보건·복지 Issue & Focus

Korea Institute for Health and Social Affairs

ISSN 2092-7117
제240호(2014-19) 발행일 : 2014. 05. 16

KIHASA 한국보건사회연구원 Korea Institute for Health and Social Affairs

통일 대비 보건의료분야의 전략과 과제

심각한 남북 건강 격차와 지난 60여 년간 상이한 보건의료제도의 운용은 통일 후 사회적 통합의 걸림돌로 작용할 것인 바, 통일초기에 그 충격을 최소화하여 효율적 보건의료 체계 통합의 동력 기반이 될 수 있도록 통일대비 전략 수립 필요

통일 후 식량 부족 및 전염병 등 건강 위협요인으로 초래되는 위기관리대상인 총 355만명(최우선 지원대상 278만명, 우선 지원대상 77만명)의 취약계층을 목표대상으로 긴급 구호를 실시하여 대량 남하 이주 방지 등 사회적 혼란 최소화

남북 접경지역에 위기관리 시스템을 가동하여 건강 고위험 대상자를 스크리닝, 관리하고 응급의료 및 방역 기능을 강화함으로써 남한사회의 안정화 추구

북한거주민의 일차의료 강화를 통해 인구 고령화 및 만성질환 증가로 인한 의료비 급증에 대비할 수 있도록 공공의료 강화

민간이 지배적인 우리의 의료공급 시장에서 심각한 북한주민의 건강문제를 민간부문에 의존할 경우, 그 비용부담은 매우 크므로 통일 전 공공의료 자원의 확보가 필수

통일 직후 예상되는 위험 관리와 이후 통합 과정이 효과적이고 일관성 있게 실행될 수 있도록 현 남북 접촉지역인 개성공단을 중심으로 한 남북 보건의료 협력 사업 전개를 위한 대북 협상 필요

황나미
생활습관병연구센터 연구위원

1. 기본 상황

○북한은 1990년대 이후 극심한 경제난과 지속적인 전력부족 및 사회 기반시설의 가동 중단으로 대다수의 주민들은 기본적인 삶을 유지하기 어렵게 되었고, 보건의료시설은 총체적인 붕괴상태에 직면하게 됨

– 우리는 지난 10여 년간의 대북 지원과 남북 교류협력을 통해 남북 건강격차와 북한주민의 건강문제의 심각성을 실제 확인한 바 있음

○ 현재까지도 복합적인 위기상황에 처해 있는 북한은 남한 인구의 절반(48%)에 이르면서 1인당 GNI는 남한의 2.6%(미화 1,200달러)에 불과하여[1] 남북 경제수준 격차도 심각한 상태로 파악됨

– 취약한 북한주민의 건강문제의 개선은 장기적이고 지속가능한 경제성장이라는 선순환 고리의 출발점인 바, 인적 자질 향상을 위한 보건의료분야의 투자는 교육과 함께 그 중추적인 역할을 담당하게 될 것임

○ 최근 북핵 문제로 남북 공히 평화적 생존권을 위협하고 있는 가운데, 우리 민족의 과제인 통일은 사전 예고 없이 다가올 가능성이 높아 오랜 기간의 분단으로 인해 통일 직후 사회적 혼란이 초래될 가능성이 높을 것임

– 특히 영양을 포함한 보건의료 분야는 생명과 직결됨에 따라 북한사회 취약계층으로부터의 불만 표출과 함께 이로 인한 대규모 인구집단의 거주지 이탈이 예상됨

○ 또한 북한의 보건의료체계는 지난 60여 년간 우리나라와는 상이하여 통일 후 통합과정에서 관련 이해집단 간 · 계층간 갈등이 초래될 것으로 예상됨

