

북한 보건의료 현황과
대북 보건의료사업 접근전략

황 나 미
김 혜 련
이 상 영

한국보건사회연구원

목 차

요 약 / 1

I. 연구 필요성 및 목적	10
II. 북한 보건의료체계 및 현황	15
1. 북한 보건의료 체계와 그 현실	15
2. 출산 및 어린이 건강정책	25
III. 북한주민의 건강 및 영양수준	28
1. 북한주민의 건강수준	29
2. 북한주민의 영양수준	38
3. 최근 북한 주민의 건강문제 발생과 대처 실태	48
4. 건강취약 계층의 규모와 건강취약지역 인구	50
IV. 대북 보건의료 및 영양 지원사업 현황	54
1. 국내 대북 지원사업에 대한 규정	54
2. 대북 보건의료 및 영양 지원사업 현황	56
3. 남북 당국간 보건의료 협력사업	65
V. 국제기구의 보건의료분야의 대북 지원 특성	68
1. 유엔 산하 국제기구의 사업성과 제고를 위한 대북 지원사업 원칙	68
2. OECD의 보건의료 개발지원사업 평가기준	72
3. 국제기구의 대북 보건의료 지원사업 추진전략	74
4. 국제기구의 대북 영양지원 사업 추진전략	77

VI. 대북 보건의료사업의 목표와 추진전략	79
1. 북한 보건의료 상황	79
2. 대북 보건의료사업 목표와 기본방향	81
3. 대북 보건의료 및 영양사업 추진전략	86
VII. 대북 보건의료사업 성과제고를 위한 과제	94

참 고 문 헌 / 98

표 목 차

<표 II-1> 북한의 보건의료인력 양성 및 교육과정	24
<표 III-1> 북한의 평균수명 및 건강수명	31
<표 III-2> 북한의 모성 및 영유아 사망 추이	33
<표 III-3> 북한, 세계보건기구, 새터민의 북한의 우선순위 보건의료 분야	37
<표 III-4> 북한주민의 주요 식량급원	39
<표 III-5> 북한의 7.1 조치이후 식량 배급제의 변화	40
<표 III-6> 5세 미만 어린이의 영양장애, 2000년 (제2차 MICS)	42
<표 III-7> 연령별 어린이 영양장애 유병률, 1998~2004년	43
<표 III-8> 북한 영유아의 영양결핍 유병률 추이, 1998~2004	44
<표 III-9> 북한의 2세 미만 자녀를 둔 여성의 건강상태	47
<표 III-10> 북한의 전염성 질환 발생 및 대응실태: 2006년 10~12월	49
<표 III-11> 북한의 전염성 질환 발생 및 대응실태: 2007년 1~7월	50
<표 III-12> 북한의 건강취약 인구규모	51
<표 III-13> 지역별 취약인구 및 그 규모	52
<표 IV-1> 보건의료 부문의 대북 인도적 지원사업 규모 변화	56
<표 IV-2> 보건의료분야의 남북협력기금 지원사업 실태	57
<표 IV-3> 대북 보건의료 지원단체의 사업진행 과정	60
<표 IV-4> 2007년 민간단체 합동사업 내용 및 소요예산	61

그림 목 차

[그림 I-1] 보건의료분야의 국내 대북 인도적 지원 추이 (차관 제외).....	11
[그림 II-1] 북한 보건성 내부조직.....	18
[그림 II-2] 북한의 의료서비스 전달체계도.....	20
[그림 III-1] 북한 말라리아 환자발생 추이.....	35
[그림 III-2] 북한 주민의 사망원인 분포(2004).....	38
[그림 III-3] 북한 영유아의 영양결핍 유병율 추이, 1998~2006.....	44
[그림 V-1] UN의 인도적 지원을 위한 합동호소절차(CAP).....	69
[그림 V-2] 우리나라와 국제사회의 인도적 지원 추이.....	71
[그림 VI-1] 남북 의료협력의 목표와 추진방향	83

요 약

1. 연구 필요성 및 목적

- 1997년에 시작되어 현재 12년째 이르고 있는 대북 보건의료사업은 국제사회와 국내 민간단체에서의 지속된 지원에 힘입어 최근 북한주민의 건강과 영양결핍 상태는 점차 회복되고 있는 것으로 평가되고 있으나 여전히 정상화되고 있지는 못하고 있음.
- 또한 북한 보건의료체계도 복구되지 못한 채, 각종 전염병 등 보건문제가 발생되고 있어 주민 건강문제가 광범위하게 고착화되어 가고 있는 것으로 지적할 수 있음. 대북 지원도 장기적인 개발 관점으로 그 방향을 전환하여 개발 및 복구와 아울러 북한으로 하여금 자생력을 확보할 수 있도록 남북한간의 보건의료 교류와 협력의 중요성이 강조되고 있음.
- 1990년대 북한은 식량위기 등으로 인하여 WHO 분류상 고위험 영양불량국가에 속하였으며, 그 후 외부로부터의 식량지원에 힘입어 영양상태가 다소 호전되었지만 2004년에도 영유아의 7.0%가 급성영양장애, 37.0%가 만성영양장애로 여전히 영양장애 아동이 높으며, 영유아의 성장발달 지연과 발육장애를 초래하고 있음.
- 높은 모성 및 영유아 사망률과 감염성 질환의 이환 및 영양결핍으로 이들이 생존하여도 생애 전 과정에 영향을 미쳐 만성질환에 취약한 인구세대로 남게 됨에 따라 개발도상국가들이 공통적으로 겪는 이른바 ‘이중 부담(double burden)’ 즉, 영양부족과 이후 경제개발 과정에서 오게 될 만성질환의 질병부담을 짊어지게

될 것임.

- 영유아기의 영양부족은 성인기의 만성질환 위험을 높이며, 조기사망과 질병, 신체적 쇠약으로 노동생산성을 저하시켜 통일 이후에 막대한 사회경제적 부담으로 작용할 것으로 예상됨.

□ 인간안보(human security)에 필수적 건강보호를 위한 남북한간의 보건의료 협력은 한반도 건강공동체를 구현함으로써 한반도 경쟁력 향상이라는 善 순환고리의 출발점인 바, 생명의 존엄성을 바탕으로 한 인도적 지원사업을 한 단계 진전시켜 북한주민의 기본 건강을 확보하고 유지할 수 있는 남북 보건의료협력 방향에 대한 모색이 필요한 시점임.

- 더욱이 2007년 2·13 합의에 따라 한반도의 비핵화에 대한 협상이 본격화될 경우 평화공존이나 향후 통일의 관점에서 북한주민의 건강수준을 향상, 남북 건강수준의 격차를 완화시켜 민족 동질성을 조기에 회복할 필요가 있음.

□ 그간 국제기구와 20여개 국내 민간단체가 참여하여 실시한 다양한 대북 지원이나 협력사업은 남북한간 신뢰 증대에 기여하였고 물적 지원 뿐 아니라 빈번한 접촉을 통하여 기술 지원이 수반되는 등 많은 성과가 있었음.

- 그러나 전력부족과 원료의약품 및 소모품 등 보건의료 인프라가 미흡하고 사업수혜자 접근이 어려워 사업성과가 가시적으로 나타나지 못한 한계를 가지고 있는 가운데, 사업 추진과정 및 지원물품에 대한 분배의 투명성 부족은 끊임없이 문제로 지적되어 와, 대북 사업에 대한 남남내 갈등이 증폭되어 왔음.

□ 이러한 지적은 앞으로도 계속될 것으로 예상되는 바, 이들 문제에 정책적으로 대처하지 않으면 대북 사업에 대한 국민의 신뢰 형성과 지지를 이끌어내는 데 어려움이 초래될 수 있음.

- 그 동안 '퍼주기식'이라는 논란의 제기된 배경에는 북한주민의 건강보호를 위한 사업추진보다는 북한 당국의 요청에 의한 사업 및 지원방식으로 인해 북한 체제를 유지, 지속시켜 준다는 인식과 그럼에도 불구하고 북한이 핵실험의 강행 등 국제질서에 순응하지 않는다는 주장에서 비롯된 것임.
- 본 연구는 북한 보건의료 현황을 파악하여 보건의료분야의 남북한간 협력을 위한 목표를 설정하고, 새 정부의 출범을 앞두고 투명하고 타당성이 있는 대북사업을 위해 상호 유연한 대처와 합의에 도달할 수 있도록 대북 보건의료사업 추진 방향을 모색하는 데 그 목적이 있음.
- 북한주민의 생명존중이라는 인도적 문제의 본질적 해결을 위해서는 목표수준, 정책적 우선순위를 포함한 전체적인 남북 협력 로드맵이 실천전략 차원에서 설계되고 집행되어야 하므로 본 자료는 이에 필요한 기초정보를 제공하는 데 그 목적이 있음.

2. 대북 보건의료 지원사업 목표 및 기본방향

- 붕괴된 북한의 보건의료체계를 고려할 때, 대북 보건의료사업은 구호적 지원 중심에서 자생력 확보를 위한 개발지원 중심으로 전환되어야 함. 결핵 등 후진국형 전염성 질환이 생명을 위협하는 보건의료문제와 영양결핍문제가 상존하고 있는 북한 현실에서는 개발지원 방향을 생명을 위협하는 근본문제 해결에 최우선순위를 두고 목표와 전략을 수립함.
- 대 북한 보건의료분야의 개발지원은 남북한간 상생의 협력 틀로 정립할 수 있는 실천적 차원에서 구상하는 것이 필요함.
- 2000년 9월 개최된 유엔총회에서는 전 세계 189개국 지도자들이 향후 국제사회가 공동으로 추구하여야 할 8개 항목의 '새천년 개발 목표(MDGs: Millenium

Development Goals)’를 채택한 바 있음.

- 이 중 저개발, 개발도상 국가들이 공통적으로 달성하여야 할 보건의료분야의 5개 목표는 북한현실을 반영하고 있음. 이에 대북 보건의료사업의 지원방향은 새천년 개발 목표인 ‘어린이 사망률 저하(목표4)’, ‘산모 건강증진(목표5)’, ‘말라리아 및 관련 질병 퇴치(목표6)’, ‘위생적 환경의 지속가능성 보장(목표7)’, 그리고 ‘개발을 위한 국제적 파트너십 조성(목표8)’ 등으로 설정함.
- 북한의 보건의료 현실을 반영하여 대북 지원사업 목표를 보다 구체화하면, 첫째, 북한주민의 생명을 위협하는 결핵 및 수인성 전염성 질환의 관리·감시체계와 방역체계의 구축을 통해 영유아 및 모성을 비롯한 취약계층의 사망률 및 이환율의 감소, 둘째, 북한 보건의료체계의 복구를 위한 시설·장비 등의 자원 확충, 셋째, 질병관리 및 임상진료 관련 지식 및 기술 수준 향상을 위한 인력 교육 및 훈련 실시 등임. 또한 북한 영유아의 주요 사망원인이 설사, 폐렴 등 감염성 질환 등과 영양실조에서 비롯된 것인 바, 영유아와 임산부의 영양개선을 위한 양적·질적 식량지원 및 식량공급자원 확충과 영양지원사업 확대를 목표로 설정함.

- 개발지원을 통해 북한 보건의료체계를 복구하고 보건의료 재화와 서비스를 국제 규격에 적합한 품질의 기틀로 유지할 수 있도록(sustainability) 지속적으로 체계적 기술 지원 또는 상호 협력하는 방향으로 북한과 협상함.

가. 보건의료분야

- 1) 북한의 우선순위 보건의료문제를 대상으로 한 개발복구방향 사업내용 개발
 - 대북 보건의료사업을 추진하기 위해서는 북한의 협조가 관건인 바, 북한당국이 제시한 최우선순위 질환인 결핵을 비롯한 말라리아, B형간염, 장관계 감염질환 등을 대상으로 하되, 개발복구를 위한 사업내용을 협상하여 추진함. 즉, 관련 의

료인력의 임상지침·합리적인 약품사용 등의 내용을 골자로 한 교육·훈련 프로그램을 마련하고 검사시설 지원 및 정도관리 등의 기술지원을 실시하는 것이 현실 가능한 사업내용이 될 것임.

- 또한 북한당국과 「세계보건기구」가 공통적으로 지적한 예방접종, 응급처치를 포함한 기초의료서비스, 영양공급 등을 포괄하는 안전한 식수공급 등 일차보건 의료(primary health care) 관련 사업내용을 추진함. 북한 영유아의 주요 사망 원인의 대부분은 영양결핍과 식수 및 위생상태 등의 부적절한 환경이 이들 질환을 유발하는 주 요인으로 작용하고 있기 때문임.

2) 취약지역, 취약계층의 건강사업 추진을 조건으로 한 북측 요구분야 사업 병행 추진

- 우선순위가 높지 않음에도 불구하고 북한측이 특정 사업을 요구할 경우, 취약지역 또는 취약계층에게 발생하는 보건의료사업을 병행하여 추진할 수 있도록 북측과 협상함. 북한은 심장혈관질환 관련 의료기술 현대화 및 과학화와 경제적 실익 확보에 관심이 매우 높음. 따라서 첨단 의과학 시설지원이나 기술 교류·협력을 수용하면서 전제조건으로 취약계층에게 직접 전달이나 지원될 수 있는 지역 사회 기술지원 프로그램을 병행 추진할 수 있도록 조건을 제시한 협상을 시도함.

3) 북한 보건의료 인프라와 현장성을 고려한 단기적 효과를 볼 수 있는 생산기술 보급

- 그간 대북 민간단체들은 현지 상설근무가 어려워 병원 현대화사업을 통해 시설 및 장비 지원과 함께 남측 의료인들이 수시로 방북하여 기술전수 또는 간담회 등을 개최한 바 있으나 일회성이어서 북한 의료인들의 역량강화를 위한 진단, 처방 및 치료 등의 일련의 교육·훈련 프로그램은 매우 미흡한 실정임.

- 의료인력에 대한 기술 교육이나 훈련은 전력 및 의료장비 등 의료기반이 구비된 시설에서 이루어져야 하므로, 평양 이외 기반이 취약한 지역에서는 사실상 시행하기 어려운 문제가 있음.
 - 이러한 상황에서 북한의 의료서비스 전달체계를 효과적·효율적으로 복구하고 자생력을 유지할 수 있도록 하기 위해서는 의료시설, 혈액관리 및 임상실험실 가동에 따르는 기반이 구축된 지역에서는 전문의료 기술을 제공하되, 진료과는 어린이와 모성을 대상으로 하고, 인프라가 미흡한 지역에서는 단기교육으로 효과를 극대화할 수 있는 조산교육 등의 주산기 관리와 전염성질환 관리 관련 기본교육을 시행할 수 있도록 지원하는 것이 바람직함. 현실적으로 지역 현장 접근이 어렵다는 점을 감안하여 남측에게 개방된 지역에서 교육자를 위한 교육(trainer's training)을 실시함.

4) 북한의 보건의료인력 자질 향상을 위한 매뉴얼 개발 및 체계적 교육 실시

- 그 동안 대북 지원사업이 물적 지원 중심으로 이루어져 북한 보건의료체계의 자생력을 확보하고 질적 서비스를 유지하는 데에는 한계로 작용하였음.
 - 보건의료인력 교육사업은 북한당국의 우선순위 분야에서 밀려나 있어 현재 남북 협력사업으로서는 실효성이 낮은 사업으로 지적할 수 있음.
- 북한의 의료시설과 병상은 평양의 소수 병동을 제외하고는 대부분 기능을 상실한 상태임. 이러한 이유 때문에 의료인력에 대한 임상기술 보급수준은 취약하고 의학교육 여건은 열악하여 장기간의 교육과정을 거쳐 양성되는 의료인력 개발에 소홀히 할 경우 지원된 의료장비와 의약품의 올바른 사용을 기대하기 어려워 자원의 낭비가 초래될 뿐 아니라 그 여파로 북한주민의 기본건강 확보에 차질이 초래될 수 있음.
 - 이에 따라 북한의 의료문제 발생에 근거한 단기 및 중장기 계획을 수립하여 의료인력에 대한 체계적인 교육·훈련프로그램이 요구됨.

나. 영양지원 분야

- 첫째 영유아 지원사업의 구체적인 목표로는 ①보건의료 요원훈련, ②부모나 양육자에 대한 건강 및 영양교육, ③영양재활센터에서의 고도 급성 영양실조아동의 치료, ④보육원에서의 영유아 성장발달모니터링(growth monitoring)을 통한 영양불량아동의 조기발견, ⑤영양강화 식품의 생산 및 지원, ⑥영양제 배급, ⑦북한 동북부 등 취약지역에 대한 지원 목표 등을 설정하여 추진해야 할 것임.
 - 또한 영유아 지원 부문부터 지원계획의 설계단계부터 배분단계에 이르기까지 모니터링을 도입하여 식량지원의 필요도가 가장 높은 취약한 집단에게 우선적으로 전달되는 전략이 강구되어야 할 것임.

