통하여 교류·협력의 장애의 근원은 어디에 있는 지를 찾고, 교류·협력으로 발전시키기 위해서 요구되는 점이 무엇인지 도출하고자 한다.

가. 남북 보건의료 토론회 개최 타진 및 주제 탐색

본 연구의 연구자는 남북 보건의료인 토론회 개최에 관한 북한측의 의사를 타진하고자 2003년 3월 대북 물품지원 사업현장 모니터링을 목적으로 비정부기구(NGO)인 한 민간단체⁷⁾을 통해 북한을 방문하였다.

사전 방문일정을 검토한 결과 남북 토론회 개최에 대한 북한의 의사타진 대상 또는 단체는 북한의 ‘조선의학협회⁸⁾’로 판단되었으나, 방북경험이 많은 한

7) 1995년 북측 초등학생들에게 빵을 지원하면서 시작된 KO단체는 사회복지법인으로 동 단체의 인도적 지원사업은 현재 축산, 아동 보건복지, 교육 등의 분야로 사업을 확대하고 있음.

8) 조선의학협회는 보건부문에서 일하는 의사 및 약사 등 전문인들로 이뤄진 노동당 외곽단체로 1970년에 결성되어 각종 의학강연회 및 토론회를 개최하고 제3국과의 교류 및 의학잡지 등을

관계자의 도움으로 대북 관련사업 및 교류 등에 관련된 모든 사항은 북한의 ‘민족화해협의회(민화협)⁹⁾’가 결정권한을 가지고 있다는 사실을 알게 되었다.

방북 마지막날 연구자는 본 연구 목적을 달성하기 위해 ‘민족화해협의회’ 대표 참사와 평양시내 참관 도중 면담할 수 있는 기회를 마련하였다. 평소 북한에서 선전·홍보용으로 내세우는 ‘평양산원’의 최신 시설과 북한이 모성과 어린이 정책에 대해 중요하게 다루고 있다는 점을 착안하여, 면담 도중 연구자는 보건의료분야에서 비교적 기술격차가 적은 출산 및 모유수유 등의 모성 건강증진을 위해 남북한 관계자가 만나 상호 장점을 알릴 수 있는 교류기회를 마련할 것을 요청하였다. 남북간 의료기술 및 치료 수준의 우위를 논하거나 비교하지 않게 된다는 점 때문에 북한측에서 의료인간의 접촉에 비교적 거부하지 않을 것이라는 기대 때문이었다.

덧붙여 연구자는 남북 보건의료인들이 교류할 장소로 북한측의 어려운 입장을 고려하여 제3국인 ‘중국’에서 개최할 것을 제안하였으나, 북측에서는 오히려 평양에서 개최할 것을 다시 제안하였다.

북한 ‘민족화해협의회’측의 남북 보건의료인 토론회 개최 합의를 받은 연구자는 방북을 마친 후 남한 대북단체(후술 ‘KO’로 칭함)에게 후속 진행사항에 따른 협조와 추진과정을 의뢰하였으나, 동 단체의 공식적인 의견은 토론회 추진이 단체의 설립목적이나 사업목적과는 달라 추진하기 어렵다는 의견이었다. 본 연구진은 재차 북한 ‘민화협’과 사전 합의한 사실이라는 점을 알리고 KO단체로 하여금 직접 북측을 대상으로 남북 토론회 개최에 대한 확인과 협조 요청을 전달하였다. 이러한 과정을 거쳐 KO단체는 대북 사업담당자가 북한 방문시 연구자가 작성한 토론회(안)을 가지고 북한측과 의견을 교환하게 되었고, 2003년 5월 북한 민화협 관계자와 접촉한 후 KO단체에서도 ‘남북 보건의료인 세미나(북측에서 제시한)’를 추진하자고 동의하기에 이르렀다.

발간하고 있음.

9) 북한의 정계, 사회·문화계, 종교계 등의 각계 단체들로 구성된 협의체, 온 민족의 접촉·대화와 연대 연합을 실현하기 위한 실무기구, 북한 방문 요청시 초청장 발급 기관임. 남한에도 ‘민화협’이 있는데 민족화해와 통일을 위해서 정당과 사회단체들이 참가한 통일운동 상설협의체임.

전술한 바와 같이 남북 보건의료 학술 교류 주제는 남한측이 제안하여 북한측이 합의한 모성보건분야이었다. 출산전후의 여성 건강관리 분야는 첨단 의료 기술의 개입이 적어 비교적 남북간에 격차가 심하지 않아 남북간 이질감이 적은 주제이기 때문에 북한측에서 수용한 것으로 판단된다.

나. 남북 보건의료인 토론회 추진

KO단체의 남북간의 중개로 이른바 ‘여성 건강증진을 위한 남북 보건의료인 토론회’를 추진하게 되었다. 가장 먼저 토론회 추진 규모와 비용이 결정되어야 했는데, 연구진은 KO단체와의 수 차례에 걸친 의견 교환결과, 추진비용을 최종 3천만원으로 합의하게 되었고 의약품 등의 물품을 한 컨테이너(약 1억원 상당의 비용) 정도 지원할 것을 요청하였다. 이후 추진방법에 대해 KO단체는 북한측과 의견을 사전 교환하여 북한측이 요구한 사실임을 알리고 요구사항을 수용할 경우에만이 토론회가 가능하다는 단서를 제시하였다. 즉, 참석자수는 10명 이내로 제한하자는 제의와 함께 이 규모에서 남한에서의 지출비용은 그 동안의 유사 사례를 고려할 때, 매우 적은 금액이기 때문에 대북 지원사업 보건의료 시설에 대한 모니터링 목적으로 방북하게 된다는 사실을 주지시켰다. 따라서 북한측의 참석범위는 대북 지원사업을 받은 의료시설의 원장 또는 부원장 등으로 토론회를 방청하는 의료인들은 없을 것이라는 사실을 통보하여 왔다. 또한 KO 단체는 토론회는 기피하기 때문에 북한측에게 모니터링팀이라는 점을 인식시키고자 대북지원 대상 의료기관의 기술자 4명과 동행하게 된다는 사실도 알려왔다. 이에 연구진은 KO 측의 요구(북한측의 요구라고 전제하고 있는)를 수용하되 당초 토론회 계획안대로 평양산원, 평양 의과대학, 진료소 등에 근무하고 있는 의료인과 교류하고 방문기관으로 추가해 줄 것을 강력하게 요청하였다. 그러나 KO 단체는 통상적인 경험에 비추어 볼 때, 북한측은 확답을 한다 할지라도 추진과정과 합의내용을 수시로 변경시키기 때문에 토론회를 개최하기 바로 전까지는 참석자와 방문기관을 알 수 없다고 하였다. 다만, 남한에서 지원한 물품과 기자재가 사용되고 있는 ‘평양 의과대학’과 최고의 시설이라고 자랑

하는 ‘평양산원’은 그 동안 남한 의료인들이 방문한 곳이었기 때문에 방문이 가능할 것이나 일선 주민의 일차의료서비스를 제공하는 진료소는 의료인과의 접촉도 어렵고 방문도 불가능하다는 것이었다. 그 동안 남한에서 지원이 이루어졌다면 가능하겠으나 전혀 지원이 없었기 때문에 불가능하며, 방문을 원할 경우 앞으로 수역을 지원한 이후 가능하다는 북한을 대변하는 설명을 부연하였다. 이는 곧 취약하고 낮은 수준의 의료시설에 대해서는 공개하지 않겠다는 방침을 엿볼 수 있었다.

한편, 북한측의 주관기관은 ‘조선의학협회’라고 알려왔으며, 남한측에서는 토론회 주제의 성격과 비용부담을 감안하여 ‘한국보건사회연구원’과 ‘대한가족보건복지협회’ 및 ‘한국건강관리협회’와 공동으로 추진하는 것으로 계획하였다. 또한 북한이 고려(동)의학은 주체의학으로 강조하고 있다는 사실을 고려하여 출산여성의 한방의료 측면에서의 관리에 대해 교류하고자 ‘동서간호학 연구소’ 소장이 참여하는 것으로 계획하였다. 계획 초기, 토론회 주관에 긍정적인 반응을 보인 ‘대한가족보건복지협회’는 북한과의 인적 접촉에 따른 고액의 비용지출에 대해 도저히 납득하기 어렵다는 의견을 제시하면서 현 상태에서는 토론회를 통해 이루고자 하는 목적을 달성하기 어려울 것이 예상되므로 토론회에 참여하지 않겠다고 통보하였다. 이에 연구진은 KO단체에게 토론회 추진비용 확보가 어렵다는 상황을 전달하게 되었고 결국 비용은 2천만원으로, 참석규모는 7명 수준으로 축소하기로 하였다.

토론회 주제별 내용은 여성 건강증진을 위한 여성의 산전후 관리, 빈혈 및 B형 간염 및 기생충 감염 실태 등이었으나 북한측에서는 자료를 인쇄하지 않고 자료 없이 방문 보건의료기관에서 발표하겠다고 통보하여 왔다. 북한의 경제수준이 극한 위기수준으로 말미암아 일반 교과서 인쇄는 물론 학생들이 사용할 종이조차 구하기 어렵다는 사실을 고려할 때 이해할 수 있는 문제였다.

토론회 개최시기는 중국 등 아시아 지역의 SARS의 영향으로 6~8월 중에는 토론회 추진이 어렵게 되었고 이후 몇 차례의 의견을 거쳐 9월 1~6일 주간으로 최종 확정되었다. 남한 국민이 북한을 방문하게 될 경우, 방북 1~2주일 전에 남한측 대북 창구인 민간단체에서는 북한측에게 방북자 명단을 제출하고 북

한측에서 방북자 승인 명단을 남한측 단체에게 다시 통보하는 과정을 거치게 된다. 이 과정은 방북예정자들이 과거 남한에서 북한에 대해 불리한 발언이나 글을 작성한 경우 방북을 허용하지 않는 스크리닝 장치로 이용하고 있는데, 북한측에서는 방북 1주일 전 참석자가 많으므로 방북자 11명(보건사회연구원 4명, 건강관리협회 2명, 동서간호학연구소 1명)을 7명 수준으로 축소하라는 의견을 전달하여 왔다. 이에 KO 단체에서는 기술자 4명에서 2명으로 감소시켰으며, 연구진에게 토론회 참석자도 1명 정도 줄여 줄 것을 요청하여 왔다. 남측에서 1명을 줄이지 않을 경우 방북명단의 맨 마지막 대상자가 제외될 수 있을 것이라면서 북한의 독단성을 엿볼 수 있었다. 연구진은 여러 차례 KO 단체에게 부탁과 협조를 요청하였으며, 며칠 후 북측에서는 당초 계획한 규모대로 모두 참석할 수 있는 명단 통보가 왔다.

북한 입국 경로는 중국 북경을 경유하여 평양에서 개최하는 것으로 계획되었는데 북경으로 출국하기 전날 오후 늦게 북한측의 일방적인 통보로 토론계획은 일단 무기한 연기되었다. 사유는 북한측의 내부사정으로만 밝히고 있어 정확한 이유는 알 수 없었으나 토론회 개최주간인 9월 4일에 북한 최고인민회의 개최 및 투표 실시와 영웅대회로 전국민 시가전이 있고, 남한의 개천절과 같은 99절(9월 9일)의 국가적 행사로 인하여 이 기간 동안 외국인의 입국은 모두 취소되었다고 전해지고 있다.

그 동안 남북한간의 약속된 회담이나 교류 관련 일정이 북한측의 사정으로 재조정되는 사례는 빈번하게 발생되었으며, 보건의료분야에서도 북한측의 사정에 따라 일방적인 지연사례는 자주 발생된 바 있다. 어떠한 사정이 있다 하더라도 2~3일 전까지 남북한간에 충분히 합의한 사안임에도 불구하고 북한 당국의 일방적인 연기는 북한을 신뢰하기 어려운 대상임을 다시 한번 확인할 수 있는 기회이었다. 수많은 비용을 투입하여 지원한 대북 단체에 대해 북한 당국이 업무진행 및 의사결정 과정에서 얼마나 일방적이었는가를 알 수 있는 바, 대북 단체의 북한 사업 추진에 대해서는 협상력을 제고시킬 수 있는 구체적인 대안을 마련할 필요성이 요구되었다. 한국건강관리협회에서도 북한에 대한 평가는 부정적이었다.

9월 이후부터는 토론회 개최시기가 확정되지 않는 상태이었는데 방북일자는 북한측의 일방적인 통보에 의해 토론회 개최주간 3일 전에 북측으로부터 방북 날짜를 알려왔다. 이에 기존 업무계획으로 도저히 참석이 불가능한 ‘한국건강관리협회’는 참석을 포기하였고 본 연구의 연구진 4명과 KO단체의 담당자가 방북하여 북한 보건의료인과의 토론회에 참여하게 되었다.

방북은 북경을 경유하여 이루어졌는데 2003년 3월에 세미나 요청을 수용했던 북한 참사가 호텔을 방문함에 따라 잠시 토론회에 대한 얘기를 나눌 수 있는 시간을 마련할 수 있었다. 이 과정에서 북한 참사는 북경에서 북한 참사 000씨를 만났다는 사실을 북한 관계자에게 전달하지 말라는 당부를 하였다.

다. 북한 보건당국의 남북 교류·협력 사업에 대한 인식

북경을 거쳐 평양에 도착한 연구진은 최종 토론회 일정과 방법을 확인할 수 있었다. 북한측은 각 의료시설을 방문한 장소에서 기관단위로 개별 토론회를 개최하자고 제의하였다. 북한측의 토론 참석범위는 9월 28일부터 9월 30일 까지 3일간에 걸쳐 방문 견학한 병원, 의과대학, 육아원의 원장 또는 부원장과 계약회사 담당자들이었다. 그리고 모든 일정에는 북한측의 ‘민회협’ 관계자 2명이 동행하였다.

북한 보건의료인들은 자신이 근무하는 기관의 소개와 관련 보건의료 수준을 설명하고 본 연구진으로 구성된 남한측에서도 관련 실태를 소개하며 토론하는 형식을 취하였다. 북한 보건의료인들의 대부분은 사회주의 체제 속에서의 철저한 주체사상으로 김일성과 김정일의 보건의료에 대한 관심을 칭송하였고, 남한측이 지원한 물품의 사용정도와 불편한 점을 지적하였으며, 질문사항에 대해서는 대부분 상세하게 응답하였다. 연구진들이 남북한간의 교류와 협력을 제안하자, 북한 보건의료인들은 남한측 의료인 대부분이 남한 보건의료시설 견학을 제안한다고 응답하였다. 연구진은 이들의 표정에서 최신 의료기술을 습득하고자 하는 욕구를 엿볼 수 있었다. 그럼에도 불구하고 교류·협력이 이루어지지 못하고 있는 이유에 대해 북한측은 그 이유를 남한측에 있다고 지적하였다. 즉,

‘민화협’ 관계자는 1993년 8월 대구에서 개최된 유니버시아드 대회에서 북한 대표단체에게 대응한 남한의 우익단체의 과격한 행동을 지적하면서 남한은 일차적인 신변안전이 보장되지 않기 때문에 수용하기 어렵다고 응답하였다.

토론회 마지막 일정으로 북한 보건성 대외협력사업국장이 북한의 보건의료체계와 규모 등에 대해 설명하였다. 예를 들어, 1차진료기관인 진료소, 인민병원까지는 내무성 관할이며, 보건성은 중앙병원, 나병원, 결핵병원 등을 관할하고 있다고 하였다. 북한에서 가장 심각한 질환은 말라리아와 결핵이며, 비전염성 질환은 뇌졸중, 심장질환, 암, 뇌외상 등, 고령화로 인한 만성질환이라고 하여 북한측이 설정한 우선순위 보건사업을 알 수 있었다.

남북 교류·협력사업에 대해 북한 보건 당국자는 남북한간 물질·인적·기술 교류의 필요성을 인정하였고, ‘말라리아, 뇌염, SARS 등의 조기경보’를 통해 상호 방역소독 협력 등의 질병 공동대처를 위한 제도적 장치 마련에 대해 긍정적인 반응을 보였다. 연구진은 남북 각 보건당국 지도자간의 교류·협력 활성화에 관한 회담 성사를 위해 상호 정부 당국에 건의하기로 제안하였다. 이 부분은 정치적으로 풀어야 할 과제이기 때문에 합의를 보지 못하였으나 북한 당국자는 긍정적으로 받아들였다.

남북한간의 교류와 협력에 대한 안건으로 제시한 사항은 아래와 같다.

- 전염성 발생 등 상호 주민의 건강관리 및 보호를 위한 보건의료 정보 교환체계 확립
- 남북 주민이 상대지역 체류 중 발생된 질병이나 사고에 대한 의료적 지원체계 마련
- 상호 지역사회(남측 보건소-북측 진료소)간 자매결연
- 남북 정부간 보건협정서(합의서) 작성 추진 위원회 구성 및 작성·체결
- 남북 이산 상봉 가족 간의 기초 의료용품 교환 인정
- 남측에서 필요로 하는 한방 약초재배 또는 한약재 등을 북측이 수출할 수 있는 공식적인 관계 마련
- 북측 또는 남측 경제특구 지역에 남북 협력의료시설 설립 및 공동운영

- 의학, 한의학 등의 의료용어 통일, 출산장려정책 등의 현안에 대한 학술교류
- 남북 보건의료인간 의료시설 상호 방문 및 연수(한방분야, 약물재배, 대체요법 등)
- 남북한 공동 지역보건사업(말라리아, 기생충, 결핵 등):나진 선봉 등의 특구 주민에 대한 보건교육 및 건강마을 가꾸기 프로그램 전개 등

라. 남북한간의 보건의료 교류·협력 과정 평가 및 시사점

남북한간의 교류와 협력의 제도적 기반은 무엇보다도 ‘남북 6·15 공동선언’이다. 보건의료분야의 남북 교류·협력의 물꼬를 튼 대상은 비영리적 인도적 지원활동을 해 온 민간단체들이며 이들의 그 동안의 성과에 대해서는 높이 평가하여야 한다.

보건의료 분야는 동일한 자원을 투입하고서도 지식 및 기술수준에 따라 그 성과가 매우 큰 폭으로 차이가 나므로 지식 및 기술 제고를 위해서는 남북 의료인 상호간 의사소통이 매우 중요한 수단이다. 북한 보건의료인들과의 접촉 과정을 통하여 남북한간의 교류 및 협력 수준을 평가하면 북한의 대남 창구인 ‘민화협’ 등과는 기본적인 의사소통은 무리 없이 이루어지고 있다고 평가할 수 있다. 그러나 교류·협력 당사자인 보건의료인으로 한 단계만 내려와도 상당 부분 제약과 한계가 있는 것으로 나타나 현재까지는 남북 관계가 민족의 동질성 회복이라는 실질적인 의미를 가져오지 못하였다고 평가할 수 있다. 북한 보건의료인들은 토론과정에서 남한으로부터 보건의료분야에 대한 지원을 절실히 원하였고, 임상의학 및 치료기술 습득에 대한 강렬한 욕구를 엿볼 수 있었다. 그럼에도 불구하고 북한 당국은 의료인들의 욕구를 충족시키기 위한 남북 교류·협력에 노력을 기울이지 않았으며, 북한 의료인들과 식사를 같이 하거나 자유로운 대화를 할 수 있는 시간마저도 전혀 허락하지 않았다. 의사소통은 상호 정보교류를 통한 지식의 확대와 신뢰 증진의 기회를 제공하고 협력적인 행위를 촉진시키는 제도의 생성으로 발전시킬 수 있다(김학성, 2002). 따라서 남북한 의료인간의 의사소통은 보건의료 분야의 교류·협력 기반을 마련하는데 필요한

한 과정으로써 향후 한정된 자원으로 효과적인 보건의료사업 성과를 거두기 위해서는 보건의료분야의 특수성을 고려한 원활한 의사소통 전략이 요구된다. 이를 위해 전제되어야 할 조건으로는 대남 협상 주도기관과의 신뢰 구축이 그것이다. 교류 및 협력의 결정 권한이 ‘아태’, ‘민화협’ 등 대남 협상기관에서 담당하고 있고, 북한 의료인들은 실제 권한이 없기 때문이다.

북한은 평양 등의 지역과 남한에서 지원하고 있는 의료기관 및 시설의 제한적인 공개, 그리고 대남 관계자(민화협, 특정 대남 접촉 의료인)만의 접촉을 허용하고 있다. 때문에 여전히 북한은 ‘민화협’ 이외 보건의료인과는 접촉할 수 없는 폐쇄적인 관계에 머무르고 있다. 이러한 관계로 볼 때, 북한측은 여전히 남한측에 대해 신뢰하지 않고 있다고 하여도 과언이 아니다. 북한측이 자존심을 버리고 열악한 보건의료 상황을 공개할 경우 남한측이 이를 정치적으로 이용하거나 보건의료 분야 이외 실상을 낱알이 파헤쳐 남한 국민에게 이념적 우위를 점하게 하거나 적대행위를 강화하는 수단으로 활용하지 않을 것이라는 확신이 아직 없는 상태라고 미루어 짐작할 수 있다. 북한 정부 차원에서는 보건의료분야가 정치적인 색채는 비교적 적은 분야이지만 국가 경쟁력인 일반 주민의 건강 및 노동의 질 수준을 공개하여야 되기 때문에 남한 의료인을 접촉하게 됨으로써 초래되는 체제 붕괴 위기감 때문에 거부하고 있다고 판단된다. 이러한 문제 때문에 북한은 보건의료분야의 교류·협력보다는 지원물품만을 계속적으로 요구하는 것으로 해석된다.

따라서 남한측은 북한 보건의료 개발복구를 시급히 추진하여야 한다는 순수한 인도주의 차원에서 관련 정보를 수집하고자 한다는 신뢰감을 인내심을 가지고 북한측에게 심어 줄 필요가 있다. 이는 보건의료 개발 지원을 하는 국제기구들에게는 상당부분의 지역사회와 일선 주민의 건강수준을 공개하여 상호 정보를 공유하고 있기 때문에 이러한 주장이 설득력을 가진다.

또 다른 측면에서의 신뢰 수준을 살펴보면 북한 당국은 북한 의료인들에게 남한측을 신뢰할 수 없는 대상으로 인식시키고 있다는 점이다. 북한 당국자가 북한 의료인들이 있는 상황에서 남한에서의 신변위협을 문제삼아 북한 의료인들을 인적 교류를 위해 남한으로 보낼 수 없다는 식의 발언이 그것이다. 이러

한 발언은 북한 의료인들로 하여금 남한을 배타시 하고 남한 보건의료 실무자와의 긍정적인 신뢰구축 및 협동관계 형성을 방해하는 부정적인 요인이 된다. 의사소통 수단의 권력화는 왜곡된 관계를 조장한다는 관점에서 시급히 해결하여야 할 문제이다. 따라서 정치적 여건조성과 함께 북한의 대남 창구 기구인 ‘민화협’을 대상으로 한 신뢰관계 형성이 여전히 중요하다.

한편, 북한은 남한과의 보건의료 교류와 협력에 대해 긍정적인 반응을 보이고 있지 않고 있으나 의료기술분야의 경우에는 인적 접촉 또는 교류에 대해 조금씩 수용해 가고 있다고 평가할 수 있다. 또한 북한 보건성 당국자와 남북 보건의료문제에 대해 공식적으로 교류·협력 가능성을 토의했다는 점과 남북 보건복지부장관이 상호 보건 관련 협정을 이끌어 낼 수 있는 가능성을 타진하고 보건의료 교류·협력 활성화를 위한 유효한 제도적 장치 마련의 필요성에 대해 공감대를 이루었다는 점은 일부 진전된 남북 관계이었다. 이는 곧 보건의료 교류·협력을 위한 전략적 접근방안을 마련, 시도한다면 북한이 변화할 수 있는 가능성을 보여준 것이다. 이러한 변화 과정에는 그 동안 대북 포용정책이라는 틀 안에서 남한의 물질적인 지원이 바탕이 되었기 때문으로 해석된다.

IV. 동서독 및 북한·국제기구의 교류·협력 특성

1. 동서독 교류·협력의 체계적 정착과정의 내용 및 특성

동서독의 경우에는 분단의 근본문제인 이념과 정치적 체제의 수준에서 먼저 교류와 협력의 기반이 조성되고, 동독이 경제적 문제를 서독에 의존해 해결해야만 하는 필요성이 있었다. 결정적으로는 국제적 정세가 냉전의 완화방향으로 나아가는 호조조건이 전체적으로 유지되어 교류와 협력이 확대되는 과정에서 보건의료분야의 협력도 이루어 질 수 있게 된 것이다. 보건의료분야의 교류와 협력은 따로 떨어져서 실현될 수 없는 것이다. 따라서 동서독 보건의료분야의 교류 및 협력의 체계적 정착과정에서 남북한 보건의료분야의 교류 및 협력의 체계적 정착을 위한 시사점을 발견하기 위해서는 이러한 전체적 흐름도 같이 다루어 져야 한다.

본 논의의 진행은 교류·협력의 근본문제인 이념과 정치체제 및 군사적 대립 문제에 기인한 냉전구조의 해체를 본격적으로 유발시킨 서독 브란트 수상의 ‘신동방정책(Neue Ostpolitik)’과 그의 결과인 동서독 간의 ‘기본조약(Grundvertrag)’ 체결 이전과 이후를 나누어 먼저 전체적 교류 및 협력의 진행을 살펴보고 다음으로 각 분야의 교류 및 협력의 진행 과정과 그 일환으로서의 보건의료분야를 살펴보고자 한다¹⁰⁾.

가. 신동방정책과 기본조약 체결 이전의 교류 및 협력: 냉전구조하의 교류·협력

냉전구조는 공산주의와 자본주의 이념차이, 권위적 독재체제와 다원적 민주주의체제라는 정치사회적 차이, 그리고 이 차이가 무력을 바탕으로 한 군사적

10) 사건의 발생순서에 따른 기술은 주로 최의철, 신현기의 연구(2001)를 인용함.

대립을 야기하는 상황에서의 단절과 적대적 관계이다. 따라서 이 구조 하에서는 진정한 의미의 교류와 협력은 없고, 피치 못할 접촉만이 있었다고 보아야 한다.

이러한 상황은 2차대전이 끝난 후 소련과 동독의 관계가 점진적으로 발전되어 소련이 동독측에서 영향력을 행사하게 되자 다른 승전국인 미국, 영국, 프랑스가 1952년 5월 서독과 이른바 독일조약을 체결하여 서독을 하나의 독자적 주권국가로 승인하게 되고, 이에 대한 대응으로 소련도 1954년 3월 전격적 선언을 통해 동독을 주권국가로 인정해 주는 과정에서 발생되었다.

이러한 상황에서 서독의 아데나워 초대수상은 냉전체제에 순응하는 현실주의 입장에서 대동독정책을 추진하였다. 아데나워 수상은 서독이 독일의 유일한 합법정부로서 통일을 염두에 둔 동독정책을 추진하였다. 서독은 친서방정책을 기반으로 동독을 흡수하려는 공세적인 통일정책 즉 ‘힘의 우위정책’(Politik der Staerke)을 추진했다. 이러한 정책방향은 1955년부터 시행된 동독을 승인한 국가와는 외교관계를 수립하지 않는다는 소위 ‘할슈타인 원칙’(Hallstein Doktrin)에 잘 드러나 있다.

동독의 울브리히트는 소련식 사회주의 발전모델을 채택하고, 연방제(Bundesstaat/Foederation) 또는 국가연합(Staatenbund/Konfoederation)형태의 통일을 제의하였으나 통일국가의 형태는 사회주의 국가를 전제하는 ‘선 사회주의 건설, 후 사회주의 통일’을 통일정책의 근간으로 하였다. 또한 1953년 노동자 폭동과 지속적인 주민들의 탈출증가로 동독은 인적교류에서 기본적으로 차단정책을 견지하였다.

이와 같은 동서독간의 이념대립에 뿌리를 둔 정치적 대립은 상호인정거부로 나타나 냉전구조가 지배하던 이 시기에는 양독간의 공식적 접촉은 없었다. 다만 서독은 인도적 차원에서 최소한의 관계를 유지하였다. 그리고 베를린(Berlin)시의 불명확한 법적 지위로 인한 양독 주민의 왕래가 인적교류의 한 특별한 경우가 되었다. 기본적으로 동독은 인적교류가 체제안전을 위협하고 탈출로 인한 노동력 감소를 초래한다고 우려하여 원칙적으로 인적교류를 차단하는 정책을 견지하였다. 또한 동서독은 민간차원에서 제한적인 교역을 허용하였고 1951년

양독정부는 ‘경제 및 무역에 관한 베를린 협정’을 체결하였다. 서독은 동독주민들의 생활을 개선하기 위해, 동독은 자국의 경제적 취약성을 극복하기 위한 경제적 이익을 확보하려고 서독과의 교역에 응하였으나 당시 동서냉전이라는 국제정세 하에서의 인적교류나 경제적 협력은 최소한에 그쳤다.

본 연구에서 먼저 교류·협력의 기초는 의사소통이 먼저 이루어 져야 한다는 점에 착안하여 보면, 동서독의 냉전구조라는 것은 이념과 정치체제에 뿌리를 둔 것이므로 인식의 틀이나 행위의 틀과 직접적으로 상관된다. 따라서 냉전구조란 자신들이 입각한 인식의 틀이나 행위의 틀에 무조건적으로 절대적인 정당성을 주고, 적대적 관계에 있는 측의 인식의 틀이나 행위의 틀에 대해서는 무조건적으로 부정해 버리는 의사소통의 형태와 결합된다. 이 상황 하에서는 두 평행선이 존재하여 어떠한 의사소통을 통한 합의도 부재하게 되는 것이다. 따라서 의사소통 위에 성립하는 교류와 협력은 상황에 의해 강제되지 않는 한 성립되지 않고, 교류와 협력의 제도적 정착이란 더욱 요원한 이야기가 된다. 이러한 상황을 탈피하기 위해서는 자신이 입각한 이념적, 정치적 합리성이 절대적이지 않을 수 있다는 인식이 가능해지고 또 상대방은 그 자신이 입각한 이념적, 정치적 합리성에 근거하여 왜 그렇게 밖에는 할 수 없는가를 이해하게 되는 것이 필요하다. 이러한 의사소통능력의 함양은 자신들의 합리성을 포기하지 않으면서도 자신의 요구를 상대방의 입장을 고려해 수정하거나 받아들이기 어려운 상대방의 요구도 어느 정도 양보를 통해 수용할 수 있도록 만든다. 이러한 의사소통 능력의 기반이 일단 성립한 이후에야 비로소 교류·협력을 문제 삼을 수 있게 되는 것이다.

그리고 냉전구조를 가져온 국제적 정세는 시대의 흐름으로써 한 국가의 노력으로 거의 영향을 미칠 수 없는 주어진 현실이다. 따라서 교류·협력을 위해서는 교류·협력을 위한 국제적 정세가 조성되어 있어야 한다는 조건이 필요하다. 그러한 국제적 정세가 존재할 때 얼마나 빨리 얼마나 폭넓고 심도 있게 교류와 협력을 이루어 낼 수 있는가는 당사자들의 능력과 여건에 달려있다.

냉전구조 하에서도 가능했던 것은 최소한의 인도적 교류와 인도적 목적의 경제적 교류였다. 서독의 이러한 일관된 정책은 신뢰의 요소 중 평상시의 도덕성

에 해당된다고 볼 수 있다. 즉 냉전구조 하에서 하지 않았어도 될 인도적 교류를 일관적으로 했다는 것은 동독의 입장에서 보아서도 다른 영역에서 신뢰를 줄 수 있는 기반을 마련한 것으로 보아야 한다.

또한 동독이 냉전구조 하에서도 경제적 협력에 응한 것은 그 자신이 필요했기 때문이라는 것도 주목할 필요가 있다. 즉 무력의 우위에 의한 강제적 교류와 협력이 받아들여 질 수 없는 국가간의 상황에서는 어떤 의미에서든 자발적 협력을 가져올 수 있는 여건이 필요하다는 것이다. 이러한 자발적 교류와 협력을 냉전구조 하에서도 가져올 수 있는 요인이 물질적 혜택에 입각한 합리적 선택일 수 있다는 것을 동서독의 예는 보여주고 있는 것이다.

나. 신동방정책과 기본조약 체결 이후의 교류 및 협력: 냉전구조 해체 과정의 교류 및 협력

의사소통능력을 제한하는 따라서 교류와 협력의 싹 자체도 잘 틈어 낼 수 없는 냉전구조의 해체는 교류와 협력의 활성화와 제도적 정착을 위해서는 기본조건이라 할 수 있다. 이를 위해서는 개별 당사자로서는 어떻게 해볼 수 없는 국제정세가 이러한 기본조건을 가능하게 하여야 한다. 브란트 수상의 신동방정책도 이러한 국제정세가 존재하였기 때문에 가능했다. 브란트 수상 취임당시 국제정세는 무엇보다도 냉전구조의 근간을 이루던 미소간의 화해를 점차 더 필요로 하던 상황이었다. 존슨 미 행정부는 월남전 개입으로 대소 군축협상을 추진하였고, 소련은 중국과의 국경선 분쟁, 국내경기침체로 인해 서방과의 관계개선을 적극적으로 추진하였다. 브란트 수상은 이러한 세계적인 긴장완화 분위기에 편승하여 동독과의 장벽을 허물기 위한 우회적인 정책을 택했다. 이 것이 브란트 수상의 ‘신동방 정책’이 되는 것이다.

우선 소련 그리고 동구권과 국교수립 및 다양한 협정을 통해 긴장완화와 그를 통한 냉전구조의 해체를 꾀하였다. 또한 동독에 대해서는 냉전구조의 대명사였던 봉쇄적인 할슈타인원칙을 폐기하였다. 이는 동서독간에 쟁점이 되던 동서독간의 관계 설정의 동서독 간 차이와 상관성이 있다. 독일은 동독을 외국으로

보지 않음으로써 동서독 관계를 독일 내부의 관계로 본 반면, 동독은 동독과 서독이 국제법상의 독립적인 두 국가간의 관계로 보는 입장을 주로 취했다. 이러한 상황에서 할슈타인 원칙의 폐기는 실질적으로는 동독을 사실상의 국가로 인정하는 조치가 되는 것이다. 그러나 서독은 통일 시까지 일관되게 동독을 국제법상의 국가로 승인하는 것을 명시적으로 거부했다. 즉 서독은 동독과 소련이 요구하는 동독의 국제법적인 국가승인 요구를 전승 4개국의 독일 분단문제에 대한 유보권을 저해한다는 이유로 거부하였다. 소련은 이에 입장을 바꾸어 서독의 입장에 동의했다.

이러한 상황에서 동독의 자율을 주장하는 울브리히트를 호네커로 교체하려는 소련의 압력이 작용하였는데, 이는 그 동안의 서독의 대소관계 개선의 노력의 결과로 볼 수 있다. 이러한 상황을 계기로 동서독간의 기본조약을 타결하는 계기가 찾아 왔다. 1971년 12월 동서독간에 ‘민간인과 물자의 서독과 서베를린간 통과교통에 관한 동서독 정부간 협정’과 ‘여행 및 방문 완화와 개선에 관한 서베를린 시 당국과 동독정부간 협정’이 체결되어 서베를린 주민의 동독지역에 대한 자유로운 왕래가 보장되었고, 드디어 1972년 동서독은 ‘기본조약’과 ‘통행협정(Verkehrsabkommen)’을 체결하였다. 기본조약에 따라 동독은 서독정부로부터 사실상의 국가로 인정받았고, 서독은 독일의 단일 단독대표권과 할슈타인 원칙 등을 공식적으로 포기하여, 냉전구조의 해체를 공식화하였고, 이는 동서독간의 교류와 협력을 위한 제도적 기틀을 마련한 것이 된다.

기본조약 체결과정에서 동서독은 동서독관계에 대한 양측의 이견을 ‘상호 동등성에 기초한 정상적인 선린관계(normale gutnachbarliche Beziehungen zueinander auf der Grundlage der Gleichberechtigung)’라는 문구를 통해 합의한 것으로 상호 인정했다. 하지만 ‘정상적인 선린관계’의 해석을 동독은 국제법적 승인을 포함한 외국과의 관계로 파악한 반면, 독일은 문구상의 명시를 요구하지는 않았지만 조약 협상시 위의 문구가 동독의 국제법상 승인을 의미하지 않는 것이라는 입장을 확실히 밝혔다(통일원, 1993).