– 남북한간 의료보장 형태가 기본적으로 다르고 더욱이 북한은 재원이 고갈된 상태이어서 지속가능한 보건의료체계 유지 가능성이 희박함

〈표 1〉 남북 의료보장체계 비교

	북한	남한
의료보장 제도의 형태	국영의료제('무상치료제' 단일체계)	사회보험방식+공공부조
관리운영체계	국가 직영체계에 의한 일원적 관리체계	별도의 특수법인(공단에 의한 통합관리체계)
재원조달방식	국가 재정: 월급의 1% 사회보장비 공제	보험료+일부 국가재정+본인부담금
진료비 지불제도	봉급제	진료행위별 수가제
의료공급체계	완전한 국가공급체계	시장공급 주도 체계

○ 이와 같이 남북 건강 격차와 상이한 보건의료제도는 사회적 통합의 걸림돌로 작용할 것인 바, 통일초기에 그 충격을 최소화하여 보건의료 통합의 동력 기반이 될 수 있도록 체계적인 전략 수립이 필요함

– 한반도 평화와 조기 안정의 한 축으로서 인간안보(human security)의 핵심이 되는 보건의료분야는 사회적 통합에 주요한 영향을 미치기 때문에 남북 건강 불평등 해소를 위한 준비 전략이 필요함

2. 남북 건강 격차 및 제도 비교

■ 건강수준

○ (평균수명) 북한은 69.5세(남성 65.6세, 여성 72.4세)로 우리의 81세(남성 77.8세, 여성 84.7세)보다 10년 이상 낮으며 우리의 30 여 년 전 수준임[2]

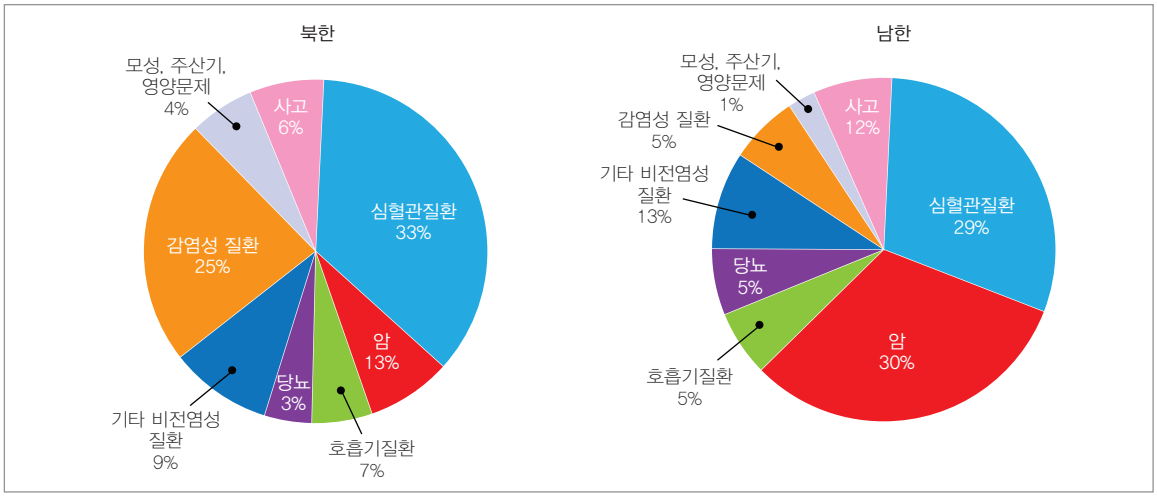
1) OECD(2012). Economic Survey of Korea 2012.
2) WHO(2012). World Health Statistics 2012.

– 신체장애 및 활동의 장애 없이 사는 기간을 지칭하는 건강수명(HALE)은 북한이 평균 62세로 추정된 반면, 남한은 73세(2012년)[3]로 10년 이상의 격차가 나타나 사회복지 비용부담이 클 것으로 예상됨

○ (사인) 남북 공히 고령화 사회(노인인구 비율 북: 8.7%, 남 12.2%)이어서 노인의 만성질환 관리가 사회적 문제가 대두되고 있는 가운데, 북한 사망자의 33%가 심혈관질환이었고, 감염성질환은 25%로 심혈관 및 감염성 질환이 주요 사인으로 파악됨

– 반면 남한은 암 30%, 심혈관질환 29%이었으며 감염성질환은 5%에 불과하였음(그림 1)