- 둘째, 북한 영양사업이 북한보건의료의 지속적인 재건과 강화를 통해 지역주민에게 정착되기 위해서는 식량지원 등 구호적 지원에서 경제난, 비위생적 환경, 영양부족으로 인하여 복합적인 건강요구를 동시에 가진 영유아, 임산부와 북한주민에게 적절한 통합적이고 지속가능한 지역보건의료개발 전략을 세워야 할 것임. 즉, 1차보건의료사업(영양공급, 모성과 영유아 건강관리, 예방접종, 질병의 1차적 예방과 치료, 보건교육, 안전한 식수와 환경위생의 포괄적 지역보건 개발 접근방법) 체계를 구축하는 틀 속에서 보건의료 사업과 포괄적으로 접근하는 개발복구적 성격의 영양사업 전략이 강구되어야 할 것임.
 - 단순 구호적 식량이나 식품지원에서 진일보하여 영유아 및 임산부에게 필요한 식품생산공장 등 생산수단의 개선과 증설 지원에 우선순위를 두는 원칙을 세워야 할 것임.

- 셋째, 북한주민의 만성적인 영양부족에 대처하고 향후 통일 후에 대비하기 위한 대북 영양사업의 과제는 식량 이용가능성을 높이기 위해 농업, 보건의료, 지역개발사업 등의 관련 대북지원사업 부문간의 긴밀한 연계가 요구됨.

3. 대북 보건의료사업 추진전략

가. 보건의료분야

- 북한의 높은 전염성질환의 이환율과 열악한 보건의료 환경을 고려할 때, 보건의료인프라가 어느 정도 구비된 지역에서는 시설중심의 개발지원을 시도함. 반면, 의료기반이 취약한 군지역의 경우는 1차진료기관인 진료소 또는 인민병원에서부터 사업을 실시하되, 시설 개보수보다는 물적 지원의 비중을 높이면서 인프라가 덜 요구되는 지역보건사업을 전개하도록 함.
- 북한측의 폐쇄적인 현실적 상황에 비추어 볼 때, 수시로 왕래가 가능하고 지리적·공간적 접근이 용이한 지역에서는 인력 교육과 기술전수, 그리고 지원 장비 및 기기 수리 등에 필요한 의공학 기술교육사업을 추진함. 현 시점에서는 평양과 개성공업지구의 병원을 지정하여 교육기관으로서의 역할과 기능을 강화하는 것이 실용성이 높을 것으로 판단됨.
 - 체계적인 기술지원 및 교육은 우선 남북 교류·협력이 보장된 장(field)에서 시도하는 것이 상호 원활한 기술협력이 가능하여 그 효과가 높을 것임.
- 남북 주민간의 접촉은 남한주민의 건강에 부정적인 영향을 미칠 수 있음. 때문에 남북간 경제협력이 이루어지고 있는 개성공업지구는 남북한 주민간의 접촉이 불가피한 지역이어서 전염성 질환관리와 공중보건분야의 협력이 특별히 요구되는 지역임.
 - 따라서 개성공단은 말라리아 등 북한지역 전염성 질환의 국내유입 차단을 위한 방역의 창구로 활용할 필요성이 크므로 이 지역에서 일차적으로 남북 보건의료 협력을 모색하는 것이 효용성이 높음.
- 북한 또는 국내에서 필요하거나 수요가 있는 의약품 및 보건의료물품 생산을 통해

북한 의료인과 원활하게 기술 교류 및 협력하고, 생산된 물품에 대해서는 남한에 수출할 수 있도록 판로까지 고려한 공식적인 관계 형성을 시도하여 기술교육 및 훈련 분야의 대북 협상력을 제고함.

- 남북한간 경제협력추진 속도나 과정을 주시할 때, 북한은 남한과의 교류 또는 협력 과정에서 경제적 실익확보가 최우선 관심사라 하여도 과언이 아님. 북한은 보건의료분야에서 고려의학을 주체적인 민족의학이라 칭하여 고려의학의 육성 및 발전을 위해 중앙 당국차원에서 지원하고 있으며 치료의학으로서의 연구소와 실험실 투자에 역점을 두고 있음. 따라서 의약품 생산 뿐 아니라 한약재 또는 건강보조약재 등의 한의학 제재 생산은 북한에 시장경제 개념을 도입할 수 있는 단초를 제공할 것으로 판단됨.

나. 영양분야

- 영양취약집단에 우선 접근할 수 있도록 국제기구와의 공조를 통하여 영유아 지원과 식량지원체계를 개선하도록 함.
 - 영양취약 가능성이 더욱 높은 지역에 식량지원과 영유아지원사업이 접근할 수 있도록 WFP 등 국제 대북 지원기구와의 공조체제를 강화함.
- 단기적으로는 구호적 성격을 갖는 식량과 영양보충제(영유아에게 전반적인 칼로리 섭취의 증대, 성장에 필수적인 단백질, 비타민A, 철분과 요오드 등이 포함된 식량지원과 영양보충제 지원)를 지원하고, 중장기적으로는 장기적 영양부족으로 인한 질병부담에 대처하기 위해 일차보건의료사업을 통하여 영양문제를 접근, 개선함.

I. 연구 필요성 및 목적

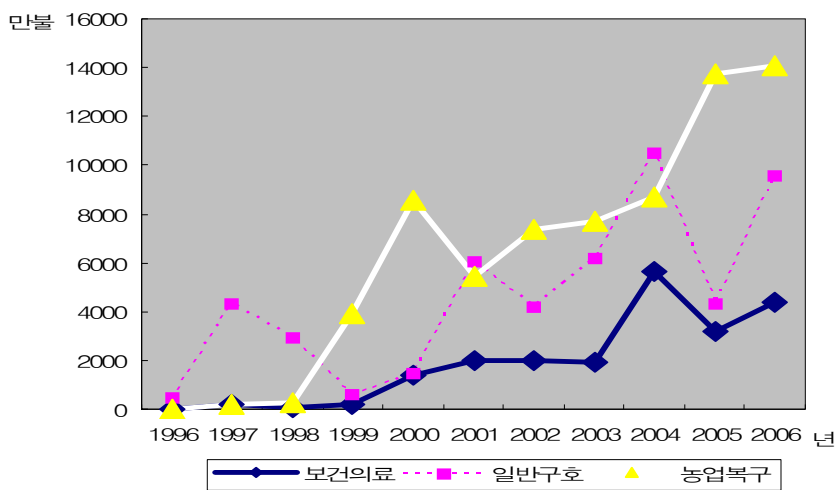
- 북한은 1990년대 사회주의체제의 붕괴로 인한 경제 약화와 수차례 지속된 자연재해로 인하여 전력공급이 중단되고 기반시설의 가동이 중단됨에 따라 보건의료체계가 붕괴되었고 모성과 어린이를 비롯한 건강취약계층의 생명이 위협받게 되었음.
 - 당시 북한 어린이의 참상이 국제사회에 알려지면서 국제식량기구(WFP), 세계보건기구(WHO), 유엔아동기금(UNICEF) 등 국제기구에서는 식량과 의약품 등의 지원이 이루어졌으며 국내에서도 국제기구와 민간단체를 경유하여 인도적 지원을 실시하게 되었음.

- 우리나라의 보건의료분야의 대북 지원은 북측의 공식적인 요청에 의해 1997년부터 정부를 비롯한 민간단체에서 인도적 지원을 시작함(그림 I- 1).
 - 1999년 2월, 민간단체에 대한 대북 지원창구의 다원화 조치로 인하여 민간단체의 대북 지원은 이 때부터 본격적으로 시작되었으며, 2000년 6·15 남북공동선언을 계기로 더욱 활발한 활동을 하게 됨.

- 지난 10여 년 동안의 대북 지원에도 불구하고 북한 보건의료체계는 경제난 및 식량난의 지속과 북한 당국이 스스로 복구할 수 있는 자생력의 부족 등으로 현재 까지도 여전히 회복하지 못한 것으로 평가되고 있음.
 - 이러한 위기상황에 대해 유엔을 중심으로 한 국제사회에서는 1990년대 북한 전역에서 발생된 홍수와 가뭄 등 자연재해로 인한 결과로 평가하였지만 이 상태가 장기화되자, 복합적인 위기상황(complex emergency)으로 규정하였음(UN, 1994).

- 즉, 구호활동만으로는 북한당국이 제 기능을 수행하지 못함에 따라 현존하는 여러 분야의 위기를 해결하기 어렵다는 것임. 이러한 국제사회의 공동 인식 아래, 유엔은 기존의 구호사업에서 장기적인 개발관점으로 대북 지원 방향을 전환하여야 한다고 강조한 바 있음(UNOCHA, 1998).

[그림 1-1] 보건의료분야의 국내 대북 인도적 지원 추이 (차관 제외)



- 북한의 경제수준도 약화되어 2006년 「세계보건기구(WHO)」는 1인당 GDP(국제 \$: 각국의 구매력지수 이용한 가상통화)를 \$1,401로 제시하여 남한의 \$21,872와는 매우 큰 격차를 보임.
- 국내에서는 2006년 북한의 국민총소득(명목GNI)이 남한의 약 35분의 1이며, 1인당 국민소득은 17분의 1 수준으로 추정하였고(한국은행, 2007), 또 다른 분석에서는 국민총소득은 남한의 100분의 1이며, 1인당 국민소득은 약 50분의 1 수준으로 평가하여(이종석, 2008) 남북한간의 경제규모 격차는 매우 심각한 것으로 지적할 수 있음.

- (구)소련 붕괴 이후 사회주의체제의 쇠퇴로 인한 경제악화와 당시 북한에서 발생된 지속적인 자연재해로 인해 의약품 부족 및 식량부족에 따른 기아와 전염성질환의 증가는 사망과 이환, 그리고 심각한 영양결핍을 초래하게 되었음.
 - 영양결핍으로부터 야기되는 건강문제는 노동생산성을 감소시키며, 태아기와 성장기 영양불량의 파급효과가 전 생애에 걸쳐 영향을 미침에 따라 성장발달 장애와 만성질환 위험의 증가를 초래하여 이후 막대한 질병부담과 사회경제적 부담으로 작용하게 됨.

- 그간 대북 지원은 북한 핵문제와 관련하여 국제정세의 영향을 받아 왔지만 [그림 I-1] 에서 제시한 바와 같이 국내 대북 지원사업은 꾸준히 지속되고 확대되어 왔음.
 - 그럼에도 불구하고 극심한 경제난과 전력부족 등 기반시설이 복구되지 못하면서 북한 보건의료체계는 여전히 총체적인 붕괴상태에 직면해 있음. 전염성질환은 물론 특히 사스(SARS), 조류독감(AI) 등 신종 전염성질환에 대해서도 자체 대응능력이 매우 미흡한 상태임.
 - 또한 기초의약품 및 의료장비 부족 등으로 의료 및 임상실험시설은 제 기능을 상실하였고, 이로 인해 교육 및 임상 수련을 위한 교육여건도 열악하여 질적인 의료인력이 양성되지 못하고 있음.

- 이상과 같은 북한의 보건의료 현실에 대한 평가로 보아서는 사회 인프라가 열악한 상태가 지속될 경우, 보건의료분야의 회생의 전망도 어둡게 하고 있어 장기적으로 보건의료분야의 복구와 주민의 건강회복을 위한 비용은 감당하기 어려울 것으로 예상됨.
 - 그간 국제기구와 국내 민간단체들이 실시한 대북 보건의료사업은 인도적 구호적 지원사업의 성격이어서 전력부족과 원료의약품 및 의료소모품 등 의료 인프라가 미흡한 상태에서는 보건의료체계의 복구를 기대하기에는 역부족이었음.

- 더욱이 [그림 I -1] 에서 제시한 바와 같이 대북 지원규모는 증가되고 있지만 대북사업 추진과정에서의 투명성 부족과 지원물품에 대한 현장접근 불허문제는 끊임없이 문제로 지적되어 와, 대북 사업에 대한 국내의 갈등을 증폭하여 왔음.
 - 이러한 지적은 앞으로 지속될 것으로 예상되는 바, 이러한 문제에 정책적으로 대처하지 않으면 대북 사업에 대한 국민의 신뢰 형성과 지지를 이끌어내는 데 어려움이 초래될 것임.

- 그 동안 ‘퍼주기식’이라는 논란이 제기된 배경에는 북한주민의 건강보호를 위한 필요한 사업을 추진하기 보다는 북한 당국의 요청에 의한 사업이나 지원방식으로 인해 불합리한 북한 지도층의 체제를 유지, 지속시켜 준다는 인식이 팽대되어 있기 때문임.
 - 그럼에도 불구하고 무엇보다도 북한이 핵실험 강행 등 국제질서에 순응하지 않을 뿐 아니라 한반도의 안보에 위협을 주는 행위를 지속적으로 하고 있다는 점에서 비롯된 것임.

- 2007년, 한 해는 6자회담을 통해 이루어진 2·13 합의로 북한측의 핵 신고 및 불능화의 진전을 예상케 하여 북미 관계의 개선과 남북 관계의 진전이 어느 정도 예상되고 있음.
 - 뒤이어 개최된 10월 4일, 제2차 남북정상회담 및 11월 남북 총리회담 등을 통해 남북 당국간 보건의료사업이 상호 협의하에 합의됨에 따라 남북 당국간 관계 진전과 북한사회의 개방과 개혁을 조심스럽게 전망하고 있음.

- 2008년도는 한반도의 평화와 번영이라는 통일 지향적 방향으로의 변화를 예고하고 있지만 북한당국의 핵문제 추진여부 및 속도와 2008년 2월 출범할 새 정부의 대북 정책방향에 따라 한반도 국내외 정세의 구도에는 변화를 초래할 것으로 예상됨.

- 그렇다하더라도 인간안보(human security)에 필수적인 건강보호는 한반도에 건강 공동체를 구현함으로써 한반도에 공존하는 민족의 경쟁력 향상이라는 선 순환 고리의 출발점인 바, 생명의 존엄성을 바탕으로 한 보건의료분야는 생명권을 보장하고 지속 유지할 수 있는 전략기조를 유지할 필요가 있음.

- 보건의료분야의 대북 지원은 향후 통일세대의 인구자질 향상과 남북한간 건강수준의 격차를 완화시킴으로써 공동 이익을 창출하고 민족 동질성을 조기에 회복하는데 그 의의가 크다고 할 수 있음.

- 본 정책자료는 새 정부의 출범을 앞두고 북한의 보건의료 현황을 파악하여 북한 보건의료 인프라를 구축하고 건강취약계층에게 접근할 수 있는 상호 유연한 대처와 합의에 도달할 수 있도록 대북 보건의료사업의 추진전략을 모색하여 는 데 그 목적이 있음.
 - － 인간의 생명보호라는 본질적인 해결을 위해 대북 보건의료사업의 비전과 목표를 설정하고, 실천적 전략차원에서 보건의료분야의 정책적 우선순위를 제시하며, 유용하고 실제성(현실성)을 띠는 접근방법을 제시하고자 함.

II. 북한 보건의료체계 및 현황

1. 북한 보건의료 체계와 그 현실

가. 보건의료체계의 기본체계

- 북한의 보건의료체계는 조선민주주의인민공화국 「사회주의헌법」, 「인민보건법」, 「의료법」 및 「사회보험법」 등의 법률에서 찾아 볼 수 있음. 이들 법률에 명시된 보건의료체계의 실체와 보건의료 자원의 실상을 파악하면 다음과 같음.
 - 「사회주의헌법」 제48조에는 전반적 무상치료제를 더욱 공고 발전시키며, 예방 의학적 방침을 관철하여 사람들의 생명을 보호하고 근로자들의 건강을 증진시킨다고 명시되어 있음.

- 1980년 제정되어 1999년 수정, 보완된 「인민보건법」에는 「사회주의헌법」의 선언적 조항을 보다 구체화시켰음.
 - 즉, 「사회주의헌법」 제48조의 ‘완전하고 전반적인 무상치료제(제2장)’에 대한 내용으로 진단, 검사, 치료, 수술, 왕진, 입원 및 식사 등 환자치료를 위한 모든 봉사 및 해산방조는 무료이며, 특히 여성과 어린이, 만성질환자, 노인환자 등 건강취약계층에 대한 혜택을 명시하고 있음.
 - 「사회주의헌법」의 ‘예방의학에 의한 건강보호(제3장)’를 위해서는 「인민보건법」에 기관, 기업소, 단체에 대한 위생선전 및 교양사업 실시와 어린이들에게 건강과 발육에 필요한 비타민 등의 영양제 공급 등을 통한 영양관리와 위생관리, 그리고 대기·하천·토지의 오염방지와 전염병 발생 방지를 위한 철저한 방역대책 수립 등이 명시되어 있음. 또한 의사가 일정 주민구역을 담당하는 의사담당구역제를 공고 발전시킨다고 명시되어 있음.