그럼에도 불구하고 동독이 기본조약체결에 응한 것은 서독의 확실한 의사표명에도 불구하고 문구상으로는 다른 해석의 여지를 남기는 양보와 이 조약체결

이 가져오는 실질적 이익 때문이었다. 즉 이 조약의 결과로 동독은 영국, 프랑스 그리고 미국과 수교하였고 유엔에 동시 가입하는 등 국제적 위상이 한층 제고되고, 서독과의 교역 및 비상업적 차원의 교류·협력(우편, 전화통화료, 도로 및 철도 사용료 징수 등)을 통해 경제적 실리를 획득하여 동독주민의 체제에 대한 불만을 어느 정도 해소시킬 수 있었다. 그리고 간과해서는 안 되는 점은 동독이 국제관계에 의하여 체제안정이 보장된다는 판단을 하였기 때문에 기본 조약을 포함한 내독관계의 활성화에 응해 왔다는 점이다.

서독은 통일이 단시간 내에 이루어지기는 어렵다고 보고 우선 분단의 고통을 해소하고 민족의 동질성을 유지하는 데 최대한의 역점을 두었다. 서독은 기본 조약 체결을 통해 동서독간의 교류와 협력을 제도화시키는 토대를 마련하였다. 서독은 동독에 대한 경제적 원조를 아끼지 않았으며, 동독은 교류를 통해 얻는 경제적 실리에 점차 길들여졌다. 따라서 동서독 관계는 경제협력을 통한 상호 의존에 의해서 보다 밀접하게 되었고, 국제환경의 영향에서 어느 정도 벗어날 수 있었다. 이러한 동독에 대한 실용주의적 기조는 수상이 슈미트로 바뀐 뒤 더욱 강화되었다. 슈미트 수상은 이념적이고 정치적인 통일논리를 전개하기보다는 오히려 교류·협력의 제도화를 바탕으로 분단의 고통을 경감시키기 위한 교류·협력의 활성화에 중점을 두었다. 즉 ‘고위정책(high politics)’ 보다 ‘하위정치(low politics)’에 초점을 두고 구체적인 문제의 해결을 위한 실용주의 정책을 구사하여 동서독간의 교류와 협력의 활성화에 기여하였다(최의철·신현기, 2001). 특히 슈미트 수상은 동독이 서독과의 각종 교류에 협력할 경우에 경제적 보상을 제공하였고 동독의 태도에 따라 지원을 계속할 것이라는 인식을 확실히 부각시켰다. 한 걸음 더 나아가 슈미트 정부는 1975년부터 대동독 무상지원을 개시하는 등 동독지원을 급속히 증대시켰다.

이러한 신동방정책의 기조는 1982년 기민당(CDU)의 콜 수상이 등장한 이후에도 일관되게 유지되었다. 이러한 상황에서 1985년 이후 소련의 고르바초프 대통령의 등장과 함께 취해진 개혁정치와 신사고에 의한 대외정책으로 인해 동구국가들에서 개혁이 급속히 추진되자, 1980년대 말부터 콜 수상은 보다 적극적으로 동독의 개혁을 유도하고 대소 통일외교를 전개하여 조기통일정책을 본

격적으로 추진하였다. 이러한 콜 수상의 통일 정책은 첫째로는 통일에 유리한 국제상황을 조성하는 것이었다. 미국을 위시한 서방동맹체제와는 결속을 다졌고 또 다른 중요한 국제환경을 구성하는 당사자인 소련에 대해서는 경제적 지원을 통해 협조를 얻어내려 했다. 이는 결과적으로 서독의 흡수통일에 대한 서방과 소련의 지지를 얻어 낼 수 있었으므로 성공적이라 평가할 수 있겠다. 둘째로 동독에 대해서는 경제적 지원을 통해 개혁을 유도하려는 정책을 폈다. 이 정책도 다음에서 보듯이 흡수통일의 조건을 조성했다는 점에서 성공적이라 평가할 수 있겠다(최의철·신현기, 2001).

1989년 하반기부터 전개된 동독의 피난민 증대, 동독의 경제난과 반체제운동, 여행의 자유화와 베를린 장벽 붕괴 등 일련의 사태는 동독의 붕괴를 촉진시키는 커다란 요인이 되었다. 이러한 상황 하에서 콜 수상은 11월 16일 동독의 전면개혁을 조건으로 새로운 차원의 지원과 협력을 발표했고, 동독의 크렌츠 당서기와 모드로프 수상은 마침내 서독의 경제원조를 조건으로 전면적인 개혁을 수용했다. 이에 콜 수상은 통일의 기회가 앞당겨질 수 있다고 생각하고 보좌관에게 통일계획을 극비리에 준비시키면서 신속하게 조기통일 정책을 추진하였다. 콜 수상은 1989년 11월 28일 연방의회에서 통일정책에 관한 ‘10개항 프로그램’을 발표하고, 동서독간의 자유왕래를 위한 조치의 제도화와 동독에 대한 원조를 연계시켰다. 동독은 서독의 지원을 기대하고 정치개혁의 일환으로 12월 1일 선거에서 공산당의 지배정당보장을 철폐하는 헌법개정을 단행하였다. 12월 19일 서독의 콜 수상과 동독의 모드로프와의 회담에서 사회, 문화, 경제관계의 새로운 협정을 체결하여 동독주민의 서독왕래에 대한 모든 제약을 해제할 것을 약속 받았다.

동독에서 1990년 1월부터 반공통일시위가 확산되었고, 동독 공산당 서기였던 기지(Gigy)는 이제 통일에 반대하지 않는다는 언급을 하고, 3월 18일에 자유선거 실시와 대연정을 구상한다고 밝혔다. 동독의 모드로프 수상은 ‘계약공동체’, ‘제3의 방식’, 그리고 ‘국가연합’이라는 방식의 통일 접근법을 제시했으나 서독의 콜 수상은 이를 묵살하고 조기통일정책을 추진하였다. 1990년 3월 동독의 총선거에서 사회주의 보다는 자유와 번영을 주장하는 독일연합이 승리하였고,

독일연합과 사민당간의 연정으로 로타 드 메지에르(Lothar de Maiziere) 당수가 수상이 되었다. 신정부는 동서독통합에 관한 기본원칙을 제시한 ‘정부계약’을 발표하고, 7월 1일에 경제사회통합을 확정하였다. 서독 ‘기본법(Grundgesetz)’의 제23조를 적용한 정치통합을 하기로 결정을 내렸으며, 통일 독일이 나토(NATO)에 잔류한다는 서독의 입장도 지지했다. 1990년 8월 동베를린에서 콜 서독수상과 드 메지에르 동독수상간에 조인된 ‘독일의 단일성 회복에 관한 조약’이 체결되었고, 10월 5개주로 새로이 구성된 동독이 서독연방으로 편입되어 독일연방공화국은 총 16개주로 된 연방을 이루고 통일된 독일이 성립되었다. 이러한 통일과정에서 동서독의 교류와 협력과정의 활성화는 동독 주민들로 하여금 동독체제의 문제점을 더욱 선명하게 인식할 수 있는 계기를 제공하였고, 동독정권에 대한 불만은 사회적 저항과 서독체제에 대한 동경으로 나타났다. 이러한 동독주민의 서독에 대한 동경은 조기통일을 촉진시키는 결정적 요인으로 작용하였다.

다. 분야별 교류·협력과 그 일환으로서의 보건의료분야 교류·협력

분야별 교류·협력과 관련하여 먼저 확인하고 넘어가야 하는 것은 냉전구조가 해체되고 기본조약이 체결되기 이전에는 인도적 차원과 경제적 차원의 교류와 협력 이외에는 언급할 만한 분야별 교류와 협력이 없었다는 점이다. 그리고 그러한 상황에서는 인도적 차원과 경제적 차원의 교류도 아주 미미했다는 점이다. 따라서 이념이나 정치적 체제에 근거한 냉전구조의 해체 없이는 분야별 교류·협력을 기대할 수 없다는 것이 기본전제가 되어야 한다. 독일의 경우도 이러한 조건이 선행하여 ‘기본조약’의 제7조에 경제, 학문, 기술, 통행, 법률부분의 교류, 우편, 전화, 보건, 문화, 스포츠, 환경보호 등의 분야를 언급하면서 그 교류와 협력을 촉진시키고 발전시키는 협정을 체결하도록 함으로써 비로소 이러한 분야별 협력이 가능해 졌다.

이러한 기본조약에 입각한 분야별 교류와 협력이 진전사항에서 관찰되는 것은 체제에 자신이 없고 권위주의적인 동독이 받아 들여야만 교류와 협력이 성

립된다는 것이다. 당시의 동독에게는 그러한 분야가 보건의료분야이었다. 그 이유를 생각해보면 그 내용이 현실적으로 교류과정에서 발생하고 있던 상대편 방문자의 치료 문제라든가, 전염병, 중증환자나 난치병 등과 같이 기술적인 것으로서 전혀 체제상의 문제를 야기하지 않는 성격의 것이었다(통일원, 1993; 박인화, 1995). 이러한 점이 얼마나 동독에게 중요한 요인인가는 동독 측이 다른 분야와는 다르게 ‘보건협정’을 서독보다 먼저 제안했고 그것도 서독측이 의아해할 정도로 ‘기본조약’이 비준이 되지 않은 상태에서 제안했다는 사실에서 찾아볼 수 있다(통일원, 1993). 만약 보건의료분야에서도 자신의 체제에 영향을 줄 수 있는 사항이었다면 그렇게 쉽게 ‘보건협정’이 체결되지 않았을 것이다. 기본조약이전에는 보건의료분야의 교류가 거의 없었고, 기본조약에 따라 ‘보건협정’이 체결된 이후에도 교류는 ‘보건협정’에 언급된 사항에 국한되었다¹¹⁾.

이러한 사실은 다른 분야의 협정에서도 관찰된다. 예를 들면 문화분야의 협정을 위한 협상은 1973년 기본조약의 후속협상으로 시작하였는데 그 협정은 1986년에야 체결이 되었다. 그 이유는 문화협상이 동서독의 정치적·이데올로기의 차이와 관련된 사항을 포함하고 있었다는 것과 동독이 서독문화의 동독침투를 사회주의체제 유지에 위협이 된다고 생각했다는 것이다(통일원, 1993). 기술적이지 않고 이념적인 것을 체제의 부담으로 여긴 사실은 학술분야의 협정이 1987년에 가장 늦게 체결된 데서도 관찰할 수 있다. 즉 체제에 부담이 없고 자신에게 유익한 교류는 서두르지만 그렇지 않은 교류와 협력은 피치 못할 상황이 올 때까지 미룬다는 것이다.

이러한 분야별 협상에서 관찰할 수 있는 또 한 가지의 특징은 최고 의사결정권자 수준의 결정이 있으면 교류와 협력이 가능해 진다는 것이다. 동서독 도시간 자매결연도 지지부진한 상태에 있다가 1985년 11월 호네커 서기장이 자알란트 주지사 라퐁텐과의 회동에서 그를 위한 협정을 체결할 것임을 공포함으로써 비로소 그 출구를 찾았다(김영운, 1999a, b).

11) 자료를 찾기 위해 독일연방 보건 및 사회보장성(Bundesministerium fuer Gesundheit und Soziale Sicherung)을 접촉하는 과정에서 얻을 수 있었던 교류에 관한 일차 정보는 보건협정 원문뿐이었음. 이는 이 분야의 교류에 기본조약에 언급된 사항 외에 특별한 사건이 없었음을 의미함.

라. 동서독 교류 및 협력 과정에서의 시사점

동서독 교류 및 협력 과정에서 주목하여야 할 사항은 교류와 협력의 활성화를 위해서는 그 기반이 되는 국제정세가 먼저 조성되어야 한다는 것이다. 교류와 협력에 유리한 국제정세는 협력당사자들의 노력보다는 역사의 흐름에서 저절로 형성되는 것으로 보아야 한다. 즉 국제정세가 분단국가의 교류와 협력에 불리하면, 즉 냉전체제구조가 지배적이면 교류와 협력은 거의 불가능하게 된다. 다만 서독 브란트 수상이나 콜 수상처럼 기존의 유리한 국제정세를 교류와 협력 그리고 그 것의 궁극목적인 통일에 좀 더 유리하게 조성하는 것은 어느 정도 가능하다고 보아야 한다.

동서독 관계에서 교류와 협력이 활성화될 수 있었던 계기는 국제 냉전구조가 약해지는 기회를 놓치지 않고 동서독 협력과 교류의 활성화를 위한 계기로 삼은 서독 브란트 수상의 ‘신동방정책’이었다. 이 정책은 의사소통 능력을 마비시키는 냉전구조해체를 초래함으로써 교류와 협력을 위한 물꼬를 텃다고 볼 수 있다. 특히 체제에 자신감이 있던 서독측이 의사소통 능력을 좀더 발휘함으로써 명분적 논리보다는 실용적 논리를 쫓아 양보를 함으로써 기본조약이 체결되고, 이를 바탕으로 교류와 협력의 제도적인 정착이 비로소 가능하게 된 것이다. 만약 서독사회에서 상기한 의사소통 능력이 가능하지 않았다면 ‘신동방정책’은 물론 기본조약의 체결도 불가능했을 것이다. 상기한 슈미트 수상의 실용노선도 통일논리만을 채택하는 노선보다 의사소통 능력을 높였다고 볼 수 있다. 따라서 교류와 협력의 활성화를 위해서는 명분보다는 실질적인 효과를 중시하는 사고방식이 더 유리하다고 보여 진다. 그 이유는 의사소통 능력에 실질적인 효과를 중시하는 사고방식이 더 긍정적으로 작용하기 때문이라고 설명할 수 있겠다.

반면에 체제에 자신이 없고 냉전사고를 청산하지 못한 동독은 국민의 행복과 같은 실질적인 측면보다는 공산주의와 같은 이념에 치우쳐 의사소통 능력을 별로 발달시킬 수 없었다. 따라서 명분적인 체제를 위협하는 교류와 협력에는 응해올 수 없는 한계를 가지고 있었다. 따라서 체제에 자신이 있고 사회적으로 의사소통 능력을 발달시킬 수 있었던 서독의 적극적 노력이 동서독 간 교류와 협력의 추진력이 되었다고 볼 수 있다.

동서독 관계 형성 과정을 살펴보면 체제에 자신이 있고 사회적으로 의사소통 능력을 발달시킬 수 있었던 서독이 먼저 신뢰를 보였다는 점을 발견할 수 있다. 즉 냉전체제의 불신구조 속에서는 불가능한 대대적인 경제협력이나 무상원조를 특별한 대가 없이 먼저 실행한 것이다. 이러한 경제협력이나 원조는 또한 대가나 다른 이기적 목적과 특별한 연계가 없었으므로 장기적으로 자발적 협동을 유도해 낼 수 있었다고 보여 진다. 즉 동독주민들은 공정하고 정당성 있는 서독의 태도를 장기적으로 경험함으로써 서독체제를 더 동경하게 되었고 이는 앞서 살펴본 것처럼 조기 흡수통일을 가능하게 한 협동의 원인이 되었다. 신뢰의 형성이라는 측면에서 보면 동서독의 교류와 협력과정에서 서독이 못 지킬 약속은 하지 않고, 일단 한 약속은 충실히 이행한 점이 눈에 띈다. 예를 들면 기본조약 과정에서 동서독관계에 대한 문구는 양보했지만 그 실질적 해석은 명확히 밝히고 관철함으로써 못 지킬 약속은 하지 않고 결국 동독이 문구를 자의적으로 해석하면서도 ‘기본조약’ 자체의 체결에는 동의하는 양보를 얻어냈다. 이는 동독 측으로 보면 당장은 거북한 상황이었지만 장기적으로는 서독을 신뢰할 수 있는 경험이 되었을 것이다. 또한 서독은 동독과 소련에 대한 경제지원 약속을 하면 모두 그대로 이행하였다. 이는 평소의 도덕성이라는 측면에서도 신뢰를 형성하는 요인으로 작용했다고 보여 진다. 왜냐하면 급박한 통일 무렵의 상황에서도 소련이나 동독 모두 서독의 약속은 신뢰를 하였기 때문이다. 이러한 신뢰는 서독이 교류와 협력을 넓히고 결국엔 급박한 상황에서도 의도한 바를 얻어 낼 수 있게 한 힘의 근원으로 작용하였다.

냉전체제에서도 작동할 수 있었던 물질적 이익에 의한 교류와 협력의 유도는 냉전체제해체 후에도 계속해서 작동했고 그 영향력을 더 현저하게 넓혀 갔다. 이러한 경제적 협력에 근거한 메커니즘이 가능했던 것은 서독이 충분한 경제적 능력이 있어 동독에게 경제적 이익을 주면서 까지도 교류와 협력을 유지시킬 수 있는 능력이 있었다는 것과 동독이 경제침체로 인한 체제의 문제를 해결하기 위하여 서독의 경제적 도움을 현실적으로 받아들일 수밖에 없었다는 데에 기인한다. 서독은 경제문제가 심각한 소련과 동독에 대해 일관되게 경제적 인센티브를 통한 협력을 유도해 내고 있다. 또한 슈미트 수상은 경제적 협력과

원조를 주면서도 동독의 태도에 따라 그 것을 변화시킬 수 있다는 인식을 확실히 주어 협력을 확실히 이끌어 내는 전략도 사용했다. 이는 단순히 주기만 하는 것보다 더 확실한 협력을 얻어낼 수 있는 방법이다.

인간의 협동을 물질적 이익이 없는 경우에도 가능하게 하는 요인 중, 동족선택이라는 생물학적 요인이 있었다. 이는 동서독이 같은 민족이라는 의식이 있었으므로 교류와 협력에 한 역할을 했다고 보여 진다.

동독이 마지막의 급박한 상황에서 전쟁과 같은 이탈행위를 하지 않은 것에는 전쟁을 되도록 피하고 평화적 해결을 권장하는 국제사회의 합의에 대한 이탈을 제재하는 이타적 처벌의 메커니즘도 작동했다고 보여 진다.

한편, 동서독 관계는 남북한의 관계와는 차이점이 있다. 즉 동서독은 직접 동족간에 전쟁을 한 경험이 없고 접촉을 필수적으로 만든 베를린이라는 특수 지역이 있었다는 점이 있다. 하지만 유사점도 있다. 먼저 둘 사이의 관계를 설정하는 기본축이 냉전구조라는 것과 따라서 교류와 협력을 위해서는 냉전체제의 해체가 관건이라는 점이 지적될 수 있겠다. 또 이러한 냉전구조의 해체에는 국제 냉전구조의 산물인 국제정세가 결정적인 역할을 한다. 그리고 동독이나 북한 모두 권위주의적 독재체제라는 점이 공통점이 될 수 있다. 그리고 동서독의 경우와 같이 북한의 경제적 파탄이 북한을 교류와 협력의 방향으로 몰고 간 경험은 보건의료분야를 포함한 남북한의 교류·협력의 기반 구축을 위한 시사점을 제공하고 있다고 보겠다.

2. 국외 대북 지원 및 교류·협력의 전개와 시사점

국제사회에서의 대북 지원은 1995년 8월 북한의 유엔대표부가 유엔기구들에게 긴급구호를 요청하였고, ‘유엔 인도지원조정국(UN Office for the Coordination of Humanitarian Affairs, OCHA)’이 ‘유엔 재해평가 및 긴급 조정팀(UNDAC)’을 수해지역에 파견하여 북한의 식량난과 배급상황조사를 처음 실시하게 되면서 부터이다. 유엔 인도지원조정국은 1995년부터 ‘유엔합동어필(UN Consolidated

Inter-Agency Appeal for Democratic People's of Korea)'을 통해 대북 지원을 추진해 왔으며, 동시에 기구간 사업조정을 통해 효율적인 지원사업을 수행해 왔다(이윤환, 2003). 유엔합동어필은 6개 세부분야(농업 및 지원서비스, 교육, 식량, 보건, 식수 및 위생)를 포함하고 있으며, 2003년 7월 현재 전체 대북 지원액(107,694,371달러)의 91.5%를 식량분야의 지원에 할애하고 있으며, 보건의료 분야는 전체 지원액의 4.7% 수준이다(표 IV-1 참조).

<표 IV-1> 북한에 대한 유엔합동어필 지원 실적(2003년)

(단위: US \$)

분야	목표		실적 ¹⁾	
	금액	%	금액	%
보건	16,625,289	7.21	5,024,934	4.67
식량	202,715,982	87.92	98,552,150	91.51
농업	4,967,754	2.15	2,237,102	2.08
조정 및 지원서비스	515,095	0.22	233,751	0.22
교육	1,294,102	0.56	561,785	0.52
식수 및 위생	4,454,500	1.93	499,854	0.46
계	230,572,722	100.00	107,694,371 ²⁾	100.00

주: 1) 2003년 7월 현재

2) 분야구분이 명확하지 않은 584,795달러 포함

자료: UNOCHA, *Consolidated Inter-Agency Appeal for Democratic People's of Korea, Mid-Year Review*, United Nations: New York and Geneva, 2003

보건분야의 사업내용은 2003년도의 경우, 18개 사업¹²⁾ 실시를 목표로 하고 있으며 중점 사업은 모성과 아동에 대한 질병 치료의 강화와 이를 위한 필수 의약품 및 장비 지원, 영양 결핍 문제 해결을 위한 지원, 예방접종확대사업, 말라리아를 비롯한 전염병 관리, 지역사회 중심의 보건서비스 강화 등이며, 세부적인 사업내용은 <표 IV-2>와 같다. '유엔합동어필(UN Consolidated Inter-Agency Appeal)'은 이러한 사업정보와 사업에 대한 지원 방향을 사전 조사에 근거한 기획에 의해 체계적으로 수행하고 있다.

12) 원래는 19개 사업을 목표로 하였으나, HI B에서 추진하였던 '북부지방의 정형외과 및 재활서비스 지원사업'이 취소되었음.

〈표 IV-2〉 2003년도 UN기구의 보건분야 지원실적(2003년 7월 현재)

(단위: US \$)

지원활동	UN기구	목표	실적
필수 의약품	UNICEF	4,646,250	977,628
필수 영양, 미세 영양소 관리	"	2,016,000	284,211
모자보건	"	598,500	-
예방접종확대사업(EPI)	"	1,480,500	410,261
예방접종확대사업(EPI)	WHO	339,200	-
지역사회 중심의 임신부 관리	UNFPA	287,000	-
생식보건 및 가족계획	"	295,000	-
지역사회 중심의 보건서비스 강화	WHO	2,342,600	472,255
지방의 임상 서비스 개선(시범사업)	"	206,700	-
취약계층을 위한 필수 의약품	"	424,000	-
말라리아, HIV/AIDS, 기타 전염성질환 관리 강화	"	1,378,000	700,000
수혈 서비스 개선	"	540,600	521,921
5개 병원 재활시설 및 의료장비 제공	PU	257,787	257,787
수액 생산	"	830,000	-
평안 남부지역의 이동시설 지원	CONCERN	280,000	280,000
평안 남부지역 8개 공동농장 보건시설 및 학교지원	TGH	313,152	313,152
문춘, 원산, 강원지역의 보육시설 지원	CESVI	240,000	240,000
함흥지역에서의 정형외과 및 재활서비스	HI B	150,000	-
그 외 가용예산	WHO	-	567,719
계		16,625,289	5,024,934

주: PU- Public Works

CONCERN- Concern Worldwide

CESVI- Cooperazione e Sviluppo

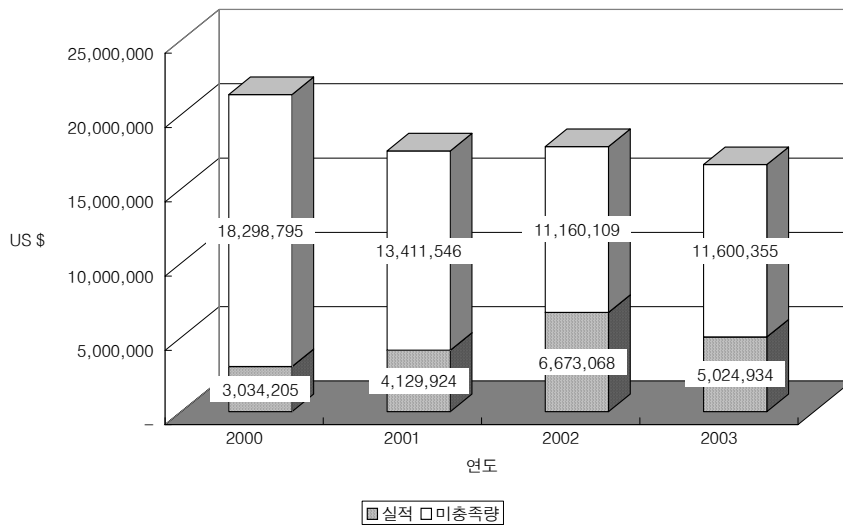
자료: UNOCHA, *Consolidated Inter-Agency Appeal for Democratic People's of Korea, Mid-Year Review*, United Nations: New York and Geneva, 2003.

아울러 ‘유엔합동어필(UN Consolidated Inter-Agency Appeal)’에서는 조사를 통한 분석에 기초하여 취약대상을 선정하고 있는데, 북한의 취약집단은 아동, 임신부, 노인, 결핵환자 등이며, 취약 지역은 북동지역과 해안지역이라고 지적하면서 아래와 같은 포괄적인 전략을 세웠다.

- 1) 아동, 모성, 장애인을 중심으로 필수 의료와 영양 서비스를 지원하고,
- 2) 가족 스스로 건강 및 영양 문제를 가정에서 예방·관리할 수 있는 능력을 길러주며,

- 3) 북한 정부로 하여금 이러한 사업을 계획하고 모니터링 하는데 필요한 신뢰성 있는 데이터를 생산하도록 한다.

[그림 IV-1] 최근 4년간 유엔합동어필의 보건분야 실적



주: 2003년도의 경우 7월 현재임.

자료: UNOCHA, *Consolidated Inter-Agency Appeal for Democratic People's of Korea, Mid-Year Review*, United Nations: New York and Geneva, 2003; 이윤환, 『북한 보건의료의 인도적 지원』, 2003.

이상과 같이 우선순위가 높은 사업대상 선정과 동시에 건강문제를 보다 근본적으로 해결하기 위한 전략을 강조하고 있다.

최근 국제기구에서는 특정 지역보건사업의 기획 및 평가의 일환으로 과학적인 방법에 의한 조사를 실시하고 사업수행 후 모니터링 및 평가가 체계적으로 이루어지고 있으며, 이러한 과정에서 북한 주민의 건강문제에 대한 신뢰성이 있는 통계가 산출, 발표되고 있다.

세계보건기구(WHO)는 말라리아 및 결핵 퇴치사업 등을 전개하고 있으며 유엔아동기금(UNICEF)은 어린이 질병예방 및 예방접종 사업 등을 실시하고 있다.

이들 기구에서는 산모 파상풍 백신 제공 등의 지원사업과 더불어 의료진을 대상으로 교육 및 관련 포스터 제작·배포 등의 보건교육과 홍보사업도 활발히 수행하고 있다.

유엔인구기금(UNFPA)은 출산 관련분야에 국제적 가이드라인을 만족시킬 수 있도록 지원하여 2001년도에 북한 보건성이 새로운 가이드라인을 채택하도록 하였다. 2000년 8~9월에는 평안북도와 자강도에서 200여 명의 의사와 조산사들을 대상으로 산과 응급 진료 및 합리적인 약물 사용, 지역사회 보건에 대한 교육과정을 진행하였다. 또한 2002년에는 가임기 여성 5천명과 남편 1천명을 대상으로 생식보건 조사(reproductive health survey)를 수행한 바 있다.

한편, 'OPEC 펀드'는 1996년에 US\$ 600만불 규모의 차관을 제공하여 북한의 평안남도 소재 병원의 보수 및 확장사업을 지원하였다. 2003년에는 동 병원에 근무중인 2명의 기술자에게 보조금을 지불하여 해외기술 교육프로그램을 지원, 병원기자재 제공회사인 오스트리아(Odelga)에서 2주간 기술교육프로그램을 진행한 것으로 파악되었다.

이상과 같이 대부분의 국제기구들은 사전조사는 기본적으로 실시하고 있으며 앞서 제시한 북한의 보건의료와 건강수준에 대한 통계자료들 역시 1998년부터 영양조사와 동시에 실시된 MICS(Multiple Indicator Cluster Survey) 등의 조사에 근거하여 공개되고 있는 바, 동 방법들이 북한의 실상을 유일하게 파악하고 평가할 수 있는 방법들이다. 이러한 접근은 북한 지원 방식의 틀을 사전 전문적 조사에 근거하여 지원내용 및 방안을 마련하는 데 따른 필수적인 과정으로, 사업결과를 평가하는 데 기준이 되고 있다. 지원내용에 대한 결정이 조사자료, 취약계층에 대한 정보 등 광범위한 수요조사에 근거하여 이루어지고 있으며, 사업계획, 실시, 추구조사, 모니터링 및 평가 등이 수행되고 있다. 아울러 대북 국제기구들은 의료 장비 및 기구의 지원과 더불어 인력 교육 및 훈련도 이루어지고 있어 시사하는 바가 크다.

한편, 유엔 산하기구 및 국제 구호단체에서는 '인도주의적 공동활동계획(common humanitarian action plan)'을 수립하여 대북 지원사업의 일관성과 지속성을 유지하기 위해 노력하고 있다. 즉, 다양한 국제기구의 지원으로 인한 중복과 비효율

을 방지하기 위해 조정관(humanitarian coordinator)이 사업의 우선순위 결정, 정보 및 전문지식의 교류 등에 중요한 역할을 수행함으로써 대북 지원의 효율성 제고에 기여한 것으로 평가되고 있다(이윤환, 2003)

1998~1999년에는 ‘국경없는의사회’, ‘기아추방행동(ACF)’, ‘Oxfarm’ 등 일련의 구호단체 들은 주민들에 대한 접촉 제한 등의 문제로 북한에서의 활동을 중단한 원인이 되기도 하였다.

8년여 동안 대북 지원사업을 전개해 온 우리나라도 북한의 보건문제 사정에 토대를 둔 사업접근을 위해 남북한간의 교류·협력의 필요성에 대한 북한 당국자의 인식 제고를 위한 방안 마련에 관심을 가져야 할 시기이다.

V. 북한의 보건의료 및 건강수준

1. 관련 법 및 제도를 통한 북한의 보건의료 및 복지

가. 무상치료제

북한의 ‘인민보건의료법’ 규정에 의하면 국가가 모든 주민에게 완전한 무상 치료의 혜택을 주며 모든 의료서비스는 완전히 무료이고 언제 어느 곳에서나 불편 없이 치료를 받을 수 있는 법적 권리를 보장하고 있다. 그러나 무상치료제의 실체는 크게 다른 것으로 알려지고 있다. 예를 들면 모든 근로자들은 기본임금의 1%를 ‘사회보장비’로 공제 당하며 각종 공과금에도 치료비 항목을 포함시켜 청구하는 등 일부를 주민에게 부담시키고 있고 노동자나 사무원의 부양가족으로서 직장을 다니지 않는 사람은 약 값 명목으로 치료비를 내야한다. 뿐만 아니라 농민들이 도시로 이송되어 치료를 받을 경우에도 치료비를 지불하는 등 완전하고 전반적인 무상치료제가 실시되고 있지는 않다는 것이다. 또한 전국 농촌의 진료소가 모두 병원화 되지 않았으며, 의료기관들의 시설 낙후, 의료품의 부족, 의료시설 이용의 계층적 차별 등으로 북한의 무상치료제는 그 실제에 있어 법 규정 그대로 구현되고 있지 않다고 한다.

나. 예방의학적 방침에 의한 건강 보호

북한은 1953년 8월 당중앙위원회 전원회의에서 예방사업 강화 지시에 의해 예방의학제도가 실시되었으나 실제로는 1958년 5월 노동당 중앙위원회 상무위원회가 중앙 및 각 도·시·군의 ‘위생지도위원회’와 읍 및 노동자구의 ‘위생검열위원회’를 발족시켜 조직을 정비하고 1966년 10월 김일성의 노작 “사회주의 의학은 예방의학이다”라는 예방사업내용을 제시한 이후에야 실질적으로 시행되었

다. 예방의학적 방침에 의한 건강보호를 실현하기 위한 구체적인 사업은 다음과 같다. 즉, 위생 선전사업 및 교양사업 강화, 위생문화적인 생활환경 및 노동 조건 조성보호, 인민경제 모든 부문에서의 공해현상 방지, 가로수 및 녹지조성과 대기·강, 하천·토지 등의 오염방지, 탁아소와 유치원에서의 과학적인 어린이 건강관리 및 위생관리, 체육의 대중화, 전염병 예방을 위한 방역대책 수립, 의사 담당구역제 실시 등이 그것이다. 이상과 같은 이념을 골자로 북한은 공중보건체계(public health system)의 발전을 일차적으로 강화하고 있으며 여성과 어린이에 대한 일차보건의료(primary health care)에 우선순위를 두고 있다(WHO, 2003).

다. 의사 담당구역제

의사 담당구역제란 전체 주민이 일생 동안 ‘담당구역의사(section or family doctor)’들로 부터 체계적·전면적인 건강관리를 받을 수 있게 하는 건강관리 책임제이다. 의사 담당구역제는 거주지역을 단위로 하는 ‘지역담당제’와 생산활동을 기본으로 하는 ‘직장담당제’로 나뉘어진다. ‘지역담당제’는 ‘담당지역 안에 있는 탁아소, 유치원, 인민학교, 고등중학교에 다니는 어린이들과 집에 있는 어린이들의 건강관리 및 의료 봉사를 전적으로 책임지면서 담당지역 밖의 탁아소, 유치원에 나가는 어린이들에게도 의료봉사를 관리하게 되는데 이는 도시 노동자구와 읍 소재지 및 리 단위에서 실시된다. 담당구역의사는 1인당 평균 130~140가구를 담당하여 예방의학과 관련된 건강증진 및 예방, 치료, 재활 서비스 등을 제공하며(WHO, 2003) 전염병 파악, 진단서 발급과 환자 발생시 전문분야 의사에게 의뢰서 발급 등의 업무를 수행한다.

직장담당제는 직장에 다니는 여성들의 어린이들(탁아소, 유치원, 학교에 나가는 어린이들)을 담당하여 그들의 건강관리를 책임지고 진행하게 되는데 실제적으로는 이들 두 가지 형태가 혼용되어 적용되고 있다. 즉, 낮에는 탁아소, 유치원, 학교에서 담당의사의 건강관리를 받으며 집에 있는 기간에는 거주지의 담당구역의사로부터 건강보호를 받게 된다.

동 제도에 의해 담당지역사업을 담당하고 있는 리병원, 또는 리진료소, 시·군

병원, 공장병원 등의 의사들은 주간 근무시간의 절반 이상을 담당구역에 나가 위생선전·위생개조·소독·예방접종 등 위생 방역사업을 조직, 집행하며 검진·상담 등을 계획적으로 하도록 되어 있다. 이렇듯 의사담당구역제를 중심으로 위생방역조직체계가 잘 짜여져 예방과 치료사업을 동시에 시행해 나가는 장점이 있으나 실제 북한의 의사들은 1주일에 한 번 정도 자신의 담당구역의 가구를 방문하게 되어 사실상 제 기능을 발휘하고 있지 못하고 있다. 또한 의약품 부족현상의 만성화로 인해 각종 민간요법 등이 진료를 대신하고 있는 형편이다.

라. 주체적인 의학과학 기술

북한은 동(東)의학(1993년부터 ‘고려의학’으로 개칭)을 주체적인 민족의학이라고 하여 양(洋)의학과 마찬가지로 중요시하고 있으며 동의학과 양의학의 결합을 통한 이른바 ‘주체의학’의 확립을 강조한다. 이에 따라 북한은 동의학의 육성 및 발전을 위해 각지에 동의병원 및 동약국(동약방)을 설치 운영하고 있을 뿐만 아니라 의학대학과 약학대학에 ‘동의학부’와 ‘동약제약과’를 두어 동의사와 동약사를 양성하고 있으며, 약초재배사업과 야생약초 채취 및 보호증식사업을 전 군중적으로 전개하여 동약 생산증대를 도모하고 있다.