[그림 1] 남북한의 사인구조 비교: 2010년



자료: WHO(2011) Country Profiles 재구성

○ (영아사망률) 북한은 출생 1천명당 26명으로 남한 4명의 약 7배 높은 수준임[4]

– 주요 사망원인은 생후 1개월 이내 사망이 50%를 차지하고, 기초의약품 및 식수 개선만으로도 예방가능한 설사증 및 호흡기 감염증이 그 나머지 대부분 차지하고 있음

○ (모성사망비) 북한은 출생 10만명당 81명(2010년)으로, 남한의 10명(2011년)에 비해 약 8배 이상 높은 사망수준을 보이고 있음[5]

○ (아동 영양) 5세미만 아동의 만성 영양장애비율이 27.9%이며 빈혈은 23.7%의 아동에게서 나타남

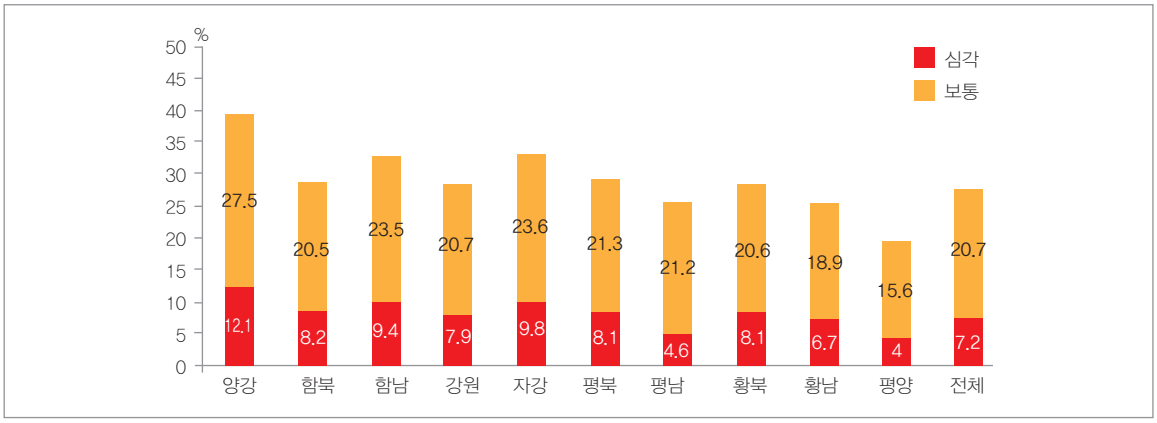
– 지역별 만성 영양장애 아동비율은 양강도가 39.6%로 가장 높았고, 자강도 33.5%, 함경남도 32.9% 순이었음. 반면 평양은 19.6%로 가장 낮았으며, 심각한 영양장애 비율도 가장 낮은 것으로 나타나 지역적 격차가 큼

3) WHO. Life Expectancy: Life Expectancy Data by Country[internet][cited 2014 May 14]. Available from http://apps.who.int/gho/data/node.main.688

4) IGME(2012). UN Inter-Agency Group for Child Mortality Estimation Report 2012.

5) WHO · UNICEF · UNFPA · The World Bank(2012). Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2010.

[그림 2] 북한 지역별 5세 미만 만성영양결핍 아동 비율: 2012년



자료: UNICEF(2013), 2012 National Nutrition Survey

○(결핵) 북한의 최우선 관리 질환인 결핵은 발생률이 인구 10만명당 409명(2012년)으로 전년도 보다 증가하였으며 아시아 지역에서 동티모르에 이어 두 번째로 높음. 사망률은 인구 10만명당 9명(2012년)으로 감소하였으나 남한보다 약 4배 높은 수준임[6)]

– 환자 중 14.7%가 다제내성 결핵(Multi-drug Resistant-TB)으로 추산되어, 결핵 약품부족보다는 전문적인 환자관리체계의 미흡에 문제의 심각성이 큼