- 이와 같이 북한 보건의료의 기본체계는 1960년부터 전 주민을 대상으로 도입된 무상치료제이며 「사회보험법」에 근거하여 모든 근로자는 기본임금의 1%를 사회보장비로 공제함.
- 또한 1966년 김일성의 '사회주의 의학은 예방의학이다'라는 지시에 따라 위생 선전사업 및 교양사업을 강화하고, 위생문화적인 생활환경 및 노동조건 조성보호, 그리고 전염병 예방을 위한 방역대책 수립과 의사담당구역제 등을 실시함.
 - 의사담당구역제는 전 주민이 평생 동안 호담당의사로부터 일차적인 건강관리를 받을 수 있도록 하는 제도임. 전국의 호담당의사 수는 총 44,710명으로 알려져 있으며(WHO, 2006), 이들은 시·군 병원 또는 구역병원, 리단위 인민병원 및 진료소 의사로서 오전에 주로 내원환자를 진료하고 오후에는 개별 가가와 보육원 등의 지역내 시설을 방문하여 위생선전·위생개조·소독·예방접종 등을 실시함.
 - 호담당의사 1인당 평균 130~140가구를 담당하며, 직장담당제를 통해 근로 여성의 자녀(탁아소, 유치원, 학생)를 대상으로 건강관리와 상담을 실시함.
- 한편 「인민보건법」 제4장 및 제5장에는 각 '주체적인 의학과학기술'의 발전과 '인민 보건사업에 대한 물질적 보장'을 위해 의약품과 의료기구의 계획적 생산 보장과 고려약 생산을 위한 약초자원 보호증식을 위한 재배와 채취에 대해 명시되어 있음.
 - 「사회주의헌법」에 민족의 치료방법인 고려치료방법을 발전시키고, 고려 의료를 늘리고 현대 의학적 진단에 기초한 고려치료방법을 받아들이도록 한다고 명시하고 있음.
 - 북한은 고려의학(1993년 동(東)의학을 개칭)을 주체적인 민족의학이라고 하여 고려의학의 육성 및 발전을 위해 전국 각지에 고려병원 및 고려약국을 설치 운영하고 있을 뿐만 아니라 의학대학과 약학대학에 '고려의학부'와 '고려약제약과'를 두어 약초재배사업과 야생약초 채취 및 보호증식사업을 전 군중적으로 전개하여 한약 생산증대를 도모하고 있음.

- 이상과 같이 관련 법률에서는 이상적인 무상치료제 등의 체계를 표방하고 있으나 조총련계 관계자와 북한이탈주민의 증언에 의하면 현재는 물론, 1960년대 체계수립 당시에도 양적으로는 자원이 정비 또는 구비되었지만 무상치료제가 표방하는 역할이나 기능은 제대로 수행되지 못했던 것으로 보임.
- 1997년 12월 제정된 조선민주주의인민공화국 「의료법」은 「인민보건법」을 근간으로 한 의료제도와 질서를 유지하고 발전시키기 위한 법령으로 의료검진과 진단, 환자치료, 의료감정, 의료사업에 대한 지도통제 등으로 구성되어 있음.
 - 동 법령 제정시기는 국제사회에 폐쇄되었던 북한사회가 경제난과 식량난 등 전반적인으로 악화된 모습으로 국제사회에 알려지면서 「전염병예방법(1997년)», 「공중위생법(1998년)」 등의 법령들을 새로 제정하거나 개정하여 김정일 국방위원장의 위상제고를 위한 안정적 제도 구비와 건강권 보장이라는 책임을 강조하고 북한인민에게 홍보하며, 아울러 이를 통해 체제의 우월성을 외부세계에 알리기 위한 목적으로도 제정한 것으로 볼 수 있음
- 「식품위생법」은 1998년에 제정되고, 최근 2005년에 개정된 법으로, 식료품위생 사업에서 제도와 질서를 엄격히 세워 식료품의 위생성을 보장하고, 인민들의 건강을 보호 증진시키는데 이바지하는 것을 목적으로 하고 있음(이철수, 2006).
 - 「식품위생법」도 1990대 후반 대외적으로 식량지원을 요청하면서 국제사회에 개방됨에 따라 대외홍보용으로 도입한 것으로 이들 식품위생 법령이 북한 사회에 실제 운용되고 있다고 보기는 어려움.

나. 북한 보건의료 조직 및 자원, 서비스 전달체계

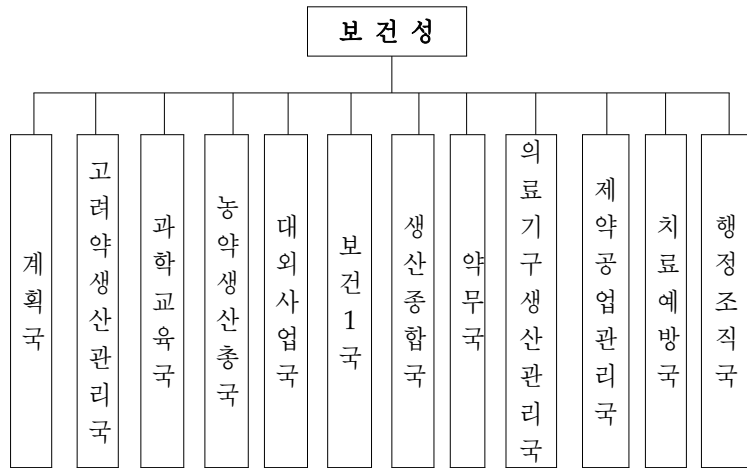
1) 보건성 조직

- 북한 보건의료 관련 정책은 「노동당」 산하의 「과학교육부」에서 계획하고, 국방위원회 하부 조직인 내각 산하의 「보건성」에서 보건정책을 집행하고 관리함.

- 보건의료 중앙행정기구인 「보건성」은 보건상 및 부상을 비롯한 12개 국과 인민보건사업부, 의료기구수리공장 등의 조직체계로 구성되어 있음(그림 II-1).

□ 지방 보건행정조직의 보건의료기관은 상급 인민위원회의 지도와 지방인민위원회 직접적인 지도 및 노동당의 통제를 받음.

[그림 II-1] 북한 보건성 내부조직



□ 도 및 직할시 보건국은 당과 중앙정부의 보건정책을 지방 실정에 적합하게 구체화하고, 하부 행정조직 내 보건과와 직속기관의 활동을 지도·감독하며, 도(직할시) 위생방역소를 이용하여 위생 및 방역사업을 지도 실시함.

□ 시(구역)·군지역의 '보건과'는 산하보건기관들의 사업계획 및 방법을 지도함.

□ 전염병 관리를 위해 중앙 위생방역소, 직할시·도 위생방역소(12개소), 시·군·구 위생방역소(200여개소)를 운영하고 있으며 「국가위생검열원」이 중앙 및 지방

에 설치되어 있음. 2003년에는 중국에서 발생된 사스(SARS)에 대비하기 위해 '국가비상방역위원회'를 설치함.

- 위생방역기관에서는 예방의학적 방침을 관철하기 위한 기본대책으로 1956년 8월 이후 '위생문화사업을 전대중적 운동으로 전개할 것'이라는 결정을 채택하여 위생교육 및 검열, 방역, 위생개조 및 환경공해 방지 등의 사업을 추진하고 있음.

2) 보건의료시설 및 의료서비스 전달체계

□ 북한은 질병 치료절차가 행정구역 단위로 체계화되어 있으며 [그림 II-2]에서 제시한 바와 같이 4단계에 걸친 이송·의뢰체계로 이루어져 있음. 리·동 진료소에서부터 평양의학대학 병원 등에 이르기까지의 1~4차로 이어지는 의료서비스 전달체계가 마련되어 있음.

- 피상적으로는 리 단위에 1차진료기관인 1,118개 병원과 5,895개의 리·동 진료소가 존재하고 있는 것으로 알려지고 있음.
- 2차 진료기관인 시·군·구역 인민병원은 약 200개소, 3차진료기관인 시·도 중앙병원은 12개소 등으로 피상적으로는 총 563개에 이르는 종합병원, 특수병원 등이 설치되어 있음. 특수병원은 도·직할시·군지역에 각각 결핵병원, 정신병원, 간염병원 등이 있으며, 주요 군 단위에 결핵요양소가 설치되어 있음.

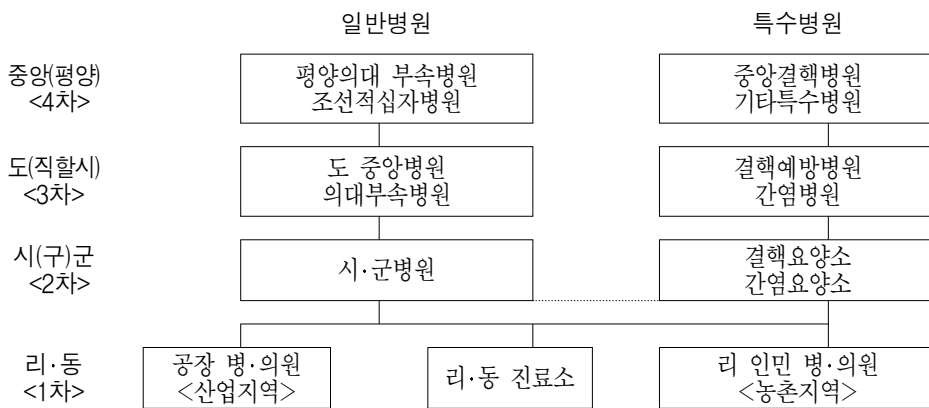
□ 환자는 1차 진료기관에서 일차적으로 진료를 받고 치료가 어려운 환자는 후송의뢰서를 발급받아 2차 진료기관인 시·군·구역 인민병원으로 후송되어 진료를 받도록 되어 있음.

- 2차 진료기관에서 1개월 이내 완치되지 않으면 3차 진료기관인 '도단위 인민병원'으로 후송되어 또 다시 3개월 이내 치료가 안 되면 완치될 때까지 4차 진료기관인 평양의학대학병원이나 국가전문의료기관에서 치료를 받을 수 있음.
- 대부분의 경우 3차 진료기관에서 치료가 종결되기 때문에 평양의학대학병원이나 전문의료기관은 3차 진료기관에서 후송된 환자보다 평양 거주자, 당 간부 등

을 대상으로 진료를 행한다고 새터민은 전함.

- 이와 같이 진료 또는 치료는 순차적인 단계를 거치도록 되어 있으나 위급한 급성질환자일 경우에는 체류지역에 있는 병원에서 치료를 받거나 초급 진료기관을 거치지 않는다고 함. 또한 치료 및 검사결과에 따라 상급 진료기관에서 의사의 지시서와 함께 하급 진료기관으로 회송되기도 함.
- 시·군 단위로 이송된 환자 중 결핵 또는 간염 환자는 검진 후 결핵요양소 또는 간염요양소로 이송되며, 수술을 받아야 할 환자나 고도의 기술 및 장비를 이용하여 확진을 받아야 할 환자는 도단위 결핵예방병원 또는 간염병원, 중앙병원 등으로 이송됨(그림 II-2).

[그림 II-2] 북한의 의료서비스 전달체계도



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

- 한편, 전문분야 병원으로 평양산원, 평양시립고려병원, 평양중앙결핵병원, 구강예방병원 등이 있으며, 예방접종 등을 관리하는 위생방역소가 중앙 및 지방에 설치되어 있음.
- 평양산원은 여성 건강관리 전문병원으로 1980년 개설하여 임산부 및 신생아

종합건강관리센터 기능을 수행하고 있음. 연건축 면적이 6만㎡의 13층 건물로서, 병상은 산과 540개, 부인과 460개, 소아과 500개 등 총 1,500개의 병상이 설치되어 있음. 연 15,000건의 분만과 1일 200~300명의 진료가 이루어지며, 초산은 무조건 평양산원에서 분만하게 되고, 3태아 이상으로 진단된 임부는 무조건 입원하여 관리한다고 함.

- 1984년 준공된 구강예방병원은 4층 건물 구조이며 렌트겐실을 비롯한 실험실, 보철실, 치료실 등 16개로 구분된 '과'와 '실'로 구성되어 있음.

□ 외국인 전용병원으로는 평양에 평양친선병원, 김만유병원 등이 있음.

□ 이상과 같이 지역단위로 구비되어 있는 병원과 특수병원 및 전문병원에서 가동되고 있는 북한 전체 병상수는 인구 1만명 당 136병상(WHO, 2003)으로 발표되고 있으나 대부분의 병상이 제 기능을 상실한 상태로 평가됨.

- 의약품 부족과 전력부족으로 인한 기초설비 및 난방미흡 등 입원환경의 부실로 대부분의 기능이 상실되어 치료약은 환자가 개별적으로 구입하여야 되고 입원환자에게는 식사가 제공되지 못하고 있는 실정임.

□ 북한은 무상치료를 근간으로 전술한 바와 같은 국영의료전달체계가 구축되어 있지만 새터민의 증언에 의하면 의약품의 절대량이 부족하기 때문에 의료서비스 전달체계의 적용에 불평등이 존재한다고 함.

- 사회 기반시설 부족으로 거의 모든 병원은 전기 공급시간이 하루에 몇 시간에 불과하며 용수가 제대로 공급되는 병원도 거의 없는 것으로 지적함.

□ 제약공장의 경우, 1995년 이후 의약품 생산이 60% 이상 격감되어 현재 의약품 공급의 80%를 고려의약품이 차지하고 있음.

- 1990년대 이전의 한약에 대한 의존도는 30% 수준이었으나 현재는 80% 이상 의존하고 있음.
- 이에 따라 북한 당국의 지시로 각 병원에서는 약초밭을 조성하여 필요한 약재

를 공급하고 있음. 병원의 의사를 비롯한 의료인력들은 봄, 가을, 연 2회 약초 재배와 채취에 참여하여 병원 자체에서 20~30종의 약을 자체 생산, 활용하고 있으나 이러한 상황도 일부 병원에 국한되어 있음.

- 현재는 평양 소재 제약연구소 겸 의약품 생산공장(정성제약 및 대동강제약공장 등)을 국내 민간단체가 시설을 개보수하고 우리 정부가 원료의약품을 지원하여 2007년부터 수액약품, 알약품을 비롯하여 링거액 등이 생산되고 있음.
 - 그러나 전력공급 부족과 원료의약품 부족 등으로 의약품 생산 가동률은 30% 수준임. 이로 인해 의약품을 구입하고자 대부분의 환자들은 의사한테 뇌물을 주거나 의사가 처방한 약을 '장마당'에서 직접 사와서 치료받으며, 일부 의사들은 돈을 벌기 위해 의약품을 빼돌리는 일이 허다하다고 알려져 있음.

3) 보건의료인력

- 북한의 '보건의료인력에 대한 법령'에서는 각 인력별로 양성 및 자격, 역할 등에 대해 구체적으로 규정하고 있음(조선민주주의인민공화국 법전, 2004).
 - 남한과 다른 점은 '펠셀(조 의사¹⁾)'이라는 소련의 'Feldsher'의 번역어에서 비롯된 의사의 하급인력이 양성되어 진료를 담당함. 이 인력은 부족한 의사인력의 부족을 해결하기 위한 방안으로 양성된 인력으로 판단됨. 또한 중등약학전문학교를 졸업한 조제인력인 조제사 인력이 양성되고 있음.
- 의학대학 수는 총 11개이며, 평양시 및 개성시, 그리고 각 도에 1개씩 소재하고 있음.
 - 의사인력은 의사 및 조의사, 고려의사, 위생의사 등으로 다양하며, 총 의사수는 인구 10만 명당 297명임(WHO, 2003년).
 - 의사, 고려의사 및 위생의사는 6년 교육과정이며 고려의사 및 위생의사의 경우

1) 의사에 준한 인력으로 간주하여 '준의사'라고 지칭하나 법률적 명칭은 '조의사'임.

의학대학내 고려학부, 위생학부가 설치되어 양성되고 있음. 조의사는 시·도 의학전문학교의 3년제 과정으로 양성되고 있음(초기에는 조의사 자격취득을 원하는 자에게 각 도 및 평양특별시 인민위원회에서 설립, 경영한 1년 기간의 ‘야간의학강습소’에서도 양성함).

- 또한 의사자격 취득을 위한 별도과정이 있는데, 5년 이상 실무경력이 있는 조의사 또는 간호원이 특설학부 또는 통신학부 교육과정을 이수하게 되면 의사 자격을 취득할 수 있음.

□ 구강의사 및 약제사 수는 인구 10만명당 공히 60명(WHO, 2003년)으로 각 14,100여명이며, 간호원은 인구 10만명당 358명으로 90,367명, 조산사 6,743명이라고 발표함(WHO, 2007).

□ 이와 같이 양적으로는 충분한 인력이 양성되어 있지만 1990년대 중반 이후 북한은 의료시설 및 임상실험실의 붕괴 등으로 의학교육 기반이 열악하여 양질의 의료인력 양성이 어려운 상태임.

- 10여년 이상의 장기간의 열악한 의료시설 및 실험실 여건과 의료정보에 대한 고립으로 의료기술 및 지식은 심각하게 저하된 상태임.

□ 이 외 보육원, 똬트겐 기사 등의 인력이 양성되고 있으며 인력별 양성과정을 요약하면 <표Ⅱ-1>과 같음.

<표 II-1> 북한의 보건의료인력 양성 및 교육과정

구 분		교 육 과 정
의 사	의 사	전국 11개 의과대학 의학부(연 2,170여명) ¹⁾ , 6년(기초과 2년, 임상과 4년) 교육과정, ※ 특설학부 및 통신학부(야간) 운영: 5년 이상 근무한 준의사 또는 간호사를 대상으로 한 교육과정 이수자에게 의사 자격 부여
	조 의사	중등 의사전문학교(시·도 의학전문학교), 3년제
고려 의사		의학대학의 6년제 고려 의학부
위생 의사		의학대학 위생학부
구강 의사		평양 의학대학내 6년 과정의 구강학과 1개
약제사	약제사	의학대학(평양, 함흥) 약학부, 5년 교육과정
	고려 약제사	함흥 및 사리원의 고려 의학대학
간호원	간호원	시·도의 3년제 보건간부학교 간호과
	간호보조원	1년제 간호학교 및 간호원 양성소
조산원		시·도 2년제 보건간부학교 조산과
조제원		시·도 2년제 보건간부학교 조제과
보육원		시·군별 3개월 과정의 보육원 양성소

주: 1) 의학대학소재지는 평양·함흥·청진·해주·신의주·강계·원산·사리원·평성·혜산·개성 등임.