북한은 ‘주체의학’에 대해 주민의 체질적 특성과 습관, 지리적 환경, 문화 및 경제적 여건에 맞는 주체적인 민족의학으로 예방에 유용하며 종합적인 치료 효과를 발휘하는 우월한 의료 서비스라고 설명하고 있다. 그러나 북한의 보건·의료 실태로 미루어 볼 때 북한이 동의학 육성 및 발전을 추구하는 실제 이유는 부족한 의료 시설 및 기술과 질적으로 조악하고 양적으로 부족한 의약품 사정에서 비롯된 것이라 하겠다. 그러나 동의학과 양의학의 균형발전 및 혼합 진료 체제는 나름대로 효과적인 측면도 있다(통일교육원, 2001).

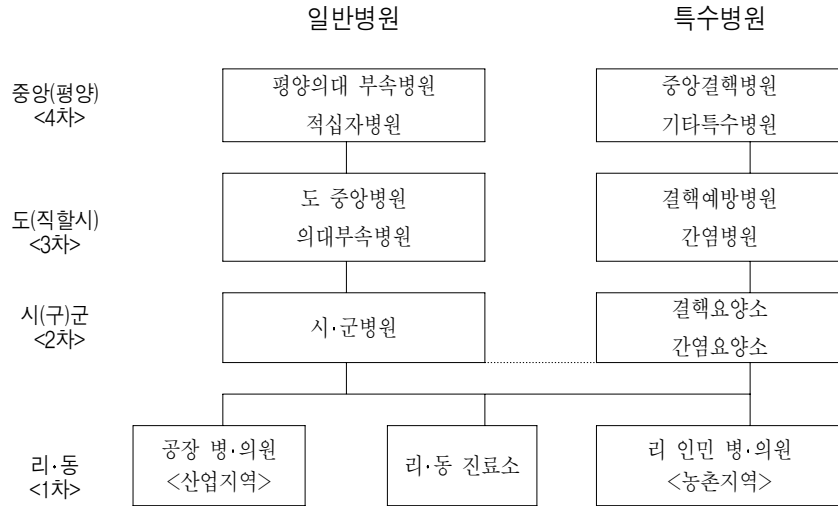
마. 보건의료전달체계

북한의 보건의료 관련 행정기관으로는 중앙에 보건성이 있고 도와 직할시에 ‘보건국’과 ‘보건처’가 있어 의료 행정을 관할하고 있다.

질병을 치료받는 절차는 행정구역 단위로 체계화되어 있으며 네 단계에 걸친 전달체제로 이루어져 있다. 가장 기본적인 단위는 ‘리·동 진료소’나 ‘리 인민병원’인 1차 진료기관으로 리 단위에는 전국적으로 7천여 개의 진료소가 있다. 이 곳에서 인력, 시설 및 재료가 부족하여 치료가 어려운 환자는 후송의뢰서를 발급 받아 2차 진료기관인 ‘시·군 인민병원’으로 후송되는데 2차 진료기관은 전국에 433개소가 있으며 진료기간은 약 1개월까지 치료받을 수 있다. 2차 진료기관에서 완치되지 않으면 ‘도단위 인민병원’으로 후송되어 3개월까지 치료를 받은 후, 무기한 입원이 가능한 ‘국가전문의료기관’에서 완치될 때까지 무상 치료를 받을 수 있다. 대부분의 경우 여기서 치료가 종결된다. 중앙의 진료기관인 ‘의대 병원’이나 중앙병원인 4차 진료기관은 3차 기관에서 후송된 장기 환자나 중앙에 거주하는 응급환자, 당 간부 등을 대상으로 진료를 시행한다(그림 V-1 참조). 이처럼 진료와 치료는 순차적으로 계통을 밟게 되어 있으나 위급한 급성질환일 경우에는 체류지역에 있는 병원에서 치료를 받거나 초급 진료기관을 거치지 않는다. 또한 치료 및 검사결과에 따라 지시서와 함께 하급 의료기관으로 회송되기도 한다. 북한은 의료시설의 국유화를 토대로 의료전달체계를 구축하고 있으나 탈북자의 증언에 의하면 의약품의 절대량이 부족하기 때문에 의료전달체계의 적용에 불평등이 존재하고 있다고 한다.

한편, 시·군 단위로 이송된 환자 중 결핵환자와 간염환자는 검진 후 결핵요양소 또는 간염요양소로 이송되며, 수술을 받아야 할 환자나 고도의 기술 및 장비를 이용하여 확진을 받아야 할 환자는 도 결핵 및 간염병원이나 중앙병원 등으로 이송된다. 희귀질환자는 평양에 소재하고 있는 적십자 병원에서 취급하게 된다.

[그림 V-1] 북한의 의료서비스 전달체계도



자료: 3rd Annual UNICEF/AIHD Study Seminar, Thailand, 1993

바. 인구정책 및 복지

북한에는 인구정책을 전담하는 정부기구는 없으며 ‘국가계획위원회’에서 담당하고 있다. 1990년 1월에 ‘조선 가족계획 및 모성유아건강협회’가 설립되었는데, 이 조직은 ‘국제가족계획협회(IPPF)’의 지부로서 본부 서기국과 7개 지부사무소, 8개의 가족계획진료소를 설치, 운영 중이며, 보건기관과 멀리 떨어진 농촌·산간지대 주민들을 위해서 7개의 이동봉사대가 있으며, 공장, 농촌 여성위생선전실을 두고 있다. 평양과 4개도에 10개의 진료소가 있는데 이동 진료를 통해 산간오지에 대한 생식의학 서비스(reproductive health service)를 제공하고 있다.

북한의 인구정책은 1950년 한국전쟁 이후 부족한 노동력을 보충하기 위해 임산부 우대 조치와 이혼을 억제하는 등 인구증가 정책을 취했다. 1961년 최초로 전국 어머니 대회를 개최하기도 하였다. 그러나 1970년대 후반부터는 출산억제 정책을 펴기 시작하였다. 1983년에는 낙태 수술을 공식으로 허용하고 산아제한

지침까지 하달하는 등 출산 억제 분위기가 지배적이었다. 탈북 간호사에 따르면 1997년 이전까지는 임신 8~9개월 된 태아라도 임신중절이 허용되었다고 한다. 병원에서는 임신 방지를 위해 링을 많이 이용하며 임신을 하는 경우는 ‘리바놀’이라는 액을 양수에 주입하는 등의 방법으로 임신중절을 시행하였다고 한다.

1970년대 후반부터 시작된 출산억제정책은 1990년대 후반기 식량위기로 파생된 영아사망률 증가와 출산율 저하 등으로 인구 증가가 정체를 보이자, 북한은 그 동안 유지해 오던 산아제한 정책을 변경하여 다시 출산 장려정책을 펴기 시작하였다. 현재의 북한의 인구 정책은 다산(多産) 정책으로 다산여성에게 특별보조금을 지급하고 식량과 주택을 우선 배정하며 충분한 휴가를 주는 등 적극적으로 출산을 권장하고 있다. 다산 여성들에 대한 혜택은 ① 임신 여성과 산후 1년까지의 산모와, 4살 이하의 영유아에 대한 식량 우선 제공, ② 4명 이상 자녀를 둔 여성에게 자녀수에 따르는 특별보조금 지급, ③ 자녀가 3명일 경우 산후 4~12개월까지의 휴직제 실시, ④ 4살까지의 어린이가 있는 여성들의 사회적 노력 동원 면제, ⑤ 3명 이상의 자녀를 둔 가구에 대한 주택 우선 배정 등이 있다.

‘2002년 북한어린이건강실태 보고서’에 의하면 다산을 국가적, 사회적으로 높이 평가하고 장려키 위해 ‘모성영웅제도’가 새로 도입되었다고도 한다.

북한에서는 대부분의 국가들처럼 산전·산후 휴가제도를 법제화하고 있으며 노동권과 함께 휴식권을 법률로 보장하고 있다. 북한은 1992년 개정된 ‘사회주의 헌법’ 제71조와 1978년 공포한 ‘사회주의 노동법’ 제62조에서 각각 ‘공민은 휴식에 대한 권리를 가진다. 이 권리는 노동시간제, 공휴일제, 유급휴가제, 국가비용에 의한 휴양제, 계속 늘어나는 여러 가지 문화시설들에 의하여 보장된다’라고 규정하고 있다. 이 규정에 따라 ‘어린이 보육교양법 세칙’을 제정, 1993년부터 임신부에게는 법적으로 산전·산후에 걸쳐 150일(산전 60일, 산후 90일)의 유급휴가를 주어 이 기간에는 직장에 출근할 때와 동일하게 식량을 배급하고 월급도 지급하고 있다. 임신부에 대한 유급휴가는 그 이전까지는 ‘사회주의 노동법’을 근거로 77일(산전 35일, 산후 42일)이었다.

북한의 ‘사회주의 노동법’ 제8장 74조에는 ‘남자는 만 60살, 여자는 만 55살

에 이른 근로자를 대상으로 일정한 근속연한을 가진 사람에게 연로연금을 준다'고 규정하고 있다. 이 연령은 북한에서 정년에 해당하는 나이로 이때가 되면 직장에서 은퇴하게 된다. 그러나 은퇴 연령 후에도 원하면 식량 공급 없이 돈만 지급 받는 노동을 할 수 있다. 직장에서 은퇴하면 식량 배급이 줄기 때문에 대개는 계속 일하기를 원한다. 농촌 노인의 경우는 일한 작업량만큼 소출을 분담해 주기 때문에 신체조건이 허락하는 한 계속 일하게 된다. 그러나 현재는 연로연금 수혜 연령이 남자 65세, 여자 60세로 조정되었는데, 연로연금 외에 식량이 소량만 배급되기 때문에 자식들과 같이 거주하지 못하는 노인부와 독거노인의 경우는 연금수입의 60~70%를 식량을 구입하는데 소비하기 때문에 생활형편이 어렵다고 한다.

2. 보건의료자원을 통한 북한의 보건의료 실태

가. 보건의료 인력

북한은 의료인을 상급 보건일꾼과 중등 보건일꾼으로 구분하고 있다. 상급 보건일꾼은 의사, 고려의사, 위생의사, 준의사 등이며, 중등보건일꾼은 약제사, 간호원, 조산원, 보육원 등이다.

의사는 각 시·도의 11개 의학대학을 졸업하여 의사자격증을 취득한 자이다. 의사는 예과 1년과 본과 6년의 의학대학 전 과정을 이수하여야 하며, 재학 중 의사자격 취득에 필요한 각 과목별 시험에 합격하면 졸업과 동시에 의사자격이 부여된다.

고려의사는 의학대학에 설치된 4년 과정의 고려의학부를 졸업하면 그 자격을 취득하게 된다. 북한은 고려치료법을 정책적으로 장려하고자 1960년 평양의과대학에 '동의학부'를 개설한 이후 함흥의과대학, 개성의과대학 등 각 도 의학대학에 11개의 '동의학부'를 설치하여 고려의사를 양성하고 있다. 또한 북한은 고려의학 발전의 필요성에 따라 1993년에 동의학을 고려의학으로 개칭하고 연구소인 '동의과학원'을 '고려의과학원'으로 명칭을 변경하면서 확대·개편하였다.

위생의사는 의학대학내 '위생학부' 과정을 졸업하면 위생의사 자격을 부여받는다. 준의사는 각 시·도에 설립돼 있는 의학전문학교(3년제)를 졸업한 자로, 의학대학의 야간 또는 통신학부에 수학하여 의사자격을 취득할 수 있다.

이상과 같이 북한에는 의사(7년 교육과정), 위생의사(5년), 동의사(5년), 구강의사(5년), 준의사 등을 모두 의사라고 하여 다양한 종류의 의사가 양성되고 있다. 그러나 평양과 도 소재지를 제외한 대부분의 지역에는 예과 1년과 본과 6년을 졸업한 의사는 매우 드물어 서비스 질이 낮다(강석승, 2000).

약사는 '약물일꾼'이라는 용어를 사용하며, 주로 병원 약무부에서 일하는 사람을 일컫는다. 남한의 약사에 해당하는 직능이 '약제사'이고 약제사 아래 등급으로 중등교육인 고등의학전문학교를 졸업하면 '조제사'가 된다. 약제사와 조제사는 신약과 동약을 모두 취급하고, 남한의 한의학과 같은 개념인 동의학 분야에는 고려약사와 고려조제사가 따로 있어 동약만 취급한다.

약제사는 의학대학의 약학부나 약학대학에서 양성된다. 고려약사는 의학대학 약학부 및 약학대학에 설치된 고려제약과를 졸업한 자에게 그 자격이 부여된다. 약학대학은 함흥 약학대학 한 개뿐이며, 각 의학대학에 약학부가 있다. 이곳에서 졸업한 약제사의 경우는 거의 병원에서 근무한다. 북한에는 남한에서와 같이 약사가 경영하는 약국은 없고, 병원에는 약무부가 있어 의사의 처방에 따라 조제투약실에서 약제사가 약을 조제하여 환자에게 준다.

한편, 의사나 약제사는 급수제가 있어 '6급 약제사'에서 '5급 약제사'로 한 등급 승진하려면 반드시 '급수시험'에 응시하여 통과되어야 한다. 지방병원에는 보통 4·5급 의사들이 배치되며, 3급 의사는 북한 전체 통틀어 몇 명되지 않는다.

간호원과 조산원 등은 각 시·도의 2년제 보건간부학교에서 배출된다. 보건간부학교에는 간호과, 조산과, 조제과, 보철과 등이 설치돼 있어 각 과정을 수료하면 간호원, 조산원, 조제원의 자격을 취득한다.

북한은 1970년대 이후 의료인력 확충에 주력하여 왔다. 의사수는 인구 10만 명당 297명이며(WHO, 2003), 의료인을 전체 인민을 사회주의 건설에 적극 참가하게 하는 인간생명의 기사이고 영예로운 혁명가로 규정하고 있다(인민보건 의료법, 1998). 그러나 의사에 대한 대우는 그리 좋은 편이 아니다. 의사들의

월급은 75원 정도이다. 외과의사가 받는 매월 수술수당도 고급담배 한 갑 가격(30원)에도 미치지 못하는 20원에 불과해 의과대학생들은 외과의사를 기피한다고 한다.

간호사는 고등중학교를 졸업하고 6개월에서 1년 정도 사회에서 경험이 있어야 된다. 그리고 추천을 받아 입학시험을 볼 수 있는데, 추천도 아무나 받지 못한다. 북한에는 각 도에 간호학교가 있으며, 교육과정은 2년이다(탈북자 간호사 증언). 북한의 보건인력의 수는 충분하나 간호사와 조산사에 관한 부문은 대폭 강화될 필요가 있는 것으로 나타났다(WHO, 2003).

그 외 의료 관련인력은 기능적으로 미분화되어 있어 중등보건일꾼 등으로 포괄적으로 명명하고 있다.

나. 보건의료시설

북한의 의료시설로는 일반병원과 특수병원이 있으며 위생·방역을 전문으로 취급하는 위생방역소가 있다.

일반병원으로서는 중앙에 특권계층을 대상으로 하는 봉화진료소와 남산병원이 있고, 일반주민 대상으로는 적십자종합병원, 제1, 2, 3인민병원, 평양의학대학병원¹³⁾ 등과 내각 산하부서에서 운영하는 사회안전성 제1병원, 운수중앙병원, 해군, 공군중앙병원 등이 있고, 재일 조총련교포가 건설한 김만유병원 등이 있으며 전문분야 병원으로 평양산원¹⁴⁾, 평양시립 고려병원, 평양중앙결핵병원 등이 있다. 지방에는 각 도·직할시에 도 인민병원과 의학대학부속병원이 있고, 시·군(구역)에는 시·군 인민병원, 리에는 리 인민병원 또는 리 진료소가 있다.

특수병원으로서는 도·직할시·군에 각각 결핵병원, 정신병원, 간염병원, 구강 예방병원¹⁵⁾ 등이 있으며, 주요 군 단위에는 결핵요양소가 있다.

13) 해방 전 '자혜병원'이었으나 해방 후 '북조선중앙병원'으로, 그 후 '평양의학대학병원'으로 발전되었다. 규모와 시설은 외래부문과 과별 입원실이 있으며 이밖에 실험실, 기능진단과, 물리치료과, 동위원소과, 소생과 등이 개설되어 있음.

14) 1980년 7월 준공된 13층 규모의 본관 건물과 6개의 동으로 이루어져 있으며, 산과, 갓난애기과, 부인과, 내과, 비뇨기과, 구강과, 구급과, 소생과, 안과, 이비인후과, 동의부인과와 기능진단과, 실험검사과, 렌트겐과, 물리치료과 등이 있음.

〈표 V-1〉 북한의 의료시설 규모

유형	의사수	진료과목	병상수	주요장비
도 의학 대학병원 (12개소)	약 200명	전 진료과	800~1200	기본진료 및 치료용진장비
군 인민병원	약 50명	내과, 외과, 소아과, 산부인과, 피부과, 안과, 이비인후과, 방사선과, 실험과, 물리치료과, 결핵과, 간염과, 구강과, 고려치료과 (14개과)	100~200	앰블란스 X-선 기자재
리 인민병원	10명 이내	내과, 외과, 이비인후과, 소아과, 산부인과, 고려치료과 (6개과)	5~20	규모가 큰 경우 X-선 기자재
진료소	1~2명	질병예방, 보건교육, 위생선전, 예방접종, 공해관리	1~2	

자료: 통일부, 『북한의 사회정책』, 2000

그 외에도 주요 산업지역에는 기업소병원 및 구급소가 있고 주요 어선단에는 선의(船醫)가 배치되어 치료 및 예방업무를 수행하고 있다. 평양에 체류하고 있는 외국인에 대해서는 외국인 전용병원인 평양친선병원¹⁵⁾이 있다.

북한의 병상보유수준은 인구 만명당 136병상으로 보고되고 있으나(WHO, 2003) 대부분의 병상이 제 기능을 못하고 있는 것으로 생각된다. 병원의 조제 투약실에는 보통 50~60종 정도의 의약품을 갖추고 있는 신약조제실과 동약(고려약)조제실이 있다.

의료기관의 운영상태는 최근 심각한 경제난으로 병원에 전기가 끊기고 환자들에게 영양공급마저 중단되어 환자들에게 밥을 주지 못한 지 수년이 되었다고 한다. 때문에 환자들은 집에서 밥을 가져 와야 하며, 병원 직원들의 배급도 거의 안 되고 있어 간호원이나 의사 등 병원직원들도 배가 고프면 집에 가서 밥

15) 1984년 준공된 4층 건물이며 렌트겐실을 비롯한 실험실, 보철실, 치료실 등 16개의 과와 실로 구성되어 있음.

16) 1985년 준공되어 외래병동과 입원병동이 있으며, 외과, 내과, 소아과, 부인과, 구강과, 이비인후과, 피부과 등이 있음.

을 먹고 온다. 원래 배급은 출근일수에 따라 병원에서 배급표를 주면 배급소에서 쌀을 타게 되어 있는데 배급소에 쌀이 없으므로 공장별로 자체적으로 해결해야 된다. 병원도 공장에 있는 다른 직장들과 마찬가지로 공장에서 강냉이를 가져다가 몇 달에 한 번씩 나눠준다. 그러나 배급만 가지고는 생활이 안 되기 때문에 의사들의 경우에는 산모들이 출산하면 만출되는 태반을 가져다가 몰래 팔기도 한다. 태반은 원래 ‘생물원작업소’라는 곳에서 약물 추출용으로 쓰이는데 의사들이 개인적으로 태반을 요구하는 사람들에게 강냉이나 쌀을 받고 파는 것이다. 그러다 적발되면 1년에 두 번씩 군의 모든 보건일꾼들이 다 모이는 ‘6·24검열(보건부문에 대한 김일성 주석의 교시)’이라고 하는 총화에서 자아비판으로 망신을 준다. 심하면 3개월 무보수나 의사자격을 박탈당하기까지 한다. 하지만 일단 먹고살아야 하니까 그런 위험을 무릅쓰고라도 암거래를 한다(함경북도 길주군 길주 제2인민병원 간호사탈북자 증언).

다. 의약품 및 약제 공급

북한의 제약공장은 북한에서 제일 큰 순천제약공장과 평양제약공장, 신의주 마이신 공장 등 중앙공업과 지방공업인 각 시군 제약공장으로 구분된다. 그러나 제약공장에서 생산되는 약품은 ‘아스피린’, ‘아날긴’, ‘피라미돈’ 등의 해열제와 ‘페니실린’ 항생제에 불과하다.

따라서 환자에게 공급되는 의약품, 의료용품 등의 물자는 매우 부족하다. 수술환자에게는 수술한 당일부터 이틀까지는 항생제를 무상으로 준다. 대수술을 한 경우는 열흘이나 한 달 이상 항생제를 써야하는데 항생제 한 대 값이 한 달 노임과 맞먹기 때문에 계속 항생제를 환자들에게 공급할 수가 없다. 그리고 과별로 하루에 항생제가 몇 병 안나오기 때문에 환자끼리도 다른 사람들 눈을 피해서 의사한테 잘 보이기 위해 뇌물을 주는 등 경쟁이 치열하다. 의약품이 빼돌릴 만큼 많지도 않지만 의사들은 안면이 있는 사람들에게 의약품을 주고 물자를 받기 위해 의약품을 빼돌리는 일이 허다하다. 의약품은 국산을 주로 쓰는데 중국제를 쓰기도 한다. 중국제는 부작용 등 의료사고가 많이 일어나기 때문에 국산을 선호한다. 의약품이 부족해서 환자들에게 충분히 공급을 못해주니까

의사들이 처방전을 떼어주면 환자들이 ‘장마당’에서 약을 직접 사온다. 그런데 ‘장마당’에서 유통되는 약은 가짜가 많다고 한다. 순천제약공장 근무인력들이 폐니실린 전 단계의 가루에다가 약병하고 상표까지 빼내서 ‘장마당’에 유통을 시키는데, 이런 약은 효과도 없고 부작용도 심하다. 이런걸 환자들이 모르고 사 오기 때문에 의료사고가 많이 일어난다. 환자들에게 사용할 약이 모자라도 전쟁물자는 꼭 보관하고 있어야 한다. 병원마다 전쟁물자를 보관하는 약국창고가 따로 있다. 전쟁물자는 도에서 매달마다 검열을 내려오기 때문에 관리가 철저하다. 거기에는 폐니실린과 같은 질 좋은 의약품이 있는데 3년에 한 번씩 교체되는 약이 환자들에게 공급된다.

이러한 실정 때문에 동약으로 만든 약의 비중이 점점 높아져 전체 사용량의 70%를 차지하고 있다. 병원마다 12~16km 떨어진 약초밭을 담당하여 병원 종사인력들이 약초재배에 모두 참여, 병원 자체에서 20~30종의 약을 자체 생산한다. 김정일의 지시로 당에서 병원마다 약초밭을 조성하여 필요한 약재를 공급하라고 했기 때문이다. 봄, 가을에 한 번씩 약초를 캐는데, 절반 이상 도난당하기도 한다. 부족한 약제는 의사들의 경우 환자에게 약초를 캐오라고 하여 (환자는 약초를 캐거나 사서) 할당된 약초과제를 해결한다. 하지만 간호원들은 직접 약초를 캐러 다녀야 하기 때문에 힘들어서 쌀이나 식량을 가져다가 장마당에서 약초로 바꿔서 할당된 약초과제를 채우기도 한다.

2003년 WHO에 의하면 평양지역은 모든 분야에서 예외지역이라고 지적한 바 있는데, 2003년 7월 평양시에 새로 약대대¹⁷⁾가 생겼으며, 약종류는 81종류로, 감기약, 위장약 등 일반약(상비약)은 물론 병원에서 처방되는 약도 절반정도 있다고 한다(조선일보, 2003).

17) 류연전시장, 남한의 약국에 해당

3. 인구 및 보건 지표를 통한 북한의 건강수준 및 의료이용

가. 인구학적 지표를 통한 접근

‘북한 인구통계자료’에서 제시한 북한의 인구구조는 2000년 현재, 전체 인구는 23,702천명이며, 이 중 5세 이하 인구는 2,386명, 연출생아수는 472천명이다(UNICEF, 2002). 북한 자료를 인용한 ‘세계보건기구’ 자료에서는 1996년에는 22,114천명, 2002년에는 23,149명으로, 국제적으로 밝혀진 북한의 수백만의 아사자로 인한 인구감소에 대한 근거는 뚜렷하게 나타나고 있지 않는 것으로 제시되고 있다.

평균수명은 2001년 4월 5일 ‘보건절’ 보도자료에 의하면 74.5세이며, 유엔에 제출한 인권보고서를 통해서도 평균수명이 74.5세라고 밝혔다. 1995년에도 주민들의 평균수명이 74.5세로 밝힌 바 있어, 6년이 지난 이후에도 바뀌지 않았다는 사실은 자료의 신뢰성에 의문이 제기되는 부분이다. 2001년 5월 중국 베이징에서 열린 ‘아동의 발전과 권리 보호를 위한 동아시아 및 태평양지역 각료 급 협의회’ 연설에 앞서 유엔아동기금(UNICEF)에 제출한 보고서에 따르면 1993~1999년 사이 북한주민의 평균수명은 크게 단축된 것으로 분석되었다. 동 보고서에 따르면 북한주민의 평균수명은 지난 1993년에 73.2세였으나, 1999년에는 66.8세로 6.4년 감소하였다. 이는 북한 언론들이 평균수명을 74.5세를 내세우고 있는 것과는 상충되는 것으로 국제기구에 밝힌 통계수치라는 점에서 정확성이 높을 것으로 간주할 수 있다.

한편, ‘미국중앙정보국(CIA)’은 1999년 평균수명은 70세(남자 67.4세, 여자 72.9세)로, 2000년 1월 기준으로는 70.7세(남자 67.76세, 여자 73.86세)로 추산했다. 이에 비해 통계청은 1999년 기준 61.5세(남자 59.8세, 여자 64.5세)로 보고 있다. 또 ‘국가정보원’은 2001년 현재 평균수명을 65.1세(남자 62.9세, 여자 67.35세)라고 밝히고 있다. 2003년 세계보건기구(WHO)에서는 1996년 70.1세, 1999~2002년은 67.1세로 발표하였는데, 이 수준은 남한의 1983년도¹⁸⁾에 해당되

18) 남한의 평균수명은 1983년 67.4세, 1987년 69.9세였음(OECD Health data, 2003).

는 시기이다.

북한 주민의 평균수명에 대한 평가는 우리나라의 경우나 외국 또는 국제기구 등도 심한 편차를 보이고 있어 정확한 판단을 하기가 어려운 것이 사실이다. 더욱이 이 같은 변화는 심각한 자연재해를 입은 1995년 이후 아사자가 많았다는 보도와 연결시켜 볼 때 설득력을 갖는다.

2000년 6월 세계보건기구는 세계 각국의 건강수명을 산정하여 그 결과를 발표한 바 있다. 건강수명은 종래 발표해 오던 평균수명에 '삶의 질'이라고 할 수 있는 건강상태를 반영시킨 것으로, 질병의 경중에 따라 활동을 할 수 없을 정도로 건강이 나빠졌던 해수를 산출하여 이를 전체 평균수명에서 뺀 것이다. 이에 따르면, 한국인 건강수명은 65세로, 세계 191개국 중 51위이며 북한은 52.3세로 137위를 기록하였다¹⁹⁾.

북한인구의 조사망률은 자연재해 시기인 1996년 전후를 비교할 때 인구 천명당 1996년은 6.8명이었으며, 1999~2002년에는 9.3명이었다(WHO, 2003)

나. 보건지표 및 의료이용을 통한 접근

1) 결핵, 말라리아, 후천성면역결핍증 등 전염성 질환

북한의 보건문제는 전염성 질환으로써 말라리아 관리가 최우선 과제이다. 1995~1996년 대홍수로 인하여 2000년 말라리아 발생률이 인구 만명당 107명, 2001년 150명으로 증가하였고, 발생환자수는 1999년 총 10만명, 2002년에는 총 24만 3천명이었으며, 2003년 상반기에는 약 4만명이 발생한 상태이다. 2002년 이후부터 국제기구의 지원으로 말라리아 박멸사업이 본격적으로 시작되어 점차 감소하고 있으나 주민의 약 40% 정도는 위험한 상태에 있다고 추정된다. 어린이보다는 성인이, 여성보다는 남성의 이환비율이 더 높은 것으로 나타났으며, 북한의 말라리아 억제에 위한 보다 정확한 자료가 필요한 상태이다(WHO, 2003).

19) 발표에 따르면, 세계적으로 건강 장수국 1위는 일본으로 74.5세, 2위는 73.2세인 오스트레일리아, 3위는 73.1세인 프랑스, 4위는 73세인 스웨덴이었음. 미국은 70세로 24위, 중국은 62.3세로 81위, 러시아는 61.3세로 91위임.

결핵 역시 1995년 이후 급격하게 증가하고 있는 질환이다. 결핵환자는 1994년에 인구 만명당 3.8명이었으나 1995~1996년 인구 만명당 5명, 1999~2002년에는 인구 만명당 22명으로 계속 증가하고 있다. 결핵으로 인한 사망률은 인구 10만명당 10명으로 결핵관리가 중요한 보건정책과제로 대두되는데, 영양상태 및 건강수준이 악화되고 전반적인 보건의료서비스의 붕괴가 결핵발생을 초래하게 되었다. 치료는 DOTS(5가지 약물치료) 프로그램에 의해 치료율이 거의 80%이라고 하나 영양상태 등 전반적인 건강상태가 향상되어야 위험에서 벗어날 수 있을 것이다(WHO, 2003).

탈북 약제사의 증언에 의하면 북한에서도 남한과 같이 암이 가장 큰 병이고, 열악한 영양상태로 인해 간염 및 결핵환자가 많아 각 병원에 간염과 결핵과가 따로 있을 정도이다. 상하수도관의 노후로 장티프스와 콜레라도 많이 발생하였고 포도당과 항생제의 부족으로 많은 인민들이 치료될 수 있음에도 불구하고 사망하고 있다고 전해지고 있다.

북한 보건성 국가위생검열원 부원장이 월간지 ‘금수강산’ 2000년 1월호와 가진 기자회견에 따르면, 북한에는 에이즈환자 또는 HIV 감염자가 없다고 하였다. 그는 1999년 개최된 ‘세계보건기구 동남아시아 사무처(SEARO)’ ‘에이즈 예방통제 및 계획책임자회의’에서 “북한은 지금까지 약 30만명에 대해 에이즈검사를 했으나 불과 25명만이 에이즈 감염자였다”고 밝혔다. 그는 에이즈 감염자 25명은 북한주재 외국인으로 에이즈 검사에서 양성반응을 보여 본국으로 돌려보냈다고 말했다. 북한의 에이즈 방역 강화정책은 1980년대 중반 특히 아프리카 국가들과의 교류가 증가하면서부터 본격화되었다.

한 탈북자는 “지난 80년대 말 한 외교관 부인이 외국에서 수술 후 수혈로 HIV 감염된 사례가 있었다”면서 “그 외교관 부인은 귀국 후 강제 이혼 당했으며 이후 어디인지는 알 수 없는 통제구역으로 격리되었다”고 말했다. 이 탈북자는 “북한 주민들은 대부분 북한내에 에이즈 환자가 없다고 믿고 있으며 에이즈를 방탕한 자본주의의 병폐로 생각하고 있다”고 덧붙였다. 그는 북한 당국이 에이즈 감염을 막기 위해 철저한 조치를 취하고 있다면서 일반 주민들과 북한주재 외국인과의 접촉을 단속하고 있으며 해외에 나갔다가 귀국하는 모든 내국

인들은 공항에서 에이즈 검사를 받아야 한다고 하였다.

결국 북한에는 HIV/AIDS 환자가 공식적으로는 없지만 밝혀지지 않은 감염자 또는 환자가 있을 가능성은 배제할 수 없는 것으로 요약된다. 특히 비위생적인 주사행위와 수혈관리는 HIV에 노출된 위험이 높고 인접국인 중국이 최근 HIV 감염자수가 급증하고 있는 점에 주목할 때, 북한은 감염될 가능성이 높은 HIV/AIDS 및 성병(Sexually Transmitted Diseases)에 대해 사전예방 관리를 하여야 할 필요성이 크다(WHO, 2003).

현재까지 북한에서 SARS(Severe Acute Respiratory Syndrome) 환자는 보고되지 않았지만, 중국과 인접해 있다는 것과 취약한 북한의 의료 상황으로 인해 북한은 SARS에 취약한 상태이다. 병원 장비들은 열악하고, 전력 부족으로 인해 병원의 기능이 매우 저하되어 있어 적절한 병원감염 예방을 어렵게 하고, 의약품 부족과 격리치료기술에 대한 부족한 지식이 어려움을 더하고 있다. 이런 절박한 상황으로 인해, 2003년 초 북한 당국은 SARS가 유입되는 것을 막기 위해 검역을 강화하고 대북 지원단체들의 입국까지 제한하는 등의 강한 조치를 취할 수밖에 없었던 것으로 해석된다.

2) 여성과 어린이 건강

가) 생식보건(reproductive health)

유엔인구기금(UNFPA)에서 2000년도에 시행된 2차 MICS(Multiple Indicator Cluster Survey)의 결과에 의하면, 산전진찰에서는 97.1%, 출산 시에는 96.7%가 의사, 간호사, 조산사 등 의료인의 진찰을 받았으며, 의사보다는 조산사에 대한 의존도가 더 높은 것으로 나타났다(표 V-2 참조). 2000년도의 다른 보고에서는 산모의 99.9%가 산전진찰을 위해 등록이 되었고, 94~99%는 임신 12주 이내에 등록되었으며 대부분 의료기관에서 출산을 하였다고 한다. 즉, 산모의 40%는 리 병원이나 진료소에서 출산을 하였고, 집에서 출산을 한 경우는 1.2%에 불과한 것으로 나타났다. 산전진찰횟수는 출산 전까지 보통 18회의 산전 진찰을 받고 있다고 하지만 장비나 약품 부족으로 적절한 진료가 이루어지기 어려울 것

으로 판단된다. 실제 보고에는 산전진찰시 장비 부족으로 혈액 검사나 소변 검사가 이루어지고 있지 않다고 한다.

〈표 V-2〉 산전진찰 및 분만개조시 의료인 참여비율

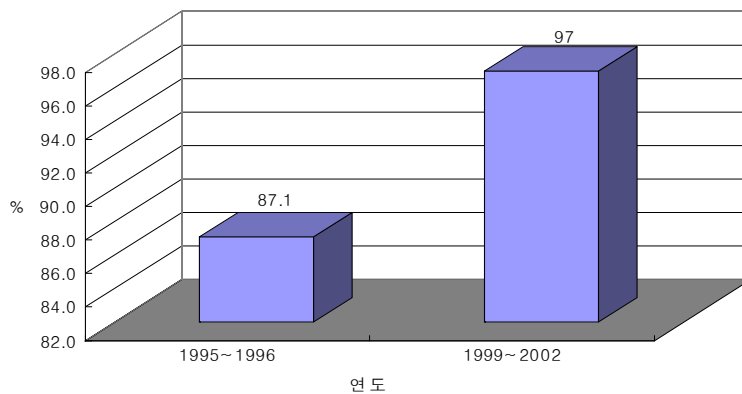
(단위: %)

	산전진찰	분만개조
의료인 참여	97.1	96.7
(의사)	(38.7)	(36.3)
(조산사)	(56.6)	(57.6)
(간호사)	(1.8)	(2.8)
참여안함(가정)	2.5	0.3
기타	0.4	3.0
계	100.0	100.0

자료: UNFPA, *MICS(Multiple Indicator Cluster Survey)2002년 보고서*, 2002.

북한의 공식발표를 토대로 세계보건기구에서 작성한 자료에 의하면 안전분만율은 1995~1996년에서 87.1%이었으며, 1999~2002년에는 97%로(3개도 표본조사 자료)(WHO, 2003) 훈련된 인력의 도움을 통해 출산되는 비율이 90% 수준인 것을 확인할 수 있었다.

[그림 V-2] 북한여성의 전문인력에 의한 출산 비율 추이



주: 1999~2002년의 수치는 3개 도의 표본조사 자료임.
 자료: WHO, *WHO Country Cooperation Strategy 2004-2008*, 2003.

1995년 이후 극심한 경제난과 자연재해로 생식보건 수준은 아주 열악한 상태에 있으며 인구동태에도 영향을 미치고 있는 것으로 나타났다. 인구 전체의 평균수명이 낮아진 것과 함께 모성사망률이 급격히 증가했으며 출산과정에서의 사고나 질병도 심각한 상태인 것으로 분석됐다.