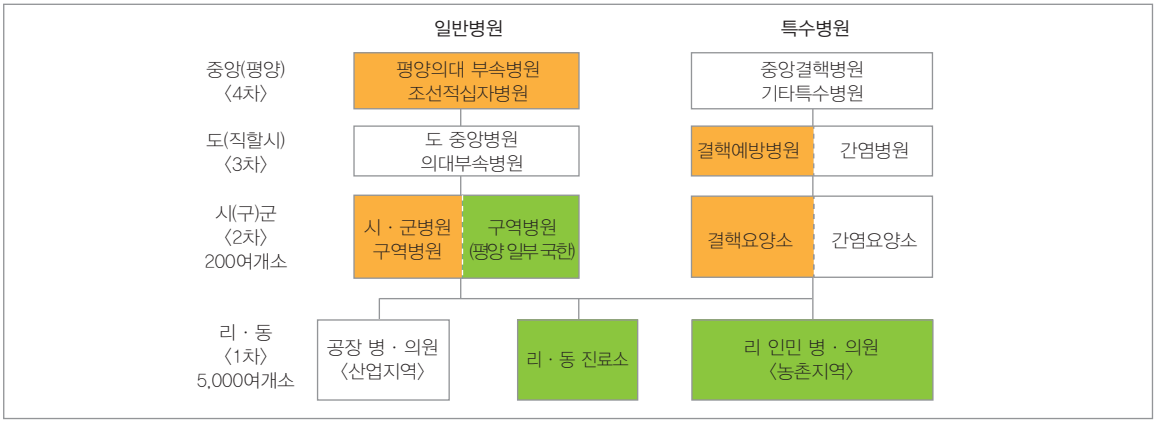
○(방역) 백신 부족 및 방역체계의 붕괴로 수인성 질환 및 신종 전염성질환(신종프루 등) 발생시 대응에 무방비한 상태임

■ 의료보장체계 및 재원조달

○(의료체계) 북한은 남한과 달리 국영의료제의 무상치료제이며, 호담당의사에 의한 의사담당구역제 등을 근간으로 1~4차에 이르는 보건의료서비스 전달체계와 별도의 결핵 및 간염관리체계가 구축되어 있음(그림 3)

– 남한은 사회보험과 공공부조(의료급여) 방식의 민간 시장주도 의료공급체계이어서 북한과는 의료비 지불방식과 재원조달이 상이함(표 1)

[그림 3] 북한 보건의료서비스 전달체계



6) www.theglobalfund.org

3. 통일 대비 목표 및 추진방향

■ 목표

○통일 초기, 보건의료문제로 초래되는 위기관리를 통하여 사회적 안정화를 추구하고 남북 건강격차 해소와 지역간 건강 불평등을 해소할 수 있도록 의료 안전망을 구축하여 의료분야의 통합 기반을 마련함

– 생산적 복지제도(workfare) 확립의 기반이 되는 건강 개선을 통해 사회적 통일비용을 절감함

■ 추진방향

○식량부족과 만연된 전염병 등 건강 위협요인으로 인한 북한사회의 혼란을 최소화하고 북한주민의 대량 남하 이주를 방지할 수 있는 위기관리 시스템을 가동함

○1990년대 체제전환국 국민들은 체제전환 초기 사회보험 부담 등 자본주의 시장경제에 대한 이해와 인식이 낮아 무상의 사회보장을 기대한 것으로 나타나[7] 북한주민 역시 통일 후 국가에 의한 포괄적인 무상의 사회보장을 요구할 것으로 예상됨에 따라 공공의료를 강화함

○남북한이 직면한 인구 고령화 및 만성질환 증가로 인한 의료비 급증에 대비할 수 있도록 효율적이고 지속 유지 가능한 재원조달의 보건의료체계 구축 기반을 마련함

○현 분단상태에서부터 통일 직후 예상되는 위험 관리와 이후 통합 과정이 일관성 있게 실행될 수 있도록 분절적이 아닌 연속선상에서 전략이 추진될 수 있도록 함