- 2002년 7월 시행된 '7·1 경제관리개선조치'에서는 사회보험제 등 사회적 시책들을 강화, 발전시킬 것을 강조하였음.
- '7·1 경제관리 개선조치'의 부진으로 근로자들은 임금도 제대로 받지 못하고 있는 실정이며 더구나 사회보장 혜택은 사실상 유명무실한 것으로 알려지고 있음.
- 중앙당 간부, 군 장성급 등을 제외한 기타 근로자들은 대부분의 경우 남자 60세, 여자 55세가 정년이지만 퇴직금과 같은 노후보장제도는 마련되어 있지 않음.

2. 출산 및 어린이 건강정책

1) 출산정책

- 조선민주주의 인민공화국 「가족법」에 의하면 결혼은 남자 18세, 여성 17세 부터 할 수 있음.
 - 결혼은 신분등록기관에 등록을 하여야 법적으로 인정되며 결혼등록을 하지 않고 부부생활을 할 수 없음.

- 2004년 일부조사에 의하면 북한 주민의 결혼연령은 남성 평균 27.3세, 여성 24.4세이며 평균 자녀수는 1.91명으로 조사됨.
 - 1996년 발간된 북한의 '인구학 개론' 책자에 '우리나라 출생률이 지난 달보다 훨씬 낮아졌는데, 이는 청년들이 결혼을 늦게 하기 때문인 것 같다(김일성 저작집, 35권)'고 판단하고 있음.

- 북한 당국은 합계출산율이 2002년 2.0 이라고 제시하고 있음.

- 북한은 1970년대 후반부터 출산억제정책을 시행하여 1983년에는 낙태 수술을 공식적으로 허용하였음. 1990년대 중기 이후 식량위기로 파생된 영아사망률 증가와 출산율 저하 등으로 인하여 북한 당국은 그 동안 유지해 오던 출산 억제정책을 변경하여 1996년에는 산아제한 규정을 변경하여 낙태를 금지하고 출산을 장려하고 있음.

- 1998년에는 37년 만에 '제2차 전국 어머니대회'를 개최하여 다산운동을 독려했으며, 강성대국 건설에서 여성들의 적극적 참여와 출산을 장려하기도 하였음. 다자녀 출산여성에 대한 '모성영웅'이라는 칭호를 부여하는 제도 등과 정책적 인센티브제를 도입함.

- 현재 북한은 한 번에 여러 어린이를 낳아 키우는 여성과 그 어린이들에게 특별한 대우를 하며 다산(多産)한 여성에게 특별보조금을 지급하고 식량과 주택을 우선 배정하며 충분한 휴가를 주는 등 적극적으로 출산을 권장하고 있음. 구체적으로 다산 여성에 대한 혜택은 다음과 같음.
 - 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 등

- 북한 '보건성'은 1997년 유엔인구기금(UNFPA)의 지원에 의해 실시된 3개 도단위 지역조사에서 피임률이 67%로 파악됨.
 - 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%, 정관절제수술은 0.1%인 것으로 나타남. 콘돔은 생식보건서비스의 일환으로 무료 보급되고 있으나 이용률이 낮아 피임은 전적으로 여성에 의해 이루어지고 있는 것으로 추측됨.

- 북한에서는 다산정책으로 인해 피임에 대한 정보를 접할 수 있는 기회가 거의 없고, 피임도구가 지역사회 리 단위에서 쉽게 접할 수 있는 서비스가 아닌 것으로 파악됨(WHO, 2003). 최근 유엔인구기금(UNFPA)은 임신의 2.3%가 인공유산으로 종결된 것으로 파악되었다고 보고한 바 있음(WHO, 2003).

- 북한은 대부분의 국가들처럼 산전·산후 휴가제도를 법제화하고 있으며 노동권과 함께 휴식권리를 법률로 보장하고 있음.
 - '어린이 보육교양법 세칙'을 제정하여 1993년부터 임신부에게 산전·산후 유급 휴가를 77일(산전 35일, 산후 42일)에서 150일(산전 60일, 산후 90일)로 연장하

여 산전산후 휴가기간의 노임과 식량은 국가와 사회협동단체가 부담함. 산전 산후휴가의 연장은 생후 2개월 신생아를 탁아소에 맡긴 결과, 발병률이 높고 그로 인한 모성의 병결률(病缺率)이 증가하여 다소나마 이 문제를 감소시키고자 시행한 것임.

- 어린이들을 가진 어머니들에게는 노동시간에 젓먹이는 시간을 보장함.

2) 어린이 건강정책

- 북한은 「어린이 보양교육법」을 통해 아동보육정책의 기본방향을 명시하고 있음.
 - 동 법 제12조에 국가와 사회협동단체들은 '제일 좋은 것을 어린이들에게'라는 원칙에 따라 어린이 보육교양사업에 필요한 모든 것을 책임지고 보장함.
 - 동 법 제28조에 국가기관과 보육교양기관들은 어린이들의 건강과 발육상태를 종합분석하고 해당한 대책을 세우며 어린이보육교양사업을 과학화하고 끊임없이 발전시킴.

- 이와 같이 북한은 관련 법률에 다양한 보건의료 및 복지시책을 마련하여 명목상으로는 복지국가를 구현하고 있는 것처럼 보이나 현실적으로는 규정과는 달리 제대로 이행되지 못하고 있는 실정임.

Ⅲ. 북한주민의 건강 및 영양수준

- 북한주민의 건강상태 및 영양상태에 대한 자료는 북한에서 공식적으로 공표한 자료들의 신뢰성과 정확성을 확인할 방법이 없는 가운데, 북한당국에서 발간·공표한 자료, 국제기구에서 조사한 일부지역자료, 「미국중앙정보국(CIA)」 등에서 입수한 자료, 그리고 북한이탈주민의 증언에 의존하고 있음. 따라서 발표기관과 조사기관, 조사지역 및 조사방법에 따라 각기 다르게 발표되고 있기 때문에 자료의 해석에 유의하여야 함. 그럼에도 불구하고 이들 자료들은 북한주민의 건강과 관련된 전반적인 추이를 파악하고 지역별 상태를 이해하는 데 유일한 자료원이 되고 있음.
 - 즉, 북한의 조선중앙년감편집위원회, 조선중앙통신사에서 발간된 ‘조선중앙연감’, 조선노동당 역사연구소 또는 조선노동당 출판사 등에서 발간된 ‘김일성저작집’, ‘주체의학’ 등의 자료와 노동신문 등을 인용하거나 활용하고 있음.
 - 또한 북한을 방문했던 국제기구 전문가와 북한을 이탈한 새터민의 면담을 통하여 북한주민의 건강수준을 간접적으로 확인하고 있음.

- 한편, 「세계보건기구(WHO)」, 「유엔인구기금(UNFPA)」, 「유엔아동기금(UNICEF)」 등의 유엔 산하 대북지원기구에서는 1998년부터 북한 보건성과 공동작업을 실시하거나 일부조사를 통하여 북한주민의 건강수준과 영양상태를 정기적, 지속적으로 발표하고 있음.
 - 이러한 배경에는 유엔이 대북 지원의 투명성 및 지속성을 유지하기 위해 사정에 의한 요구(assessed needs)에 근거하여 공동으로 ‘인도지원활동계획(CHAP; Common Humanitarian Action Plan)’을 작성해야 한다는 원칙을 상정하였고,

북한당국이 이러한 취지를 수용함에 따라 북한 영유아 및 모성을 대상으로 한 조사가 1998년부터 이루어짐.

- 구체적으로는 세계식량기구(WFP), 유엔아동기금(UNICEF), 유럽연합(EU) 등이 1998년부터 북한 전역의 인도적 지원지역을 중심으로 매 2년마다 북한 영유아 및 모성에 대한 영양조사를 실시, 발표하고 있음. 2000년과 2006년에는 북한의 비협조로 북한 당국 단독으로 일부 건강조사가 이루어짐에 따라 국제기구에서는 세 차례(1998년, 2002년, 2004년)에 걸쳐 모성 및 영유아 영양상태에 대한 조사(Multiple Indicator Cluster Survey: MICS)가 이루어졌음. 2006년도 조사의 경우는 국제기구에서 제시한 조사 틀을 적용하여 북한 당국이 자체적으로 조사한 후 국제기구에 보고함으로써 주민의 건강 수준을 파악할 수 있게 됨.

- 따라서 국제기구에서 발표한 북한주민의 건강수준이나 질병이환 실태를 통해 지역적 차이와 건강 추이 등을 파악할 수 있어 향후 통일세대의 남북 통합적 시각에서 북한주민의 건강 향상을 위한 대북 보건의료 개발 및 복구를 위한 전략을 마련하는 데 기본적인 정보를 제공해 주고 있음.

1. 북한주민의 건강수준

가. 평균수명

- 북한의 총인구는 1996년 22,114천명, 2000년 23,760천명이며, 1999~2002년에는 23,149명, 2006년에는 23,756천명임. 이 중 5세 미만 아동수는 약 2,000천명이고 15세 이하 아동인구수는 5,820천명(24.5%)임. 연간 출생아수는 2003년 392천명으로 보도됨(UNICEF, 2003, WHO, 2003; WHO, 2007).
- 이러한 수치로 보아서는 국제적으로 밝혀진 1990년 중반 이후 대 기근으로 인한 수백만의 아사자로 인한 인구감소의 근거가 뚜렷하게 나타나고 있지는 않음.

- 평균수명은 2001년 4월 5일 '보건질' 보도자료에 의하면 74.5세이며, 유엔에 제출한 인권보고서를 통해서도 평균수명이 74.5세라고 밝혔음. 그러나 6년 전인 1995년에도 평균수명을 74.5세로 밝힌 바 있어, 자료의 신뢰성에 대한 의문이 제기되는 부분임. 1996년 발간된 북한의 '인구학 개론' 책자에도 평균수명은 74.5세로 제시되어 있으며 '세계적으로 가장 높은 수준의 대열에 들어섰다'고 기록되어 있음.
- 그러나 식량난과 경제난이 심각했던 1999년에서 2002년 기간 중의 평균수명을 북한당국은 67.1세로 7.4년 낮게 발표하였는데(WHO, 2003), 이 수준은 남한의 1983년도²⁾에 해당되는 시기임.
 - UNICEF는 2002년 북한주민의 평균수명을 남성 64.7세, 여성 72.6세로 제시함. 2007년 UNFPA·PPFK는 「2007 세계인구현황」에서 남성 61.4세, 여성 67.3세로 제시하여 2002년보다 더 낮게 제시하고 있음.
 - 이렇듯 점차 낮아지고 있는 북한의 최근의 평균수명을 남한(남성 74.4세, 여성 81.8세)과 비교할 때 각각 13년 정도 낮은 실정임(표 III-1).
- 한편, 2000년 6월 「세계보건기구」는 인간의 수명을 '기간'이 아니라 '건강'으로 평가되어야 한다는 관점에서 21세기적인 새로운 '삶의 건강' 지표로 세계 각국의 건강수명(HALE : healthy life expectancy)을 산정함. 이에 따르면, 북한주민의 건강수명은 52.3세로 세계 191개국 중 137위를 기록하였고 남한은 65세로 51위이었음³⁾(표 III-1).
- 북한의 건강수명으로 미루어 볼 때, 50세 이후의 북한주민에게 노동생산성을 기대하기란 참으로 어려울 뿐 아니라 각종 질환이나 장애로 인하여 오히려 의료비 부담 등 각종 사회 취약계층으로 전락하여 국가부담을 가중시키는 계층이 될 가능성이 높음을 단적으로 보여주고 있음.

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

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

<표 III-1> 북한의 평균수명 및 건강수명

구분	1993	1995	1996년	1999~2002년	2007
평균수명(년)	73.2 ⁴⁾	74.5 ³⁾	70.1 ¹⁾	67.1 ¹⁾ 66.8 ⁴⁾	남 61.4 여 67.3 ⁵⁾
건강수명(년)	-	-	-	52.3 ³⁾	

자료: 1) WHO, WHO Country Cooperation Strategy 2004-2008, 2003.

2) UNFPA, World Population Prospects, The 2004 revision, 2005

3) Central Bureau of Statistics DPRK, DPRK, 2001

4) UNICEF·Central Bureau of Statistics DPRK, 2001

5) UNFPA·PPFK, 2007 세계인구현황, 2007

나. 모성 및 영유아 건강과 사망 수준

□ 모성 및 영유아 사망은 국가의 보건수준을 대표하는 지표임.

- 북한의 15~49세 가임기 여성은 약 580만명으로 여성의 53%이며, 연간 임부수는 39만명 수준으로 추정됨(WHO, 2007).

□ 북한은 보건의료체계가 붕괴되고 전력사정의 악화로 난방이나 급식 등 병원환경이 열악해지면서 양질의 의료서비스를 받기 어려운 상황이어서 가정에서 분만하는 경우가 증가되고 있음.

- 더욱 중요한 문제는 후송할 수 있는 교통수단이 제한되어 있고, 출산전 후 수술이나 수혈이 필요한 합병증을 제대로 관리할 수 있는 의료시설이 미흡하여 치료 가능한 증상이나 질환임에도 불구하고 사망이 초래되고 있음.

□ 모성사망비(maternal mortality ratio)는 2002년 이후 출생 10만명당 103명(WHO, 2003), 67명(UNFPA, 2004)으로 발표되다가 2007년에는 110명(UNICEF, 2007)으로 발표되어 국제기구(또는 조사지역)에 따라 격차가 크게 나타나고 있음.

- 남한의 출생 10만명당 13명(한영자, 2005)의 모성사망수준에 비해 월등히 높음.

- 2004년 일부 지역의 조사에 의하면 임부의 98.6%가 산전진찰을 위해 병원을 방문한 적이 있으며 5회 이상 진찰을 받은 경우는 73.6%이었음(UNFPA, 2004). 이에 따라 표면적으로는 의료서비스를 받고 있는 것으로 보여지나 소변 및 혈액검사 등 산전검진은 실질적으로 거의 이루어지고 있지 않은 것으로 파악됨.
- 출산은 98.2%가 의사, 조산원 등 의료인(대부분 조산원)에 의한 분만이 이루어지고 있다고 응답하였으며(UNICEF, 2004), 제왕절개 분만율은 12% 수준이라고 2003년 방문한 평양산원 의료진은 전함.
- 영아사망률은 「세계보건기구」에서는 출생 1천 명당 2002년 23.5명(WHO, 2003)에서 2007년 20.2명(WHO, 2007)으로 점차 감소한 것으로 보고함. 반면 UNFPA는 2004년 출생 1천 명당 45명으로 다소 높은 수준으로 제시함.
- 5세 미만의 유아사망률은 2002년에는 유아 1천명당 48.8명이었으나(WHO,2003) 2007년 40.87명(WHO, 2007)으로 제시하여 다소 감소한 것으로 평가할 수 있음.
 - 5세미만 영유아의 주요 사망원인은 세계보건기구가 2000년 신생아기 원인에 의한 사망이 41.8%, 설사 18.9%, 폐렴 15.2%, 그리고 말라리아와 HIV/AIDS로 인한 원인이 각각 0.7%로 추정함(WHO, 2006).
 - 영유아기에 두 번째로 높은 사망원인인 설사 등의 수인성 전염병들은 대부분 오염된 식수를 이용하거나, 불결한 화장실, 그리고 불량한 개인위생에서 비롯됨에 따라 열악한 의료환경 뿐 아니라 취약한 공중위생상태로 인해 초래되는 후진국형 사망구조를 가지고 있다고 지적할 수 있음.

<표 III-2> 북한의 모성 및 영유아 사망 추이

(단위: 명)

	1995~1996년	1999~2002년	2006년
모성사망비(출생 10만명당)	105	103 ¹⁾ / 87, 67('04) ³⁾	110
영아사망률(출생 1천명당)	18.6	23.5 ¹⁾ / 21, 45('04) ³⁾	22.6 ⁵⁾ / 20.2 ⁶⁾
5세미만 유아사망률(유아 1천명당)	39.3	48.8 ¹⁾ / 32, 58('04) ³⁾	54 ⁴⁾ / 40.9 ⁶⁾

주: 1998년, 1999-2002년은 Multiple Indicator Cluster Survey 수치임
 자료: 1) WHO, WHO Country Cooperation Strategy 2004-2008, 2003.
 2) UNFPA, World Population Prospects, The 2004 revision, 2005
 3) UNFPA, Report on Reproductive Health, 2002
 4) 2006 WHO Report
 5) 미국중앙정보국(CIA), 2007
 6) WHO, 2007 WHO Report
 7) UNICEF, The State of the World's Children, 2007

- 이와 같이 북한의 영유아 사망은 임부가 빈혈과 만성적인 영양부족 상태에서 출산하게 됨에 따라 저체중아 등 고위험아 출산이 증가되고 이는 곧 영유아 사망으로 이어져 나타난 결과로 풀이됨. 또한 비록 사망에 이르지 않는 않지만 열악한 의료시설이나 의약품 부족으로 인해 주산기 관련 질환이나 감염 등에 대한 합병증 대처가 미흡하고 영양부족까지 겹쳐 정상적인 성장발달에 장애가 초래되는 등 제반 건강상의 문제를 초래하고 있는 것으로 지적할 수 있음.
 - 영유아기의 영양결핍은 면역력 저하로 이어지고 기초의약품 부족으로 조기치료가 어려운 가운데 이로 인해 소화기 및 호흡기 등 또 다른 감염의 원인을 제공하는 악순환을 초래하게 되어 영유아의 생명을 위협하게 되는 것으로 판단됨.
- 2000년 일부지역 조사(MICS)에 의하면 304명의 영유아 중 생후 3개월 이하는 90.7%가 모유만을 먹고 있었고, 생후 6~9개월 영아의 18.4%만이 고형식을 먹이기 시작한 것으로 나타남. 생후 12~15개월 유아 중 86.3%, 생후 20~23개월

유아 중 36.5%는 모유수유를 병행하고 있었음(UNICEF, 2000). 2004년 조사에서는 생후 6개월 미만 영아의 모유수유 비율이 63.1%로 나타남(UNICEF, 2004).