출산 감염증은 1995년 5%에서 1997년에 8%로 상승했고 임신기간 중 빈혈증은 6%에서 23%로 증가했다. 또 같은 기간 유산도 15%나 상승한 것으로 보고됐다(UNFPA, 2000). 산모에 대한 파상풍 예방접종률이 감소되고 소독제의 부족, 열악한 출산 환경 등으로 인해 파상풍 발생도 문제가 되었다. 산모에 대한 파상풍 예방접종률이 1998년 1차 MICS(Multiple Indicator Cluster Survey)에서는 4%에 불과하였으며, 이후 유엔아동기금과 세계보건기구의 집중적인 지원에 힘입어 2000년 조사에서는 85.6%로 상승하게 되었다.

임부와 수유부 빈혈을 감소시키기 위한 노력도 진행되고 있다. 현재까지의 자료로는 북한 산모, 수유부의 빈혈이 30%이고 심한 빈혈도 상당할 것으로 추정하고 있다. 북한 보건성은 철분공급정책을 재검토하여 2003년 초반까지는 5천 6백만 정의 철분-엽산 복합제제를 공급할 계획을 세우고 실행하고 있다.

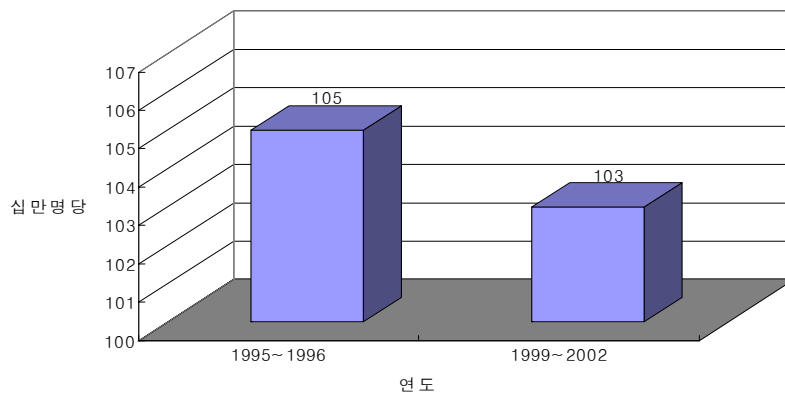
최근에는 전력사정의 악화로 난방이나 급식 등 병원 환경이 열악해지면서 가정분만이 증가하고 있으며 임신이나 출산과 관련한 합병증을 관리할 수 있는 능력이 감소하고 있다. 더욱 중요한 문제는 후송할 수 있는 교통수단이 제한되어 있고 수술이나 수혈이 필요한 합병증을 해결할 수 있는 병원도 준비되어 있지 않은 지역이 있다는 것이다.

모성사망비(maternal mortality ratio)는 1996년 이후 2002년까지 출생 10만명당 105명의 모성이 사망하여 임신으로 인해 산모의 건강이 크게 위협받고 있다. 산모의 건강은 영양부족, 적절한 산과적 진료의 부족, 과중한 일 부담에 의한 것으로 보인다.

북한 '보건성'은 1997년 유엔인구기금(UNFPA)의 지원에 의해 실시된 3개 도 단위 지역조사에서 피임률이 67%로 파악되었다고 보고하였다. 가장 많이 사용되고 있는 피임법은 자궁내 피임기구(IUD)로 75%가 이용하고 있었고, 전통적 자연피임법 17.7%, 난관수술 6.5%, 그리고 남성의 콘돔 사용률은 0.4%, 정관절

제수술은 0.1%인 것으로 나타났다. 콘돔은 생식보건서비스의 일환으로 무료 보급되고 있으나 이용률이 낮아 북한은 피임에 관련된 책임이 전적으로 여성에게 있는 것으로 추측할 수 있다. 이상의 통계치는 2000년 북한을 방문해 북한 인구학자들과 면담한 내용을 토대로 작성, 일본에서 발행된 ‘북한에서의 인구조사와 연구사정(문호일, 2002)’이란 보고서를 통해 밝혀졌으며 최근 북한당국이 세계보건기구(WHO)를 통해서도 동 수치를 보고하였다. 북한에서는 피임에 대한 정보를 접할 수 있는 방법이 거의 없고, 피임이 지역사회 리 단위에서 쉽게 접할 수 있는 서비스가 아닌 것으로 파악되었다(WHO, 2003). 최근 유엔인구기금(UNFPA) 기록에 의하면 임신의 2.3%가 인공유산으로 종결된 것으로 나타났다(WHO, 2003).

[그림 V-3] 북한의 모성사망비 추이



자료: WHO, WHO Country Cooperation Strategy 2004-2008, 2003.

한편, 한 탈북 약사의 증언에 의하면 1995년부터 예방접종이 어려워지기 시작하였다고 한다. 1995년 대홍수 이후 상황이 급격하게 악화되어 백신의 부족과 함께 연료의 부족 등으로 인한 냉장장비 및 운송 수단의 마비 등의 원인으로 인해 정상적인 예방접종사업이 수행되지 못해 예방접종 비율이 현저하게 감소된 것으로 생각된다.

북한은 2001년 5월 공식 보고에서 디피티(DPT), 소아마비, 홍역, 결핵 등 예방접종률이 1990년 90%에서 1997년 50%로 감소하였다고 하였다. 수년간에 걸친 예방접종 프로그램의 붕괴는 1998년 영양조사와 동시에 시행된 MICS(Multiple Indicator Cluster Survey)에서도 확인이 되었다. 동 조사에 따르면 예방접종률이 매우 낮음을 알 수 있는데 생후 12~23개월 유아 중 비시지 예방접종 비율은 63.9% 이었으며, 디피티와 홍역 예방접종률은 40% 미만, 소아마비 예방접종률은 76.5%이었다. 파상풍의 경우 임신여성과 2세 미만 영유아를 둔 여성의 4.6%만이 파상풍 독소접종(2회)을 받은 것으로 나타났다. 그러나 해외 지원이 이루어진 1999~2002년에는 비시지 81.5%, 디피티 81%, 소아마비 96%, 홍역 91.5%에 이르러(WHO, 2003), 예방접종률이 전반적으로 증가한 것으로 파악되었다.

한편, 북한은 세계보건기구(WHO)의 방침에 따라 지난 1997년부터 매년 10월 20일을 ‘민족면역의 날’로 지정하고 모든 도시와 농촌에서 동시에 5세 이하의 어린이들에게 경구소아마비 예방약 접종을 실시하고 있다. 이날은 중앙과 시·군 보건기관에서 기술강습, 위생선전, 소아마비 예방약접종 대상 확정 및 접종 사업 등을 실시한다(조선중앙방송-연합뉴스).

이에 따라 북한은 현재 95% 이상의 소아마비 접종률을 보이고 있어 소아마비 박멸 사업은 궤도에 오른 수준이라 볼 수 있다. 북한 보건성에서는 “북한에서는 천연두, 홍역을 비롯한 여러 가지 전염병들이 이미 오래 전에 없어졌으며, 1997년 이후부터 지금까지 소아마비 환자가 한 명도 발생하지 않았다”고 주장한 바 있다.

세계보건기구에서 발표한 북한의 영아 사망률은 출생 천명당 1995~1996년에 18.6명, 1999~2002년 23.5명이었다. 5세 이하 유아 사망률은 2001년 ‘아동의 발전과 권리 보호를 위한 동아시아 및 태평양지역 각료급 협의회’ 연설에 앞서 유엔아동기금(UNICEF)에 제출한 보고서에 의하면 1993년에는 천명당 27명, 1995~1996년 39.3명, 1999~2002년 48.8명으로 지속적으로 증가한 경향을 보이고 있다.

임신 중 영양상태가 부실하면 저출생체중아를 출산할 가능성이 높아져 신생아 사망은 물론 성장발달 장애 등 여러 가지 의학적인 문제를 초래하게 된다.

1998년의 제1차 MICS에서는 저출생체중아 비율이 9.0%이었으며 2002년의 MICS에서는 6.7%로 2.3% 정도 감소하여 최근 들어 신생아들의 출생시 체중이 증가되고 있는 것으로 확인되었다.

〈표 V-3〉 북한의 영유아 보건지표

	1995~1996년	1999~2002년
영아사망률(출생 천명당)	18.6	23.5
5세 이하 유아사망률(유아 천명당)	39.3	48.8
저출생체중아 비율(출생 백명당)	10.9	6.7 ¹⁾
홍역 예방접종률(%)	60	91.5
소아마비 예방접종률(%)	90.6	96.0
BCG 예방접종률(%)	60	81.5
DPT 예방접종률(%)	58	81

주: 1) 2002년 MICS 수치임.

자료: WHO, WHO Country Cooperation Strategy 2004-2008, 2003.

산모와 수유부는 만성적인 영양 부족에 시달리고 있는데 이러한 결과 산모뿐만 아니라 출생아의 건강에도 부정적인 영향을 미치고 있다. 2000년 MICS에 의하면 304명의 조사 대상 영유아 중 생후 3개월 이하는 90.7%가 모유만 먹고 있었고 생후 6~9개월 영아의 18.4%만이 고형식을 먹이기 시작하였다. 생후 12~15개월 유아 중 86.3%, 생후 20~23개월 유아 중 36.5%는 모유수유를 병행하고 있었다.

북한의 ‘조선가족계획 및 모성·유아건강협회’ 서기장은 “주민 건강증진을 위해 국제기구와의 협력을 강화해 나갈 계획이며 정부의 인구 및 모성·유아보호 정책 집행을 기본으로 가족계획 및 생식건강(재활지도) 문제를 해결하고 있다”며 “국제가족계획연맹(IPPF)을 비롯한 여러 국제기구들과의 협력을 더욱 발전시켜 주민들에 대한 생식건강 봉사활동을 강화해 나갈 것”이라고 말했다.

나) 영양상태

1998년 9월 23일~10월 16일 까지 세계식량기구(WFP), 유엔아동기금(UNICEF),

유럽연합(EU)이 북한 내 8개 지역에서 생후 6개월부터 7세까지의 어린이 1,762명을 무작위로 추출, 1명의 국제요원과 4명의 북한요원으로 구성된 14개 팀에 의해서 영양상태를 조사한 결과, 북한 어린이의 16%가 중증 또는 극심한 허약 또는 급성 영양결핍 상태에 있었으며 이 중 3%는 부종을 동반하였다. 중증도나 극심한 성장장애 또는 만성적 영양결핍아는 62%, 극심한 저체중이거나 나이에 비해 저체중인 경우가 60.6%이었다. 연령별로는 생후 12~35개월의 어린이 중 허약이 가장 많았으며, 성장장애와 저체중은 연령이 증가하면서 증가하였다. 영양결핍은 여아보다 남아가 더 심각하였다. 2000년 5월 북한당국의 공식 발표에 의하면 5세 미만 어린이 중 45.2%가 만성영양실조에 걸려있다고 보도하였다. 그러나 국제기구들은 북한이 독자적으로 영양조사를 시행하여 발표하였다는 점에서 자료의 신뢰성에 대해 의문을 표한 바 있다.

2003년 2월 20일, 유엔아동기금과 세계식량계획은 2002년 10월 북한전역에서 시행한 제2차 영양조사 결과를 발표하였다. 이번 조사는 1998년 1차 조사에 이어 4년 만에 시행한 검사로 4년 동안의 북한 어린이 영양 상태의 변동을 확인할 수 있게 되었다. 1차 조사이후 국제기구들은 북한당국에 대해 정기적인 영양조사를 계속 요청하였으나 북한의 거부로 성사되지 못하다가 어렵게 2차 조사를 시행하게 되었다.

지역에 따라 영양 상태에 큰 차이를 보이는 것이 확인되었다. 만성영양장애의 경우 남포시는 23.2%로 낮은 편이었는데 함경남도는 45.5%로 거의 두배에 달했다. 저체중의 경우도 남포시 14.7%, 평양시 14.8%인 반면 양강도는 26.5%로 가장 상황이 좋지 않았다. 급성영양장애는 평양이 3.7%인 반면 함경남도는 12%이었다. 중증 급성영양장애의 유병률도 평균 2.7%로 남포시의 1.2%에서 함경북도의 4.0%까지 지역에 따라 차이가 있었다. 도시와 농촌간 차이는 크게 나타나지 않아, 만성영양장애의 경우 도시지역 38.8%, 농촌지역 38.9%이었다. 평안북도만 예외로 이 지역에서는 만성영양장애가 농촌지역 37.2%, 도시지역 46.7%로 도시지역의 영양장애가 더 심각하게 나타났다.

이번 조사에서 보면 급성영양장애(wasting)²⁰⁾가 1998년 15.6%에서 2002년 9%로 감소하였으며 만성영양장애(stunting)²¹⁾는 1998년 62.3%에서 2002년 42%로 호

전되었고, 저체중²²⁾은 1998년 60.6%에서 2002년 21%로 감소한 것을 확인할 수 있다.

그동안 북한의 자체 식량 생산이 크게 나아지지 않은 점을 고려하면 어린이들의 영양상태 개선은 국제구호단체들의 지속적인 식량 지원에 힘입은 바 크다고 할 수 있다. 그러나 최근 2002년 중반 이후 북한에 대한 식량 지원이 크게 줄고 있어 현재와 같이 계속된다면 1990년 중반의 처절한 식량위기가 다시 초래할 수 있음을 관계자들은 경고하고 있다.

3) 건강증진

북한의 건강증진사업은 지역담당 의사에 의해 효과적인 보건교육과 건강증진 서비스를 제공하고 있다고 보여진다. 발생하는 건강문제를 가정단위에서 예방하고 치료할 수 있도록 하는데 특히 관심을 두고 있는 보건교육 및 건강증진 분야는 어린이 건강관리 실천, 영양, 생식보건과 금연관리 등이다.

최근 조사에 의하면 16세 남성의 흡연율은 59.9%로 이들은 평균 하루에 15.3개의 담배를 소모하고 있는 것으로 나타났다. ‘재일본조선인총연합회’ 기관지 ‘조선신보’ 최근호(2003.6.10)에 따르면, 최근 평양에서는 ‘금연의 날’ 행사를 개최하여 ‘보건성’ 부상이 참석한 바, 금연에 대한 높은 국가적 관심을 알 수 있었다. 북한여성들의 흡연율은 구체적으로 집계되지 않고 있지만 거의 없는 것으로 알려졌다. 북한 여성들의 흡연율이 낮은 이유는 여성의 흡연을 금기시하는 전통적인 풍습이 아직 강하게 남아 있기 때문이다. 한 탈북여성은 ‘북한에서 여성이 담배를 피우는 것은 술을 마시는 것보다 더 부도덕한 행위로 보고 있어 담배를 피우는 여성은 거의 없다’고 말했다.

한편, 북한의 장애인협회인 ‘조선불구자지원협회’가 1999년 평양시와 평남 평성시 및 평원군, 강원도 원산시 및 통천군, 황해남도 벽성군 등에 거주하고 있

20) 체중 대 신장을 비교하여 표준편차 2 이하로 감소한 경우

21) 신장 대 연령 비교

22) 체중 대 연령 비교

는 주민 436, 000여명을 대상으로 표본조사를 실시한 결과, 신체(사지)장애인이 38.9%를 차지하여 가장 많았고, 청각장애인이 22.0%, 시각장애인이 21.6% 순이었다. 또 정신장애인은 5.0%, 정신지체장애인²³⁾은 3.5%이었으며, 장애가 복합적으로 나타난 사람도 9.0%에 이르렀다(일본 조선인총연합회, 2002).

4. 보건의료기관 방문 및 관찰을 통한 북한 보건의료 실태

‘남북 보건의료인 토론회’ 과정에서 북한의 의료인이 소개한 북한의 보건의료실태와 방문 의료기관에서 관찰한 보건의료 실상은 다음과 같다. 방문기관이 평양에 국한되어 있어 평양 이외의 소재지역 의료기관은 훨씬 더 열악할 것으로 예상된다. 방북 연구진들은 의료전달체계상에서 1, 2차 단계에 해당되는 진료소와 구역병원의 방문을 사전 강력히 요구하였으나 북한측이 거절함에 따라 이들 기관에 대해서는 실태 파악이 이루어지지 못하였다. 호당당 의사가 예방의학적 관리를 실시하는 진료소의 경우, 관찰 인구수를 고려할 때 평양에 약 2,000개소가 소재할 것으로 예상되나 두 차례 방문에 걸친 1주일 기간 동안의 평양거리 관찰결과, 진료소를 전혀 찾아볼 수가 없었다. 북한은 국민의 건강보장을 위해 사회주의 체계에서만 가능하다고 자랑하는 예방의학적 서비스를 공개하지 않음에 따라 예방의학적 서비스를 선호하고 상대적으로 치료와 재활에는 관심이 낮다(Hunter, 1999)고 알려진 것과는 다른 모습일 것으로 추측된다. 요컨대, 1차 진료기관인 진료소는 시설만 설치되어 있고 보건의료서비스 기능은 거의 없을 것으로 추측되는데, 이는 상급의료기관인 3차 및 4차 진료기관의 취약성이 이러한 판단을 가능하게 하였다.

가. 3차진료기관: 인민병원

평양 제2인민병원은 진료소, 구역병원, 인민병원(평양 3개), 평양의과대학 또

23) 사회생활을 하기 어려운 정도로 지능이 낮은 장애인

는 전문병원 순으로 의뢰되는 의료전달체계상에서 세 번째 단계의 진료기관에 해당된다. 병원원장의 소개에 의하면 병상수는 700병상이며 외래 25개 진료과목이 있고 의사 200명, 간호원 150명, 기타 간병원, 배식간병원 등 약 600명이 근무하고 있다고 하였다. 1일 평균 2명이 입원하여 입원환자수는 500명이며, 평균 재원기간은 약 20일이라고 하였다. 그러나 복도에 지나가는 환자와 의료진을 보지 못하여 실제 입원 중인 환자가 거의 없는 것으로 추측할 수 있었다. 응급환자 관리는 구급병원이 별도 개설, 운영되고 있기 때문에 운영하지 않는다고 하였으며, 만성질환자는 만성환자 입원시설인 각 구역에 있는 고려병원(침·구 등 치료)으로 이송된다.

인민병원에서는 입원하는 환자에게 기본적으로 결핵, 기생충 검사를 실시한다. 다빈도 질환은 여름에는 설사, 피부병, 겨울에는 감기, 폐렴 등의 계절성 질환이며, 소화불량, 위궤양, 맹장염 및 뇌졸중이 많고 젊은이의 경우에는 특히 외상, 급성 간염이 많다고 하였다. 방문한 소아병동의 병실 복도에 게시된 내용을 살펴보면 폐렴, 설사, 구루병에 대한 민간요법 등의 예방방법 등이 게시되어 있어 소아에게 흔한 질환이 무엇인지를 간접적으로 알 수 있게 하였다.

직접 견학한 시설은 1개 병실에 입원한 환아 및 부모, 그리고 남한에서 기증한 검진(유방염 생검기구 등)기구, 수액제공기기, 배식 세트 등이었다. 북한은 영유아가 입원하면 부모와 함께 입원한다고 병원장은 설명하였는데, 다른 병실에 입원한 환아들은 볼 수 없었다. 2003년 3월 방문 당시에도 동일한 병실을 공개하였는데 당시 난방은 전혀 가동되지 않았고 감기로 입원하였다고 하였다. 입원환자에게 제공되는 배식시설 및 기구들은 그대로 방치되어 있었다. 간호사실은 잠겨져 있어 열쇠를 열고 견학할 수 있었는데 사용하고 있지 않는 것으로 보였다.

병원장은 남한에서 지원한 의료기구들 중 일부는 최신형이거나 인민병원 수준에서는 사용하기 어려워 사용하지 못하고 있다고 하였다. 또한, 지원한 장비들 중 위내시경은 환자상태 파악시 직접 기계 화면에서만 보아야 하기 때문에 환자상태를 저장 또는 보관하여 진전정도를 확인하기 어렵다는 점을 설명하면서 인화지가 있으면 도움이 되겠다고 인화지를 지원, 요청하였다. 그 외 지원을

요구한 물품은 뇌 도플러²⁴⁾, 위내시경 광램프, 위장 등 소화기계 질환 치료약과 수액제 생산을 위한 설비 설치였다. 한편, 병원장은 병원의 지붕 보수 개선을 요구하였고, 병원 기반시설인 냉장고와 냉동고, 담요, 의사 및 간호사 가운, 이불, 입원환자 식사 공급을 위한 전기밥솥 등의 지원을 요청했다. 북한의 보건 의료문제는 의료시설을 가동시킬 전력공급에서부터 병원시설 및 장비 보강만으로는 해결할 수 없는 근본적인 문제를 안고 있었다. 북한의 수도 평양의 의료기관은 환자관리에 필요한 기본 여건마저도 구비되지 못한 상태에 있어 의료의 적 인프라 구축도 수반되어야 함을 알 수 있었다.

‘우리민족서로돕기운동 보건의료협력본부’ 사례를 중심으로 ‘우리민족서로돕기운동’이 경험한 의료기관 지원과정에서의 문제는 다음과 같다. 지원된 장비 중 상당 부분이 전력 부족으로 가동을 못하거나 일부 가동하다가도 갑자기 전력공급의 중단으로 기계가 고장나는 경우가 발생된다고 하였다. 특히 비싼 의료장비들은 섬세하기 때문에 약간의 전압불균형에도 망가질 수 있으며, 아무리 설명서를 전달하고 기술진이 방북하여 사용법을 설명하더라도 사용방법을 다 익히지 못해 세워두는 경우도 생긴다. 전력 공급이 불가피한 문제라 하더라도 설비 등을 전달할 때 각종 전기 문제에 대비하여 정전압변환기, 전압안정기, 발전기 등 전기가 갑자기 중단할 경우 사용가능한 세심한 준비가 수반되어야 한다는 것이었다. 또한 지원 물자에 대해서는 정기적으로 세심히 점검하여 사용법을 알려주거나 부속품 등을 적시에 제공하여 적절하게 활용되도록 할 필요성이 있다고 강조하였다. 따라서 북한의 병원을 복구하려면 전력공급이 일차적이거나 전력공급에 영향을 적게 받는 첨단기기가 아닌 반자동 등의 기기 공급과 서비스가 지속적으로 제공될 수 있는 의약품 및 소모품 등의 지원과 각종 설비시설의 유지를 위한 추후관리 이라는 점을 알 수 있게 한다.

나. 4차(최상급) 진료기관: 평양 의과대학 병원

평양의과대학은 4차 의료기관으로 중증 환자를 다루는 최상급 의료서비스 기

24) 노인 건강관리를 위한 CT

관이며, 의과대학 학생 교육기관이다. 평양 의과대학 부원장(흉부외과전문의)으로부터 기관특성 및 규모를 소개받은 내용은 다음과 같다. 병상은 1,500 병상으로 근무 의사인력은 200명이며, 1일 외래방문환자수는 2,000~2,500명이라고 하였다. 북한은 중앙병원, 구강병원, 산부인과(평양산원), 피부질환, 정신질환 등을 다루는 병원이 독립, 개설되어 있어 관련 전문진료과는 개설되어 있지 않다고 하였다²⁵⁾.

다빈도 치료질환은 심장혈관계, 종양(위암, 폐암), 폐양성 질환 등의 소화기계 질환, 감기, 폐결핵 등이며, 정신질환과 알코올 중독은 많지 않다고 설명하였다. 영유아의 경우는 설사, 폐렴 등의 감염성 질환이 많다고 하였다.

병실과 수술실 등을 방문한 결과, 병원의 시설 및 장비수준은 남한의 1960년대 수준이었으며 1976년 이후 병원에 도입된 의료기기는 거의 없다고 하였다. 따라서 의료기기들의 부속품 공급이 어려워 의료서비스 제공에 어려움이 있는 것을 알 수 있었다. 그 동안 남한에서 지원한 컴퓨터단층촬영기(CT), 내시경 등 고가 장비 등의 기기들은 잘 활용되고 있다고 하였으나 소모품이 부족하여 어려움이 있으며, 특히 내시경은 수요가 너무 많아 지원 받은 2대의 기기만으로는 부족하다고 하였다. 그 외 신장투석기 등의 기기와 소화기계 의약품(위궤양 제산제 등), 항생제(엠펜실린, 아목신 등) 등이 필요하다고 하였다.

병원 부원장은 남한에서 지원한 의료물품들이 매우 활용도가 높아 감사해하면서도 북한에 지원하는 방식이 체계적이지 못하다고 비판하였다. 예컨대, 인민병원에 지원한 장비가 평양의학대학병원 급 수준에서 필요한 장비이지만 남한의 관련단체가 각기 의료기관을 지정하여 해당 의료기관만을 지원하기 때문에 적절한 기관에서 장비가 적절히 활용되지 못하고 있다고 지적하였다. 이에 따라 북한 의료기관간 상호 장비 및 기기 등을 활용할 수 있도록 북한 당국과 남한 민간단체간의 협상이 요구되나 이 방안이 현재 남북 지원관계 약정상에서 이루어지기 어려운 상황이라면 각 의료기관 급 수준에 적합한 의료장비 등이 지원될 필요성이 크다고 하겠다.

25) 수혈의 경우, 각 도에 '수혈처'가 개설되어 있음

다. 전문병원: 평양 산원

평양산원은 여성 건강관리를 위한 여성전문병원으로 임신부 및 신생아 종합 건강관리 센터 기능을 수행하고 있다. 1980년 개원하여 종합진단실, 호흡기 종합진단실, 심장 종합진단실, 자외선 치료실, 안과치료실, 중앙검사실을 구비하고 있다.

평양산원 여성건강관리과장의 설명에 의하면 평양산원에서는 연 15,000건의 분만과 1일 200~300명의 진료가 이루어진다. 초산은 무조건 평양산원에서 분만하게 되고, 또한 3태아 이상으로 진단된 임부는 대부분 저출생체중아를 출산하기 때문에 무조건 입원하여 관리를 받게 된다. 따라서 저출생체중아 또는 미숙아 치료에 각별히 집중관리하고 있으며, 김정일의 지시에 의해 여성의 분만 통증으로부터의 해방을 위해 무통분만을 집중 연구하고 있다. 출산 전후 문제가 발생되지 않는 경산과 정상분만은 리·동 단위 진료소 조산사(2년제: 정상분만 담당)에 의해 분만이 이루어지고 있다.

평양산원에서 출산한 산모는 산원에서 산모 거주지역에 '해산통지서'를 통보하여 퇴원 후 지역 담당간호사로부터 3회 산후관리(퇴원 후 3일, 7일, 1개월 후)를 받게 된다.

북한의 제왕절개 분만율은 12% 수준으로 남한의 37.7% 보다는 정상적인 수준으로 나타났다.

북한에서 원치 않는 임신인 경우는 대부분 3째아 임신이후이거나 산모가 질환이 있을 경우이며, 인공임신중절 예방을 위해 중등교육시, 또는 임신 중에 임부를 대상으로 위생선전 의사(4년제 졸업)가 위생교육(산전, 산후)을 실시한다고 하였다.

라. 제약회사: 정성녹십자 제약회사

정성녹십자 제약회사는 남한의 단체들이 공동으로 각 역할을 분담하여 지원을 하고 있는 유일한 제약회사이다. 동 제약회사는 약품종합 연구 및 제약 또

는 생약원료 구입해서 배합 후 약품제조를 하고 있다.

근무인력은 연구사 70여명으로 주사제를 연간 700만병 생산할 예정이라고 하였다. 초기에는 남한측의 ‘주식회사 녹십자’가 투자한 회사로 원료를 북한에 제공하고 반제품의 형태로 다시 남한으로 반입하여 완제품을 남측 회사에서 생산하는 의약품 위탁가공 교역을 하였다. 그러나 북한측에서 반제품보다는 완제품이 7~10배의 수익이 발생되므로 완제품의 생산을 원하였던 것으로 전해지고 있다. 제약회사 관계자 면접결과, 북한측은 원료 자체에서부터 직접 생산하는 제약 시설의 설치를 요구하였다.

마. 평양 육아원

평양 육아원은 평양에 유일하게 1개 있으며, 출생직후부터 만 4세까지의 영유아 240여명을 관리할 수 있는 보육시설이다. 관리대상아는 과거에는 대부분 고아이였으나 최근에는 부모 아플 때, 쌍태아 출산으로 가정에서 보육이 어려운 대상아가 이용할 수 있다. 근무인력은 소아과 및 영양 의사 4명, 간호사 1명, 보육인 24명이다. 보육원장은 어린이는 국력이며 국가의 공주와 태자라고 하여 영유아들을 ‘공주’, ‘삼태자’ 등으로 칭하고 있었다.

2003년 3월 방문했을 때에는 보육실 내부에 전등이 없이 어두웠고 난방이 안되어 추워하는 영유아들을 볼 수 있었으며, 영양부족으로 인한 발육부진아가 일부 있었다. 남한에서는 분유, 빵 등의 먹을 것과 비타민제 등의 의약품, 그리고 의류 및 육아용품(지저귀, 비누), 장난감 등을 지원하였다고 하는데, 2003년 9월 방문 시에는 영양상태가 나아진 영유아들의 모습을 역력히 볼 수 있었다.

육아원내에서 발생하는 다빈도 질환은 폐렴, 중독성 소화불량, 대장염, 탈장, 선천성 심장질환이다. 예방접종은 예방접종 카드가 별도 마련되어 있어 방역과 의사의 예진 후 비타민 A 접종을 실시하고 있다. 예방접종 등의 개별 건강카드는 4세가 되면 애육원으로 지속적으로 연계, 관리되고 소학교 입학시 연계, 관리된다. 입원이 필요한 경우 인접 인민병원(소아병동)으로 의뢰된다.

5. 국내 탈북인을 통한 북한의 보건 의료 실태

가. 응답자 인구·사회학적 특성

북한의 보건 의료 수준과 북한에서의 의료 이용 실태를 파악하고자 자연재해가 심각했던 1996년 이후 탈북한 국내 거주자를 대상으로 직접면접조사를 실시하였다. 본 조사에 응답한 탈북자 158명의 탈북시기는 1998년이 23.4%로 가장 많았고, 2002년 17.7%, 2001년 13.3%, 1997년 12.7%이었다(표 V-4 참조). 응답자의 특성 및 보건 의료 실태에 대해서는 북한의 경제 및 식량 등이 외부국가의 본격적인 지원으로 인해 변화를 가져온 2000년 전후로 구분하여 파악하였다.

〈표 V-4〉 조사대상의 탈북시기

(단위: 명, %)

연도	조사대상수	비율
1996년	4	2.5
1997년	20	12.7
1998년	37	23.4
1999년	18	11.4
2000년	15	9.5
2001년	21	13.3
2002년	28	17.7
2003년	15	9.5
합계	158	100.0

응답자의 인구·사회학적 특성은 <표 V-5>~<표 V-7>과 같다. 총 158명의 응답자 중 30대 연령층이 35.1%로 가장 많았고, 20대 26.4%, 40대 16.9%, 50대와 60대 연령층이 7.4%이었다. 성별은 여성이 67.8%로 남성보다 많았다. 교육수준은 고등중학교 졸업이 66.4%로 가장 많았고, 대학교 졸업과 기술·전문 학교 졸업이 각각 11.4%이었다. 북한은 국가에서 제공하는 의무교육이 고등중학교이라는 점을 고려할 때, 교육수준이 시사하는 의미는 크지 않다고 보겠다. 직업은 노동자가 40.5%로 가장 많았고, 주부를 포함한 무직이 14.9%, 사무원과 학생이 각각 8.1%, 농·어부 7.4%, 교수·교사가 3.4%, 의사 또는 준의사가 2.0%이었다.

북한에서의 사회계층은 도시지역 주민이 41.6%이었고, 빈농 32.8%, 중농이 14.6%, 부농 1.4%이었다. 북한에서의 생활수준에 대해서는 중산층이라고 응답한 대상이 44.9%, 못사는 편이라고 응답한 대상이 24.5%, 아주 못하는 편 14.3%, 잘사는 편 13.6%, 아주 잘사는 편이 2.7%이었다.

〈표 V-5〉 조사대상 탈북자의 일반 특성

(단위: %)

	1996~1999년	2000~2003년	전체
전체 (N)	100.0 (79)	100.0 (79)	100.0 (158)
탈북당시 연령			
10~19세	4.1	1.4	2.7
20~29세	31.1	21.6	26.4
30~39세	39.2	31.1	35.1
40~49세	13.5	20.3	16.9
50~59세	4.1	10.8	7.4
60~69세	6.8	8.1	7.4
70세 이상	1.4	6.8	4.1
성별			
남자	20.5	43.4	32.2
여자	79.5	56.6	67.8
교육수준			
인민학교 졸업	2.7	2.7	2.7
고등중학교 졸업	73.3	59.5	66.4
기술학교 및 전문학교 졸업	9.3	13.5	11.4
대학교 졸업	8.0	14.9	11.4
기타	6.7	9.5	8.1
직업			
의사, 준의사	-	4.0	2.0
노동자	47.9	33.3	40.5
군인	4.1	4.0	4.1
농부, 어부	6.8	8.0	7.4
교수, 교사	2.7	4.0	3.4
공무원	4.1	6.7	5.4
학생	9.6	6.7	8.1
사무원	8.2	8.0	8.1
무직(주부포함)	9.6	20.0	14.9
기타	6.8	5.3	6.1

〈표 V-6〉 북한에서의 사회계층 및 생활수준

(단위: %)

일반특성	탈북시기	1996~1999년	2000~2003년	전체
	전체 (N)	100.0 (79)	100.0 (79)	100.0 (158)
사회신분				
빈농		29.0	36.8	32.8
중농		8.7	20.6	14.6
부농		1.4	4.4	2.9
도시민		53.6	29.4	41.6
자본가		1.4	1.5	1.5
기타		5.8	7.4	6.6
생활수준				
아주 잘사는 편		-	5.5	2.7
잘사는 편		12.2	15.1	13.6
중간		47.3	42.5	44.9
못사는 편		27.0	21.9	24.5
아주 못사는 편		13.5	15.1	14.3

북한은 거주이동의 자유가 보장되어 있지 못하다. 응답자의 거주지는 67.1%가 함경북도였고, 함경남도 13.4%, 평안북도 및 평안남도가 각각 4.7%로 대부분 함경도에서 탈북한 대상자들이었다. 또한, 응답자 중 3.4%는 평양이 거주지인 것으로 나타났다. 거주지 특성은 51.7%의 대상자가 주택지역, 25.9%는 공장지역, 13.3%는 농촌, 4.2%는 산촌의 특성을 가진 지역에서 거주한 것으로 나타났다. 거주지역별 사회적 신분을 파악해 보면 함경북도가 거주지인 대상자 중에서는 도시민이 가장 많았고, 평안남북도는 빈농출신이 많았다.

거주 주택의 상수도 설치 여부를 파악해 보면 70.1%가 수도물을 사용하였고, 15.6%는 펌프식이었으며, 약수물 또는 개울물을 사용한 경우가 4.7%이었다. 북한은 안전한 식수를 공급받는 인구비율이 도시, 농촌 공히 100%로 보고한 바 있는데(UNICEF, 2003), 동 결과는 북한에서 발표한 자료의 신뢰성 부족을 단적으로 보여주고 있는 사례이다.