4. 통일 초기 준비 전략과 과제

가. 통일 직후 위기 관리

■ 북한 취약계층 건강보호를 위한 긴급 구호

○기아 및 질병이환이 탈북요인이 되지 않도록 북한 전체인구의 약 15%로 추산되는 취약계층 총 355만명(최우선 지원대상 278만명, 우선 지원대상 77만명)을 대상으로 일차의료(primary care)에 중점을 둔 물적 · 인적 지원 및 전달체계를 확보함

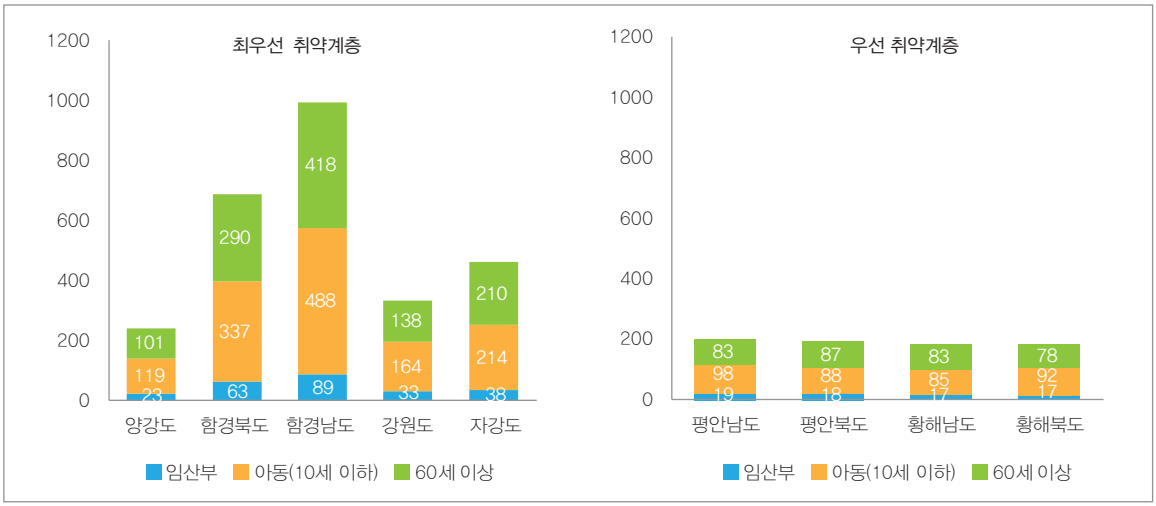
– 최우선 취약계층(총 278만명)은 아주 심각한 식량 부족을 겪고 있는 지역의 10세 이하 아동, 임산부 및 수유여성, 60세 이상 노인(건강수명 감안)과 특정 취약집단인 중증 결핵환자(52천명) 및 고아(12천명)를 대상으로 하였음

– 취약인구수는 함경남북도가 가장 많고, 그 다음으로 자강도 및 강원도 순으로 나타남(그림 4)

7) Kornai, János(1997). The Reform of the Welfare State and Public Opinion, The American Economic Review, Vol. 87, No.2, May.

[그림 4] 북한 지역별, 대상별 취약계층 인구수

(단위: 천명)



자료: FAO · WFP(2012) 재분석

○중점 긴급구호 자원은 다음과 같음

– 리 · 동진료소(5,000 여개소)가 관장하는 150가구를 기준으로 WHO가 개발한 25종 응급의료키트 제공

– 2차 진료기관인 시 · 군 인민병원(200개소)에 응급의약품 및 수술 기기 지원

– 3차 진료기관인 도 중앙병원과 4차 기관인 평양의과학병원에 전염성 및 만성질환 치료를 위한 기초의약품 제공

– 1, 2, 3차 진료기관을 연계 이송하는 구급차 및 유류비를 2차 진료기관인 인민병원(200개소)에 지원

– 임산부 및 신생아 의료서비스, 출산 전후 응급 의료키트, 소아병동 중증환자 11,000여명의 치료 자원 지원

– 설사증 치료를 위한 ORS(UNICEF 공장 활용) 800만 sachets 지원

■ 탈북 남하 이주민 관리

○전염병 유입 및 전파 방지를 위해 탈북 남하주민을 대상으로 전염병 스크리닝 프로그램을 운영하여 고위험 대상자 격리 및 응급치료가 즉각적으로 이루어질 수 있도록 필요한 자원을 확보, 효과적인 위기대응체계를 구축함