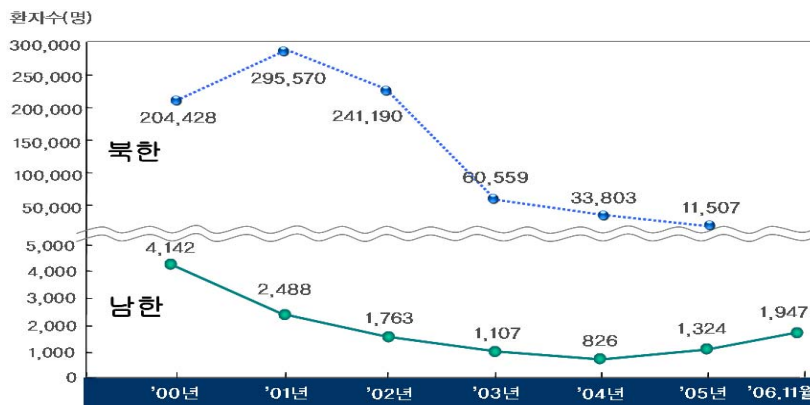
다. 북한의 우선순위 건강문제

- 북한 「보건성」은 2004~2008년의 최우선 보건의료문제를 <표 III-10 >에서 제시한 바와 같이 결핵, 말라리아, HIV/AIDS라고 제시하였음. 「세계보건기구(WHO)」역시 북한의 최우선 과제로 결핵, 말라리아, HIV/AIDS 등의 전염성 질환 예방 및 관리, 감시체계 구축과 임상검사기능 복구 등으로 제시하여 북한 보건당국과 일치된 견해를 보였음.
 - 결핵과 말라리아는 국제기구와 민간단체에서 1990년대 지원초기부터 대대적인 지원을 하여 왔으나 여전히 북한의 최우선 의료문제임(표 III-10).
- 결핵의 사망률은 인구 10만명당 13명으로 후진국 수준이며, 유병율은 인구 10만명당 179명으로 남한의 135명보다 1.3배 높은 수준임(WHO Report, 2007).
 - 북한은 WHO, CIDA(Canadian International Development Agency), GDF(Global Drug Facility) 등의 지원과 국내 민간단체(유진벨)의 지원에 의해 결핵관리사업을 전 국가적으로 전개하고 있음. 앞서 파악한 바와 같이 전국에 결핵요양시설이 설치되어 있을 만큼 결핵 퇴치를 위한 북한 당국의 노력은 매우 큰 것으로 판단됨.
- 말라리아 발생자수는 2003년 6만명에서 지속적으로 감소되고 있으나(2007) WHO는 전력부족상태에서 논경지 관개수로방식으로 볼 때, 주민의 약 40%가 말라리아 감염위험에 여전히 노출되고 있다고 추정하고 있음(WHO, 2003).
 - 2005년 전체 말라리아 발생환자 중 43%는 개성공업지구 인근지역(개성·장평·토산)으로 나타나 남한의 휴전선 인근 중서부지역의 말라리아 발생률 급증추세와 관련이 깊은 것으로 판단됨. 이에 따라 개성공업지구는 말라리아 등 북한지역내 발생되고 있는 전염성 질환의 국내유입 차단을 위한 방역창구로

활용할 필요성이 제기되므로 이 지역에서의 남북한간 보건의료 협력을 모색할 필요성이 대두됨.

- 2007년 12월 현재, 23,600여명의 남북한 근로자(북한 22,800명 정도)가 근무하고 있어 향후 개성공업지구의 개발 확대에 따른 근로자의 건강보호와 의료수요의 증가에 대처할 필요성이 제기됨.

[그림 III-1] 북한 말라리아 환자발생 추이



자료: WHO · 보건복지부 · 질병관리본부, 내부자료, 2007

□ 북한 당국은 HIV/AIDS 환자가 공식적으로 없다고 발표한 바 있으나 북한당국과 WHO가 공히 최우선 보건문제로 제시하였다는 점에서 간접적으로나마 문제의 심각성에 주목할 필요가 있음.

- 최근 사적 경제활동이 활발하여 북한 여성의 왕래가 빈번한 북한 서북부 국경 인접 중국지역에 최근 HIV 감염자수가 급증하고 있고, 5세 미만 사망아동의 0.7%가 HIV/AIDS와 관련된 원인으로 사망한 것으로 발표된 바 있어(WHO, 2007) 노출되지 않은 환자가 있을 가능성을 배제할 수 없음. 따라서 검진체계가 미흡하다는 점에서 음성적 감염전파 가능성은 매우 높음. 이에 따라 진단

및 조기치료와 감시체계 구축을 위한 기술적 지원이 요구됨.

- 또한 경제회생을 저해하고 생명에 치명적인 사스(SARS), 조류독감 등의 신종 전염병 대응을 위한 기술적 지원이 요구됨.

□ 두 번째로 높은 보건의료문제로 북한 당국은 B형간염, 장관계 감염질환, 기생충 질환을 제시함.

- B형 간염은 주사기 등의 생산부족과 소독장비까지 열악하여 북한에 만연된 질환으로 추정됨. 1994년 '김정일 선집'에는 "지금 주사기를 통하여 간염이 전염되는 것이 적지 않다고 합니다. 주사기를 통하여 간염이 전염되는 것을 막자면 주사기를 철저히 멸균소독하고 개별화하여야 합니다. 보건부에서는 빨리 1회용 주사기를 생산하여 전국의 모든 보건기관들에게 쓰게 하기 위한 혁명적인 대책을 세워야 합니다."라고 적혀 있음.
- 대부분 제 3국을 거쳐 국내 입국한 북한이탈주민의 검진결과에서는 B형간염이 활동성의 경우 인구 1만명당 53명이었고 보원자의 비율은 6.53%로 파악된 바 있으나(황나미, 2005) 북한 거주주민에 대한 신뢰할 만한 자료는 없는 상태임.

□ 세 번째로 높은 보건의료문제로 북한 당국은 심혈관질환, 구강질환 및 암 등 비 전염성 질환을, 네 번째로는 금연, 다섯 번째로는 예방접종과 모성 및 영유아 건강문제라고 제시하였음.

- 비전염성 질환의 유병률은 만성폐쇄성 폐질환이 가장 높아 27%, 심혈관질환 17.8%, 암 14.4%, 당뇨병은 7% 순으로 나타남(WHO, 2007).
- 흡연의 경우, 성인의 58%가 심각한 흡연자이어서 세계보건기구도 아홉 번째로 관리하여야 될 문제라고 지적함.

□ 한편, 「세계보건기구」는 예방접종을 두 번째로, 그 다음으로 임상지침이나 합리적인 약품사용을 위한 근거에 입각한 의료, 지역사회 접근을 통한 기초의료 강화 등

이며, 의료인력에 대한 임상기술과 의학교육은 다섯 번째로 높은 분야라고 제시함.
 - 반면, 북한당국은 보건의료체계의 복구에 기반이 되는 의료인력 기술 교육 및 훈련을 14위로 요구도가 매우 낮음.

□ <표 III-3> 에서 2003년 새터민들은 북한주민에게 우선적으로 관리하여야 될 질환으로 결핵, 호흡기계, 소화기계 및 기생충 질환 순으로 제시하여 결핵은 북한의 최우선 관리질환으로 지적할 수 있음.

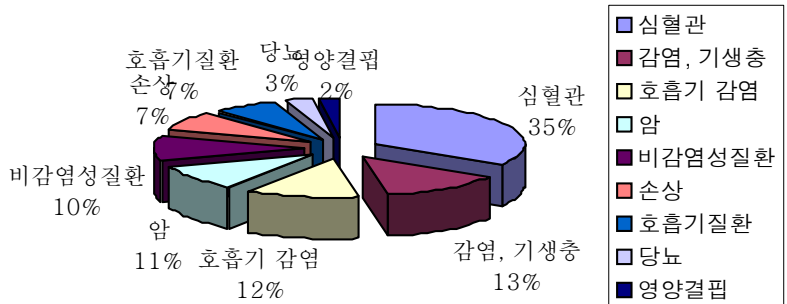
<표 III-3> 북한, 세계보건기구, 새터민의 북한의 우선순위 보건의료 분야

우선순위	북한당국 ¹⁾	세계보건기구 ¹⁾	새터민 ²⁾
1위	결핵, 말라리아, HIV/AIDS	전염성 질환(결핵, 말라리아, HIV/AIDS)의 예방, 관리, 감시체계	결핵
2위	B형간염, 장관계 감염질환, 기생충 질환	예방접종 및 백신	폐렴 등 호흡기질환
3위	비전염성 질환 (심혈관질환, 암, 구강질환)	근거에 입각한 보건정책 및 보건의료 (임상지침, 합리적인 약품사용, 전통의학)	설사 등 장관계질환
4위	금연	지역사회 접근을 통한 기초의료서비스 강화	위장병 등 소화기계
5위	모자보건, 예방접종	의료인력에 대한 임상기술과 의학교육의 현대화	기생충 질환
6위	식품안전	혈액 안전성 확보	
7위	영양	공중보건과 임상역학 기술 및 연구역량 강화	
8위	정신보건	보건의료체계 복구	
9위	혈액 안전성 확보	금연	
10위	보건환경	'보건성'의 다른 기구와의 협력능력제고	
11위	신기술 개발 및 적용		
12위	기초의약품 확보 및 질 보장		
13위	의료시스템 강화		
14위	의료인력 훈련 및 재교육		

자료: 1) WHO, WHO Country Cooperation Strategy 2004-2008: DPRK, 2003.
 2) 황나미 외, 남북 교류협력증진을 위한 기반구축 전략개발, 2003

- 2004년 세계보건기구는 북한주민의 사망원인을 심혈관질환 31.8%, 감염 및 기생충 질환 12.6%, 호흡기 감염 11.4%, 악성 종양 9.9%, 비감염성 질환 9.8%, 손상 6.9%, 호흡기 질환 6.8%, 당뇨 2.8%, 영양결핍 2.0%로 제시함(그림 III-2).

[그림 III-2] 북한 주민의 사망원인 분포(2004)



2. 북한주민의 영양수준

가. 식량 상황

- 북한의 1990년 중반 이후 식량부족이 야기된 요인을 크게 네가지임. 즉, 경제적 배경, 기후의 영향, 연속적인 자연재해와 농업기반의 붕괴로 인한 심각한 식량 생산력의 감소에 기인함.
 - 북한은 지리적, 기후조건으로 항상 식량이 부족하여 식량 부족분을 해외에서 수입하여 충당해야 하는데 1990년대 소련 등 사회주의 국가의 몰락 이후, 소련으로부터의 무상지원이나 교역량이 감소하였고, 미국의 통상금지로 경제사정이 악화되어 식량공급에 어려워짐.
 - 여기에 1995~1997년의 대홍수와 가뭄 등 연속적인 자연재해로 북한의 곡물소출량은 크게 감소하였고, 전력부족과 비료 등 원재료의 수입 곤란으로 식량위기가 본격화됨.

- 북한의 식량부족은 대략적인 수요를 650만톤으로 추정할 때 연평균 생산량이 450만톤으로 나머지 식량을 대외지원으로 충당하는 상황이며, 2007년 대홍수 피해로 식량생산량이 크게 감소(생산량 추정은 기관에 따라 차이를 보이는데 농촌진흥청은 410만톤, FAO 380만톤, WFP는 300만톤이 생산된 것으로 추정하고 있음)하여 심각한 식량난이 재현되고 있는 실정임(권태진, 2007).

□ 또한 사회주의체제의 식품안정성을 보장하는 식량배급제도(국가배급 시스템)에 대한 의존이 아이러니하게도 식량부족을 악화시켰다고 볼 수 있음. 식량의 절대 부족으로 1995년 이후에는 대부분의 지역에서 식량배급이 중단되었고, 개인이 식량을 자체 해결하도록 전환됨.

<표 III-4> 북한주민의 주요 식량급원, 1990년 후반

(단위: 명, %)

연도	정부 배급량	구입	물물교환	초근목피	텃밭경작	기타	계
1994	260 (60.6)	70 (16.3)	16 (3.7)	51 (11.9)	18 (4.2)	14 (3.3)	429
1995	122 (28.4)	99 (23.1)	60 (14.0)	98 (22.8)	29 (6.8)	21 (4.9)	429
1996	42 (9.8)	117 (27.4)	67 (15.7)	148 (34.7)	31 (7.2)	22 (5.2)	427
1997	24 (5.7)	108 (25.8)	54 (12.9)	168 (40.2)	36 (8.6)	28 (6.7)	418

주: 중국의 북한이주민 440명을 대상으로 1998년 이루어진 설문조사 결과임
 자료: Robinson et al, Lancet 1999: 354: 291-95

□ 2000년부터는 외부 지원이 증가하고 곡물생산량이 증가하면서 식량배급이 다소 호전되었지만 절대량이 부족하고 배분이 제대로 이루어지지 않아 시장을 통해 구입하거나 농촌의 친인척을 통해 식량을 조달해야 하게 됨. 2002년 7.1 경제조치 이후 배급제도가 공식적으로 폐기되었다가 2005년 10월에는 배급제도가 일부 재개되었지만, 식량배급 사정은 신분과 소속기관에 따라 큰 차이가 있어 사회구성 계층에 따라 식량확보능력에서 큰 격차를 보이게 되었고, 구매능력이 없는 일부 낮은 계층의 주민은 여전히 식량부족으로 생존의 위협을 받고 있음.

<표 III-5> 북한의 7.1 조치이후 식량 배급제의 변화

	7.1 조치 이전	7.1 조치 직후
식량 배급	<ul style="list-style-type: none"> • 정부보조에 의한 식량배급제 (1kg당 쌀 52전, 잡곡 30전 보조) • 주식 15일 단위로 배급, 부식 수시 구입 • 기타 부식등의 가격 보조 • 일반 근로자에게 주식 배급 • 이중 곡가제로 주·부식에 대한 저가정책 	<ul style="list-style-type: none"> • 시장을 통한 식량거래 허용 • 쌀 가격의 538배 인상 • 옥수수 가격 471배 인상 • 식품류 40~50배 인상

자료: 이철수, 북한사회복지: 반복지의 북한, 2003

□ 북한 식량 배급이나 약품이 차별 공급되는데 북한주민의 우선순위를 보면 다음과 같음(북한인권보고서, 2007).

- 1순위: 당 중앙기관, 각급 당위원회, 평양 중심구역(100만 명, 인구의 4%)
- 2순위: 인민무력부, 인민보안성, 국가안전보위부 등 기타 군사인원 (150만 명, 인구의 6%)
- 3순위: 군수공장, 특급기업소 종업원과 가족(400만 명, 인구의 20%)
- 4순위: 일반 기업소와 교원, 의사, 서비스직 노동자(600만 명, 인구의 30%)
- 기타 : 배급 대상이 아닌 농민 인구(800만 명, 인구의 40%)

나. 영유아의 영양상태

□ 영유아는 북한 식량난의 최대 피해자로 영양실조가 평생에 걸쳐 영향을 미칠 것으로 우려됨.

- 모성의 영양불량은 저체중아 출산으로 연결되어 다음 세대에 영향을 미치며, 성장이 빠르게 일어나는 생애초기의 영유아기 영양부족은 발육의 지연과 함께 사회인지적 능력저하와 정신발달 이상과 지능저하(IQ 10%까지 감소)를 동반하여 신체적·정신적 결함을 가져오며, 청소년기에는 발육지연을 초래하고, 성인기 이후 당뇨병, 심장질환 등 만성질환의 발생을 증가시킬 위험을 높이고 신체적 능력의 감소로 생산성을 저하시킴.