〈표 V-7〉 탈북 직전 북한에서의 거주지 분포

(단위: %)

일반특성	탈북시기	1996~1999년	2000~2003년	전체
전체		100.0	100.0	100.0
(N)		(79)	(79)	(158)
거주지역				
평양		2.7	4.1	3.4
평안남도		4.0	5.4	4.7
평안북도		4.0	5.4	4.7
자강도		-	1.4	0.7
양강도		4.0	-	2.0
함경남도		18.7	8.1	13.4
함경북도		64.0	70.3	67.1
황해남도		-	4.1	2.0
황해북도		1.3	-	0.7
북강원도		1.3	1.4	1.3
거주지 특성				
주택지역		55.6	47.9	51.7
공장지대		25.0	26.8	25.9
농촌		12.5	14.1	13.3
어촌		1.4	1.4	1.4
산촌		4.2	4.2	4.2
기타		1.4	5.6	3.5
거주지 식수상태				
수도물		68.1	72.0	70.1
펌프식		18.1	13.3	15.6
우물물		9.7	9.3	9.5
개울물		2.8	2.7	2.7
약수물		1.4	2.7	2.0

나. 탈북인의 북한에서의 건강수준 및 의료이용 실태

탈북자 158명을 대상으로 탈북 전 1년 동안 북한에서의 의료기관 이용 실태를 조사한 결과, 시·군 인민병원 이용 경험건이 가장 많아 49.3%이었고, 그 다음으로 도인민병원·대학병원 19.7%, 리진료소 17.1%이었다. 앞서 북한 사회에서 설정한 의료전달체계가 적용될 경우 진료소의 이용비율이 가장 높을 것으로

기대할 수 있는데 본 조사결과는 이와 상치되는 결과라고 할 수 있다. 이러한 상황은 북한 의료인과의 면담을 통하여 파악한 결과, 진료소를 거치지 않고 곧 바로 2, 3차 진료기관에 내원하거나 환자가 건강상태가 좋지 못하여 2, 3차 기관에서 진료 받기를 요청할 경우, 직접 2, 3차 기관을 방문하기도 한다고 하였다. 그러나 2, 3차 진료기관을 방문해도 치료약을 제공받기는 어려운 상황이기 때문에 상급 진료기관을 방문하여도 무방하다는 세계보건기구(WHO)의 보고를 고려할 때, 현재 북한의 의료전달체계는 유명무실한 실정이라고 하겠다. 응답자 또는 응답자의 가족이 병원에 입원한 경험이 있는 경우는 55.1%(87명)로 44.9%가 입원한 경험이 없는 것으로 나타났다.

<표 V-8> 탈북자의 탈북전 1년 기간 중 북한에서의 의료기관 이용실태 (단위: %)

탈북시기	1996~1999년	2000~2003년	전체
리·동 진료소	16.3	18.1	17.1
시·군 인민병원	51.3	47.2	49.3
도인민병원, 대학병원	18.8	20.8	19.7
결핵요양소	2.5	1.4	2.0
기타	11.3	12.5	11.8
계	100.0	100.0	100.0
(N)	(80)	(72)	(152)

주: N은 중복응답건수임.

응답자가 탈북전 1년의 기간 동안 경험한 질병이나 증상에 대해 조사하였는데, 응답자가 정확한 진단명을 모르는 경우가 대부분이어서 체계적인 분류가 곤란하였다. 때문에 본 연구에서는 응답자의 응답내용을 최대한 그대로 제시하고자 하였으며, 이에 따른 결과는 <표 V-9>와 같다.

조사결과 열병, 감기 등으로 인한 신체적 증상을 경험한 경우가 13.4%로 가장 많았고, 결핵을 제외한 전염성 질환이 9.6%로 나타났다. 또한 복통, 구토 등이 8.0%, 위장염, 위궤양, 십이지궤양, 위기능성 장애가 7.5%로 소화기계 질환 경험이 많았은 것으로 조사되었다. 일반적으로 북한의 심각한 보건문제 중의 하나라고 알려진 결핵은 1.1%로 낮게 조사되었다.

〈표 V-9〉 북한에서 탈북전 1년 동안 본인 또는 가족이 경험했던 질병 또는 증상
(단위: %)

탈북시기	1996~1999년 (N=79)	2000~2003년 (N=79)	전체 (N=158)
[질병 또는 증상 발생여부]			
특별한 질병이나 증상 없었음	16.5	25.3	20.9
질병 또는 증상을 경험함	83.5	74.7	79.1
[질병 또는 증상이 있는 경우의 분포 ¹⁾]			
열병, 감기, 몸살	11.7	15.1	13.4
전염성질환(파라티푸스, 콜레라, 이질, 장티푸스 등)	13.8	5.4	9.6
식도화상, 골절, 사고, 외상, 손의손상, 장애, 불분명한 출혈, 교통사고 후유증, 뇌타박상, 하반신마비, 척추전신마비, 뇌진탕	11.7	6.5	9.1
소화불량, 복통, 구토, 식욕부진	8.5	7.5	8.0
심장병, 심장신경증, 고혈압, 심장심근, 뇌혈전, 동맥경화증, 뇌졸중, 심장협심증, 중풍, 뇌출혈	6.4	8.6	7.5
위장염, 위궤양, 십이지장궤양, 위기능성 장애	6.4	8.6	7.5
허리디스크, 요통, 신경통, 관절염, 골다공증	3.2	9.7	6.4
식중독, 대장염, 설사	4.3	5.4	4.8
폐렴, 기관지염, 기관지천식, 폐암	1.1	5.4	3.2
이비인후과 질환(후두염, 편도염, 비염, 축농증, 중이염)	4.3	2.2	3.2
(급만성)두통, 어지러움	4.3	2.2	3.2
비뇨기계 질환(신장염, 방광염)	4.3	1.1	2.7
맹장염, 맹장수술, 늑막염, 복막염	3.2	2.2	2.7
구강(치과)질환	3.2	1.1	2.1
자궁적출술, 인공유산, 자궁의 임신, 자연유산	2.1	1.1	1.6
간염, 간경화, 담낭염, 위암, 장암	3.2	-	1.6
담낭염	1.1	1.1	1.1
뇌염, 골수염, (유행성)뇌막염	1.1	1.1	1.1
난소난종다발성, 자궁암, 자궁절연	-	2.2	1.1
결핵	1.1	1.1	1.1
심장판막장애, 심장판막증	-	1.1	0.5
간염, 간기능장애	-	1.1	0.5
당뇨	-	1.1	0.5
췌장염	1.1	-	0.5
기타 ²⁾	4.3	9.7	7.0
전체 (N)	100.0 (64)	100.0 (120)	100.0 (184)

주: 1) 질병·증상 분포는 응답자의 중복응답건수임.

2) 피부병, 황달, 빈혈, 영양실조, 치질, 간질, 시력장애 등

북한에서 거주할 때, 본인이나 가족이 아파서 치료가 필요했으나, 의료기관을 안가거나 못간 경험이 있다고 응답한 88명(55.7%)을 대상으로 의료기관을 이용

하지 못한 사유를 조사한 결과, 의료기관의 약품과 시설이 미비하여 치료받지 못하기 때문이 75.6%로 대부분을 차지하였다. 또한 약품도 없지만 차비도 없어서 못한 경우가 2.2%, 기타 ‘거주지역이 아니어서’, ‘민간요법으로 치료하기 위해’, ‘차별을 받기 때문에’ 등의 응답이 22.2% 이었다.

〈표 V-10〉 질병이환 및 증상 경험자의 의료기관 미방문 이유

(단위: %)

	1996~1999년	2000~2003년	전체
의료기관의 약품, 시설 미비	77.3	73.9	75.6
의료기관의 약품, 시설 미비 및 병원에 갈 차비가 없어서	2.3	2.2	2.2
기타	20.5	23.9	22.2
전체 (N)	100.0 (44)	100.0 (46)	100.0 (90)

주: 1) 중복응답임.

2) 기타는 ‘거주지역이 아니어서’, ‘민간요법으로 치료하기 위해’, ‘차별을 받기 때문에’ 등의 응답이 있었음.

의료기관을 방문한 경우, 질병 또는 증상에 대해 치료내용을 조사한 결과, 의료기관을 방문하였으나 치료를 받지 못한 사람이 전체의 12.4%를 차지하였다. 이외에 주사를 맞은 사람이 27.5%, 약을 받은 사람이 27.0%로 조사되었다.

〈표 V-11〉 북한에서 발생된 질환 및 증상에 대한 의료기관에서의 치료내용

(단위: %)

	1996~1999년	2000~2003년	전체
질병명, 아픈 이유를 알려줄 뿐 치료 못받음	10.9	14.6	12.8
약을 받음	27.7	26.8	27.3
혈액검사 등을 받음	17.6	17.9	17.8
주사를 맞음	26.9	28.5	27.7
수술을 받음	12.6	7.3	9.9
기타	4.2	4.9	4.5
전체 (N)	100.0 (119)	100.0 (123)	100.0 (242)

주: 중복응답임.

1999년 조사에 의하면, 북한 난민 중 지난 1년간 북한 내에서 병원을 이용하거나 의사에게서 치료를 받은 경험이 있는 자는 전체의 44%를 차지하였다. 이중 대다수인 97%가 의료이용에 어려움이 있다고 하였다. 의료이용이 어려운 이유로는 의약품 부족이 79%로 가장 많았고 그 다음으로 치료비 부담이 어렵다고 한 경우가 32%에 달하였다(서일, 2000). 이는 병원에 약이 부족하기 때문에 개인적으로 다른 곳에서 많은 돈을 주고 구입해야 하거나 뇌물을 주어야 의 약품을 구입할 수 있기 때문이다. 이는 북한이 선전하는 무상치료가 실질적으로 이루어지지 않고 있음을 보여준다.

탈북 당시 응답자 본인이 갖고 있었던 증상이나 질병은 <표 V-12>와 같다. 이들은 대부분 중국 등 제3국을 거쳐 국내까지 이동, 거주하였다는 점에서 북한 일반주민보다는 전염성 질환이 없거나 비교적 건강상태가 불량하지 않았을 것으로 추정되기 때문에 이들의 건강상태는 북한 일반인 보다 양호할 것으로 추측된다.

전체적으로는 허리디스크, 요통 등이 23.7%로 가장 많았고, 다음으로 위장염 등 소화기계 질환이 17.2%, 이비인후과 질환 7.5%, 폐·기관지 질환 4.3%의 순으로 조사되었다. 특히 허리디스크, 요통 등의 근골격계 질환에서는 중장년층 뿐만 아니라 20~39세 계층에서도 가장 많은 것으로 나타났다. 이외에도 20~39세 계층에서는 위장염 등 소화기계 질환과 폐·기관지 질환이 많은 것으로 조사되었고, 40~64세 계층과 65세 이상의 경우에는 위·십이지장 관련 질환과 심장병 뇌졸중 등의 만성질환이 다수를 차지하고 있는 것으로 조사되었다.

〈표 V-12〉 탈북 당시 본인이 갖고 있었던 증상 또는 질병

(단위: %)

	10~19세	20~39세	40~64세	65세이상	전체
허리디스크, 요통, 신경통, 관절염, 골다공증	-	22.0	26.5	26.7	23.7
위장염, 위궤양, 십이지궤양, 위기능성장애	66.7	9.8	20.6	20.0	17.2
심장병, 심장신경증, 고혈압, 심장심근, 뇌혈전, 동맥경화증, 뇌졸중, 심장협심증, 중풍, 뇌출혈	-	7.3	14.7	20.0	11.8
이비인후과 질환(후두염, 편도염, 비염, 중이염)	-	4.9	8.8	13.3	7.5
폐렴, 기관지염, 기관지천식, 폐암	-	9.8	-	-	4.3
(급만성)두통, 어지러움	-	4.9	5.9	-	4.3
비뇨기계 질환(신장염, 방광염)	33.3	2.4	5.9	-	4.3
전염병(파라티프스, 콜레라, 이질, 장티푸스 등)	-	7.3	-	-	3.2
심장판막장애, 심장판막증	-	2.4	2.9	6.7	3.2
조산, 태아위치 이상, 임신중독, 출산, 산후증	-	2.4	2.9	-	2.2
난소난종다발성, 자궁암, 자궁질염	-	4.9	-	-	2.2
식도화상, 골절, 사고, 외상, 손의손상, 장애, 불분명한 출혈, 교통사고 후유증, 뇌타박상, 허반신 마비, 척추전신마비, 뇌진탕	-	4.9	-	-	2.2
담낭염	-	2.4	2.9	-	2.2
간염, 간기능장애	-	-	5.9	-	2.2
췌장염	-	2.4	-	-	1.1
식중독, 대장염, 설사	-	-	2.9	-	1.1
맹장염, 맹장수술, 늑막염, 복막염	-	2.4	-	-	1.1
치질, 변비	-	2.4	-	-	1.1
자궁적출술, 인공유산, 자궁외 임신, 자연유산	-	-	-	6.7	1.1
갑상선질환	-	2.4	-	-	1.1
유선종, 유방질환	-	2.4	-	-	1.1
손발저림	-	-	-	6.7	1.1
결핵	-	2.4	-	-	1.1
전체 (N)	100.0 (3)	100.0 (41)	100.0 (34)	100.0 (15)	100.0 (93)

주: 중복응답임.

다. 탈북인의 북한에서의 남한지원 의약품에 대한 인식 실태

응답자가 북한에 거주할 때 남한에서 지원한 약품에 대한 당시 인지실태를 조사한 결과, 73.7%가 남한에서 약품을 지원하였다고 들은 적이 없는 것으로 나타났다. 남한의 약품이 지원되었다고 들은 적만 있는 대상자는 16.8%, 남한

의 약품으로 치료받거나 영양제를 받은 적이 있는 대상자는 9.5%이었다. 1999년 이후 남한에서의 지원이 증가되었음에서 불구하고 2000년 이후 탈북한 응답자들도 76.1%가 남한에서 지원한 약품이 있다고 들은 적이 없는 것으로 파악되었다. 응답자가 지원받은 남한 약품종류는 예방접종약이 47.4%, 영양제가 26.3%, 기생충약 21.1%, 기타 항생제 등 치료약은 5.3%에 불과하였다.

남한의 약품을 받은 적이 있는 13명(9.5%)의 거주지역은 11명이 함경북도이었고 2명이 평양이었으며, 직업은 노동자 8명, 학생 2명, 기타 사무원 및 무직(주부포함) 등이었다.

〈표 V-13〉 탈북전 북한에서의 남한 지원약품에 대한 인지실태

(단위: %)

	1996~1999년	2000~2003년	전체
남한에서 약품을 지원하였다고 들은 적이 없다	71.2	76.1	73.7
남한의 약품이 지원되었다고 들은 적만 있다	16.7	16.9	16.8
남한의 약품을 받거나 치료받은 적이 있다	12.1	7.0	9.5
전체	100.0	100.0	100.0
(N)	(66)	(71)	(137)

〈표 V-14〉 탈북년도별 북한에서 제공받은 남한 약품의 종류

(단위: %)

	1996~1999년	2000~2003년	전체
예방접종약	44.4	50.0	47.4
기생충약	11.1	30.0	21.1
영양제	33.3	20.0	26.3
항생제 등 치료약	11.1	-	5.3
전체	100.0	100.0	100.0
(N)	(9)	(10)	(19)

주: 중복응답임.

라. 탈북자 시각에서 본 북한 주민의 건강문제

조사대상 탈북자를 통하여 생애주기에 따른 특징적인 질환 및 증상 발생실태를 파악하고자 탈북당시 거주한 지역에서 가장 흔한 질병에 대해 조사한 결과, <표 V-16>~<표 V-19>와 같다. 유아의 경우 다빈도 질환 또는 건강문제는 빈혈, 통증, 무기력증, 허약체질 등의 영양실조가 가장 높았고(22.9%), 식중독·대장염·설사(16.5%), 폐렴, 기관지염, 기관지천식 등의 호흡기 질환(14.1%), 소화불량·복통 순이었다.

<표 V-15> 탈북 당시 북한 거주지역의 유아에게 가장 흔한 질병 또는 증상 (단위: %)

	1996~1999년	2000~2003년	전체
영양실조(빈혈, 무기력증, 허약체질)	23.8	22.2	22.9
식중독, 대장염, 설사	16.3	16.7	16.5
폐렴, 기관지염, 기관지천식	11.3	16.7	14.1
소화불량, 체함, 복통, 구토	11.3	14.4	12.9
열병, 감기, 몸살	7.5	12.2	10.0
수두, 홍역, 소아마비, 백일해	15.0	5.6	10.0
전염병(파라티프스, 콜레라, 이질, 장티푸스 등)	6.3	5.6	5.9
결핵	3.8	2.2	2.9
위장염, 위궤양, 십이지궤양, 위기능성장애	-	1.1	0.6
간염, 간기능장애	2.5	-	1.2
심장병, 심장신경증, 고혈압, 심장심근, 뇌혈전, 동맥경화증, 뇌졸중, 심장협심증, 중풍, 뇌출혈	1.3	-	0.6
뇌염, 골수염, (유행성)뇌막염	-	2.2	1.2
구루병	1.3	-	0.6
피부병, 황달	-	1.1	0.6
전체 (N)	100.0 (80)	100.0 (90)	100.0 (170)

주: 중복응답임.

탈북 당시 거주한 지역에서 학동기 아동에게 가장 흔한 질병은 유아와 동일하게 영양실조가 가장 많다고 하였으며(29.3%), 그 다음으로 전염병(21.1%), 감기(14.3%) 순이었다. 유아에게는 상대적으로 적은 결핵(0.6%)이 학동기 아동에게는 3.8%로 나타났다.

〈표 V-16〉 탈북 당시 북한 거주지역의 학동기 아동에게 가장 흔한 질병 또는 증상
(단위: %)

	1996~1999년	2000~2003년	전체
영양실조(빈혈, 허약체질),	30.4	28.1	29.3
전염병(파라티프스, 콜레라, 이질, 장티푸스 등)	24.6	17.2	21.1
열병, 감기, 몸살	13.0	15.6	14.3
식중독, 대장염, 설사	5.8	6.3	6.0
소화불량, 체함, 복통, 구토, 식욕부진	5.8	3.1	4.5
간염, 간기능장애	5.8	1.6	3.8
결핵	2.9	4.7	3.8
맹장염, 맹장수술, 늑막염, 복막염	-	1.6	0.8
치질, 변비	1.4	-	0.8
폐렴, 기관지염, 기관지천식	1.4	3.1	2.3
허리디스크, 요통, 신경통, 관절염, 골다공증	1.4	3.1	2.3
(급만성)두통, 어지러움	-	1.6	0.8
뇌염, 골수염, (유행성)뇌막염	-	3.1	1.5
시력장애, 각막, 눈병	-	4.7	2.3
수두, 홍역, 소아마비, 백일해	2.9	-	1.5
피부병, 황달	2.9	1.6	2.3
기타 질환	1.4	4.7	3.0
전체	100.0	100.0	100.0
(N)	(69)	(64)	(133)

주: 중복응답임.

노인에게서 가장 흔한 질병 또는 건강문제는 영양실조라고 응답한 경우가 가장 많아 32.8%이었고, 그 다음으로 심혈관계 질환(20.4%), 요통 및 관절염 등 근골격계 질환과 전염병 순이었다.

〈표 V-17〉 탈북 당시 북한 거주지역의 노인에게 가장 흔한 질병 또는 증상 (단위: %)

	1996~1999년	2000~2003년	전체
영양실조(빈혈, 통증, 허약체질)	37.1	29.3	32.8
심장병, 심장신경증, 고혈압, 심장심근, 뇌혈전, 동맥경화증, 뇌졸중, 심장협심증, 중풍, 뇌출혈	25.8	16.0	20.4
허리디스크, 요통, 신경통, 관절염, 골다공증	1.6	17.3	10.2
전염병(파라티푸스, 콜레라, 이질, 장티푸스 등)	14.5	6.7	10.2
결핵	6.5	6.7	6.6
폐렴, 기관지염, 기관지천식, 폐암	3.2	8.0	5.8
위장염, 위궤양, 십이지궤양, 위기능성장애	-	4.0	2.2
간염, 간기능장애	-	1.3	0.7
식중독, 대장염, 설사	1.6	1.3	1.5
열병, 감기, 몸살	3.2	2.7	2.9
치매	1.6	1.3	1.5
비뇨기계 질환(신장염, 방광염)	-	1.3	0.7
당뇨	1.6	-	0.7
기타 질환	3.2	4.0	3.6
전체	100.0	100.0	100.0
(N)	(62)	(75)	(137)

주: 중복응답임.

임산부의 경우에는 다른 계층과 마찬가지로 영양실조가 가장 많았으나 (67.7%), 다른 계층에 비해 응답률이 월등하게 높았다. 그 다음으로는 조산, 임신중독증 등의 출산전후 부인과성 질환이 높은 것으로 나타났다.

〈표 V-18〉 탈북 당시 북한 거주지역의 임산부에게 가장 흔한 질병 또는 증상
(단위: 명, %)

	1996~1999년	2000~2003년	전체
빈혈, 통증, 무기력증, 허약체질, 영양실조	70.0	65.6	67.7
조산, 태아위치 이상, 임신중독, 출산후유증	10.0	21.9	16.1
맹장염, 맹장수술, 늑막염, 복막염	6.7	-	3.2
소화불량, 체함, 복통, 구토, 식욕부진	3.3	-	1.6
열병, 감기, 몸살	3.3	-	1.6
난소난종다발성, 자궁암, 자궁질염	3.3	-	1.6
유선종, 유방질환	-	3.1	1.6
전염병(파라티프스, 콜레라, 이질, 장티푸스 등)	3.3	-	1.6
피부병, 황달	-	3.1	1.6
결핵	-	3.1	1.6
기타 질환	-	3.1	1.6
전체 (N)	100.0 (30)	100.0 (32)	100.0 (62)

주: 중복응답임.

마. 탈북인을 통한 대북 의료지원 우선순위 대상 및 질환

응답자들은 북한에서 의료지원이 가장 시급한 계층에 대해 45.9%가 7세 미만의 영유아라고 하였으며 그 다음으로 노인이라고 하였다. 또한 의료지원이 가장 시급한 관리대상질환은 결핵이라고 응답한 경우가 32.9%로 가장 많았고, 폐렴 등의 호흡기계 질환(23.9%), 설사(18.0%) 순이었다.

<표 V-19> 탈북자의 탈북연도별 북한에서 의료지원이 가장 시급한 계층
(단위: %)

	1996~1999년	2000~2003년	전체
7세미만 어린이	40.7	51.5	45.9
임산부, 수유부	11.1	14.1	12.6
노인	27.8	23.2	25.6
신체, 정신 장애인	14.8	7.1	11.1
기타	5.6	4.0	4.8
전체 (N)	100.0 (108)	100.0 (99)	100.0 (207)

주: 중복응답임.

<표 V-20> 북한에서 의료지원이 가장 필요한 질환에 대한 탈북자 의견
(단위: %)

	1996~1999년	2000~2003년	전체
결핵	32.2	33.6	32.9
폐렴 등 호흡기계	20.0	28.0	23.9
설사	15.7	20.6	18.0
위장병 등 소화기계	12.2	5.6	9.0
말라리아	2.6	2.8	2.7
기생충성 질환	8.7	2.8	5.9
기타	8.7	6.5	7.7
전체 (N)	100.0 (115)	100.0 (107)	100.0 (222)

주: 중복응답임.

바. 남북한간의 보건의료 교류·협력사업에 대한 의견

탈북자의 시각에서 보건의료분야에서 남북 교류·협력이 가능한 사업에 대해 조사한 결과, <표 V-21>과 같다. 남북 이산가족으로 상봉한 가족간의 의약품 교환 인정이 가장 많았고(18.9%), 그 다음으로 전염성 발생 등 남북 주민의 건강관리를 위한 보건의료 정보교환(18.2%), 특정 지역에 남북 협력 보건의료시설 설립 및 공동운영(13.3%), 남북 보건의료인간 의료기관 상호방문 및 연수(한방 분야, 약물재배, 최신 수술 등)(12.6%), 남북이 공동 운영하는 지역보건사업(말라리아 방역, 기생충, 결핵 등) 실시(9.8%) 순이었다.

〈표 V-21〉 남북 보건의료 협력 가능사업에 대한 탈북자 의견

구분	비율
전염성 발생 등 남북 주민의 건강관리를 위한 보건의료 정보교환	18.2
남북의 시군지역(남측 보건소-북측 진료소)간 자매결연	6.3
남북 이산 상봉 가족 간의 의약품 교환 인정	18.9
남측에서 필요한 한약초 재배 또는 한약재 등을 북측에 수출하는 공식적인 체계 마련	8.4
특정 지역에 남북 협력 보건의료시설 설립 및 공동운영	13.3
의학, 한의학 등의 의료용어 통일 또는 출산장려정책 등의 현안에 대한 학술교류	9.1
남북 보건의료인간 의료기관 상호방문 및 연수(한방분야, 약물재배, 최신 수술 등)	12.6
남북이 공동 운영하는 지역보건사업(말라리아 방역, 기생충, 결핵 등)	9.8
특정지역(경제구역) 주민에 대한 보건교육 및 건강마을 가꾸기 프로그램 실시 등	2.8
기타	0.7
합계	100.0
(N)	(143)

6. 북한의 보건의료 수준 평가

가. 보건문제와 보건의료제도

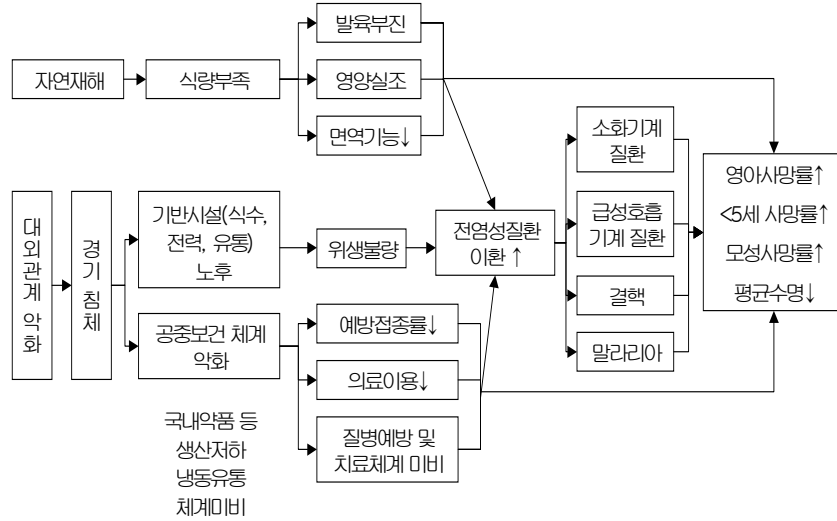
전술한 바와 같이 북한의 보건의료제도는 사회주의 헌법 제56조에서 무상치료를 규정하고 있으며, 1998년 ‘인민보건법’을 보완한 ‘인민보건의료법’에서 무상치료제, 예방의학적 방침에 의한 건강보호, 의사 담당구역제, 주체적인 의학 과학기술 등 네 부문으로 보건의료정책을 수립하여 국민 건강보장을 위한 완벽한 보건의료제도가 마련되어 있다. 그러나 현재 보건의료체계는 총체적으로 붕괴된 것으로 평가할 수 있어 이상의 규정이나 정책대로 구현되고 있지 못하고 있는 실정이다.

나. 보건문제와 경제수준

북한의 2002년도 경제수준은 1989년과 비교할 때 그 규모가 약 절반으로 축소되었다. 2002년 1인당 GDP는 US\$ 480으로(WHO, 2003) 남한의 1973년(US\$ 396)과 1974년(US\$ 541) 수준으로 평가할 수 있으며, 2001년도의 베트남(US\$ 416)과 비슷한 수준으로 볼 수 있다. 이러한 경제적인 어려움으로 인하여 보건 의료부문에 대한 투자는 거의 없었던 것으로 추측된다. 더욱이 취약한 에너지 공급사정으로 인하여 난방이 어렵고, 의료 장비 및 기기 등의 사용이 어렵게 되어 병원이 거의 가동되지 못하고 있다. 이에 따라 의료의 기반 복구에는 대규모의 오랜 기간이 필요한데, 이는 경제 및 에너지 문제가 병원 및 진료소에 직접적으로 영향을 미치기 때문에 경제 전반이 회생되어야 가능할 것이다. 의과대학과 간호학교의 의료인력 양성 교육도 전반적인 재교육이 필요한 상태이다(WHO, 2003).

1995년 이후 경제난과 홍수 등의 자연재해는 보건의료체계 및 주민의 건강에 직·간접적인 영향을 미쳤는데 경제와 보건문제의 관련성을 파악해 보면 [그림 V-4]와 같다. 동 그림에서 제시한 바와 같이 경제악화는 전력 등의 기반시설들의 붕괴로 의약품 생산의 중단되어 의료 전반적인 물자 부족과 치료가 어렵게 되었고, 수질 불량 및 위생환경의 악화로 수인성 전염병이 증가되었다. 식량부족은 발육부진, 영양실조 등으로 면역기능을 저하시켜 질병을 발생시켰고, 결과적으로 결핵 및 말라리아와 호흡기계 및 소화기계 질환이 증가되고 사망으로 초래되는 등 건강수준이 악화되었다. 이러한 상황을 고려할 때, 급성 전염병 관리 및 보건의료 기반복구를 위해서는 보건의료분야의 교류·협력과 함께, 전력, 에너지 등 사회 기반 복구가 수반되어야 할 필요성이 제기되었다.

[그림 V-4] 북한 전염성 질환의 증가 기전 및 결과



자료: 이운환 등, 『북한 보건의료지원의 활성화 방안』, 『남북한 보건의료』, 제2권, 2001.

다. 보건문제와 환경위생

‘국경없는 의사회(MSF)’에 따르면 북한에는 위생불량과 상수도 위생수준의 악화로 소화기계 환자가 많으며, 콜레라 등 전염병이 유행하였고(홍콩연합, 1998. 10. 1), 방북한 재미교포들은 북한에서 이질, 장티푸스, 콜레라 등의 질병이 많이 발생하여 의료지원을 확대할 계획이라고 보도된 바 있어(연합뉴스, 2001.11.8) 수질 관리가 중요한 문제로 대두되고 있었다.

2002년 6월 UN 보고에 의하면 1998년 75%가 상수도 공급을 받고 있으며 우물이나 샘에 의해 공급받는 비율은 16.3%이었다. 그러나 북한은 식수와 위생설비, 안전한 식수를 공급받고 있는 인구비율과 적합한 위생시설을 공급받고 있는 인구비율이 도시 농촌 공히 100%로 보고한 바, 북한의 발표를 그대로 인용한 UNICEF에서도 2003년 6월 북한의 동 비율을 100%로 발표하여 UN 자료와 차이를 보이고 있다. 한편, 국제적십자연맹(IFRC)에서는 2002년에 18개 리지역

에서 식수 공급 프로젝트를 진행하였으며, 위생적인 식수 공급 프로그램이 진행되면서 수인성 질환이 80%까지 감소하였다는 보고를 하였다.

북한의 수질오염 문제는 인분이나 가축의 분변 등 생활 오염물질의 증가, 인분을 사용한 비료와 가축의 배설물을 퇴비로 사용하고 있는 데에서 그 원인을 찾을 수 있다. 이에 따라 북한의 경우, 열악한 환경위생이 주민의 건강에 직·간접적으로 영향을 미치고 있으며, 특히 수질오염은 수인성 전염병을 발생시켜 건강을 위협하는 주요 보건문제가 되고 있으므로 환경위생 관리는 보건문제 해결과 직결되고 있음을 알 수 있다.

라. 보건문제와 우선순위 보건의료 사업

앞서 다양한 관점에서 직·간접적인 방법을 통하여 북한의 보건의료 문제와 건강수준을 파악해 보았다. 제기된 북한의 보건문제에 대해 북한 당국, 국제기구 및 본 연구진이 도출한 북한의 우선순위 보건사업은 <표 V-22>와 같다. 먼저 북한 보건성은 향후 5년(2004~2008)의 우선순위 보건의료사업을 1위 결핵, 말라리아, HIV/AIDS라고 제시하였으며, 2위 B형간염, 장관계 감염질환, 기생충, 3위 구강질환 및 암 등 비전염성 질환, 4위 금연사업, 5위 모자보건이라고 결정하였다(WHO, 2003). 세계보건기구(WHO)에서는 북한의 향후 5년(2004~2008)의 우선순위 사업을 1위 결핵, 말라리아, HIV/AIDS 등의 전염성 질환관리, 감시체계 및 예방, 임상검사기능 복구 등으로 제시하여 북한 보건당국과 일치된 의견을 제시하였다. 그러나 2위는 예방접종사업이었으며, 3위는 근거에 입각한 보건정책 및 보건서비스 증진(임상지침, 합당한 약품사용, 전통의학)으로 지역사회 보건문제 사정에 근거한 정책수립의 필요성을 강조하였다. 4위는 지역사회 접근을 통한 기초의료서비스 강화, 5위는 보건의료인력에 대한 임상기술 및 의학교육의 현대화로 북한 당국과 상당한 차이를 보이고 있다. 본 조사에서 탈북자들은 북한의 우선순위 지원대상 질환을 3명 중 1명이 결핵이라고 응답하였으며, 그 다음으로 폐렴 등 호흡기계 감염성 질환이라고 응답하였다(표 V-20 참조).

연구진이 직접 방북하여 북한, 정확하게는 평양의 실상을 파악하고 북한 보건당국자와의 토론을 통해서 파악한 최우선 사업은 결핵 및 말라리아 조기발견 및 치료이었다. 그 다음으로는, 평양의 실상만을 고려할 때, 의약품 생산 및 설비 복구, 3위는 근거에 입각한 보건정책 및 보건서비스 증진, 4위 금연사업, 5위는 일차보건사업 수행과 의료 인력 재훈련 등이었다.

〈표 V-22〉 각 기관 및 대상이 제시한 북한의 우선순위 보건의료사업

우선순위 사업	북한 당국 ¹⁾	세계보건기구 ¹⁾	본 연구결과	
			평양 현지방문결과	탈북자 조사(158명)
1위	결핵, 말라리아, HIV/AIDS	결핵, 말라리아, HIV/AIDS	결핵 및 말라리아	결핵
2위	B형간염, 장관계 감염질환, 기생충,	예방접종	의약품 생산 및 설비 복구	폐렴 등 호흡기계질환
3위	구강질환 및 암 등 비전염성 질환	근거에 입각한 보건정책 및 건강서비스 증진	근거에 입각한 보건정책 및 보건서비스 증진	설사 등 장관계 질환
4위	금연사업	지역사회 접근을 통한 기초의료 서비스 강화	금연사업	위장병 등 소화기계
5위	모자보건	보건의료인력에 대한 임상기술과 의학교육의 현대화	지역사회 접근을 통한 기초의료 서비스복구 및 인력 재훈련	기생충질환

자료: 1) WHO, *WHO Country Cooperation Strategy 2004~2008: DPRK, 2003.*

이상과 같이 북한당국과 국제 및 국내에서 제시한 북한의 우선순위 사업은 약간의 차이가 있는 것으로 파악되었다. 북한의 보건의료체계가 복구되기 위해서는 식량문제와 에너지 문제 등을 분리시켜 생각할 수 없기 때문에 종합적 접근이 필요하며, 환경문제 역시 밀접하게 관련되어 있어 지역사회 개발이 함께 수반되어야 하므로 다학제적팀(multi-disciplinary team) 접근이 요구된다. 그러나 생명을 위협하는 결핵 및 말라리아 등 질병 퇴치는 간과할 수 없으므로 개발복구와 응급 구호의 서비스가 지역사회 실정에 실효성 있게, 그리고 균형을 이루면서 제공되어야 한다. 이에 남북한, 더 나아가서는 국제기구가 참여하여 북한에서 우선적으로 추진하여야 할 보건의료사업을 선정하고 각기 역할을 분담하여 체계적인 접근은 시도하는 사업의 운영 모형 개발이 요구된다고 보겠다.

VI. 남북 보건의료 교류·협력을 위한 기반구축 방안

1. 남북 보건의료 교류 및 협력의 의의

남북한간 보건의료분야에서의 교류 및 협력의 의의는 다음과 같다. 첫째, 보건의료 문제는 대부분 일상생활과 밀접하고 대상자의 특성에 따라 다양하여 개별성이 강하기 때문에 교류·협력 사업과정 중에는 북한체제의 버팀목이 되는 고위 간부층에서부터 낮은 신분의 취약계층에 이르기까지 인적 접촉이 불가피하다. 이 때 원활한 의사소통은 적시에 적절한 서비스가 제공될 수 있으므로 건강문제를 효과적으로 해결하는 데 중요한 수단이 된다. 이 때의 의사소통은 생명의 존엄성을 전제로 질병퇴치와 건강보호를 목적으로 하기 때문에 정치적인 주제로부터 자유로울 수 있어 남북한간의 동질화를 보다 더 용이하게 하는 특성을 가지고 있다.

둘째, 보건의료 문제는 환경위생과 밀접하고 식량 및 영양 등의 생활수준과 관련이 있을 뿐 아니라 사회 여러 분야와 연계되어 있으므로 독립분야로 따로 분리하여 복원을 논하기가 어렵다. 이에 보건의료분야의 교류·협력은 지역사회의 종합적인 접근을 필요로 함에 따라 일상생활의 공동체적 기반 형성에 보다 실질적으로 다가가는 사업이라는 점에서 중요한 의미를 지닌다고 하겠다.