– 접경지역에 남하 이주민 수용시설을 설치하여 열감지 장치 및 결핵 · 간염 등을 포함한 기초검진 자원을 비축하여 고위험대상자 스크리닝을 강화함

– 가칭 '보건 위기대응전담팀'을 구성, 운영하여 가상 훈련을 정기적으로 실시함

○식량 및 의료서비스의 부재가 탈북 유인동기로 파악되어[8] 탈북주민이 북한지역에 귀향할 수 있도록 의료를 포함한 생계 지원을 위한 통합관리 매뉴얼을 개발, 운영하여 연쇄적인 탈북 현상을 방지함

– 자유의사를 존중하되 정치적 · 경제적 · 사회적 갈등없이 거주지로 귀향할 수 있도록 유인책을 마련함

8) 황나미 외(2011). 통일대비 북한 위기상황에 따른 보건복지 대응방안, 한국보건사회연구원.

■ 남북 접경지역 관리

○ 접경지역 우리 주민의 건강보호를 위해 접경지역 15개 시 · 군[9] 보건소 응급의료서비스 및 방역 기능을 강화함

– 지역적 특수성으로 초래되는 말라리아 등 전염병 및 위기유발 전염병 감시체계 구축을 위한 '접경지역 보건의료 · 방역관리 규정'을 제정함

나. 중점 추진전략

■ 의료 공동화(空洞化) 현상 방지 대책 마련 및 방역 체계 구축

○ 북한지역의 의료 공동화 현상이 초래되지 않도록 북한 의사(호담당의사, 위생의사 포함)를 지역사회 일차의료인력으로 적극 활용함

– 자원봉사 의료인력(은퇴자 및 유휴인력 등) 뱅크를 통일 전, 조직 · 구성하여 통일초기 즉각적으로 기초보건의료서비스를 제공할 수 있도록 함

– 북한의 보건의료체계가 붕괴된 상황에서 낮은 건강수명을 고려할 때, 우리의 민간주도 의료서비스를 공급할 경우 지나친 고비용이 발생되는 바, 만성질환 예방 및 관리에 초점을 둔 일차의료(primary care) 체계를 강화할 필요가 있음

○ 북한 12세 이하 아동을 대상으로 기본 예방접종을 실시함

– 우리나라 필수 예방접종 대상(11종)인 결핵(BCG), B형간염, DTaP, 폴리오, MMR, DTaP-IPV, 일본뇌염, 수두, Td, Tdap, b형 헤모필루스 인플루엔자 접종을 실시함

– 백신의 안전성과 유효성을 확보하기 위해 도 단위 중앙병원에 콜드체인시스템 차량과 지역단위별로 백신 Safety box를 지원함

■ 의약분야별 대북 기술전수 프로그램 개발 및 보건의료인력 상호 교류 활성화

○ 북한 의료인력 역량의 강화를 위해 공공 보건의료인력의 북한지역 파견 및 인력 교환 프로그램을 가동함

– 공중보건의 및 전공의 인력을 일정기간 북한지역으로 파견하도록 의무화하는 방안을 검토함

○ 제반 사회적 인센티브제를 도입하여 보건의료 직종간, 기관간 자매결연을 통한 학술 및 기술 교류를 활성화함

5. 결론 및 제언

○ 이상과 같이 우리나라보다 심각한 북한주민의 건강수준과 영양결핍문제로 통일 후 북한주민에 대한 사회적 배제현상이 다양한 영역에서 다층적으로 발생될 가능성이 높음

○ 현 경색된 남북 관계에서는 남북 공동의 경제적 이익과 북한의 자생력 확보를 위해 남북 접촉이 이루어지고 있는 개성공업지구를 남북 보건의료 교류 · 협력의 장으로 활용함

9) 강화군, 옹진군, 동두천시, 고양시, 파주시, 김포시, 양주군, 연천군, 포천시, 춘천시, 철원군, 화천군, 양구군, 인제군, 고성군 보건소 등임.