- 어릴 적의 영양부족은 성인기는 물론 다음 세대까지 영향을 초래하게 되어 미래 인구정책에 심각한 위협요소로 밝혀지면서 모성과 영유아 영양지원이 그 중요성이 매우 절실함.
- 1990년대 식량난 이후 심각한 영유아의 영양불량문제가 북한 보건당국과 국제 아동기금(UNICEF), 세계식량계획(WFP)의 1998년, 2002년, 2004년 조사에 의하여 파악됨. 이 영양조사는 국제기구의 식량지원 프로그램에 대한 효과 검증과 영양상태 파악을 목적으로 북한당국과 유니세프(UNICEF), WFP, 유럽연합(EU)가 공동으로 1998년, 2000년, 2002년, 2004년의 4차에 걸쳐 북한 어린이와 임신 가능 여성을 대상으로 전국 규모로 실시함.
- 4회에 걸친 영양조사에서는 설문조사와 신체계측을 통하여 어린이 영양과 건강 상태, 미량영양소 부족, 모성건강, 모유수유, 식품섭취, 예방접종률 등을 포함하는 복합요인조사(Multiple Indicator Cluster Survey: MICS)를 조사함.
 - 조사연도에 따라 조사대상과 항목에 약간의 차이는 있고, 일부 접근이 불가능한 지역이 빠져 있기는 하나 표본추출방법, 기술적인 전문가의 지원 등에서 조사가 체계적으로 이루어져 4개 조사연도의 결과를 비교하여 북한의 아동과 모성의 영양실조의 유병률 변화를 파악하는데 있어 의미 있는 자료를 제공하고 있음.
 - 다만, 이들 조사에서 북한 전체의 대표성을 확보하기 위한 노력이 있었지만 접근이 허용되지 않아 식량지원이 이루어지지 않은 지역이 포함되지 않았다는 제한점이 있음. 이들 접근 불가능지역을 조사지역보다 더욱 영양상태가 더욱 취약할 가능성이 있음.
- 1998년 북한 영양조사자료에서 나타난 영유아 영양상태를 보면 생명의 위협을 받는 영양실조를 보이는 급성영양장애(wasting: $Wt/Ht < -2Z$)가 15.6%에 이르러고, 나이에 비해 체중이 낮은 체중미달(underweight: $Wt/Age < -2Z$)이 60.6%에 이르며, 장기적인 영양부족으로 나이에 비해 키가 작은 발육부진을 보이는 만성

영양장애(stunting: Ht/Age<-2Z)가 62.3%에 달하여 세계보건기구(WHO)의 분류기준으로 볼 때 고위험(very high risk) 영양불량 국가에 속함.

- 2000년 제2차 조사에서는 급성영양장애(waisting: Wt/Ht<-2Z)가 10.4%, 나이에 비해 체중이 낮은 체중미달(underweight: Wt/Age<-2Z)이 27.9%에 이르며, 장기적인 영양부족으로 나이에 비해 키가 작은 발육부진을 보이는 만성영양장애(stunting: Ht/Age<-2Z)가 45.2%에 달하여 1998년에 비해 약간 호전되었으나 심각한 영양장애에 속하는 <-3Z 에 속한 영유아가 급성영양장애(waisting: Wt/Ht <-3Z)가 4.2%, 나이에 비해 체중이 낮은 체중미달(underweight: Wt/Age<-3Z)이 9.9%에 이르며, 장기적인 영양부족으로 나이에 비해 키가 작은 발육부진을 보이는 만성영양장애(stunting: Ht/Age<-2Z)가 22.4%에 이룸(표 III-6).

<표 III-6> 5세 미만 어린이의 영양장애, 2000년 (제2차 MICS)

(단위: %, 명)

		만성영양장애		급성영양장애		저체중		조사대상 아동수
		영양장애 <-2Z	중증영양장애 <-3Z	영양장애 <-2Z	중증영양장애 <-3Z	영양장애 <-2Z	중증영양장애 <-3Z	
계		45.2	22.4	10.4	4.2	27.9	9.9	4,175
성별	남아	45.8	24.2	10.7	4.6	28.2	10.8	2,124
	여아	44.6	20.6	10.1	3.8	27.7	9.0	2,051
월령 (개월)	<6	21.9	12.3	7.8	3.0	7.7	1.6	586
	6-11	31.9	14.6	10.4	3.1	21.5	6.8	652
	12-23	50.2	25.2	11.9	4.5	31.4	11.8	1,075
	24-35	47.5	23.1	9.7	4.0	34.0	12.1	767
	36-47	58.6	27.7	10.2	4.5	32.4	11.7	690
	48-59	60.3	32.1	11.9	6.8	39.0	15.1	405
지역	내륙지방	36.9	16.8	10.5	3.8	24.5	7.6	1,351
	해안지대	41.6	18.3	6.9	3.3	19.3	4.8	759
	평지	51.2	25.8	8.7	3.0	30.1	11.2	1,025
	산악지대	52.8	29.4	14.5	6.5	36.5	15.5	1,040

자료: UNICEF · WFP · Central Bureau of Statistics DPRK, Report on the DPRK 2002 Nutrition Assessment, 2002
에서 재정리

<표 III-7> 연령별 어린이 영양장애 유병률, 1998~2004년

(단위: %)

	만성영양장애(stunting)				급성영양장애(wasting)				저체중(underweight)			
	1998	2000	2002	2004	1998	2000	2002	2004	1998	2000	2002	2004
< 6개월	-	21.9	17.3	19.4	-	7.8	5.3	6.0	-	7.7	-	14.1
6~11개월	14.5	31.9	22.7		17.6	10.4	6.7		21.5			
12~23개월	48.5	50.2	41.6	27.1	30.9	11.9	11.9	8.7	-	31.4	-	20.5
24~35개월	62.2	47.5	45.6	34.7	20.5	9.7	8.4	7.3	-	34.0	-	27.3
36~47개월	75.1	58.6	47.6	46.7	13.4	10.2	7.4	7.5	-	32.4	-	26.3
48~59개월	77.5	60.3	47.5	50.8	8.9	11.9	6.3	6.2	-	39.0	-	26.6
60~84개월	74.8	-	44.2	46.8	7.8	-	5.6	5.3	-	-	-	22.5

주 : 각각 <2Z 이하의 영양장애아동 비율
 자료 : DPRK, UNICEF, WFP, 2004 Nutrition Assessment Report of Survey Results에서 재정리

- 외부로부터의 식량지원에 힘입어 영유아의 영양상태는 1998년에 비하여 점진적으로 개선되어 2004년에는 7세 미만 영유아의 급성영양장애아가 7.0%, 체중미달아가 23.4%, 만성영양장애아가 37.0%로 영양상태가 호전되었지만 여전히 WHO 기준상 영양불량 위험(high) 국가에 속하고 있음(표 III-3). UNICEF는 2002년 결과로 바탕으로 약 백만명의 북한어린이가 만성영양장애이며, 4만명이 급성영양장애, 7만명이 심각한 영양불량에 있다고 추정함.
- 모성영양의 불량으로 인하여 출생아의 영양상태가 나쁘고, 모유수유(식량부족으로 보충식을 적기에 주지 않고 모유를 1년 이상 수유가 지연되는 경우가 많음)와 보충식이 부적절한 것도 영유아 초기의 영양장애를 초래하는 요인으로 작용함. 특히 0~11개월 영아의 영양상태는 임부의 영양상태에 영향을 받으므로 이 시기의 영양실조는 그동안 식량지원에도 모성영양상태가 거의 개선되지 않은데 기인하는 바가 크다고 볼 수 있음.
- 특히 영유아의 키 성장이 지연되는 만성영양장애가 만연되고 있음은 영양결핍이 축적되어 나타난 적응현상으로 장기간의 식량부족이 있었던 사실을 반영하는 것임.

□ 2006년 북한 당국이 자체 조사한 영유아의 영양불량 상태는 2004년 보다 다소 향상되어 급성영양장애 6%, 발육장애 34%, 체중미달 19%로 보고됨(UNICEF, 2007 세미나 발표자료).

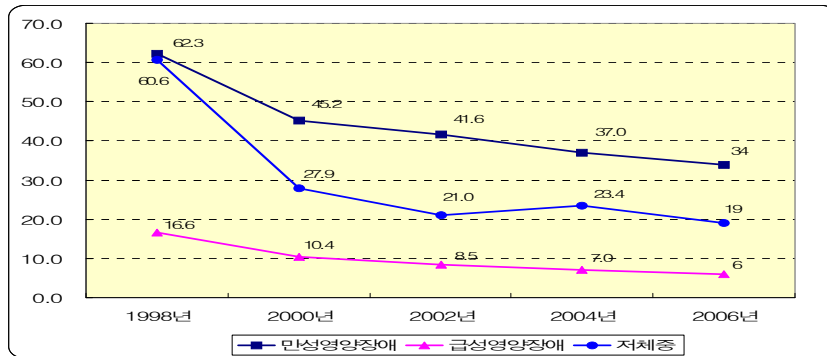
<표 III-8> 북한 영유아의 영양결핍 유병률 추이, 1998~2004

(단위: %)

	1998년 ¹⁾	2000년 ²⁾	2002년 ³⁾	2004년 ⁴⁾	2006년 ⁵⁾
조사대상	3,600가구 생후 6개월~7세미만 영유아 1,887명	3,600가구 생후 6월~6세미만 영유아 4,175명 15~49 여성 3,613명	6,000가구 0~6세 이하 영유아 6,000명	4,800명 0~6세 이하 영유아 4,795명 여성 2,109명	
영양상태(%)					
급성영양장애(wasting)	15.6	10.4	8.5	7.0	6
만성영양장애(stunting)	62.3	45.2	41.6	37.0	34
저체중(underweight)	60.6	27.9	21.0	23.4	19

- 자료: 1) EU · UNICEF · WFP, Nutrition Survey of the DPRK, 1998.
 2) UNICEF · WFP · Central Bureau of Statistics DPRK, 2000 Report of the Second MICS.
 3) UNICEF · WFP · Central Bureau of Statistics DPRK, Report on the DPRK 2002 Nutrition Assessment, 2002
 4) CBS · ICN DPRK, DPRK 2004 Nutrition Assessment Report of Survey Results, 2005
 5) 북한당국의 자체 조사 보고임.

[그림 III-3] 북한 영유아의 영양결핍 유병률 추이, 1998~2006



주: 1998년, 2000년, 2002년, 2004년 자료는 UNICEF와 북한당국의 조사결과
 2006년 자료는 북한 당국자체 조사결과임.

- 장기적인 식량부족으로 북한 영유아의 연령별 유병율은 0세에서 36개월까지 연령증가에 따라 만성영양장애 유병률이 증가하는 양상을 보이며, 급성영양장애 유병률은 만 1세에서 가장 높았음.
- 또한 12개월 미만 영아초기에도 저체중과 키 성장지연이 나타나는 것은 임신부의 영양상태가 나빠서 태내에서의 성장이 불량을 초래한 것으로 볼 수 있음(그림 III-5). 2002년도와 비교하여 2004년도에는 영양불량이 많이 감소했지만, 1990년대 말 식량위기를 겪었던 36개월 이상의 영유아는 2004년도도 키 성장이 여전히 지연되고 있어 1~2세에서 영양결핍으로 키 성장의 기회를 놓친 질병에 취약한 왜소한 세대로 남아 있음. 극심한 식량난을 겪은 이들 세대는 향후에도 건강상 가장 취약한 인구집단으로 대두될 것으로 보여 인구자질 측면에서 장기적으로 영향을 미칠 것으로 보임.
- 북한 지역별로 영유아의 영양상태는 큰 차이를 보임. 도시와 농촌 간에는 큰 차이가 없었으나 함경남도, 함경북도, 양강도 등 북한 동북부 산악지역의 영양상태는 평양시나 황해남도, 평안남도 등에 비하여 매우 열악하고, 만성 및 급성 영양장애 영유아 비율이 매우 높은 것으로 나타남. 식량이용 접근도가 지역에 따라 큰 차이가 있을 것으로 보이며, 조사에서 포함되지 않은 오백지지역 영유아의 영양상태는 더욱 열악할 것으로 추정됨.
- 최근 중국 연변지역 북한이탈 아동 30명을 대상으로 한 영양조사에 의하면 남한 아동에 비하여 7.5~26.7cm 정도 키가 작고, 체중도 1.7~20.4kg 적은 것으로 나타나고 있어 성장급증기의 식량부족이 평생을 두고 회복하기 어려운 비가역적인 성장장애를 초래하였고, 북한 주민의 인구자질을 저해하였음을 제시하고 있음(박종연, 2002).

다. 가임여성의 영양상태

- 북한 여성은 과도한 노동량, 식량부족에 따른 가임기의 영양섭취 부족, 전염성 질환 감염노출로 영양불량에 노출되어 있음. 모성의 영양상태는 모성 자신의 건강은 물론 임신 중 태아의 성장에 영향을 미쳐 저체중아 출산위험을 증가시키며, 출생아의 성장발육에도 영향을 미침.
- 2004년의 북한 영양조사에서 2세미만 자녀를 둔 임신가능 연령기인 가임여성의 32.4%가 영양실조(상완위둘레, MUAC 22.5cm 미만) 상태였으며, 10명 중 2명(21.1%)은 체중이 45kg 미만이었고, 34.7%에서 빈혈증세를 보여 가임여성의 영양불량이 만연해 있는 것으로 나타남(UNICEF, 2004).
- 가임여성의 영양상태는 2002년에 비하여 그 이후 크게 개선되고 않고 있음. 영유아의 만성영양장애와 급성영양장애는 1998년 이후 계속 감소되었으나, 약 1/3에 해당되는 모성이 영양불량상태에 있고 그 양상이 담보상태이거나 악화되고 있음을 보여줌(UNICEF, 2004).
- 산모와 수유부는 만성적인 영양부족에 시달리고 있어 출생아의 체중에도 영향을 미칠 것으로 예상되는데 임신기에 야맹증을 경험한 경우는 5.7%이었음(UNICEF, 2004). 출생 체중 2.5Kg 이하의 저체중아 출생비율은 2002년 6.7%, 2007년 14%로 나타남(WHO, 2003; WHO, 2007).
 - 실제 출생 직후의 영아사망이 누락될 가능성이 높은 점을 고려하면 저체중 출생아비율은 이보다 높은 수준일 것으로 보이며, 2004년 조사에서 24%의 산모가 평균 체중보다 적은 아이를 출생한 것으로 응답하고 있음이 이러한 가능성을 뒷받침함(표 III-9). 그리고 2004년 모성에 대한 북한영양조사에서 임신전 체중이 낮고, 영양상태가 나쁜 산모는 저체중아 출산 위험이 높고, 신생아는 태어날 때부터 영양실조에 걸릴 확률이 높은 것으로 나타났음.

- 지역별로도 모성영양상태는 큰 차이를 보여 함경북도 등 동북부 지역의 모성영양상태는 다른 지역에 비해 더욱 열악한 것으로 보임.

<표 III-9> 북한의 2세 미만 자녀를 둔 여성의 건강상태

여성의 영양상태	2002년	2004년
2세 미만 영유아를 여성의 영양불량 유병율 (상완위둘레, MUAC<22.5cm)	32.0%	32.4%
빈혈 유병율	33.6%	34.7%
저체중아 출생율 (산모의 보고)	6.7%	N.A.
45kg 이하 저체중 여성	16.7%	21.1%
임신 중 야맹증 경험	n.a.	5.7%

자료: UNICEF, Analysis of the situation of children and women in DPRK, 2006

라. 성인의 영양상태

- 성인의 영양상태는 북한이탈자의 조사를 통해 부분적으로 파악되고 있는 정도임. 1999~2003년 사이에 남한에 도착한 20~70세의 새터민 2,384명의 신장과 체중을 측정하여 1997년의 남한 성인의 신장과 체중과 비교한 연구 결과를 보면 6.25 휴전으로 분단됐던 1953년 이전 출생한 50세 이상 남북한 성인의 신장차이는 1cm 내외로 거의 차이가 없었으나, 분단 후 출생한 남북한 성인은 남자와 여자 모두 연령이 낮아질수록 신장의 차이가 커지고 있어 이미 분단 이후인 1990년대의 식량난 이전부터 식량부족으로 인하여 지속적으로 영양상태가 점점 좋지 않았음을 나타내고 있음(Park et al, 2004).
- 새터민에 대한 다른 연구에서는 권장량에 비해 에너지섭취량은 46%, 단백질은 57%의 수준이었으며, 북한에서 속해 있던 사회계층에 따라 큰 차이를 보이며, 상류층을 제외한 중간층 서민이나 낮은 계층 주민들의 식생활은 매우 불량하고, 식품섭취 부족을 메꾸기 위해서 여러 가지 야생 대체식품을 섭취하고 있는 것으로 나타나고 있음(황지윤 등, 2001). 이들 연구자료로 미루어 볼 때 식량난 이전부터 북한의 식량사정과 주민의 영양상태가 좋지 않았을 것으로 볼 수 있음.

- 한편, 북한 청소년의 발육상태도 매우 열악하여 일반적으로 성장이 끝난 연령층을 기준으로 비교할 때 중국인구의 신체상태에 비하여 신장은 10cm, 체중은 10Kg 정도의 차이를 보이고 있는 것으로 알려져 있으며, 2004년 새터민에 대한 「질병관리본부」의 조사자료에서는 성인은 남한에 비하여 북한이주자가 신장은 신장은 8cm, 체중은 8Kg 정도 적은데 비하여 15세 이하 청소년의 신장과 체중이 남한 청소년에 비하여 신장은 16cm, 체중은 16Kg 정도 적은 것으로 보고된 바 있어 왜소할 뿐 아니라 질병에 취약하여 이들이 건강을 회복하는 데에는 장기간이 소요될 것으로 지적할 수 있음.
- 또한 북한 여성의 초경 연령이 남한 여성에 비하여 2~4세 늦다는 조사결과도 제시되고 있어 남한여성에 비해 영양상태가 좋지 않은 것으로 볼 수 있음.
- 이러한 열악한 영양상태는 질병저항력의 약화로 이어져 북한 주민들의 건강수준 약화로 보건의료서비스 요구도를 급격하게 증가시키게 되었으며, 이에 따라 노동생산성 또한 크게 저하되었을 것으로 볼 수 있음.