셋째, 북한의 전염병 발생 등과 같은 보건문제는 남한의 보건에 영향을 미칠 수 있다. 예컨대, 우리나라에서 이미 1970년대에 완전히 없어졌던 말라리아가 20년 후인 1993년 휴전선 근처에서 다시 발생하여, 이는 북한의 영향으로 추측되고 있다. 이후 매년 휴전선을 중심으로 환자가 증가하여 2000년 4,142명이 발생하였으며, 정부의 강력한 퇴치전략에도 불구하고 2002년에는 1,796명이 발생(국립보건원, 2003), 남북한이 공조하여 보건의료 교류와 협력사업을 추진할 필요성이 증대되고 있다. 북한의 보건의료문제 해결을 위한 남한에서의 협력은 남한의 보건의료문제 해결에도 기여한다는 점에서 그 의의가 매우 크다.

넷째, 일부 의약품은 보조치료약물이 의학적 근거에 입각한 기준에 적절하게 수반되어야 하고, 의료기기는 부속품이 수반되어야 사용할 수 있다. 이 때, 전문적인 지식 및 기술 없이는 사용효과가 적을 뿐 아니라 오남용으로 인해 오히려 부작용을 초래할 수 있다. 반면, 적절한 지침에 따라 사용한다 할지라도 부작용이 발생할 가능성을 배제할 수 없다. 이러한 문제로 인하여 일부 지원장비들은 현재 북한에서 사용되지 못하고 있음은 주지의 사실이다. 그러므로 지원약품 및 기기의 선정은 전문적인 판단에 근거하고, 지원된 사항에 대해서는 수시로 기술지도가 이루어져야 한다. 특히 의료처치는 단기적인 효과가 반드시 장기적인 효과를 보장하지 못하는 분야이므로 인적 교류는 의료의 질 관리 차원에서 중요하다. 이에 따라 보건의료 교류·협력은 동일한 보건의료 직종간의 노동집약적(labor intensive) 접근을 필요로 한다는 점에서 동질성이 강하여 조기에 상호 이질감을 해소할 수 있는 분야이다.

한편, 최근 경제 및 스포츠·예술 등 여러 분야에서 남북한 일반인들의 상호 방문이 빈번해지고 있다. 그런데, 보건의료분야에서 교류·협력이 이루어질 경우, 상대 지역을 방문하는 도중에 발생하는 건강문제 또는 안전사고를 즉각적으로 해결할 수 있고 합리적으로 원만하게 이루어질 수 있다는 점에서 각 분야에서의 교류·협력을 활성화시키는 데 뒷받침이 된다.

무엇보다도 보건의료분야의 남북 교류·협력은 질적으로 양적으로 발전될수록 남북 건강수준의 격차 감소에 기여하고 상호 비교우위를 보이는 보건의료제도나 보건산업을 발전적으로 수용해 나갈 수 있는 이점을 기대할 수 있다. 더 나아가서는 북한의 인적 자질 향상이 남한을 비롯한 외부와 상호 의존적인 관계에 놓이고 되어 민족화해를 앞당기고 차세대 통일세대의 인적 자질을 향상시키는데 기여할 것이다.

최종적으로 보건의료분야의 교류 및 협력은 남북한간의 긴장완화와 상호 이질감을 해소하고 향후 통일비용의 절감 및 사회적 통합을 조기 달성하는데 기여하고자 하는 일반적인 교류·협력의 의의, 그 이상의 의미를 가지고 있다.

2. 남북 보건의료 교류·협력 기반구축 방향

가. 남한 내에서의 기반구축 방향

한반도의 주변 환경 및 조건의 변화는 정치적 요인의 변화에 따라 문화 및 스포츠 등 교류 또는 협력이 진전된 사회문화 분야에까지 전반적으로 영향을 미쳤다. 반면, 최근 대북 지원사업이 경우는 정치와는 무관하게 순수구호의 본질적인 의미를 가지고 지속되고 있다. 대북 지원사업은 북측의 요청에 의한 지원이 대부분으로 남북 교류·협력의 물꼬를 여는 중요한 단초를 제공하였다는 점에서 높이 평가할 수 있다. 그러나 또 한편에서는 온전히 성공하지 못한 북한 돕기 운동이라는 비판적인 시각이 제기되고 있다.

대북 보건의료사업의 성과는 모니터링의 미비로 정확한 파악은 어렵지만 건강의 기초가 되는 식량과 의약품의 지원으로 전염성질환의 발생률은 감소된 것으로 평가되고 있다. 그러나 본 연구결과를 통하여 취약계층의 질병치료에 초점을 두고 분배의 투명성 및 성과 측면에서 볼 때, 보건의료분야도 예외는 아니어서 실질적인 의미를 가지지 못한 것으로 평가할 수 있다. 따라서 보건의료분야의 남북 교류·협력의 의의를 제고시키기 위해서는 보건의료부문의 원칙과 방향성을 향한 남한 내에서의 기반 구축이 필요하다. 즉, 북한측이 보건의료분야의 교류에 응할 수 있도록 남한 내부에서의 제기된 문제에 대해 먼저 해결하여야 한다.

북한이 예측 불가능한 상황에 처해 있다는 점을 충분히 고려한다 할지라도 보건전문가들이 교류·협력에 전략적 우위를 보이지 못하고 보다 효과적인 대북 보건의료부문의 사업수단을 찾지 못한 이유는 무엇일까? 대북 창구가 다원화되면서 서로 방북 경력과 경험을 내세워 주관적인 판단에 의해 독자적으로 대응함으로써 북한에 대한 협상력이 떨어진 이유는 무엇인가? 인도적 지원이라는 복지서비스 틀속에서의 사업기조로 일선 주민들까지 혜택이 가기 위해 언제까지 지속적으로 지원하여야 하는 것인가? 또한 북한의 보건의료분야의 복구를 위해서는 어느 수준까지 지원하고 언제까지 지원하여야 하는가?

본 연구를 통해 도출된 이상의 문제들을 체계적으로 해결하기 위해서는 남북 보건의료 교류·협력 활성화를 위한 법적 기반과 보건의료 전문인력의 참여 등이 포함된 인적 기반 강화가 요구되었다. 물적 기반은 지원물품의 전체규모와 종류, 추이, 사업단체의 재정적 지원 등이 전혀 공개되지 않고 있고, 취약한 북측 대상자들의 수요를 어느 정도 충족하였는지 파악하기 어려운 상황이어서 제시하기 어려운 상태이다. 이는 곧 정부가 어떤 역할을 하여야 하는지에 대한 과제를 던져주고 있다. 이에 따라 본 연구에서는 ‘참여’, ‘역할 정립’, ‘네트워크’를 남한 내에서의 기반구축을 위한 기본 방향으로 설정하였다.

여기서 ‘참여’는 소극적 참여가 아닌 적극적인 참여이며 자발적 참여가 아닌 의무적 참여이어야 한다. 따라서 참여는 민간부문만으로는 기반을 확고히 하고 국민의 합의를 이끌어내는데 충족될 수 없으며, 정부 즉, 보건복지부의 참여가 요구된다. 또한 보건의료분야는 전문성이 요구되는 분야이고 사업유형이 〈부록 1〉에서 제시한 바와 같이 매우 다양한 만큼 사업효과 제고를 위한 체계적이고 보건의학적 지식에 근거한 사업전개가 요구되기 때문에 보건의료직능단체 및 의료인의 참여가 필요조건이며 민간단체, 연구기관 등이 각각의 기능을 가지고 참여할 필요가 있다.

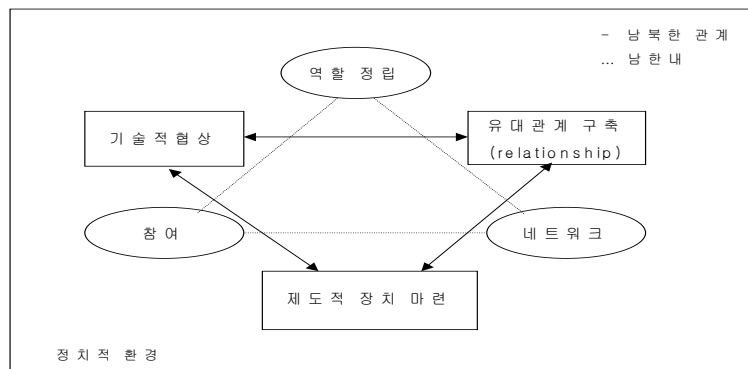
두번째 교류·협력 기반을 구축하는 데에는 ‘역할 정립’이 필수적이다. 그 동안의 대북 인도적 지원 성과를 극대화시키기 위해 보건의료분야에서만 갖는 특수성을 감안한 각 기관의 역할을 정립하고 분담할 필요가 있다.

정부의 역할은 남북 보건의료 교류·협력의 활성화를 위해 법적, 제도적 장치가 마련되었는가? 아울러 교류·협력 활동을 하는 단체에 대해 장애가 되는 요인을 제거하거나 필요한 기금 등을 적절히 지원하였거나 그러한 여건을 조성하였는가? 요컨대, 제도적 지원에 대한 정부의 적절한 개입과 중재가 요구된다.

정부, 민간단체, 연구기관 및 보건의료직능단체가 각각의 정립된 역할 및 기능을 가지고 참여할 수 있도록 하기 위해서는 이들 기관간의 ‘네트워크’가 세 번째로 요구되는 조건이다. ‘네트워크’란 연계, 부설 등의 설비(entity)를 통하여 공통의 이해를 가진 기관들간의 협조체계이다. 또한 다양하고 복잡한 문제를 해결할 수 있는 대응과정으로 정책문제나 자원을 놓고 형성되는 상호의존구조

(structure of interdependence)인 기관, 또는 조직간의 사회적 관계의 안정적인 형태이다. 사회적 ‘네트워크’를 통해 민간단체들간의 경험과 정보를 축적하고, 정부 및 연구기관과 효과적인 사업을 위한 방안을 모색하며, 상호 문제 해결을 위한 공동대처 방안 마련 등은 바람직한 대북 정책 수립에 긍정적인 영향을 미칠 것이다. 이에 따라 남한 내부에서는 대 북한과의 관계에서의 입지 강화와 대북 보건의료 사업의 효율성 제고를 위해 일차적으로 북한과 접촉하는 민간단체들간의 네트워크의 형성이 중요하다. 그러나 ‘네트워크’는 일련의 게임에 의해 형성, 유지, 변화된다. 여기서 게임은 공식적, 비공식적인 제도나 규정에 따라 상이한 기관 또는 조직간의 일련의 행동으로서 이들이 관심을 가지는 이슈나 결정에 따라 야기된다(Klijn, 1995). 이러한 이유 때문에 ‘네트워크’는 합목적성을 가져야 하고 공동의 이익을 발생시켜야 하는 바, 정부·보건의료직능단체·민간단체간의 네트워크가 지속적으로 운영되기 위해서는 이러한 조건을 충족시킬 수 있는 조정과 지원기능이 중요하다. 또한 대북 보건의료사업은 세계보건기구, UNICEF 등의 국제기구 및 민간단체들에 의해서도 진행되어 왔다. 사업수행에 따른 모니터링 실시 등 그 동안 이들이 이룬 성과를 공유하기 위해서는 이들 기구와의 네트워크도 간과해서는 안 되는 부분이다(그림 VI-1참조).

[그림 VI-1] 남북 보건의료 교류·협력 기반구축을 위한 남한내·남북한 관계에서의 기반구축방향



나. 남북한 관계에서의 교류·협력 기반구축 방향

역사적으로 남북한과 유사한 관계에 있었던 동서독간의 보건의료 교류·협력 사례에서 체계적인 교류 및 협력에 기여한 요인들은 분석해 보면 정치적 상황, 제도적 기반 및 원활한 의사소통·신뢰구축·협조유도 등이었다.

교류·협력을 위한 정치적인 상황의 기본조건은 바로 이념적·정치체제적 적대 관계에 입각한 냉전구조의 해체이다. 이 과정을 또 다시 기본적으로 결정짓는 것은 국제정세이다. 그러나 우리 정부가 국내외 정치적 상황이나 국제정세 자체의 방향을 바꿀 수는 없을 것이다. 그러나 이러한 역학관계에서 발생하는 문제를 남북간의 유효한 합의 및 유대 관계에 의해 극복할 수는 있을 것으로 판단된다.

보건의료분야에서 남북한이 상호 원활한 교류·협력을 수행하기 위해서는 남북한간에 유효한 제도적 관계 형성이 그 어떤 기반보다도 가장 강력한 수단이다. 이에 본 연구에서는 남북간 보건의료분야의 교류·협력을 실현하기 위해 ‘제도적 장치 구축’이 가장 현실적인 전략이라고 간주하고, 제도적 기반마련을 목표로 ‘기술적인 협상’과 ‘유대관계 구축’이 이를 달성하기 위한 기초적인 전략이라 설정하였다. 또한 기초적인 전략을 유도하기 위해서는 북한과의 관계에서의 기본 방향을 ‘원활한 의사소통’, ‘신뢰’ 및 ‘협조유도’ 등으로 도출하였다(그림 VI-1).

1) 의사소통

경제, 정치 등의 기능으로 분화된 다원적 현대사회는 과거의 신분사회나 제국에서와 같이 일원적인 중심, 예를 들면 신분사회의 천민이나 평민에 대한 귀족이나 왕 혹은 제국의 변방에 대한 중심과 같은 하나의 결정적 권위가 결여되어 있다(Luhmann, 1986). 경제는 경제논리에 따른 경제적 합리성이 있고, 정치 는 정치적 논리에 따른 정치적 합리성이 있다. 이들 합리성은 각 분야에서 더 이상 의심하지 않고 당연하게 받아들여지는 인식 틀이며 행위결정의 틀이므로 만약 각 분야의 합리성간에 우열을 따져서 의사소통의 합의를 이끌어 내려고 한다면 끊임없는 논쟁이 발생할 것이다. 그리고 그 논쟁은 논리적 우열에 의해

서가 아니라 상황이 강요하거나 한쪽이 우세한 경우에만 끝이 나고 어떠한 결정이 이루어 질 것이다. 그러나 이러한 상황은 시간의 낭비나 힘의 논리에 의한 부작용 즉 갈등을 발생시키므로 사회적으로 바람직하지 않다고 볼 수 있다. 이러한 결정적 권위가 없는 상황에서도 의사소통이 비교적 시간의 낭비나 갈등을 덜 발생시키면서 대화와 합의를 통해 문제를 해결해 갈 수 있는 능력을 의사소통능력이라 하고 이에 관한 이론을 살펴보고자 한다(Ryu, 2003).

논의의 출발은 개개의 인식 틀이나 행위의 틀 즉 합리성이 갖는 공통적인 한계를 인식하는 데 있다. 어떠한 합리성이든 현실에서 인식의 틀이나 행위의 틀로서 역할을 하려면 그 이상 더 의심하거나 따져보지 않는 기반이 있다. 왜냐하면 의심이 가거나 더 따져보아야 하는 인식의 틀이나 행위의 틀은 현실에서 결정을 내릴 수 있는 합리성으로 기능을 할 수 없기 때문이다. 이 기본적 토대는 그 합리성을 사용하는 사람이나 집단에게는 너무나 당연하여 웬만한 커다란 장애가 없는 한 반성되지 않는 부분이다. 따라서 모든 인식과 행위를 규정하는 틀은 내재적으로 보통의 상황에서는 반성되지 않아 보이지 않는 맹점을 갖게 된다(Guenther, 1962, 1964, 1976; Luhmann, 1988 ; Baecker, 1993).

이러한 보편적인 의사소통의 제약 하에서 의사소통의 능력을 기본적으로 좌우하는 사실은 의사소통의 당사자들이 이러한 보편적 의사소통의 제한점을 인식하고 있는가의 여부이다. 어떠한 의사소통의 당사자도 비껴갈 수 없는 한계, 즉 어떠한 의심되지 않는 당연한 전제가 어떠한 합리성에든 존재하고 이러한 전제를 반성적으로 인식할 수 없다는 한계를 인식하게 되면 자신의 합리성을 포기하지는 않더라도 그 것이 절대적이지는 않다는 것을 의식하게 되고 따라서 무조건적으로 자신의 입장을 관철하려는 태도는 없어지며, 또한 상대방도 그러한 한계를 똑같이 가질 것이므로 상대방이 그러한 당연한 전제를 바탕으로 받아들일 수 없는 요구를 하는 경우에도 받아들이지는 않더라도 상대방이 왜 그럴 수밖에 없는 가는 최소한 이해할 수 있게 된다(Ryu, 2003). 만약 이러한 태도나 인식이 의사소통 당사자간에 우세하다면 의사소통능력이 있게 되고, 어떠한 합의나 결정이 시간이나 자원을 덜 낭비하고 무력의 사용을 피해가면서도 성립할 수 있을 것이다.

남북한의 관계에 있어서 양측이 팽팽히 맞서 결정이 나지 않는 경우 양측 모두에게 받아들여져 비결정적 상황을 타파할 수 있는 어떤 절대적인 권위나 이념 혹은 위치가 존재하지 않는다. 또한 남북한의 의사소통상의 문제도 이념적인 문제가 깔려있고 인식의 틀이나 행위의 틀의 당연한 전제가 다른 데서 오는 것이라 볼 수 있으므로 현대 다원사회의 의사소통능력에 대한 위의 논의가 적용된다고 볼 수 있다.

2) 신뢰의 구축

일반적으로 그리고 특히 적대적 두 상대방간에 교류 및 협력이 성립되고, 그것이 더 나아가 체계적으로 정착되기 위해서는 현실상황에 의해 조장되거나 강요된 부분 이외에도 어떤 자발적인 요인이 작용해야 한다고 전제하고 그 요인을 종합하는 개념으로 '신뢰'라는 개념을 사용하겠다.

본 논의는 개념적으로 신뢰가 두 상대방간의 관계에서 교류 및 협력을 체계적으로 정착시키는 데 기여하는 기본적인 공통적인 전제라는 것이 일반적으로 받아들여진다고 전제한다. 이 전제는 누구나 남북관계에서 신뢰를 강조하는 데서도 확인될 수 있다고 보여 진다. 그러나 구체적으로 신뢰의 형성을 위한 방법적인 문제는 일반적으로 다루어지지 않는 것 같다. 이러한 현상은 신뢰의 요인을 구체적으로 논의에 사용할 수 있는 조작적 정의를 제공하기가 어려운 데에 있다고 보여 진다. 따라서 본 논의에서는 불완전하지만 윤석철(1991)의 '신뢰의 방법론'을 원용하고자 한다. 이에 따르면 신뢰를 형성하는 데는 적어도 다음과 같은 세 가지 요인이 중요하다고 한다.

첫째로 신뢰의 형성은 먼저 주는 쪽이 있어야 비로소 가능해 진다는 것이다. 신뢰관계의 형성은 당사자간의 어느 쪽에서든 손해를 각오하고 먼저 신뢰를 주는 쪽이 있어야 가능하다. 여기서 신뢰를 주는 행위가 성공적으로 상대방에게도 신뢰의 관계를 형성시키는 행위를 이끌어 내지 못할 개연성은 부정되지 않는다. 다만 중요한 것은 어떤 신뢰관계가 형성되려면 누군가는 먼저 신뢰를 주어야 한다는 사실이다.

둘째로 신뢰가 형성되기 위해서는 약속이 지켜져야 한다. 비유를 들면 약속은 신뢰를 담는 그릇이다. 따라서 약속이 깨지면 그 안에 담긴 신뢰도 함께 없어진다. 이러한 조건이 충족되기 위해서는 지킬 수 없는 약속은 하지 말아야 하고, 일단 한 약속은 어떤 일이 있어도 지켜야 한다는 의식이 존재해야 한다.

셋째로 신뢰를 형성시키는 요인은 평상시의 강요되지 않은 상황에서도 스스로 지킬 일은 지키는 평상시의 도덕성이다. 평소의 작은 일에 대해서 해도 되고 안 해도 되는 상황에서 스스로 할 일은 하고, 하지 않을 일은 하지 않는 평소의 도덕성은 신뢰를 쌓는 중요한 요소가 된다.

3) 협조 유도

인간 사이에 협조하는 요인에 대해서는 사회학, 경제학, 생물학 등 여러 학문에서 연구되고 있다. 이들 연구 간에는 논쟁점이 있어 일치된 결과가 없다.

먼저 협동이 어떠한 힘에 근거하나에 따라 물리적 힘(폭력), 물질적 힘(재력), 그리고 앞의 두 힘에 근거하지 않고 손해를 감수하면서도 자발적으로 협조하게 하는 힘 등으로 나뉜다. 세 번째의 경우는 직접 손해는 보지만 더 넓은 맥락에서 보면 간접적인 이기적 이유가 있는 경우와 그러한 이기적 맥락을 현재로서는 찾을 수 없고 완전히 협조 자체와만 관계하는 경우로 나뉜다.

물리적 힘에 의해 협조하는 경우는 협력 당사자간에 힘의 불균형이 현저한 경우이다. 지배적인 위치에 있는 측은 피지배적인 위치에 있는 측이 지배측의 입장에서 보아 최적인 상태를 침해하는 것에 대해 보복적 처벌(*retaliatory infliction of fitness reduction*)을 함으로써 자신의 우월한 지위를 유지하고, 기생이나 기만을 저해하며, 자신에게 협조하는 행위를 유지시킨다(Clutton-Brock & Parker, 1995). 이러한 처벌적 전략(*punishing strategies*)은 사회적 동물들에는 일반적이며, 인간 사이에도 자기집단의 이익을 침해한 타집단의 구성원을 처벌하는 것은 흔히 일어난다. 이 경우 힘이 약한 쪽은 물리적 처벌을 피하기 위해 강제된 협조를 하게 된다. 이러한 면에서 이 경우의 협조도 이기적이라고 볼 수 있다.

다음은 생물학과 경제학에서 주류를 차지하는 접근법으로서 관계없는 인간사이의 협조는 자기이익과만 상관 있는 행위(exclusively self-interested behaviour)로서만 가능하다고 보는 경우이다(Dominik, D. P., Stopka, Parel and Knights, Stephen, 2003). 이 접근법에 의하면 관계없는 개인들은 물질적 보상이나 제재가 있는 경우에만 협조하며, 이 경우 협조는 자기이익에 근거한 자발적 선택(a self-interested choice)이다. 따라서 이 경우의 협조도 이기적이라고 볼 수 있다. 그러나 합리적 선택이론(rational-choice theory)에 근거한 위의 설명으로는 납득이 안 되는 협조의 경우가 있다. 즉 직접적 손해를 보면서도 협조하는 경우이다. 이 경우는 간접적으로 더 넓은 이기적 동기에 의해 설명되는 경우와 그렇지 않은 경우로 구분된다. 간접적으로 더 넓은 이기적 동기로서는 첫째로 친족 선택의 진화론(the evolutionary theory of kin selection)을 뒷받침하는 동족을 위하는 동기(the nepotistic motives)가 있다.

마지막으로 남는 협조는 위와 같은 어떤 이익을 가져오는 이기적 이유들을 찾을 수 없는 순수하게 협조 자체를 겨냥한 자발적 협동이다(Fehr, Ernst and Gaechter, Simon, 2002). 그 예로 사람들은 유전자적으로 상관없는 낯선 사람들과 자주 그리고 그 것도 종종 대규모적으로 협력을 하며²⁶⁾, 또다시 만날 일이 없는 사람들과도 협력하며, 그리고 명성으로 인한 이익이 작거나 없는 경우에도 협조를 한다. 이러한 협동은 지금까지 보아왔던 협조의 근거로는 설명이 잘 되지 않는다. 그러나 현실적으로 이러한 협동을 설명할 수 근거를 찾아 볼 수 있다. 예를 들면 많은 사람들이 공정하게 대우받으면 자발적으로 협조하며 비협력자 혹은 이탈자를 처벌하는 경향²⁷⁾을 갖고 있다는 것이다. 이러한 행위적 특성을 ‘강한 상호관계(strong reciprocity)’라 부른다(Fehr, Ernst, Fischbacher, Urs and Gaechter, Simon, 2000).

일반적으로 국제사회에서 물리적인 사용은 정당하지 않은 것으로 받아들여지므로 무력적 강제력을 통한 협력에는 큰 한계가 있다. 남북 관계의 현실적 상황을 직시할 때 자발적 교류·협력 협조는 당장 기대하기 어렵다. 따라서 북한

26) to frequently cooperate with genetically unrelated strangers, often in large groups

27) a tendency to voluntarily cooperate, if treated fairly, and to punish non-cooperators

의 식량난과 보건문제로 인한 고통과 사망의 위협으로부터 보호하기 위해서는 물질적 지원이 앞으로도 지속적으로 수반되는 것이 북한의 협조를 이끌어내는데 현실적이다. 현재의 북한 보건의료인과의 원활하지 못한 의사소통과 신뢰 문제 해결은 지속적인 물질적 지원이 협조를 이끌어내는데 기여할 수 있는 요인이며, 협조는 다시 의사소통을 촉진시키는 등 상호 시너지 효과를 발생시킬 것으로 예상된다.

3. 남북 보건의료 교류·협력 기반구축 전략

가. 국내에서의 교류·협력 기반구축 전략

1) 역할 정립을 통한 기능 강화

가) 대북 보건의료사업에 대한 국가목표 정립 및 전담조직 운영

본 연구결과 도출된 정부의 역할은 아래와 같으며 이를 원활하게 수행하기 위해서는 재정적, 인적 기반을 제도적으로 밀반침할 수 있는 전담조직(가칭 ‘남북 보건교류·협력팀’)의 운영이 요구된다. 전담조직에서는 대북 보건의료사업의 기획 및 평가와 피드백을 위해 남북 보건의료 협의체(가칭 ‘남북 보건의료 발전위원회’)를 구성하여 전문가 조직을 운영할 필요가 있다.

① 남북 보건의료 교류·협력 증진을 위한 세부규정 마련

‘남북 교류·협력에 관한 법률’은 교역분야에 대하여는 어느 정도 세분화하여 규정하고 있다. 그러나 사회·문화분야인 보건의료분야에 대해서는 구체적인 지침이 없는 상태이다. 이에, 보건의료분야의 전문성을 반영한 교류·협력의 구체적인 실천에 대한 세부지침이 필요하다. 보건의료부문의 개별 규정 마련은 남북간의 보건의료 교류·협력 활성화에 기틀이 되고, 향후 북한측에게도 협력을 이끌어 내는데 효력을 발휘할 수 있을 것으로 판단된다.

② 대북 보건의료 교류·협력 사업의 창구 단일화

1999년 2월에 취해진 대북 지원창구의 다원화 조치는 민간단체의 지원활동을 활성화한 긍정적인 측면이 있었다. 그러나 이로 인해 중복 지원과 민간단체들 간의 과도한 경쟁을 야기시켰다는 지적(김형석, 2002)은 대북 사업에 대한 조정의 필요성을 시사하고 있다. 유엔 산하기구 및 국제 구호단체에서는 인도주의적 공동활동계획(common humanitarian action plan)을 수립하여 대북 지원사업의 일관성과 지속성을 유지하고 있다. 또한 다양한 국제기구의 지원으로 인한 중복과 비효율을 방지하기 위해 조정관(humanitarian coordinator)이 사업의 우선순위를 결정하고, 정보 및 전문지식의 인력개발 등의 역할을 수행함으로써 대북 지원사업의 효율성을 제고하고 있다.

이에 따라, 국내 민간단체간, 또는 각 민간단체와 북한의 대남창구 당국자간의 복합적인 관계에서, 사업의 일관성과 효과성을 제고하기 위해 조정역할 및 이의 중심점을 형성할 수 있도록 보건의료분야의 단일화된 창구가 요구된다.

③ 대북 사업평가체계 개선 및 사업모형 개발 등의 연구의 활성화를 위한 재정적 지원

본 연구결과에서 남북협력기금 지원사업에 대한 평가체계는 식량지원 및 농업 등 모든 지원사업을 포괄하는 평가기준으로 인하여, 보건의료분야의 특성이 반영되어 있지 못함에 따라 이에 대한 개선이 요구된다. 또한 북한의 보건의료 관련 정보를 토대로, 우선순위 사업(결핵 및 말라리아 등의 전염성 질환, 생식 보건 등)에 대한 사업 운영모형을 개발, 제시하여 비용절감의 사업이 수행될 수 있도록 하여야 한다. 한편, 남한과 다른 북한 보건의료체계에 대한 연구와 북한 의료인과의 기술교류 과정에서 제기되는 문제들을 적시에 해결하기 위해서는 관련 연구들이 수행될 수 있도록 재정적 지원이 수반되어야 할 것이다.

④ 대북 보건의료사업 장단기 계획수립 및 방향제시를 위한 북한 DB 구축

대북 보건의료사업에는 약 10여개의 단체가 참여하고 있다. 남북간 교류와 협력의 방향성을 제시하고, 보건의료 세부사업별 수요과약과 이를 통한 목표설정 및 장단기 계획을 수립하기 위해서는 정부 차원에서 장기적인 청사진을 마련하여 제시할 필요가 있다. 이를 위해서는 북한 보건의료 문제 사정에 토대를 둔 근거에 입각한(evidence-based) 대북 접근이 요구되는데, 이러한 접근을 수행하기 위해서는 민간단체를 비롯한 관련기관간의 연계를 통하여 북한의 보건의료 실상을 수집하고 모니터링 할 수 있는 체계를 비롯하여, 남한내·남북간 보건의료 활동에 대한 데이터베이스 구축이 요구된다.

나) 통일부·보건복지부·환경부 등 관계부처와의 유기적인 협조 강화

대북 지원 및 교류·협력 사업에 대한 신고 및 승인 사항 등 관련 업무의 총괄 및 조정과 행정지원 업무는 통일부를 중심으로 이루어지고 있다²⁸⁾. 보건의료 지원중심에서 남북 교류·협력을 통한 보건개발과 향후 보건의료체제 통합이라는 대목표를 전제로 할 때, 통일부가 중심점이 되어 수행하되, 보건의료분야의 교류·협력사업 개발이나 남북협력기금 지원사업 내용의 평가 등은 보건복지부와의 긴밀한 협조체제를 통하여 이루어지는 것이 바람직하다. 또한 보건의료사업은 수질문제 등 환경위생과도 밀접하므로 환경부와 공조체계를 통한 사업개발이 요구된다.

2) 보건의료인의 대북사업 참여 유도 및 이들의 역할 강화

그 동안 비정부기구(NGO)는 인도적인 지원으로 인하여 북한과의 신뢰를 구축하는데 기여하여 왔다. 그러나 이러한 접근 때문에 일부 사업의 경우, 전문성의 결여로 발전되지 못하고 있다. 총체적으로 붕괴된 북한 보건의료분야의 개발복구를 위해서는 전문성이 요구되는 분야에 대해 교류와 협력이 이루어져야

28) 지방자치단체 사업의 일부는 행정자치부와의 관계됨.

하는 바, 보건의료인의 참여가 필수적이다.

그 동안 대북사업에 참여했던 보건의료인들은 사업의 전문성 결여와 북한측 의료인과의 의사소통에 제한이 있는 것으로 지적한 바, 보건의료인들의 참여를 통해 보건의료 개별사업 특성에 적합한 교류·협력 가이드 라인을 마련하고 패키지사업을 개발하여 대북 사업인력을 교육하고 지도할 필요가 있다. 보건의료인의 참여를 유도하기 위해서는 남북 교류 또는 협력에 따른 방북절차 및 물품 운송 등의 행정적 편의를 제공하고, 사업실시에 따른 재정적 지원을 실시하여야 할 것이다.

3) 국내·국제 대북 단체간의 유기적인 네트워크화

가) 정부와 민간단체·보건의료단체·연구기관의 유기적인 연계 체계 구축

정부는 보건의료분야의 대북 교류·협력 계획을 수립하는데 관련 정보가 부족하다. 보건의료단체들이 민간단체의 창구를 이용하여 전문적인 교류·협력사업을 시도하고 있으나 이들 또한 관련정보가 부족하다. 이러한 문제는 그 동안 민간단체들이 축적한 수많은 북한 보건의료 정보와 대북사업에 대한 경험들이 공유되지 못한 데에서 그 원인을 찾을 수 있다. 이에 따라 민간단체의 주도하에 정부를 비롯한 보건의료단체 및 연구기관과의 유기적인 협조 및 연계 체계 구축이 요구된다.

나) 대북 보건의료사업단체와 국제단체와의 유기적인 네트워크화

앞서 제시한 바와 같이 국제기구에서는 1998년부터 대북 지원방식의 틀을 사전 전문적 조사에 근거하여 지원하여야 할 사업내용과 실시방안을 선정하고, 그 결과를 평가하는 방식으로 사업추진 방식을 전환하고 있다. 이러한 사업방식은 북한 보건의료 개발복구에 기여한 것으로 평가되고 있다.

남북 관계는 이들 국제기구와는 달리 특수한 적대 상황이기 때문에 국제기구들의 경험을 그대로 활용하기에는 어려움이 있으나 효율적인 대응에 대한 전략

을 파악하고 관련 대북 보건의료 정보를 파악하기 위해서는 국제 단체들과의 정보 공유를 위한 네트워크 형성이 요구된다.

나. 남북한 관계에서의 교류·협력 기반 구축 전략

1) 단기 전략

가) 남북 교류·협력사업 선정을 위한 협상력 제고 전략

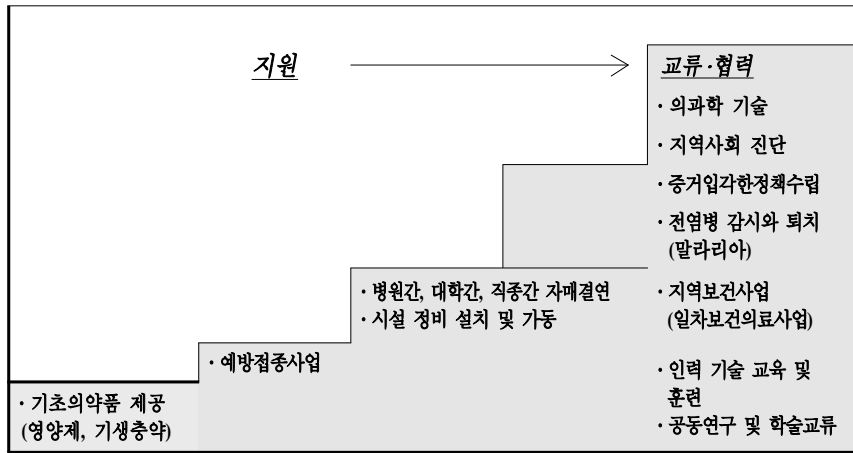
북한과의 원활한 의사소통과 신뢰 구축을 통해 얻고자 하는 것은 바로 효과적이고 효율적인 방법으로 대북 보건의료체계를 복구하면서 교류·협력의 의의를 극대화시키는 것이다. 현재 보건의료 분야의 남북 교류·협력 수준은 남한측 의료인(의사, 한의사, 치과의사)들이 물적지원에 따른 기술적 지도목적으로 몇 일 동안 방북하는 차원에 머무르고 있는 실정이다. 반면, 북한에서는 어떠한 목적으로도 남한을 방문한 북한 의료인들은 아직까지는 공식적으로 없는 상태이다.

국제기구 및 국제 민간단체들은 분배과정 및 결과에 대한 모니터링을 지원조건으로 요구하여 동 조건을 북한측이 수용하지 않을 경우, 지원을 격감하거나 중단하는 방식을 통해 지원물품에 대한 분배의 투명화와 인적 접촉의 수단으로 삼고 있다. 따라서 국내에서도 대북 단체들이 북한 당국에 대해 공동으로 대처하여 지원사업이 개선될 수 있는 전략이 관철되도록 할 필요가 있다. 이러한 전략은 우리정부의 대북 보건의료 지원규모가 적은 점을 감안할 때, 협상 타결 가능성이 낮을 수 있다.

또 다른 전략으로 보건의료전문단체가 민간단체와 협력하여 교류 또는 협력을 필요로 한 사업을 선정하여 북한측으로부터 일정 수준의 교류 또는 협력 관계를 이끌어 내는 것이다. 보건의료분야에서 교류 또는 협력이 필요한 정도에 따라 사업내용을 제시하면 [그림 VI-2]와 같다. 이 때 보건의료 분야의 교류와 협력을 성사시키기 위해서는 체제에 부담이 되는 사항은 일단 제외하고 북한측이 관심 있거나 자신 있는 분야로 접근하는 방식이 필요하다. 즉, 북한 의료인 토론과정에서 의료기술의 현대화 및 과학화에 대한 관심이 큰 것을 알 수

있다. 현 북한 체제에서는 인적 교류가 부담을 주는 것으로 인식되므로 서두르지 않되, 기술교류는 거부감 없이 받아 들여 지고 있으므로, 비록 소규모이지만 의과학 기술교류가 일차적인 대상이라 제시할 수 있다.