– 북한 보건의료체계의 복구 및 지속유지를 위해서는 전력 등 인프라가 구축된 개성공업지구를 활용하여 보건의료산업(의료기기, 주사기 및 약솜 공장 등)을 육성하도록 함

– 근로자의 70%가 결혼적령기 여성으로 구성된 개성공업지구에서 근로 모성 및 출산아를 대상으로 평생 건강의 출발(healthy start in life)을 보장하는 '모자 패키지 사업(1,000 days Project)[10]'을 추진하여 생산 동력을 확보함

○한편, 민간이 지배적인 우리나라의 의료공급 시장에서 심각한 북한주민의 건강문제를 민간부문에 의존할 경우, 통일 직후부터 지나친 고비용이 발생되므로 공공 의료자원의 확보가 필수적임

– 필요 자원의 적정 규모와 내역을 파악하기 위해서는 국제사회의 공적개발원조사업(ODA)에서 표준화한 CRS(Credit Report System) 분류체계[11]를 활용하여 국내 민간단체 및 우리나라 재원에 의해 대북 지원 사업을 실시하고 있는 국제기구(WHO, UNICEF 등)의 사업내용 및 투입자원에 대해 DB 구축이 필요함

○여러 해 동안 대북 지원사업을 추진해 온 민간단체의 활동에 대한 성찰과 평가를 통해 통일전후 기여할 수 있는 역할과 기능을 규명하여 잠재력을 보유한 단체를 효율적으로 활용할 필요가 있음

○우리나라 재원에 의해 실시하는 국제기구(UNICEF 등)의 사업에 대해서는 우리나라와 협업하거나 역할을 분담하는 대북 사업구도로 발전할 수 있도록 재원규모를 확대하여 대외 협상력을 강화함

– 북한이 국제기구 · 우리나라와 파트너십을 형성, 주인의식을 가지고 국제사회의 일원으로서 참여할 수 있도록 유기적인 협력체계를 강화함

○통일전후 안정적인 보건의료 지원과 지속가능한 의료 안전망 구축을 위해 남북 사회적 통합을 저해하지 않는 수준의 재원이 마련될 수 있도록 법적, 제도적 장치를 마련함

10) '1,000days Project'란 임신시점 부터 출생아가 만 2세가 되는 1,000일 기간 동안에 임산부 및 영유아의 영양개선, 질병관리, 건강관리 등을 단편적이고 일회성이 아닌 지속적인 맞춤형 패키지 형식으로 지원하는 사업으로 대통령이 올해 3월 독일 드레스덴 연설에서 대북 인도적 지원 구상 가운데 하나로 밝힌 사업임.

11) OECD 산하 개발원조위원회(DAC)에서 표준화한 CRS(Credit Report System)는 국제사회에서 ODA사업에 통용하여 지원 사업계획 및 평가와 중복 사업 방지 및 협업 · 분담 등 사업 성과관리 등에 활용되고 있으며 보건분야의 DAC Sector는 보건일반(Health, general), 기초보건(basic health), 인구정책 · 사업 및 생식보건(population policies/programs and reproductive health) 등으로 대별되고 각각 CRS 코드로 세분화되어 있음.

집필자 | 황나미 (생활습관병연구센터 연구위원)　　문의 | 02-380-8223

발행인 | 최병호　　**발행처** | 한국보건사회연구원
(122-705)서울특별시 은평구 진흥로 235 | TEL 02)380-8000 | FAX 02)352-9129 | http://www.kihasa.re.kr
한국보건사회연구원 홈페이지의 발간자료에서 온라인으로도 이용하실 수 있습니다. http://www.kihasa.re.kr/html/jsp/publication/periodical/focus/list.jsp