3. 최근 북한 주민의 건강문제 발생과 대처 실태

- 최근 북한주민에게 발생된 전염성질환에 대한 북한당국의 대책을 살펴보면 <표 III-10>과 같음.
 - 2006년 10월 이후 북한 전역에 산발적으로 성홍열, 홍역, 수인성 질환 등의 전염성질환이 발생되었음. 북한당국은 환자를 격리하고 감염지역의 방문을 제한하거나 학교를 폐쇄하는 등의 전염병 확산을 방지하는 데 주력하였음. 북한당국은 발생질환에 대한 진단능력이 부족하고 진단하여도 관련 의약품이 부족하여 조기 대응 및 적절한 치료를 시행할 수 없었음.
 - 북한당국이 국제사회에 지원을 요청하여 진단에 근거한 홍역백신을 지원,

2007년 3월 홍역 예방접종이 실시되었으나 백신이나 의약품 등의 물적 지원만으로는 방역 인프라의 미흡으로 전염병 확산방지를 위한 대응체계는 매우 취약하였음.

- 의약품 부족으로 인해 '빙두'라는 마약제제가 유통되어 사회적 문제로 대두되었음.
- 2007년에도 북한 전역에 장티푸스, 파라티푸스, 콜레라, 급성설사증 등의 전염성 질환이 발생되어 지역을 폐쇄하거나 물을 끓여 마시라는 교육 이외에는 별다른 대책을 강구하지 못한 것으로 파악됨(북한인권보고서, 2007).

□ 환경위생의 불량으로 인한 개인위생의 불량으로 위생관리가 제대로 안되어 음이 확산된바 있으며 이로 인해 꽃제비들이 음에 걸리고, 적절한 치료가 안되어 염증과 발열을 동반하고 파상균에 의한 감염에 의해 사망하기도 함(좋은벗들, 2006).

<표 III-10> 북한의 전염성 질환 발생 및 대응실태: 2006년

시기	발생 지역	현상	복측 대응
2006년 10월	· 양강도 혜산, 백암, 보천 · 강원도 문천 · 함경북도 길주, 청진 등	· 양강도에서 성홍열 첫 발병 · 초기 15명 사망시 감기와 혼동해 초기 진단 잘못 내림	· 비상방역위원회 조직 → 각 시·도·군 긴급치료 대책수립 지시 · 국가 예비 의약품(페니실린) 긴급 투입 · 감염자, 환자 병원 또는 자택 격리 · 혜산시 격리지대 선포, 일체 여행 및 출장제한, 통행차단 · 지역 학교 폐쇄
2006년 11월	· 함경북도 새별, 회령, 온성, 양 등	· 일부 지역, 주민 3-4명 중 1명꼴로 홍역 감염 · 유아 사망률 증가	· 홍역발병지역 여행 제한 · 위생허가증 검열 한층 강화
2006년 12월	· 평안남도 문덕, 평성, 남포 · 함경북도 김책, 길주, 청진, 회령 · 강원도 문천 · 양강도 김정숙군, 김형직군 등	· 한꺼번에 집단 발병하는 게 아니라 한 사람 나오면 다음 사람 앓는 식으로 계속 전염 · 어린이 환자 사망 증가 · 어린이 환자 구토, 설사, 발열 증상 외 시력 및 청력 감퇴 현상 · 주민들 페니실린 없어 마약의 일종인 얼음(빙두)을 치료제로 사용	· 감염지역 기차표 판매 일시 중단 · 감염에 취약한 꽃제비 우선 격리 · 항생제 부족으로 확인된 입원 환자에게만 투약

<표 III-11> 북한의 전염성 질환 발생 및 대응실태: 2007년 1~7월

시기	지역	현상	복측 대응
2007년 1~3월	황해남도 전역	· '빙두'복용 부작용	· 의료조사단 각 지역 조사 실시
2007년 1~3월	· 평양, 원산, 사리원 등	· 주민들 빙두 복용 만연 · 빙두 복용으로 어린이 눈, 귀 머는 부작용 증가	· 국제사회에 백신 5백만명분 요청 · 3월 15~18일 홍역 예방접종 실시
2007년 1~3월	· 양강도 혜산	· 한센병 환자 수십 명 발견	· 의료방역소도 약이 없어 별다른 대책 강구 못함
	· 원산, 개성 등	· 구제역 발생	
	· 평남 양덕, 신양 등 수해지역	· 이름 모를 각종 전염병 창궐 · 심각한 수질오염 때문으로 추정	
	· 황해남도, 강원도 일부지역	· 장티푸스, 파라티푸스, 콜레라, 유행성 출혈열 발생	
2007년 7월	전국 각 지역	· 급성설사증, 대장염 · 결핵, 간염, 위궤양, 위암 · 일본 뇌염 등	· 물을 끓여 마시라는 선전

자료: 북한인권보고서, 2007

4. 건강취약 계층의 규모와 건강취약지역 인구

□ 이상과 같이 북한의 보건의료 및 환경위생 인프라 부족과 방역체계의 미흡으로 각종 전염병 등 보건의료문제가 발생되면 가장 먼저 생명의 위협을 받는 취약계층은 영유아와 임산부가 될 것임. 건강취약대상별 규모를 파악하면 <표 III-12>와 같이 요약될 수 있음.

- 식량난으로 인한 영양부족, 열악한 보건의료 환경으로 인한 높은 모성 및 영유아 사망률을 감안할 때, 영양장애와 질병의 위험군인 5세 미만 영유아 200만명, 임산부 및 수유부 80만명, 학령기 어린이 390만명이 건강취약계층임.

- 이 외 방치된 고아원 어린이, 장애인, 노인과 결핵환자 등 만성질환자 등이 전염성 질환 발생시 감염 취약대상으로 판단됨.

<표 III-12> 북한의 건강취약 인구규모

집단	대상 수 ¹⁾	분석 내용
5세미만 어린이	200만	· 사망 및 영양장애 고위험군 · 부적절한 성장 및 발육, 저출생체중아, 탁아소나 유치원에서 보호 미비, 시설의 식수 및 위생상태 불량
임산부 및 수유부 (임부 및 1세미만아를 둔 산모)	80만	· 불량한 영양상태, 철분결핍빈혈의 위험도 증가 · 모성사망률 증가, 일 부담 및 스트레스증가 · 모유 수유 능력의 감소, 모자보건서비스 부실
결핵 환자	4.3만 ²⁾	· 건강 및 영양 상태 불량 · 지역사회에 기초한 역학적 예방·관리 프로그램 부실
고아원 어린이	7,500	· 사망률 및 영양장애 고위험군, 시설보호 능력의 감소 · 시설에 들어오지 않고 방치되는 경우
학령기 어린이	390만	· 건강 및 영양 상태 불량, 학습 능력의 저하 · 철분결핍빈혈 위험도 증가
노인	260만	· 영양 및 건강상태 부실, 음식을 구하기 어려움 · 신체적 취약성, 국영상점이나 농민시장에 대한 높은 의존도 · 춘궁기에 식량 사정이 더 어려워짐
기타 (장애인, 만성질환자 등)	66.5만 ³⁾	· 재활서비스 부실, 사회복지 프로그램의 부재

주: 1) 큰물피해대책위원회(FDRC)에서 세계식량계획에 제공한 자료에 기초하여 연구자가 수정 보완

2) 결핵 유병률(WHO, 2007)에 기초

3) KASD의 1998년 조사자료에 기초

자료: 1) UN Consolidated Interoagency Appeal, 2002, DPRK, 2002

2) WHO Report, 2007

□ 한편, 앞서 지역별 건강 및 영양상태의 심각한 격차와 전염성 질환의 발생지역을 고려할 때, 인도적 지원에 대한 수혜가능성(지리적 접근성), 농경지 보유상태, 북한당국의 식량배급 우선순위, 식수 및 위생 불량상태 등을 감안하여 유엔인도지원국이 건강취약지역으로 분류한 인구규모를 살펴보면 <표 III-13>과 같음.

- 취약지역은 동북부 산간지역으로 지리적 접근성이 낮은 상태에 있으며 이러한 조건에서 농경지마저 부족하여 식량생산이 낮고 생활 인프라가 낙후되어 함경

남북도를 중심으로 한 720만 여명의 인구가 식량 및 의료의 사각지대에 놓여 있음.

- 원산 및 청진 등의 동부 연안 공단지역의 10여만 명은 안전하지 못한 식수로 인해 수인성 질환 등의 전염성 질환 감염 위험에 노출되어 있음.
- 농경지가 없으면서 대도시가 아니어서 식량에 대한 접근성이 낮은 중소도시 지역주민이 건강취약계층으로 지적함.

<표 III-13> 지역별 취약인구 및 그 규모

집단	대상 수	특성
동북부	720만	<ul style="list-style-type: none"> · 지리적 접근성(산간지방), 극한 기후 저하, 농경지 부족, · 도시인구 많음, 과거 연안 공단, 배급제 의존 · 생활형편 낙후, 인프라 낙후, 주거시설 불량 · 과도한 노동량, 정부의 자원배분 우선순위 낮음 · 의료·식량 부족, 식수 및 위생 저하
특정 연안지역	10만	<ul style="list-style-type: none"> · 잦은 자연재해, 주거시설 불량 · 배급제 의존, 과도한 노동량 · 의료·식량 부족, 식수 및 위생 저하
중소도시(군단위)	1550만	<ul style="list-style-type: none"> · 경작지와 식량자원 접근도 낮음 · 인프라(식수, 위생) 낙후, 식량 부족

자료 : UNOCHA. Consolidated Inter-Agency Appeal 2003:Democratic People's Republic of Korea, 2002

□ 이상 파악한 북한주민의 건강 및 영양상태는 자료수집 과정이나 메커니즘으로 볼 때, 북한주민 전체의 건강수준을 대표하는 지표로 단정하기에는 미흡한 측면이 있음.

- 다만 경향이나 추이는 파악할 수 있는 바, 최근의 북한주민의 건강수준과 영양상태는 재해가 심각했던 2000년 이전 수준보다는 향상되었음. 이는 유엔을 비롯한 국제기구와 국내 다양한 창구를 통한 대북 지원의 증가에 기인한 것이어서 붕괴된 북한의 보건의료 인프라를 고려할 때, 중장기적인 개발관점에서 북한 당국이 스스로 관리할 수 있는 역량강화를 위한 방향으로의 지원이 요구되고 있음.

- 또한 지역간 건강수준의 격차가 심화되고 있으며 모성과 어린이의 건강상태는 심각한 것으로 지적할 수 있어 취약지역과 취약인구를 대상으로 한 지원방안을 모색할 필요가 있음.

IV. 대북 보건의료 및 영양 지원사업 현황

1. 국내 대북 지원사업에 대한 규정

- 정부는 남북한간의 교류와 협력을 효과적으로 정착시키고자 1990년 8월, '남북 교류·협력에 관한 법률'을 제정하여 북한과의 교류·협력에 대한 법적 근거를 마련하였으며, 남북 상호 교류와 협력을 지원하기 위해 '남북협력기금법' 등 관련 법령을 제정함.
- 1999년에는 이 두 법률에 근거하여 남북협력기금 지원에 관한 필요한 사항을 정하고, 인도적 대북 지원사업이 적정하고 효율적으로 추진되도록 '인도적 대북 지원사업 처리에 관한 규정'을 제정함.
 - 남북협력기금의 지원규모는 '인도적 대북 지원사업 처리에 관한 규정' 제 8조(기금지원사업의 요건과 지원자금의 규모)에 따라 2000년부터 통일부장관이 대북지원실적, 대북지원사업의 분야와 수혜대상자의 적절성, 분배투명성 확보가능 수준, 과거 기금지원사업 추진실적, 분배대상 지역, 사업 내용의 효과성과 전문성 및 정부정책 우선순위 등을 고려하여 Matching Fund 방식 등을 적용하여 지원하고 있음.
 - 2007년 이전에는 남북협력기금 지원비율이 5:5(기금: 민간단체 자체재원)이었으나 2007년부터 7:3(기금: 민간단체 자체재원)으로 남북협력기금 지원 비중을 증가시킴.
- 기금지원 사업계획서 심사항목에는 '분배 투명성 확보수준'을 심사하여 기금지원사업 선정 및 기금 배정평가에 반영하고 있음.
 - 구체적인 심사기준은 '인도인수 절차 이행 가능성', '복측 분배결과 확보 가능

성(사업결과, 모니터링에 대한 지표 등)과 '정기적 방문 및 현지방문 가능성' 등임. 이는 곧 수혜자에게 최종 인도 인수절차를 확실하게 하고 현지방문을 통한 모니터링 뿐 아니라 사업결과 지표를 파악하여야 한다는 의미임.

- 민간단체는 사업유형에 따라 약간씩 다르지만 북한 현지에서 인도인수 절차를 이행하고, 북측 분배절차 자료를 확보하며 현지방문 등을 실시하고 있음. 그렇지만 그 대상과 방법상에서 진정한 의미의 모니터링인 사업관장범위, 목표 대상집단 수혜수준 등의 성과평가에 근거가 되는 자료수집이나 차기년도 사업에 반영될 수 있는 정보 확보 등은 미흡한 것으로 판단됨.

□ 공공 기금이 지원되는 사업에 대해 사업결과나 모니터링 지표를 산출하여야 하는 점에 대해서는 당연하나 구체적 가이드라인이 없는 상태에서 다양한 대북 지원사업을 객관적으로 평가하기 어렵고, 민간단체가 북한과 개별 협상하는 체제에서는 인도적 측면에서 지원하는 사업에 대해 사업별 결과지표를 파악하기 어려워 이를 근거로 남북협력기금을 배분하는 데에는 크게 영향을 미치고 있지 못하고 있음.

- 예를 들어 병원건립사업의 경우 물적 지원에 대한 현장 확인은 가능하나 사업수혜자의 활용도에 대한 현장 모니터링은 북측이 협조해 주지 않기 때문에 최종결과를 파악하는 데에는 한계가 있음. 이로 인해 사업수행에 따른 성과 파악은 제대로 이루어지지 못하고 있는 실정임.

□ '인도적 대북 지원사업 처리에 관한 규정'(제 4조)에 따라 매 방북 때마다 현장방문과 수혜자 면담내용을 포함한 방북결과보고서를 제출하도록 되어 있음. 또한 사업 수행 후 대북 지원단체는 매년 사업 보고서를 제출하도록 되어 있음.

- 정부는 각 단체에서 제출한 사업결과보고서를 전문가 심사단을 구성하여 사업집행과정의 효율성과 분배투명성 확보수준을 심사하고 사업계획 대비 성과달성도 등을 평가하고 있음. 그러나 평가내용을 살펴보면 북한당국과 협의를 거쳤는지, 분배확인을 위한 현지출장을 다녀왔는지 등 구체적인 지침은 미흡한 상태이고 서류평가이어서 사업간 공정한 평가를 실시하는데 한계가 있음.

- 결론적으로 현재까지는 민간단체의 현지방문 횟수, 사업현장 사진 및 사업비 집행실적자료가 수행활동을 파악할 수 있게 하는 근거자료로 활용되지만 사업성과를 파악하게 하는 투명성을 확보하는 데 활용되지는 못하고 있는 실정임.

2. 대북 보건의료 및 영양 지원사업 현황

가. 대북 보건의료사업 실태

- 대북 보건의료 지원사업은 1999년 2월 대북지원 창구의 다원화 조치와 함께 남북협력기금이 대북 사업의 중요한 재원이 되면서 다양한 민간단체가 참여, 대북 지원사업 규모가 증대되고 그 내용이 다양화됨.
- 보건의료부문의 대북 지원규모는 <표 IV-1>에서 제시한 바와 같이 2000년 미화 1,380만불에서 2003년 1,933만불, 2006년 4,301만불, 2007년 말에는 5,716만불로 급격히 증가하고 있는 추세임.
- 전체 대북지원액 중 보건의료부문이 차지하는 비율은 2007년 17.6%로 2000년 12.1%에서 점차 그 비중이 증가되고 있음. 2007년 전체 규모 중 일반구호가 45.6%. 농업복구가 36.8%를 차지함.
 - 최근 보건의료분야의 대북지원액의 증가는 병원 건립 또는 개보수, 제약공장 현대화 및 설비 지원 등 대규모 건축사업의 증가에 기인하며, 국제기구를 통한 사업규모도 증가하고 있기 때문임.

<표 IV-1> 보건의료 부문의 대북 인도적 지원사업 규모 변화

(단위: 미화 만불)

연도	2000년	2003년	2005	2006년	2007년
지원규모	1,380	1,933	3,164	4,356	5,716

주: 정부, 민간 포함, 차관 제외
자료: 통일부 내부자료

- 남북협력기금으로 지원되고 있는 대북 보건의료사업은 민간단체 주도의 개별사업 및 합동사업, 정부의 재원과 정부의 주도아래 민간단체에 의해 이루어지는 영유아 지원사업, 그리고 국제기구를 경유한 사업 등으로 진행되고 있음(표 IV-2).
 - 통일부의 남북협력기금 지원규모는 2007년 총280억원이며 26개 개별사업으로 76억원, 합동사업(2개 사업)으로 24억원이 지원되었고, 국제기구를 경유한 사업이 119억원(WHO 102억원, UNICEF 21억원)으로 국제기구를 통한 지원액이 약 절반을 차지하고 있음.