[그림 VI-2] 대북 보건의료사업 접근 전략 단계



나) 북측 의료물품의 적정관리와 비용절감을 위한 육로 이용의 개방

현재 대북 지원물품의 운송은 해상통로를 이용하고 있어 육상운송방식보다 높은 물류비용의 지출로 대북 지원사업의 효율성을 저해하고 있다. 또한 섬세한 의료 기기 및 장비의 이동으로 문제를 일으킬 수 있다.

남한에서 북한을 방문하기 위해서는 방북에 따른 행정적 제약요인이 상당부분 존재하고 있다. 일반적으로 중국을 경유하게 됨에 따라 기회비용의 발생으로 교류·협력 시도에 장애가 되고 있다. 최근 월 1,000여명 이상이 제 3국을 통해 방북하고 있는 실정을 감안할 때, 남북한 차원에서의 육로를 이용한 교류문제는 매우 시급한 문제라고 하겠다. 단기적으로는 경유지인 중국 등지에서 SARS 가 유행할 경우, 사업의 지속성 유지를 위해 한시적으로나마 육상운송로 개방 방안을 상호 검토할 필요가 있다.

다) 남북 의료기관, 의과대학 및 동일 직종간의 자매결연을 통한 유대관계 구축

통일전 동서독은 도시간 자매결연(1986년부터 3년 9개월 동안 총 62개 도시)이 이루어지면서 인적 교류가 확대되었다(Peter, 1986). 우리나라는 2000년 이후 지방자치단체 차원에서 자매결연이 이루어져 남강원도와 북강원도, 경기도와 황해도, 전라남도과 평안남도가 상호 교류·협력에 관한 합의가 이루어진 상태이다. 따라서 보건의료 분야에서도 동질성 확대를 위한 수단으로 대북 보건의료 지원 및 의약품 생산체계 복구 지원을 매개로 의학 및 한의학 학술 교류를 위한 남북 대학간·학회에서의 자매결연, 의료시설 및 장비 지원을 위한 병원기관별 자매결연, 교육·훈련 지원을 위한 의사·약사·간호사 등 각 직능별 자매결연을 추진한다면 대북 보건의료사업이 보다 효율적으로 추진될 수 있을 것으로 전망된다.

2) 중장기 전략

가) 남북한간의 ‘보건협정(민족 건강증진을 위한 합의서)’ 마련

남북한간 보건의료 교류·협력을 원활하게 추진하기 위해서는 남북한간의 ‘보건협정(민족 건강증진을 위한 합의서)’을 체결할 필요가 있다. 이 같은 합의는 개인 또는 단체 차원을 넘어선 남북한 당국차원의 합의가 있어야 하므로 이미 실천하고 있는 이산가족 교환방문, 교예단 공연 등 개별사업에 대한 합의서를 참고로 합의서를 마련할 필요가 있다.

남한이 북한과 교류·협력의 제도적 기반을 마련하고자 협상할 때 사전 고려해야 할 요소는 교류·협력을 통하여 얻고자 하는 구체적인 목표, 협상과 관련하여 북한의 입장에 대한 분석, 협상절차와 형식의 적절성 여부, 구체적인 협상 전략(양보할 분야와 그것의 정도 등을 포함) 등이 될 것이다. 본격적인 협상단계에서 고려되어야 할 요인으로는 상대방의 우선적인 관심사, 협상의 타결 가능성과 협상절차의 효과성 등이다(임강택, 2002).

남북한간 제도적으로 성사되어야 될 보건의료분야의 문제는 상호지역 방문에

따른 치료 및 치료비 지불문제 등 여러 내용이 포함될 수 있는데, 본 연구결과에서 도출된 부문은 아래와 같다.

① 대북 보건의료사업의 효과제고를 위한 인터넷 접촉 허용

보건의료분야에서는 인터넷을 활용한 교류·협력이 특히 적시에 적절한 의료 기술이 전달될 수 있기 때문에 임상 기술의 지원을 원활하게 하여 북한의 보건 의료 수준을 향상시키는데 매우 중요한 매체가 된다. 따라서 정부가 인정한 보건의료 교류·협력 사이트를 개발하여 인터넷 접촉을 허용, 활성화할 필요가 있다고 판단된다. 그러나 북한이 대남 정치선전용으로 활용하고 남한내 친북 좌익세력의 의견교환의 통로로 악용될 소지가 있으므로 인터넷 본래의 의미를 퇴색시킬 수 있기 때문에 운영상의 문제가 관건이라 하겠다.

② 대북 보건의료 우선순위 사업 선정 및 사업운영 방안

보건의료 지원의 한계를 극복하기 위해서는 보다 근본적으로 북한의 보건 인프라 구축 및 기능 복구를 위한 수요 파악과 이를 토대로 한 우선순위 사업 기획 및 성과평가 중심의 교류·협력이 수반되어야 한다. 우선 순위 문제를 도출하기 위해서는 지역사회 보건의료 요구 사정과 대북 지원사업에 대한 모니터링이 중요한 전략이다. 지역사회 요구사정과 모니터링은 남한에서의 지원에 따른 효과적, 효율적 사업 방향성 설정과 환류에도 필요하다. 또한 장단기 물적, 인적 지원 계획을 수립하고 제도적, 물적 및 인적 기반을 마련하는데 기초자료를 제공하는 점에서 중요시 다루어져야 한다. 더욱이 우선순위 보건문제가 북한측, 남한측, 세계보건기구(WHO) 등 국제기구에서 제시한 문제들이 각기 상이하므로 모니터링의 과정이 단지 지원에 대한 감시의 의미를 넘어선 북한 주민의 건강회복을 위한 인간 존엄성 고취 차원에서 필요하다. 따라서 이 문제를 해결할 수 있도록 남한측에서의 대북 협상력을 강화하여야 할 것이며, 국제 인도적 구호단체에서의 역할 개입을 통한 지원이 요구된다.

③ 남북 보건의료 협의체 구성 및 운영

대북 보건사업의 우선순위 설정과 기획 및 자원배분의 근거를 제공할 수 있도록 하기 위해서는 지역사회에서의 영유아 및 임산부, 청소년, 노인 등의 대상별, 또는 예방, 치료 및 재활, 건강증진 부문 등의 사업영역별로 과학적이고 체계적인 조사가 요구된다. 또한 최근 남한에서도 휴전선 인근지역을 중심으로 말라리아 환자가 발생하고 있어, 남북한이 협력사업으로 말라리아 퇴치를 위한 프로그램을 개발, 적용할 필요성이 크다.

한편, 남북한간의 보건의료 연구 및 학술교류는 보건의료 분야에서의 남북한간 이질화를 해소하는 역할을 한다. 그러나 상호 의학(의료)용어가 달라 의료인간의 기술 교류 및 협력에 장애가 되고 있다. 이에 남북 관련 연구기관(북측의 경우 ‘외과학연구원’, ‘고려의과학원’)간의 연계를 통하여 공동 조사 및 연구²⁹⁾, 학술대회, 협력사업을 시도할 필요가 있다.

29) 북측으로 연구용역을 주는 형태가 될 수 있음.

VII. 결론 및 향후 정책과제

남한의 대북 보건의료사업은 북한의 식량난과 전염병 등 각종 보건문제로 인하여 주민의 생존을 위협함에 따라 1996년 이후부터 집중적인 물적 지원이 이루어져 왔으며, 대북 지원창구가 다양화되고 '6.15 남북 공동선언'이 이루어진 2000년부터 본격적으로 추진되었다.

보건문제는 대부분 개별성이 강하여 전 계층의 주민과의 접촉이 요구됨에 따라 원활한 의사소통을 통한 교류·협력은 건강문제를 보다 효과적으로 해결하는데 중요한 수단이 된다. 또한 환경위생과 밀접하고 식량 및 영양 등의 일상생활수준과 관련이 있을 뿐 아니라 사회 여러 분야와 연계되어 있으므로 독립분야로 따로 분리하여 복원을 논하기가 어렵다. 따라서 지역사회의 종합적인 접근을 필요로 함에 따라 교류·협력을 통한 접근은 일상생활의 공동체적 기반 형성에 보다 실질적으로 다가갈 수 있어 남북한간의 긴장완화와 상호 이질감을 해소하고 향후 통일비용의 절감 및 사회적 통합을 조기 달성하는데 기여한다.

북한에서 발생되고 있는 말라리아 등의 전염병 발생문제는 남한의 보건에도 영향을 미치는 것으로 추측되어 북한의 보건문제 해결을 위한 남북 교류·협력은 남한의 보건문제 해결에도 기여한다.

의약품과 의료기기의 지원은 의학적 지식에 근거한 처방과 기준에 적절하게 제공되어야 하므로 전문적 지식과 기술 없이는 부작용을 초래하게 됨에 따라 교류·협력을 통한 보건의료사업은 의료의 질 관리 측면에서 매우 중요하다.

경제 및 스포츠·예술 등 여러 분야에서 남북한 일반인들의 상호 방문이 빈번해짐에 따라 보건의료분야에서의 교류·협력의 증대는 상대방 지역을 방문하는 도중에 발생하는 건강문제와 안전사고를 즉각적으로 해결할 수 있고 합리적인 협상이 원만하게 이루어질 수 있다는 점에서 각 분야의 교류·협력을 활성화시키는 데 밑받침이 된다.

무엇보다도 보건의료분야의 남북 교류·협력은 질적으로 양적으로 발전될수록 남북 건강수준의 격차 감소에 기여하고 상호 비교우위를 보이는 보건의료제도나 보건산업을 상호 발전적으로 수용할 수 있는 이점을 기대할 수 있다. 더 나아가서는 북한의 인적 자질 향상이 남한을 비롯한 외부와 상호 의존적인 관계에 놓이고 되어 민족 화해를 앞당기고 차세대 통일세대의 인적 자질을 향상시켜 민족 번영에 기여할 것이다. 이에 따라 보건의료 개발복구를 위해서는 지원에서 탈피하여 교류·협력으로 진전될 필요성이 크다.

이에 본 연구에서는 남북간 교류·협력을 활성화하고자 이에 요구되는 제도적, 물적 및 인적 기반을 규명하고자 하였다. 먼저 제도적 기반에는 법적 기반을 포함시키되, 남한이 독자적으로, 그리고 남북한이 공동으로 마련해야 하는 기반으로 나누어서 접근하였다. 물적 기반에는 남북협력기금 지원사업과 자체사업을, 인적 기반에는 북한의 보건의료에 관한 연구실적과 이를 통해 축적된 북한의 보건의료 정보, 그리고 대북사업의 전문인력 참여수준 등을 분석범위로 하였다. 이상과 같은 교류·협력 기반의 범위와 규명을 기초로 문헌분석, 경험고찰 및 사례조사, 현장검증, 인터뷰 및 직접면접설문조사 등의 방법을 활용하여 실태분석 및 평가를 실시하였으며, 이에 기초하여 개선방안과 실행전략을 수립하였다.

국내 대북 보건의료사업에 대한 기반을 분석해 볼 때, 「통일부」에 ‘남북협력기금’이라는 재정적 기반은 구축되어 있었으며, 이 중 보건의료분야의 지원액은 매년 증가하고 있었다. 기금지원사업은 북한측의 모니터링 거부와 이로 인한 수요 파악의 어려움으로, 사업과정 및 성과를 객관적으로 평가할 수 있는 기반이 취약함에 따라 그 충족정도를 평가할 수 없었다. 「보건복지부」에서의 재정적 지원은 없었으며, 다만 예방접종 백신을 전문단체를 통해 북한에 지원한 바 있었다. 북한 보건의료 연구와 관련된 보건의료전문 인적 기반은 현재 소수이며, 보건의료사업에는 ‘우리민족서로돕기운동 보건의료협력본부’ 등을 대북 창구로 활용하여 10여 개 보건의료단체가 참여하고 있었다.

이들 단체들의 대북 사업 평가결과, 평양 등 일부 개방지역에 국한된 지원으로 인하여 취약인구집단인 동북부 산간지역 주민에 대해서는 실질적인 지원에

제약이 있다는 점이다. 또한 중복지원, 지원약품 부작용, 북한 전력사정을 감안하지 못한 지원장비들의 비활용, 보건의료 비전문기구(대남창구인 ‘아태’ 또는 ‘민화협’)에서의 대남 협상 주도 및 북측 의료인과의 의사소통채널 단절과 이로 인한 보건의료요구 미충족 문제, 그리고 북한측이 남한 지원단체들간의 과열경쟁을 조장하는 점 등이 문제이다. 이러한 문제들은 국내 취약한 기반에서 그 원인을 찾을 수 있으며, 북한 보건 담당자들과의 의사소통 제한이 북한내 역량 구축과 기술적인 어려움을 해결하는데 있어서 큰 제약 요건이다.

한편, 통일전 동서독 관계를 살펴보면 동독은 보건의료분야가 가장 비정치적인 분야로 판단하였다. 동서독은 1972년 최초 「기본조약」 이후 보건분야 협상을 제일 먼저 제안하여, 통일 16년 전인 1974년 「보건협정(Gesundheitsabkommen)」을 체결하고 보건부문의 교류·협력이 이루어졌다. 「보건협정」의 주요 내용은 상대편 지역 방문중 발병시 의료 지원, 비상업적인 의약품 교환, 선물소포 가능한 의약품 발송 등이다. 「보건협정」 이전에도 전염병 발생시 필요하면 세계보건기구 활동의 일환으로 관련 정보를 전달하였으며, 이후 동서독 중앙 보건행정 당국간의 정기적인 정보교환을 통하여 전염병 발생을 효율적으로 관리하였다. 이러한 성과의 배경에는 서독이 체제에 자신이 있었고 사회적으로 의사소통 능력을 발달시켰으며, 냉전체제의 불신구조 속에서는 불가능한 대대적인 경제협력이나 지원을 특별한 대가 없이 먼저 실행하고 신뢰를 보였다는 점이다. 결국 아무런 대가없는 물질적 지원으로 자발적인 협력을 유도해 낼 수 있었다.

본 연구에서는 보건의료분야에서 남북 교류·협력이 가지는 의의를 규명하여, 남북간의 교류·협력 기반 구축 방안을 모색하였다. 남북간의 유효한 제도적 기반은 보건의료분야에서의 남북 관계를 넘어선 국제·국내 정치적 역학관계에서 비롯됨에 따라 일차적으로 정치적 여건이 조성될 필요가 있는 것으로 파악되었다. 그러나 정치적인 상황을 보건의료분야의 노력으로 그 방향을 바꾸기는 어려울 것이다. 다만, 동서독의 경험을 주목할 때, 이러한 역학관계에서 발생하는 문제를 보건의료분야에서 남북 교류·협력 기반을 구축하여 어느 정도 완화시킬 수 있는 것으로 판단되었다.

본 연구에서 도출된 문제를 해결하기 위해서는 남북 보건의료 교류·협력을

위한 제도적 기반 형성 방향을 국내의 경우, ‘참여’, ‘역할 정립’, ‘네트워크’로 설정하였다. 남북한간의 관계에서는 기반구축을 위해 ‘기술적인 협상’, ‘유대관계 구축’ 및 ‘협정체결’ 등이 기본 방향으로 설정하였고, 이를 달성하기 위해 전제되어야 할 전략으로는 ‘원활한 의사소통’, ‘신뢰구축’ 및 ‘물질적 지원을 통한 협조유도’ 등이었다. 이들 기본요소들은 상호 영향을 미치는 특성을 가지고 있다. 이에 기초하여 본 연구에서는 남한 내부에서, 또한 남북한간의 관계에서의 전략을 개발하였다(VII-1). 예를 들면, 유대관계 구축 전략으로 전문직으로서 동질성이 강한 의료인간 자매결연과 의료시설간, 또는 대학간 자매결연 등이다.

〈표 VII-1〉 남한내, 남북간 보건의료 교류·협력 기반구축을 위한 장단기 전략

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

1. 남북 보건의료 교류·협력을 위한 대북 사업의 방향성

2003년 11월 북한측(민화협 대표)은 ‘재일본 조선인 총연합회 기관지 인터넷 조선신보’를 통해 남북간의 경제, 군사, 문화의 모든 면에서 교류하고 협력할 것을 재확약하였다. 그러나 민간교류를 어느 일방이 정치나 사상적 도구로 이용해서는 안되며, 공영·공리를 도모하고 상부상조하는 원칙에서 진행돼야 한다고 강조하였다. 또한 “남측에서는 우리를 개혁, 개방으로 유도하려는 움직임 즉, 우리 제도를 인정하지 않고 허물어버리려는 움직임이 일부에서 있는데 이는 6.15 공동선언을 부정하는 것으로써 절대 허용될 수 없다”고 주장하였다. 덧붙여 “남측이 미국과의 합동군사훈련 등이 있을 때 북측 관계자를 남측에 보낼 수 없는 것이고 그럴 때 교류가 깨지고 만다”며 “남측의 미국과의 군사훈련 등이 앞으로 없어야 하고 남측 당국은 응당 민간차원의 교류를 지원해 주어야 할 것”이라고 하였다. 이상의 발언은 북한이 현재 남북 관계가 군사적으로 적대적인 관계에 있다는 사실을 다시 한번 일깨워 준 사례이다. 따라서 남북한간의 교류와 협력은 한반도에 평화가 정착되고 정치적 신뢰가 형성되기 이전까지는 한계가 있을 수밖에 없을 것으로 전망된다. 때문에 북한의 상응한 호응이 없이는 교류·협력을 추진하기 어렵고, 더 나아가 평화와 번영을 향한 통일로 나아갈 수 없음을 확인할 수 있다.

Stephen Rock(2000)은 적대행위를 하고 있는(하고자 위협하는) 국가들은 어떤 목표를 달성하기 위한 수단으로 적대행위를 구사한다고 하였으며, ‘포용(engagement)’과 ‘유화 appeasement)’를 통해 그 행위를 중단하도록 만드는 방향에서 논리를 전개하였다. 포용과 유화가 성공하는가의 여부는 대상국가 야망의 폭과 성격에 의해 결정된다. 우선 전쟁을 그 자체의 목적으로 추구하고 있는 전쟁추구 국가는 포용 또는 유화될 수 없다. 그 이유는 포용 및 유화의 유인책을 수용하고 나서도 그들의 본래 의도했던 목적(전쟁)을 실현하고자 할 것이기 때문이다. 그러나 이와 반대로 적대행위를 수단의 차원에서 사용하는 국가들, 즉 탐욕스러운 또는 불안한 국가들은 원칙적으로 포용·유화 될 수 있다. 탐욕 국가들에 대한 양보는 욕구 충족 목표를 달성시킬 수 있기 때문이고, 불량 국

가들에 대한 양보는 그들의 안전 재확약 기능을 수행하여 당연한 현상이 그들에게 그토록 위협스럽지만은 않다는 것을 확신시켜 줄 수 있기 때문이다.

포용은 외교와 유인책에 주로 의존하여 대상국가의 행위를 변화시키고자 하는 전략 개념이었다. 그러나 최근 포용은 다양한 의미를 가지고 있다. 즉 포용이란, 외교, 군사 경제 문화 등 다수의 분야에서 포괄적인 접촉관계의 형성 및 증진을 통해 대상국가의 정치 행위에 영향을 끼치고자 하는 시도를 의미한다. 일 예로 문화적 접촉으로는 문화협정 체결, 여행 및 관광 연계 추진, 체육 예술 및 학술 교류 등이 있다. 이러한 포용은 행위국가와 대상국가가 상호 의존관계를 증진하여 최종적으로 여러 분야에 걸쳐 수준 높은 상호작용을 특징으로 하는 정상관계를 이루어내는 반복되는 과정으로서 설정되어 있다(Nautilus Institute, 2002).

남한은 북한과의 갈등 해결과 적대행위 교정을 위한 전략으로써 포용을 정책적으로 활용하고 있다. 이에, 국내 일각에서는 ‘피주기식’ 대북 정책이라는 비판과 아울러 북한에게 일방적으로 끌려 다니고도 동등한 입장에서 필요한 사항을 제대로 요구하지도 못한다는 지적을 하고 있다. 보건의료 분야도 논란의 대상에서 예외가 아니다. 2003년 대북 지원사업 모니터링을 목적으로 평양을 방문하여 지원사업의 실태를 목격한 보건의료인들은 한결같이 남측의 대북 지원이 현재까지는 역설적으로 북한 체제를 유지하는데 도움을 주고 있다고 조심스런 결론을 내리면서 일방적 지원사업에 대한 전면 재검토의 필요성을 제기하였다. 따라서 포용정책을 언제까지 상호 의존적인 관계증진을 위한 전략으로 일관하여야 하며 남북 보건의료 교류·협력을 확대, 발전시킬 수 있는 최적의 대안이라는 사실을 어떻게 국민의 공감대를 이끌어 낼 수 있느냐가 관건이다.

2. 남북 교류·협력을 위한 재정 기반 확충

8년 여 동안의 민간단체에 의한 인도적 지원은 남북한간의 신뢰구축과 협력 관계 형성에 결정적으로 기여하여 왔으며, 자발적인 교류·협력을 유도할 수 있

는 요인이 되고 있다. 때문에 우리사회에서 이제 막 정착된 이른바, 비정부기구라고 일컫는 대북 민간단체의 목적의 순수성을 보호하여야 하며, 인도주의에 입각한 대북 사업에 대해 일관된 방향성을 유지해 줄 필요가 있다. 다만 정부의 기금을 지원받는 민간단체 사업의 경우에는 정책적 평가대상에서 예외가 되기 어려운 현실인데, 대부분의 단체가 정부의 기금에 의존할 수밖에 없는 실정이다. 따라서 민간단체는 보건의료단체가 주축이 되는 대북 접근과 다른 차별성을 가지고 지속되어야 한다는 전제아래, 북한의 요구에 대가없는 지원을 위한 재원 조달방안을 정부차원에서 적극적으로 강구할 필요가 있다.

3. 남북 보건의료 산업 발전을 위한 교류·협력

북한의 보건문제를 해결하고 의료시설 및 제약시설의 복구를 위해서는 다양한 분야의 전문인력과 막대한 비용이 투입되어야 한다. 전염병 예방을 위한 기반사업으로는 수질오염 방지를 위한 위생설비설치사업, 하수처리장 건설 및 화장실 개선사업 등이며, 보건의료체계 복구를 위한 기반사업으로는 의료기기 생산 및 의료장비 수선사업, 컴퓨터 사업 분야 등이다.

따라서 현재의 대북 단체의 사업규모로는 감당하기 어려울 것으로 판단됨에 따라 관련 민간기업이 참여하여 경제협력 차원의 사업이 병행되는 것이 바람직하다. 개성 등의 물류기지에 북한의 낮은 인건비를 활용하여 의료기자재와 장비, 수액제 등의 의약품 공급 시설 등을 설립하고 이에 따른 제반 기술을 제공하여 의약품 또는 기자재의 위탁 가공교역을 실시, 남과 북에게 공히 실익을 가져 올 수 있는 방안이 모색되어야 할 것이다. 남북 보건의료 교류·협력이 북한 보건산업의 복구와 함께 이익을 가져다 주는 교두보를 확보할 수 있는 이점이 있어야 인적, 물적 기반이 보다 안정적이 되기 때문이다.

4. 동북아 보건의료를 연계한 남북 협력

남북 보건의료 교류·협력을 유도하기 위한 방안의 일환으로 동북아 보건의료 협력이라는 사업들을 마련하여 북한을 러시아 및 중국의 일부지역, 몽골과 함께 보건의료 협력사업에 포함시키고 우리나라, 일본 및 국제기구에서는 기술, 자본 및 장비를 제공하는 형식으로 원조사업을 수행하는 방안을 고려할 필요가 있다. 이에 대해서는 정책적인 차원에서의 검토가 필요하다.

5. 주변 환경 및 제3요인에 의한 교류·협력 장애문제

보건의료분야의 남북간 교류·협력 기반구축을 위한 단계적인 추진은 남북 보건의료 당사자의 이해와 상관없이 제 3의 국가 또는 요인에 의해 영향을 받을 수 있다. 예컨대, 2002년 북한의 핵위기가 대두된 이후 북한과 미국 및 일본과의 관계가 지속적으로 냉각되어 왔다. 이 문제는 대북 교류·협력을 위한 활동에 영향을 미칠 것으로 예상되므로 이에 대한 유연한 대응방안이 필요하다.

또한 아직까지 북한에서 SARS(Severe Acute Respiratory Syndrome) 환자는 보고되지 않았지만, 북한은 SARS 유행지인 중국과 인접해 있다는 점과 취약한 의료 상황으로 인해 2003년 봄 외국인 입국제한 등의 강력한 조치를 취한 바, 지원 및 교류·협력이 지연될 수 있다. 따라서 환자 격리와 적절한 감염 방지를 위한 응급 방역 패키지의 개발 등의 대책이 마련되어야 할 것이다.

참고문헌

- 고경빈, 『향후 대북지원 방향과 민관협조 방안 모색』, 대북지원 민간단체 워크샵, 2000.
- 국립보건원, 내부자료, 2003.
- 국토통일원 남북대화사무국, 『동·서독 관계발전에 관한 보고 및 문서』, 국토통일원, 1981.
- 김수근, 『북한의 산업보건 관계법령과 행정조직에 관한 연구』, 『남북한 보건의료』, 2000;1:175-225.
- 김영윤, 동서독 교류·협력실태(1): 정치·경제·사회분야, 북한331, 1999.
- _____, 동서독 교류·협력실태(2): 문화 및 인도적 분야, 북한332, 1999
(www.nkorea.or.kr/magazine/1999/199908-s15.asp).
- 김영치, 『남북한 주민의 건강수준 비교』, 1997.
- 김운근 외, 『1999/2000년 북한의 식량수급 현황』, 한국농촌경제연구원, 1999.
- 김주희, 『남북한 보건의료관계법규 비교 분석』, 『남북한 보건의료』, 2001.
- 김학성, 『동·서독 인적 교류 실태 연구』, 민족통일연구원, 1996.
- 김학성·최진욱, 『남북한 지방자치단체간 교류·협력』, 통일연구원, 2001.
- 남정자 외, 『남북한 보건의료분야 교류·협력 활성화 방안』, 한국보건사회연구원, 2002.
- 내외통신사, 『북한조감』, 1994.
- 노용환, 『북한의 보건의료기능 평가와 대북지원정책 기본방향』, 『남북한 보건의료』, 2000.
- 문옥륜, 『북한의 보건체계와 의료보장제도』, 1989.
- _____, 『북한의 보건의료제도 운영』, 아주남북한 보건의료연구소, 2001.

- 민성길, 「남북통일 후 의료문제의 대처방안-총론-결핍과 보완, 그리고 상생」, 『대한의사협회지』, 44(3), 2001.
- 박상은, 「남북통일 후 의료문제의 대처방안-북한의 보건의료 현황과 주요질병 대책」, 『대한의사협회지』, 44(3), 2001.
- 박인화·문옥륜, 「남북한 보건의료통합의 방향과 정책과제」, 『보건사회논집』, 1994.
- 박인화, 「동서독 ‘보건협정’ 의 교훈과 남북한 보건협력 방안」, 『국제문제분석』, 23호, 1995(여기서는 <http://www.nanet.go.kr/nal/3/3-1-3/lib3133.htm#b>).
- 박종연, 「북한 주민의 질병양상 및 보건의료서비스 충족 실태」, 『남북한보건의료』, 제1호, 2000.
- _____, 「북한의 보건의료실태와 통일후 건강보장체계의 과제」, 『남북한 보건의료』, 2002.
- 박형중, 『불량국가 대응전략』, 통일연구원, 2002.
- 백화중, 『보건의료산업의 남북협력 방안』, 민주평화통일자문회의 사회복지분과 위원회 제17차 회의자료, 2000.
- 변중화 외, 『남북한 보건의료제도 비교연구』, 한국보건사회연구원, 1993.
- 서경석, 「남북정상회담 이후의 민간 대북지원활동의 방향」, 『대북지원 민간단체 워크숍』, 2000.
- 서울대학교 의과대학 소아과학교실·남북어린이어깨동무, 『북녘 어린이 건강실태와 보건의료 지원방향에 관한 학술회의』, 2002.
- 서일·이윤환·이명근·최귀숙, 「중국내 북한 난민 건강실태」, 『통일연구』, 제3권 제1호, 1999, PP.307-328.
- 성기호, 「북한의 의료실태와 의료정책」, 『통일경제』, 2000.
- 송경민, 「남북한 보건의료분야 협력사업 사례 및 협력방안」, 2002
- 송희완, 「남북한 의료제도의 비교연구」, 『남북한 보건의료』, 2002.
- 승창호, 『북한 보건의료』, 1989.
- 연합뉴스, 『북한연감』, 1999.
- 염용권 외, 「2000년 북한의 보건산업분야 현황」, 『남북한 보건의료』, 2001.
- 윤석철, 『프린시피아 매네지멘타』, 경문사, 1991.

- 윤창열, 『남북한 의료제도의 통합 및 활용방안』, 1998.
- 이금순, 『국제기구 및 비정부기구의 인도적 지원사례』, 민족통일연구원, 1997.
- 이금순, 『대북 인도적 지원 개선방안-개발구호를 중심으로』, 통일연구원, 2000.
- 이윤환·박종연·이순영 외, 『북한 보건의료지원의 활성화 방안』, 『남북한 보건의료』, 2001.
- 이윤환, 『북한 보건의료 분야의 인도적 지원방향』, 아주대학교, 2002.
- _____, 『북한 보건의료의 인도적 지원』, 통일부, 2003.
- _____, 『북한 보건의료의 인도적 지원』, 아주남북한보건의료연구소, 2003.
- 이종무, 『대북 인도적 지원의 현황과 과제』, 동경 국제 NGO 대회 발제문, 2000.
- _____, 『일본 조선인총연합회』, 『조국』, 2002.
- 임강택, 『새로운 남북협력모델의 모색: 지속적으로 발전가능한 협력 모델』, 통일연구원, 2002.
- 전신욱, 『남북한 신뢰증진을 위한 지방정부간 교류협력 확대방안』, 『통일연구논집』, 2002
- 전 응, 『통일 준비-정치: 북한의 권력변동과 통일대책』, 『통일준비』, 연세대학교 통일연구원 제2차 정기 학술회의, 1996.
- 정경배, 『남북한 사회보장제도 비교』, 한국보건사회연구원, 1992.
- _____, 『남북한 사회보장 및 보건의료 통합방안』, 한국보건사회연구원, 1993.
- 조재국, 『북한의 보건의료 특징 및 지표』, 한국보건사회연구원, 2001.
- 조한범, 『남북 사회문화의 교류·협력 평가와 발전방향』, 통일연구원, 1999.
- 조한범·김규륜·김성철 외, 『비정규기구(NGO)를 통한 남북한 교류·협력 증진 방안 연구』, 통일연구원, 2000.
- 최의철·신현기, 『남·북한 통일정책과 교류·협력』, 백산자료원, 2001.
- 최철영, 『대북 민간지원 활성화를 위한 법·제도 개선방안』, 『대북인도적 지원사업의 평가와 활성화 방향』, 민족화해협력범국민협의회, 1999
- 통일부, 『동서독 교류·협력 사례집』, 1993.
- 통일부, 『대북지원 현황 및 추진방향』, 2000.
- _____, 『민간대북지원 창구다원화 1년: 현황과 평가』, 2000.

- _____, 『북한의 사회정책』, 2000.
- _____, 『2002통일백서』, 2001.
- _____, 남북협력기금 통계, 2001.
- _____, 『2000년 국내의 대북지원 동향 및 평가보고』, 2001.
- _____, 『2001년 인도적 대북지원현황』, 2002, 2003.
- 통일연구원, 『통일문답』, 통일부 통일교육원, 2001.
- 文浩一, 朝鮮民主主義人民共和國における人口調査と研究事情, *アジア經濟*, 2002.
- Central Bureau of Statistics, *Report of the Second Multiple Indicator Cluster Survey 2000*, DPRK 2000.
- Central Bureau of Statistics, *Report on the DPRK Nutrition Assessment 2000*, DPRK 2003.
- EU, UNICEF & WFP, *Nutrition Survey of The Democratic People's Republic of Korea*, 1998.
- GAO, *Foreign Assistance: North Korea restricts food aid monitoring*, GAO/NSIAD-00-35, United States General Accounting Office, 1999.
- InterAction, *A guide to humanitarian and development efforts of InterAction member agencies in North Korea*, InterAction Member Activity Report North Korea, August/September 2000.
- Nautilus Institute, *Scenarios for the Future of US-North Korean Relations. Engagement, Containment, or Rollback?* August, 2002, p.23
- Roberts, Gilbert & Sherratt, Thomas N., Development of cooperative relationships through increasing investment, *nature* 394, 1998, pp. 175-179.
- Stephen R.Rock, *Appeasement in International Politics*, Univ. of Kenturcky, 2000.
- UNFPA, *State of World Population 2002: people, poverty and possibilities(2002)*, [http:// www.unfpa.org/swp/2002/pdf/english/swp2002eng.pdf](http://www.unfpa.org/swp/2002/pdf/english/swp2002eng.pdf).
- UNICEF, *DPR Korea: Nutrition Assessment 2002*, 2003.
- _____, UNICEF Humanitarian Action: DPR Korea Donor Update 19 Nov., [http:// www.reliefweb.int/w/rwb.nsf](http://www.reliefweb.int/w/rwb.nsf), 2002.

- UNICEF · AIHD, *3rd Annual UNICEF/AIHD Study Seminar*, Thailand, 1993
- UNFPA, *The State of World Population*, 2001.
- UN OCHA, *Consolidated Inter-Agency Appeal for DPRK 2003*, 2002.
- _____, *Consolidated Inter-Agency Appeal for DPRK 2003 Mid-Year Review*, May 2003.
- Weingartner, E. & Weingartner, M, North Korea: Is Aid the Answer?, Center for Asia-Pacific Initiatives, 2000, here in: <http://www.capi.uvic.ca/pdf/korea-aid.pdf>.
- WFP, On the knife-edge of a major famine. Rome: WFP, April 18, 1997.
- WHO, *The World Health Report 2000*, <http://www.who.int/whr2001/2001/archives/2000/en/index.htm>.
- WHO, *WHO Country Cooperation Strategy 2004-2008: DPRK*, 2003.
- WHO/UNICEF, Review of National Immunization Coverage 1980~1999, http://www.who.int/vaccines-surveillance/WHOUNICEF_Coverage_Review/pdf/DPRKorea_EPI.12.01.pdf, 2001.
- Baecker, Dirk, Kybernetik zweiter Ordnung, in: Foerster, Heinz von, Wissen und Gewissen, Frankfurt am Main, 1993.
- Fehr, Ernst & Gächter, Simon, "Altruistic punishment in humans", *Nature* 415, 2002.
- Fehr, Ernst & Rockenbach, Bettina, "Detrimental effects of sanctions on human altruism", *Nature* 422, 2003, pp. 137-140.
- Fehr Ernst, Fischbacher Urs & Gächter Simon, "Strong Reciprocity, Human Cooperation and the Enforcement of Social Norms", *Human Nature* 13, 2000, pp.1-25.
- Guenther Gotthard, "Cybernetic Ontology and Transjunctional Operations, in: Self-Organizing System", 1962, pp. 313-392, here in: Guenther Gotthard, *Beitraege zur Grundlegung einer operationsfaehigen Dialektik*, vol. 1, Hamburg, 1976, pp. 249-328.

- _____, “Das metaphysische Problem einer Formalisierung der transzendental-dialektischen Logik”, in: *Hegel-Studien*, Beiheft 1, 1964, pp. 65-123, here in: Guenther, Gotthard, *Beitraege zur Grundlegung einer operationsfaehigen Dialektik*, vol. 1, Hamburg, 1976, pp. 189-247.
- _____, *Beitraege zur Grundlegung einer operationsfaehigen Dialektik*, vol. 1, Hamburg, 1976.
- Luhmann, Niklas, *Oekologische Kommunikation*, Opladen, 1986.
- _____, *Die Wirtschaft der Gesellschaft*, Frankfurt am Main, 1988.
- Milinski, Manfred, Senmann, Dirk & Krambeck, Hans-Juergen, “Reputation helps solve the ‘tragedy of the commons’”, *nature* 415, 2002, pp. 424-426.
- Peter Jochen Winters, *Innerdeutsche Stadtepartnerschaften*, Deutschland Archiv, pp.673-674, 1986.
- Ryu, Gun-Chun, *Ueber die Wurzeln der Kostenexplosion im sozialen System der Krankenversicherung*, Koeln, 2003.
- <http://www.koica.go.kr>.
- <http://www.oecd.org>.
- <http://www.provin.gangwon.kr/gangwon/main/parthome/html/parthome>
- <http://www.koreahealthnews.net/>

부 록

- 부록 1. 대북 지원단체에 대한 지원내용별 특성 조사표 186
- 부록 2. 북한주민의 건강향상을 위한 보건의료 요구도 조사표 200
- 부록 3. 민간단체의 대북 보건의료 지원사업 주요 내용 205
- 부록 4. 북한의 인민보건법 207

부록 1

대북 지원단체에 대한 지원 내용별 특성 조사

1. 지원분야별 현황

1) 일반보건 분야

보건의료 행정과 행정관리

구분	사업계획* (각 항목에 대해 수행한 경우 해당란에 √ 표)	현금지원(금액)	현물지원(내용)
보건부문정책과 기획 및 프로그램	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/>		
북한 보건성 원조	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/>		
- 보건행정	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/>		
- 보건의료기관의 역량강화 및 조언	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/>		
- 사회보험 등과 같은 보건행정	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/>		
기타	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/>		

* 1. 북한 요구한 사업 반영 2. 관련 사전조사 실시 3. 인도적 지원 외 다른 목적(산업, 투자 등) 4. 운영계획 수립 5. 구체적인 목표 설정

의료분야 교육 및 훈련

구분	사업계획* (각 항목에 대해 수행한 경우 해당란에 √ 표)	현금지원(금액)	현물지원(내용)
3차 의료 수준의 전문의학 교육 및 훈련	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/>		
	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/>		
	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/>		
기타	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/>		

* 1. 북한 요구한 사업 반영 2. 관련 사전조사 실시 3. 인도적 지원 외 다른 목적(산업, 투자 등) 4. 운영계획 수립 5. 구체적인 목표 설정

의학연구

구분	사업계획* (각 항목에 대해 수행한 경우 해당란에 √ 표)	현금지원(금액)	현물지원(내용)
필수조건에 대한 연구를 제외한 의학연구	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/>		
	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/>		
	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/>		
기타	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/>		

* 1. 북한 요구한 사업 반영 2. 관련 사전조사 실시 3. 인도적 지원 외 다른 목적(산업, 투자 등) 4. 운영계획 수립 5. 구체적인 목표 설정

의료서비스

구분	구체적 사업 내용	사업계획* (각 항목에 대해 수행한 경우 해당란에 √ 표)	현금지원(금액)	현물지원(내용)
실험실	실험실 건립	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/>		
	장비와 기기 등	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/>		
		1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/>		
전문클리닉과 병원	병원 건립	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/>		
	장비와 기기	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/>		
	치과	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/>		
	정신보건	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/>		
	재활	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/>		
	비감염성 질환 조절	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/>		
	마약 등 약물 남용 조절	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/>		
	기타	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/>		
제약회사	제약회사 건립	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/>		
	장비와 기기 등	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/>		
		1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/>		
기타		1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/>		

* 1. 북한 요구한 사업 반영 2. 관련 사전조사 실시 3. 인도적 지원 외 다른 목적(산업, 투자 등) 4. 운영계획 수립 5. 구체적인 목표 설정

2) 필수보건부문

필수보건의료

구분	구체적 사업 내용	사업계획* (각 항목에 대해 수행한 경우 해당란에 √ 표)	현금지원(금액)	현물지원(내용)
일차보건의료 프로그램		1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/>		
준의료 및 간호프로그램		1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/>		
필수보건의료 관련	의약품	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/>		
	백신	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/>		
	기타	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/>		
기타 기초 보건의료 기반		1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/>		

* 1. 북한 요구한 사업 반영 2. 관련 사전조사 실시 3. 인도적 지원 외 다른 목적(산업, 투자 등) 4. 운영계획 수립 5. 구체적인 목표 설정

필수보건의료 하부구조

구분	구체적 사업 내용	사업계획** (각 항목에 대해 수행한 경우 해당란에 √ 표)	현금지원(금액)	현물지원(내용)
(인민)병원 및 진료소*	병원 건립	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/>		
	장비와 기기	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/>		
	치과	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/>		
	정신보건	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/>		
	재활	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/>		
	비감염성 질환 관리	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/>		
	약물 남용 관리	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/>		
	기타	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/>		
기타 공공의료시설	의료시설 건립	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/>		
	장비와 기기 등	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/>		
		1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/>		
		1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/>		

* 일반보건/의료서비스 분야의 전문병원 또는 클리닉은 제외

** 1. 북한 요구한 사업 반영 2. 관련 사전조사 실시 3. 인도적 지원 외 다른 목적(산업, 투자 등) 4. 운영계획 수립 5. 구체적인 목표 설정

기초영양

구분	사업계획* (각 항목에 대해 수행한 경우 해당란에 √ 표)	현금지원(금액)	현물지원(내용)
비타민 A 공급	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/>		
요오드 공급	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/>		
철분 공급	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/>		
영양 및 식품 위생 교육	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/>		
가구음식 안전	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/>		
기타	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/>		

* 1. 북한 요구한 사업 반영 2. 관련 사전조사 실시 3. 인도적 지원 외 다른 목적(산업, 투자 등) 4. 운영계획 수립 5. 구체적인 목표 설정

감염성 질환 관리

구분	사업계획* (각 항목에 대해 수행한 경우 해당란에 √ 표)	현금지원(금액)	현물지원(내용)
구충제	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/>		
말라리아의 통제 및 예방	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/>		
- 치료약	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/>		
결핵의 통제 및 예방	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/>		
- 치료약	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/>		
설사질환의 통제 및 예방	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/>		
- 치료약	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/>		
곤충매개 질환의 통제 및 예방	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/>		
- 치료약	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/>		
기타	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/>		

* 1. 북한 요구한 사업 반영 2. 관련 사전조사 실시 3. 인도적 지원 외 다른 목적(산업, 투자 등) 4. 운영계획 수립 5. 구체적인 목표 설정

보건교육

구분	사업계획* (각 항목에 대해 수행한 경우 해당란에 √ 표)	현금지원(금액)	현물지원(내용)
건강지식을 증진시키기 위한 보건 의료인력 교육 및 훈련	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/>		
보건운동	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/>		
기타	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/>		

* 1. 북한 요구한 사업 반영 2. 관련 사전조사 실시 3. 인도적 지원 외 다른 목적(산업, 투자 등) 4. 운영계획 수립 5. 구체적인 목표 설정

보건인력개발(세미나, 간담회, 학회 등 포함)

구분	사업계획* (각 항목에 대해 수행한 경우 해당란에 √ 표)	현금지원(금액)	현물지원(내용)
필수보건의료서비스를 위한 보건 의료인력 훈련	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/>		
기타	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/>		

* 1. 북한 요구한 사업 반영 2. 관련 사전조사 실시 3. 인도적 지원 외 다른 목적(산업, 투자 등) 4. 운영계획 수립 5. 구체적인 목표 설정

3) 인구·생식보건

인구정책 및 행정

구분	사업계획* (각 항목에 대해 수행한 경우 해당란에 √ 표)	현금지원(금액)	현물지원(내용)
인구개발 정책	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/>		
인구동태조사와 센서스	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/>		
인구학적 연구 및 분석	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/>		
생식보건연구	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/>		
불특정 인구 정책	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/>		
기타	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/>		

* 1. 북한 요구한 사업 반영 2. 관련 사전조사 실시 3. 인도적 지원 외 다른 목적(산업, 투자 등) 4. 운영계획 수립 5. 구체적인 목표 설정

생식보건

구분	사업계획* (각 항목에 대해 수행한 경우 해당란에 √ 표)	현금지원(금액)	현물지원(내용)
생식보건촉진	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/>		
분만을 포함한 임신 전후 의료	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/>		
불임 예방과 치료	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/>		
유산 발생 예방과 관리	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/>		
- 치료	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/>		
안전한 모성활동	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/>		
기타	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/>		

* 1. 북한 요구한 사업 반영 2. 관련 사전조사 실시 3. 인도적 지원 외 다른 목적(산업, 투자 등) 4. 운영계획 수립 5. 구체적인 목표 설정

가족계획

구분	사업계획* (각 항목에 대해 수행한 경우 해당란에 √ 표)	현금지원(금액)	현물지원(내용)
상담을 포함한 가족계획 서비스	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/>		
정보제공	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/>		
교육	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/>		
의사소통 활동	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/>		
피임기구 전달	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/>		
역량강화 및 훈련	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/>		
기타	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/>		

* 1. 북한 요구한 사업 반영 2. 관련 사전조사 실시 3. 인도적 지원 외 다른 목적(산업, 투자 등) 4. 운영계획 수립 5. 구체적인 목표 설정

HIV/AIDS를 포함한 성감염 질환

구분	사업계획* (각 항목에 대해 수행한 경우 해당란에 √ 표)	현금지원(금액)	현물지원(내용)
HIV/AIDS를 포함한 성감염 질환에 관련된 모든 활동	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/>		
정보제공	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/>		
교육	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/>		
의사소통 활동	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/>		
시험(testing)	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/>		
예방	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/>		
치료와 간호	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/>		
기타	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/>		

* 1. 북한 요구한 사업 반영 2. 관련 사전조사 실시 3. 인도적 지원 외 다른 목적(산업, 투자 등) 4. 운영계획 수립 5. 구체적인 목표 설정

인구·생식보건 인력개발

구분	사업계획* (각 항목에 대해 수행한 경우 해당란에 √ 표)	현금지원(금액)	현물지원(내용)
인구생식 보건의료서비스를 위한 보건의료인을 위한 교육과 훈련	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/>		

* 1. 북한 요구한 사업 반영 2. 관련 사전조사 실시 3. 인도적 지원 외 다른 목적(산업, 투자 등) 4. 운영계획 수립 5. 구체적인 목표 설정

4) 사업결과 평가

위에서 실시한 각각의 대책사업에 대한 결과

사업명:

항목	구체적 평가 내용
사업평가	
사업보고서	
사후 관리	
지속 가능성	
사업 수행의 결과	
사업 수행후 우리나라가 가질 수 있는 효과	

2. 대북사업에 대한 의견

1) 우선순위

	대북 보건의료 사업의 우선순위 항목	구체적 내용
귀 단체에서 추진 가능한 대북 사업 중 우선순위별 사업내용	1	
	2	
	3	
	4	
	5	
정부차원에서 추진해야 할 대북 사업 중 우선순위별 사업내용	1	
	2	
	3	
	4	
	5	

2) 분배투명성에 대한 노력 실시 또는 그 내용을 기재하여 주십시오.

사업명	분배투명성 확보를 위한 구체적 계획	비고

3) 사업시의 애로사항(구체적으로 대북 문제 전후의 환경변화 등)

사업명	애로사항	비고

부록 2

북한 주민의 건강 향상을 위한 보건의료 요구도 조사

안녕하십니까 ?

본 조사의 목적은 한국 국무총리실 산하 연구기관인 「한국보건사회연구원」에서, 민족화합을 이룩하고 남북 통일을 앞당기며, 북한 주민의 건강수준을 향상시키기 위해 남한이 북한에게 지원할 수 있는 보건의료 분야를 찾는 데 있습니다.

응답자료는 조사 목적 이외에는 사용되지 않으며, 개인의 자료가 전혀 노출되지 않을 것임을 약속드리오니 본 질문에 응답하여 주시면 감사하겠습니다.

2003. 9. 7
한국보건사회연구원장

※ 북한에서 나오신 시기는 언제입니까? _____ 년 _____ 월

1. 탈북 1년 전부터 탈북할 때 까지 북한에서 선생님이나 가족이 아플 때, 이용한 의료기관은 어디 어디이었으며 이용자, 횟수, 아픈 질병, 치료받은 내용을 아래 번호 또는 내용을 적어 주십시오

1)방문한 병원이름은?	2)이용자	3) 방문횟수	4) 질병이름 또는 증상은?	5) 그 때 병원에서 받은 치료는? (있는대로 번호나 내용 기재)
①리진료소 ②시군인민병원 ③도인민병원, 대학병원 ④결핵요양소 ⑤기타: 이용 병원이름 기재	①부모 ②본인 ③배우자 ④자녀 (번호기입)	병원을 방문한 횟수를 외래(방문)와 입원으로 나누어 기재하여 주십시오	아팠던 질환과 증상을 직접 기재해 주십시오	①아픈 이유와 질병이름을 알려주고 특별히 받은 치료없음 ② 약을 받음 ③ 혈액검사 등을 받음 ④ 주사를 맞음 ⑤ 수술을 받음 ⑥ 기타: 내용을 기재해 주십시오
		외래: 회 입원: 회		
		외래: 회 입원: 회		
		외래: 회 입원: 회		
		외래: 회 입원: 회		
		외래: 회 입원: 회		

2. 병원 입원시 병원에서 불편하거나 가장 큰 문제는 무엇이었습니까?

3. 병원에서 받은 치료가 없거나 아픈 곳이 낫지 않았다면 아픈 곳을 어떻게 해결하셨습니까?

4. 북한에 계실 때, 선생님이나 가족이 아파서 치료를 받아야 하지만 병원을 안가거나 못간 이유가 있었다면 그 이유는 무엇이었습니까?

진료소나 병원에 가봐야 치료해 줄 수 있는 약품이나 시설이 없어서

진료소에 갈 차비가 없어서

기타 _____

5. 집에서 아프거나 응급처치가 필요할 때, 필요한 약은 어디서, 어떻게 구입하셨습니까?

구입장소 _____

구입방법 _____

6. 북한에서 나오실 때, 선생님이 어떤 질병이나 증상을 가지고 있었다면 질병명을 적어 주십시오

7. 선생님이 북한에서 사셨던 지역에서 다음 해당 대상들에게 가장 흔한 질병은 무엇이었습니까? 있는 대로 적어 주십시오

1) 젓먹이 아기 _____

2) 학생 _____

3) 늙은이 _____

4) 임산부 _____

8. 북한에 의료지원이 가장 시급히 필요한 대상은 다음 대상 중 누구라고 생각하십니까?

- 7세미만 어린이 임산부, 수유부 늙은이
 신체, 정신 장애인 기타 누구? _____

9. 선생님이 북한에 계셨던 지역에서, 의료지원이 가장 필요했던 질병은?

- 결핵 폐렴 등 호흡기계 설사 위장병 등 소화기계
 말라리아 기생충 병 기타 _____

→ 그 이유는? _____

10. 북한에 계실 때, 선생님 또는 가족이 남한에서 지원한 약품이 있다고 들었거나 그 약품으로 치료 받은 적이 있었습니까?

- 남한에서 약품을 지원하였다고 들은 적이 전혀 없다
 남한의 약품이 지원되었다고 들은 적만 있다
 남한의 약품으로 치료받거나 양양제를 받은 적이 있다

→ 받은 약은 무슨 약이었습니까? 있는 대로 V 표 해주세요

- 예방접종약 기생충약 영양제 기타 _____

11. 선생님의 일반 특성

1) 성별 남 여

2) 현재 나이 만 _____ 세

3) 선생님이 가장 최근 북한에서 살던 지역은 어디입니까?

(1) 거주지역 _____ 도, 직할시 _____ 시, 군

(2) 거주지 특성 주택지 공장 농촌 어촌 산촌 기타 _____

4) 가장 최근 북한에서의 선생님의 직업은?

- 의사, 준의사 약제사 조산원, 간호원 노동자 군인
 농부, 어부 교수, 교사 공무원 학생
 사무원 무직(주부 포함) 기타 _____

5) 북한에서의 최종학력

- 인민학교 졸업 고등중학교 졸업 기술학교 및 전문학교 졸업
- 대학교 졸업 기타_____

6) 북한에서 수준

- 빈농 중농 부농 소시민 자본가 기타_____
- 당원이었습니까? 예 아니오

7) 경제수준 및 주거환경

(1) 생활경제 수준은 북한 전체 주민을 기준으로 할 때 어느 정도 이었습니까?

- 아주 잘사는 편 잘 사는 편 중간 못사는 편 아주 못사는 편

(2) 먹는 물 수도물 펌프식 우물물

(3) 화장실 개인(수세식, 웅덩이), 공동사용(수세식, 웅덩이)

※ 선생님께서는 남한 정부나 민간단체에서 북한 주민의 건강수준을 향상시키기 위해 의료지원을 하고자 할 때 남한이 고려하여야 할 사항이나 건의하실 내용이 있으시면 적어 주십시오

※ 다음 질문부터는 북한에서 의료인(보건일꾼, 약물일꾼, 조산원, 간호원, 위생사)으로 활동하신 분만 응답하여 주십시오

▶ 1996년 이후 북한에서 근무하셨던 기관은 어디이었으며 그 기관에서 환자를 치료하는데 가장 부족했던 것 또는 가장 큰 문제는 무엇이었습니까?

① 근무기관명 _____

소재지역 _____

부족했던 것 _____

② 근무기관명 _____

소재지역 _____

부족했던 것 _____

③ 근무기관명 _____

소재지역 _____

부족했던 것 _____

▶ 최근 북한의 경제인, 문화인, 예술인들 모두가 남한을 방문하여 상호 교류협력을 하고 있는데, 북한 보건의료인들은 남한의 요청에도 불구하고 남한을 방문하지 못하고 있습니다. 선생님께서는 그 이유가 무엇이라고 생각하십니까?

▶ 선생님께서는 우리 민족이 서로 이질감을 해소하고, 건강하게 잘 살기 위해 남북이 함께 수행할 수 있는 보건의료 협력 가능 사업에 대해 중요하다고 생각되는 3개를 아래 내용에서 골라 v 표시하여 주시면 감사하겠습니다.

() 전염성 발생 등 남북 주민의 건강관리를 위한 보건의료 정보 교환

() 남북의 시 또는 군 지역(남측 보건소-북측 진료소)간 자매결연

() 남북 이산 상봉 가족 간의 기초 의약품 교환 인정

() 남측에서 필요한 한약초 재배 또는 한약재 등을 북측에 수출하는 공식적인 관계 마련

() 특정지역에 남북 협력 보건의료 시설 설립 및 공동운영

() 의학, 한의학 등의 의료용어 통일 또는 출산장려정책 등의 현안에 대한 학술교류

() 남북 보건의료인간 의료기관 상호 방문 및 연수(한방분야, 약물재배, 최신 수술 등)

() 남북이 공동 운영하는 지역보건사업(말라리아 방역, 기생충, 결핵 등) 실시

() 특정지역(경제구역) 주민에 대한 보건교육 및 건강마을 가꾸기 프로그램 실시 등

() 그 외 무엇? _____

- 진심으로 감사드리며 건강하시길 기원합니다 -

부록 3. 민간단체의 대북 보건의료 지원사업 주요 내용

□ 유진벨

년 도	연 혁
1992-1994	대북 민간교류 추진 및 주선
1995	평양 적십자병원에 이동치과 진료차 기증
1997	로이스 린튼여사 평양적십자 병원에 엠블런스 기증
	결핵약, x-ray기계 등 대북지원
1998	북한 보건성“큰물피해대책위원회”로부터 대북결핵퇴치 공식 협조요청받음
	‘유진벨 프로젝트(순천기독결핵재활원 소속)’ 출범으로 한국 내 대북결핵 퇴치사업 활동 시작
1999	북한 15개의 결핵병원과 60여개의 요양소에 결핵약, 이동x-ray검진차, 현미경, 콩지원 등 대북결핵퇴치사업 활성화
	연세대학교의 복강경 기술제공으로 평양의과대학과 자매결연 사업
2000	평양 적십자병원 의사 3인 미국 John's Hopkins 병원 연수 주최
	북한 결핵병원과 요양소를 대상으로 환자들에게 필요한 물품을 종합적으로 지원 하는 결연프로그램이자 합의 지정기탁 체계인 “파트너 패키지 프로그램(기증자와 수혜자간의 결연프로그램)” 실시
	“파트너 패키지 프로그램” 활성화
2001	북한보건의료환경 개선을 위한 ‘수술실 지원사업’ 실시
	북한결핵요양소 25곳과 후원자간 자매결연을 맺고 결핵퇴치에 필요한 전반적 물품을 지원하는 패키지 사업 정착화
	결핵약 25,000 명분, x-ray필름 및 기계, 현미경 등 지원사업 활성화
2002	수술실사업 시작. 4곳의 도병원 수술실에 기본수술장비 및 소모품 지원
	자매결연 요양소 총 48곳 지원
	B형 간염예방시험사업 최초 실시
	수술실 지원사업 확장 (9곳 지원)

□ 어린이의약품 지원본부

년도	지 원 내 역	금액
1997. 9	어린이영양제와 이유식 등	공장도가 기준 약 3억원
1998. 5	어린이영양제, 항생제, 링거액, 진통제, 치과용 마취제 등	공장도가 기준 약 2억원
1999. 4	비타민, 항생제, 해열진통제, 콩기름 등	공장도가 기준 약 1억5천만 원
1999. 5	비타민, 항생제, 외용연고제, 해열진통제, 치약, 칫솔 등	공장도가 기준 약 1억2천만 원
2000. 3	연구사업용 표준품(아미노산, 당), 종합비타민, 철분, 콩기름 등	공장도가 기준 약 3천만 원
2000. 10	종합비타민, 항생제, 기침·가래약, 피부연고, 해열진통제, 콩기름 등	공장도가 기준 약 1억7천만 원
2001. 10	의약품 원료(비타민 11종), 항생제, 콩기름, 기침·가래약, 구충제 등	실거래가 기준 약 6천5백만 원
2001. 12	정제생산설비, 의약품(해열진통제, 진해거담제), 치과용품 등	약 1억9천4백만 원
2002. 3	정제생산설비, 한방용품, 내시경 및 산부인과용품, 치과용품, 의약품원료(비타민 9종)	약 1억5천5백만 원
2002. 5	비타민영양제, 항생제, 피부연고, 진해거담제, 소염진통제 등	약 5억4천만 원
2002. 8	항생제, 전기설비, 침 등	약 1억4천만 원

부록 4. 북한의 인민보건법

제1장 인민보건의 기본원칙

- 제1조 조선민주주의 인민공화국에서 인민보건사업은 자연과 사회의 주인이며 세상에서 가장 귀중한 존재인 사람들의 생명을 보호하고 건강을 증진시키며 모든 근로자들이 무병장수하여 사회주의, 공산주의위업을 수행하는 데 적극 이바지하게 하는 보람차고 영예로운 혁명사업이다.
- 제2조 조선민주주의 인민공화국에서는 가장 선진적인 인민보건제도가 마련되어 병치료에 대한 걱정을 모르고 건강하게 오래 살려는 인민들의 세기적 념원이 빛나게 실현되었다. 우리나라에서 실시되고 있는 완전하고 전반적인 무상치료제는 튼튼한 자립적 민족경제와 국가의 인민적인 보건정책에 의하여 확고히 보장된다. 국가는 전반적 무상치료제를 더욱 공고 발전시킨다.
- 제3조 사회주의의학에서 기본은 예방의학이다. 국가는 인민보건사업에서 사회주의의학의 원리를 구현한 예방의학적방침을 확고히 견지한다.
- 제4조 국가는 주체적인 의과학기술을 발전시키며 인민보건사업에 필요한 물질기술적 조건과 수단물을 원만히 보장하여 치료예방사업을 끊임없이 현대화, 과학화한다.
- 제5조 국가는 보건일군들을 계획적으로 양성하며 그들의 사상의식과 기술수준을 끊임없이 높여 인민의 참된 복무자로 만든다.
- 제6조 국가는 인민보건사업에 대한 지도와 관리에서 우가 아래를 도와주고 정치사업을 앞세워 일군들의 자각적 열성과 창발성을 불러 일으키는 청산리정신, 청산리방법을 관철한다.
- 제7조 국가는 평화와 민주주의, 민족적 독립과 사회주의를 위하여, 과학, 문화의 자유를 위하여 투쟁하다가 망명하여 온 다른 나라 사람들과 그 자녀들을 무상으로 치료하여 주며 그들의 건강을 보살펴준다.
- 제8조 국가는 우리 나라를 우호적으로 대하는 모든 나라들과 보건분야에서의 과학기술 교류와 협조를 끊임없이 발전시킨다.

제2장 완전하고 전반적인 무상치료제

- 제9조 국가는 모든 국민에게 완전한 무상치료의 혜택을 준다. 로동자, 농민, 병사, 근로 인테리를 비롯한 모든 국민은 무상으로 치료받을 권리를 가진다.

모든 의료봉사는 완전히 무료이다.

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

제10조 국가는 여성들과 어린이들의 건강보호에 깊은 관심과 배려를 돌린다. 국가는 특히 한꺼번에 여러 어린이를 낳아 키우는 여성과 그 어린이들에게 특별한 혜택을 베풀며 돌볼 사람이 없는 어린이들을 전적으로 맡아 키운다.

제11조 국가는 혁명투사, 혁명 열사가족, 애국열사가족, 영예군인, 인민군 후방가족들의 건강관리에 특별한 관심과 배려를 돌린다.

제12조 국가는 로동능력을 잃은 사람, 돌 볼 사람이 없는 만성환자, 년로한 환자들에게 무상치료의 혜택이 잘 차레지도록 그들을 책임적으로 돌보아준다.

제13조 환자 및 산전산후휴가를 받은 여성들과 그 부양가족에게 식량, 보조금, 분배를 준다. 그들에게 주는 식량, 보조금, 분배몹은 국가와 사회협동단체가 부담한다.

제14조 국가는 도시와 농촌, 공장, 기업소, 어촌, 립산마을들에 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.

제15조 국가는 민족적 전통으로 내려오는 동의치료를 잘 보장하기 위하여 동의의료망을 늘리며 의료기관들에서 현대의학적 진단에 기초한 동의치료방법을 널리받아들이도록 한다.

제16조 국가는 온천, 약수지대와 기후가 좋은 지대에 현대적인 료양시설들을 많이 지어 인민들이 자연인자에 의한 료양치료의 혜택을 더 잘 받도록 한다.

제3장 예방의학적 방침에 의한 건강보호

제17조 국가는 인민들이 병에 걸리지 않도록 미리 대책을 세우는 것을 자기 활동의중요한 임무로 여기며 인민보건사업에서 예방에 선차적으로 힘을 넣는다.

- 제18조 보건기관을 비롯한 기관, 기업소, 단체들은 위생선전사업과 교양사업을 강화하여 인민들 자신이 위생문화사업에 자각적으로 참가하며 과학적으로 건강을보호 관리하고 질병을 예방하도록 하여야 한다.
- 제19조 생활환경과 노동조건을 위생문화적으로 꾸리며 보호하는 것은 예방의학적 방침을 실현하기 위한 중요한 담보이다. 보건기관을 비롯하며 기관, 기업소, 단체, 공민들은 국가가 정한 위생규범을 엄격히 지키며 위생문화사업을 전군중적 운동으로 힘있게 벌려 거리와 마을, 가정과 일터를 깨끗이 꾸리고 생활문화와 생산문화를 철저히 세워야 한다.
- 제20조 기관, 기업소들은 근로자들의 살림집과 문화후생시설, 공공시설물을 위생학적으로 구에 맞게 배치하고 건설하며 그 관리를 잘하여 인민들의 건강을 보호해야 한다.
- 제21조 국가는 생활환경을 보호하기 위하여 인민경제의 모든 부문에서 공해 현상을 막는다. 공장, 기업소와 해당 기관들은 가로수와 녹지를 많이 조성하며 여러가지 유해 가스와 유해물질에 의하여 대기, 강하천, 토지 등이 오염되지 않도록 하여야 한다.
- 제22조 공장, 기업소와 해당 기관들은 영양제를 비롯한 노동보호물자와 위생보호용구를 보장하며 예방사업을 정상적으로하여 산업성 질병을 철저히 막아야 한다.
- 제23조 해당 공장, 기업소, 사회급양기관들은 식료품을 비롯한 제품을 생산하고 취급하는 데서 국가가 정한 위생규범을 엄격히 지켜야 한다.
- 제24조 해당 국가기관과 사회협동단체들은 어린이들에게 건강과 발육에 필요한 영양제, 특히 비타민과 성장촉진제를 원만히 공급하여야 한다. 탁아소, 유치원에서 어린이들의 영양관리와 위생관리를 과학적 리치에 맞게 잘하여야 한다.
- 제25조 국가는 체육을 대중화하여 인민들의 건강과 체력을 끊임없이 증진시킨다. 학교와 기관, 기업소, 단체들은 체육을 대중화하고 생활화하여 학생들과 근로자들이 몸을 튼튼히 단련하며 병에 걸리지 않도록 하여야 한다.
- 제26조 국가는 전염병을 미리 막기 위한 방역대책을 철저히 세운다. 보건기관과 해당 기관, 기업소, 단체들은 전염병의 발병조건을 없애고 소독사업을 강화하며 주민들에 대한 면역대책을 철저히 세워야 한다. 보건기관과 해당 기관들은 다른 나라에서 전염병이 들어오지 못하도록 검역사업을 강화하여야 한다.
- 제27조 국가는 의사들이 일정한 주민구역을 담당하고 맡은 구역에 늘 나가 주민들의 건강상태를 돌보며 예방치료사업을 하는 선진적 의료봉사제도인 의사담당구역제를 공고 발전시킨다.

제4장 주체적인 의학과과학기술

- 제28조 의학과학연구기관과 해당기관들은 기초의학과학연구사업을 전망성 있게 진행하면서 치료예방사업에서 나서는 중요한 과학기술적 문제들을 푸는 데 선차적인 힘을 넣어야 한다.
- 제29조 보건기관과 의학과학연구기관들은 동의학을 과학화하기 위한 연구사업을 강화하여 동의학과 민간료법을 리론적으로 체계화하고 더욱 발전시켜야 한다.
- 제30조 해당 과학연구기관은 최신과학기술성과에 기초하여 우리 인민들의 체질에 맞는 의약품과 현대적인 의료설비, 의료기구들을 많이 만들어내기 위한 연구사업을 강화하여야 한다.
- 제31조 의학과학연구기관과 해당기관들은 의학과학연구사업에 보건일군들을 널리 참가시키며 의학과학자들과 보건일군들과의 창조적 협조를 강화하여 의학과과학기술을 끊임없이 발전시켜야 한다.
- 제32조 국가는 중앙과 지방에 의학과학 연구기지를 튼튼히 꾸리며 과학연구사업에 필요한 물질기술적 수단과 조건을 충분히 보장하여 준다.

제5장 인민보건사업에 대한 물질적 보장

- 제33조 국가는 자립적 민족경제의 토대에 의거하여 대규모의 중앙제약, 의료기구공업과 함께 중소규모의 지방제약, 의료기구공업을 발전시킨다.
- 제34조 해당기관, 공장, 기업소들은 인민보건사업발전의 요구에 맞게 의약품과 의료기구들을 계획적으로 생산 보장하여야 한다.
- 제35조 해당기관, 공장, 기업소들은 의약품과 의료기구의 생산을 전문화하고 그 질을 끊임없이 높이며 포장의 문화성을 보장하여야 한다.
- 제36조 국가는 동 약생산기지를 튼튼히 꾸리며 모든 기관, 기업소, 단체, 공민들이 약초를 재배하고 채취하는 사업에 널리 참가하도록 한다. 동약 생산기관과 해당기관들은 나라의 풍부한 동약자원을 보호증식하며 계획적으로 채취해야 한다.
- 제37조 해당기관, 기업소들은 이름 있는 약수터에 약수생산시설을 현대적으로 꾸리고 약수에 대한 인민들의 수요를 보장하여야 한다.

제6장 인민의 참된 복무자인 보건일군

- 제38조 조선민주주의인민공화국에서 보건일군은 전체인민의 건강한 몸으로 사회주의건설에 적극 참가하게 하는 인간생명의 기사이며 영예로운 혁명가이다. 보건일군은 자기임무에 대한 높은 영예감과 책임감을 가지고 인민들의 생명과 건강을

- 보호증진시키는 사업에 모든 것을 다 바치는 인민의 참된 충복이 되어야 한다.
- 제39조 보건일군은 주체사상으로 튼튼히 무장하며 자신을 끊임없이 혁명화, 로동 계급화하여야 한다.
- 제40조 보건일군들은 정성운동을 힘있게 벌려 환자들을 자기의 육친처럼 아끼고 사랑하며 온갖 지혜와 정성을 다 바쳐 치료하여 야 한다.
- 제41조 보건일군은 위생지식을 보급하며 사람들의 병을 고치는 의사의 역할을 하는 것과 함께 인민들을 조선로동당의 두리에 묶어 세우는 선전교양자의 역할을 해야 한다.
- 제42조 보건일군들은 과학기술지식수준을 끊임없이 높이며 의료활동에서 집체적 협의체를 강화하고 정해진 기술규정과 행동규범을 엄격히 지켜야 한다.
- 제43조 사람의 생명과 건강을 보호하는 보건일군들은 인민의 높은 존경과 사랑을 받는다. 국가는 인민보건사업에서 공로를 세운 보건일군들에게 명예칭호를 수여하며 여러 가지 배려를 돌린다.

제7장 보건기관과 그에 대한 지도관리

- 제44조 조선민주주의 인민공화국에서 보건기관은 국가와 사회의 주인인 인민들의 생명을 보호하고 건강을 증진시켜 그들의 행복한 생활과 원만한 사회적 활동을 보장하는 인민적 보건기관이다.
- 제45조 보건기관에는 병원, 진료소, 료양소, 위생방역소, 검역소를 비롯한 치료예방기관과 의약품공급관리기관, 의약품검정기관 등이 속한다.
- 제46조 국가는 인민보건사업에 대한 지도와 관리를 각급 정권기관들과 보건행정기관을 통하여 실현한다. 각급 정권기관들과 보건행정기관은 국가의 인민보건정책과 보건법규범들을 철저히 집행하기 위한 사업을 책임적으로 조직 지도해야 한다.
- 제47조 보건행정기관들은 청산리방법의 요구대로 아래에 정상적으로 내려가 실정을 료해하고 걸린 문제를 풀어주며 정치사업을 앞세워 보건일군들이 치료예방사업을 잘하도록 하여야 한다.
- 제48조 각급 정권기관들과 보건행정기관은 인민보건사업에 대한 지도와 관리에서 대안의 사업체계의 요구에 맞게 보건일군들의 집체적 지혜와 창발성을 발양시키고 기술지도를 강화하며 의료가자재 및 물자공급체계를 철저히 세워야 한다.
- 제49조 인민보건사업은 전 국가적, 전 사회적 사업이다. 모든 기관, 기업소, 단체, 공민들은 우리나라에 마련된 선진적인 인민보건제도를 더욱 공고 발전시키며 예방의학적 방침을 철저히 관철하기 위한 보람찬 사업에 적극 참가하여야 한다.

□ 저 자 약 력 □

• 유 근 춘

독일 쾰른대학교 경제학 박사
서울대학교 보건대학원 보건학 석사
현 한국보건사회연구원 책임연구원

• 김 동 진

서울대학교 보건대학원 미국 The University of Georgia
경제학 박사
현 한국보건사회연구원 주임연구원

• 정 영 호

미국 New York University 경제학 박사
현 한국보건사회연구원 부연구위원

• 신 윤 정

미국 Cornell University 소비자 경제학 박사
현 한국보건사회연구원 책임연구원

• 남 상 호

미국 워싱턴대학교 경제학 박사
현 서원대학교 경제학과 교수

• 고 속 자

영국 University of York 경제학 석사
현 한국보건사회연구원 연구원

• 박 은 자

서울대학교 보건대학원 보건학 석사
현 한국보건사회연구원 주임연구원

연구보고서 2003-02

南北 保健醫療 交流 및 協力を 위한 基盤 構築 戰略 開發
Development of Strategies for Promoting Cooperation and Sharing of
Health Resources between the Two Koreas

2003년 12월 일 인쇄 값 7,000원

2003년 12월 일 발행

저 자 황 나 미 외

발행인 박 순 일

발행처 한국보건사회연구원

서울특별시 은평구 불광동 산42-14

대표전화 : 02) 380-8000

등 록 1994년 7월 1일 (제8-142호)

인 쇄 예원기획

© 한국보건사회연구원 2003

ISBN 89-8187-295-3 93510