<표 IV-2> 보건의료분야의 남북협력기금 지원사업 실태

(단위: 억원)

분 류		지 원 액	
		2006년	2007년
총 액		230	279.6
민간단체를 통한 지원	개별사업	61(22개사업)	76(26개 사업)
	합동사업	34(3개사업)	24(2개 사업)
	영유아 지원사업(정부기획사업)*	-	17
	원료의약품 지원	-	10
	전염병(성홍열) 치료 지원		4
	북한 의료인 교육 훈련		0.6
국제기구를 통한 지원	말라리아관리사업(WHO 경유)	12	14
	영유아 지원사업(WHO 및 유니세프 경유)*	123	119
	백신연구 및 개발사업(IVI경유)	-	5
	홍역백신지원		10

주: * 사업은 2005년 「북한 영유아 지원계획」의 일환으로 추진

- 또한, 북한 제약공장 원료의약품 지원사업으로 2007년 10억원을 지원(남북협력기금)하였으며, 향후 사업성과에 따라 연차적으로 증액할 계획임(표 IV-2).
 - 민간단체가 북한 '정성제약연구소'와의 협력사업을 추진하여 알약품공장 설립을 위해 알약(정제)생산 설비와 각종 시설 및 전기자재 등을 지원하였고 수액제 생산시설을 지원하여 2005년 6월 정성 수액약품공장을 준공하였음. 이로써 의약품 및 수액제를 생산, 포장할 수 있는 규모와 시설을 갖추었으나 원료의약품이 부족하여 2007년부터 정부가 직접 원료의약품 지원에 따른 비용을 부담

하고 있음.

- 민간단체들의 개별사업은 대부분 전년도에 추진한 사업을 지속하고 있는데, 구체적으로는 병원 현대화 또는 건립사업이 주종을 이루고, 의약품 및 의료 장비 지원, 결핵 등의 특정 전염병 질환 약품 및 치료패키지 지원, 진료소 왕진가방 보급사업, 그리고 제약공장 복구사업 등임.
 - 지원초기에 추진되었던 결핵 및 말라리아를 비롯한 전염성 질환퇴치와 의약품 지원 중심에서 양적, 내용적으로 확대, 확충하여, 보건의료체계 복구를 위한 병원 설립 및 개보수, 의료시설 지속운영을 위한 의료장비, 의약품 및 의료소모품을 지원하고 있으며, 1차 진료기관인 리·동 진료소에 기초의약품 패키지로 구성된 왕진가방 등의 의료지원사업 등을 추진하고 있음.

- 대북 지원 민간단체들은 보건의료분야의 전문성 확보를 위해 단체 내부조직내 '의료위원회' 등의 전문위원회를 구성하거나 병원과 연계하여 학계, 의료인, 의료기술자 등을 자문위원으로 활용하여 사업을 구상하고 대북 기술지원에 직접 참여시키고 있음. 의료인들은 북한 사업현장이나 설비상황 등의 지역 및 의료여건을 진단, 협의하여 사업효과와 효율을 증진시킬 수 있는 방식으로 의료기술을 전수하고 있음.
 - 북한 의료인력에 대한 의료장비 사용법 및 의료기술 등에 대한 기술지원은 국내 의료인들의 협조로 그 횟수는 지속적으로 증가되고 있으나 지속성 부족으로 효용성 측면에서는 미흡한 점이 있음.

- 대북 보건의료 사업지역은 접근이 용이하고 전력 공급이 비교적 용이한 평양 등의 대도시 지역에 국한되어 있으며 병원 현대화 또는 시설 개보수 대상기관 역시 대부분 3차 진료기관인 시·도 인민병원과 4차 진료기관인 평양의학병원 및 조선적십자병원임. 국내 민간단체의 지원대상 지역과 지원기관의 한계를 극복하

고자 국내 민간단체의 지원이 이루어지지 못하는 일선 지역주민과 밀착된 진료소 또는 리인민병원 등의 1, 2차 진료기관은 「세계보건기구」의 사업을 통해 병원 현대화 또는 의약품 및 장비를 지원하고 있음. 의료전달체계내에서 이들 기관이 담당하고 있는 기관을 제시하면 [그림 IV-1] 과 같음.

- 대부분의 민간단체는 사업지역 주민의 접근이 어려워 병원에 지원된 의약품 등의 지원물자가 최종 취약한 환자나 수혜자에게 직접 전달되는 지 확인하기가 쉽지 않아 분배 투명성 확보를 위한 모니터링 문제는 여전히 한계를 가지고 있음.

□ 개별 민간단체를 통한 대북 지원사업은 대부분 <표 IV-3 >과 같은 과정을 거쳐 추진되고 있으나 사업내용이 대부분 일개 병원의 의료장비 교체 및 병원시설 개보수에 치중되어 있어 모니터링이 크게 문제가 되지 않는 사업방향으로 전환되고 있을 하고 있북한 보건의료문제의 근본적 개선을 기대하기에는 한계를 가지고 있음.

- 개별단체로서는 북한의 보건의료체계 재건을 위한 북한 보건성의 기획 및 자원관리 역량 강화, 기반시설 복구 및 의료인력 직종별 교육·훈련 등 체계적이고 포괄적인 지원사업을 추진하기에는 재원규모와 사업인력 특성 측면에서 미흡함.
- 보건의료분야에 대한 민간단체의 전문성 부족으로 사업의 우선순위 및 비용-효과성에 대한 고려가 미흡하고 지원사업의 타당성을 검토할 수 있는 역량에 한계가 있음. 또한 북한의 우선순위 보건사업인 결핵, 말라리아 등 전염성질환 등에 대한 전문적인 방역체계 구축 및 지속 관리를 담당하는 데에는 한계가 있음.

<표 IV-3> 대북 보건의료 지원단체의 사업진행 과정

계 획 →	수 행 →		평 가
북측요청 또는 남측 제안 ▼ 내부 검토회의 ▼ 전문가 검토의뢰 ▼ (북측 현장방문 또는 관련자료 요청, 검토) ▼ 남북한 의향서, 합의서 등 공식문건 작성 ▼ 사업계획 작성 및 기금조성	<물품 지원과정> 물품 구입 ▼ 지원물품 선적 ▼ 대북창구 민화협, 보건성 접수 ▼ 평양 등 지역창고 물품보관	<물품분배 및 확인과정> 민간단체 대표단 도착 ▼ 북측 대남창구담당자, 사업관계자와 사업진행 협의 ▼ 분배지 (평양 등 일부 직접방문) 물품전달 및 기술전수, 관계자간담 회 개최	인수증, 사업실적 수령 ▼ 진료실적, 사진 등 자료확보 남북 관계자 평가간담회 개최 ▼ 북측에 사업성과 요청 (사업장 변화자료 확보) ▼ 사업결과보고서 작성(자체보고서 발간)

주: 사업특성 및 내용이나 단체에 따라 진행과정이 다를 수 있음.

- 남북협력기금 24억원이 지원된 2007년 합동사업의 유형은 보건의료체계 개선사업과 지역개발(community development) 중심의 군지역 종합복지사업이 추진되고 있음(표 IV-4).

<표 IV-4> 2007년 민간단체 합동사업 내용 및 소요예산

(단위: 백만원)

사업명 (주관단체)	사업내용	참여단체	총사업비	기금지원	자체재원
보건의료체계 개선사업<계속> (나눔인터내셔널)	- 1~4차 의료기관 지원 - 의료협력센터 생산동 건립 - 보건의료기술 전수 - 오페수처리장 설치	어린이의약품지원본부 우리겨레하나되기 우리민족서로돕기 한국복지재단 국제기아대책기구	2,800	1,720	1,080
강남군 종합복지사업 <계속> (굿네이버스)	- 종합복지사업(탁아소, 영양사업 등) - 교육개선사업(소학교 신축 및 교육 기자재 지원) - 보건의료사업(의료품 지원)	경남통일농업협력회 남북어린이어깨동무 민족통일중앙협의회 우리민족서로돕기	1,173	724	449
합 계			3,973	2,444	1,529

주: 1) 강남군 종합복지사업은 금년에만 지원(3차년 사업종료)
2) 2005년 5개 사업 50억원, 2006년 5개 사업 50억원 지원
자료: 통일부, 보건복지부 내부자료, 2007

- 국제기구를 통한 사업추진은 국내 민간단체와 비교할 때, 전문성과 북한에서의 지역접근성이 용이하여 모니터링이 가능하다는 장점을 활용하고자 추진하고 있음.
 - 「세계보건기구(WHO)」는 남한 정부의 재정적 지원에 의해 남북 어린이간 신체적 격차 완화와 건강수준 불균형을 시정하기 위해 2006년부터 영유아지원사업을 시작함. 주요 사업내용은 평양은 물론 전국 시·군 및 도단위 인민병원을 대상으로 병원 실험실 현대화, 수술장, 분만실 장비를 지원하고 리진료소에 필요한 키트와 호담당의사의 왕진가방 지원 등임. 또한 의료인 역량강화를 위한 교육 사업 등 북한의 보건의료 환경기반 조성 사업을 중점 추진 중임.
- ‘영유아 지원사업’은 식량과 재해로 인한 응급구호 등 구호적 지원 중심으로 추진해 온 민간단체 주도의 사업접근방식을 정부의 주도아래, 대북 사업을 남북

상호 합의하에 기획하고, 수행은 4~5개 민간단체가 컨소시움을 구성하여 상호 설정한 목표와 계획 하에 추진하는 3년 지속사업으로 이루어지는 관·민 협동 사업의 형태임(표 IV-2).

- 앞서 제시한 바와 같이 북한의 영유아 건강수준은 지속적인 국내외 지원으로 점차 회복되고 있지만 식량부족 현상이 장기화되면서 영양결핍은 여전히 북한 전역에 광범위하게 고착화되고 있어 영유아기의 영양결핍이 장기간 지속될 경우, 성장발육 지연으로 인한 신체적 장애는 물론 성인이 되어 정신발육 지체와 신체·정서·행동 장애 등을 초래할 수 있다는 문제 때문에 생애 초기에 건강을 보호하자는 관점에서 출발된 것임.

□ 때문에 영유아가의 건강보호는 향후 통일 세대의 인적 자원 확보에 필수적인 바, 현재의 영유아 건강지원은 한반도 건강공동체를 구현하는 첫 걸음일 것임.

□ 대북 영유아 지원사업은 영양개선, 질병관리, 건강관리 사업으로 대별하여 그간 사업과는 차별화된 남측이 북한에 필요한 사업과 북한측이 요구하는 사업을 합의하여 추진하는 방식으로 접근하여 이루어짐.

- 영유아 지원사업은 당초 120억 규모로 사업규모가 큰 만큼 정부는 취약지역의 지원을 위해 평양 이외 지역과 사업지역 접근 및 모니터링이 가능하여야 한다는 조건을 내세워 추진하고자 하였음.

□ 이러한 원칙을 적용하여 2007년 말, 남북 당국은 산원 건립(남포시지역)과 영유아 영양지원 등을 내용으로 하는 합의를 이룸.

나. 대북 영유아 지원사업

- 북한 어린이 건강상태의 심각성에 대한 인식의 고조로 남북한 인적자원의 공동관리 필요성이 우리 정부의 '고령화 및 미래사회위원회'에서 제기됨에 따라(신영진, 2004) 정부 관계부처와 전문가 합동 TF팀을 구성하여 2005년 통일부를 중심으로 '북한 영유아 지원계획(안)'을 마련함.
 - 북한내 취약계층 중에서도 특히 영양불량에 가장 큰 타격을 받는 5세 미만 영유아(약 220만명)와 산모 및 수유부(약 98만명)의 영양 및 건강상태 개선을 목표로 이들의 영양개선과 예방접종 및 질병관리를 위한 '영유아 지원사업계획'을 수립함. 동 계획의 주요 사업내용은 아래와 같음.

영양개선	질병관리	건강관리
어린이 영양상태 개선 - 분유지원 - 단백질 공급 - 영양소 공급	영유아 사망률 감소 및 질병 예방, 치료 - 어린이용 백신 - 기초의약품 공급 - 의료보건환경개선	모자보건을 위한 건강관리시스템 복구 - 어린이 건강검진 - 산모관리 - 지역별 <모자건강센터> 운영지원

자료: 통일부, 영유아 지원계획안(일부), 2005

- 영유아 지원사업은 WHO와 UNICEF 등 국제기구를 통한 사업과 우리 정부가 북측 당국과 협의하여 사업목표와 내용, 시행원칙을 정하고 민간단체간 컨소시엄을 구성하도록 하여 이들 단체를 통해 추진하는 사업 등으로 구성되어 있음(표 IV-2 참조).
 - 국제기구를 통한 사업은 2006년에 123억원(WHO에 106억원, UNICEF에 17억원), 2007년에 119억(WHO에 89억원, UNICEF에 30억원)이 지원됨. 영유아 및 모성의 영양상태 모니터링, 임신부에게 영양제(철, 엽산, 요오드) 공급, 영유아 건강과 임산부를 위한 교육책자 보급, 영유아 성장발달 모니터링 지원 등의 사

업은 UNICEF에서 실시하고 있음.

- 우리 정부가 기획(주도)한 '영유아 지원사업'은 기존 민간단체사업에 대한 재정적 지원형태가 아닌 사업목표 및 계획을 북한측에 제시하고, 남북 당국간 협력을 통해 추진하고자 하는 대규모 지원사업임. 즉, 영양개선, 질병관리, 건강관리의 세 분야에 대해 영양지원, 모자보건센터 신축, 병원의 개보수와 장비지원 등의 종합적인 모자보건지원사업으로 계획되어 있음. 그러나 사업 선정과정에서 북한측의 콩기름 공장 설립 등 사업지원 내용에 대한 논란으로 북한당국과의 협상이 지연되고, 평양이외 지역의 요구에 따른 현지 접근의 제한 등으로 2006년 진전이 이루어지지 못하였음.
- 구체적인 영유아 지원사업내용은 다음과 같음
 - 남포시 영양지원 및 어린이병원 개보수 및 장비지원 : 남북어린이어깨동무를 중심으로 한 컨소시엄으로 남포시 어린이병원 증축, 필수약품 공급 및 영양지원 사업
 - 남포산원 산모영양증진사업 및 병원 현대화사업 : 우리민족서로돕기운동을 주관단체로 하는 컨소시엄으로 산모 영양개선사업과 남포산원 시설 증축, 기자재 지원사업 및 산모에 대한 영양개선사업
 - 대안군 영유아 사업 및 병원 현대화사업 : 어린이재단이 주관단체가 되는 영유아 및 산모 영양지원, 보건환경 개선사업, 대안군 인민병원 현대화 및 검진장비, 의료장비 지원 사업
 - 회령지역 영유아지원사업: 한국 JIS가 주관기관으로 평양중심에서 벗어난 지역사회 지원사업으로 모자보건센터 신축, 영양개선사업, 질병관리 지원사업 계획
 - 어린이 영양지원 시설 사업 : 굿네이버스인터내셔널이 주관하여 콩기름 및 대두박 등 어린이 영양생산시설 지원사업

3. 남북 당국간 보건의료 협력사업

- 2007년 제 5차 6자회담에서 이루어진 「2·13 합의」에 따라 북한이 핵시설을 폐쇄·봉인하고, 신고·불능화(disablement) 조치의 이행과 IAEA 사찰관을 수용할 경우 참가국들이 단계적으로 경제 및 에너지 지원과 인도적 지원을 실시하기로 함.
 - 이와 같이 2007년 2월, 북한당국이 국제사회에 핵문제 해결을 위한 전기를 마련함으로써 한반도 평화정착의 실질적 기반과 함께 남북 관계 발전에 기여할 것으로 기대하였음.

- 2007년 10월 4일에는 평양에서 개최된 제2차 남북정상회담을 통해 「남북관계 발전과 평화번영을 위한 선언」을 채택하면서 남과 북은 한반도의 평화와 민족 공동의 번영과 통일을 실현하기 위한 새로운 국면을 맞이하게 됨.
 - 동 선언에서 합의된 8개 사항 중에서 보건의료분야의 관련 내용(제 5항)은 아래와 같음.

【제2차 남북정상회담의 남북관계 발전과 평화번영을 위한 선언】

- 5. 남과 북은 민족경제의 균형적 발전과 공동의 번영을 위해 경제협력사업을 공리공영과 유무상통의 원칙에서 적극 활성화하고 지속적으로 확대 발전시켜 나가기로 하였다.
 - 남과 북은 안변과 남포에 조선협력단지를 건설하며 농업, 보건의료, 환경보호 등 여러 분야에서의 협력사업을 진행해 나가기로 하였다.
 - 남과 북은 남북 경제협력사업의 원활한 추진을 위해 현재의 '남북경제협력추진위원회'를 부총리급 '남북경제협력공동위원회'로 격상하기로 하였다.

- 남북정상회담에서 이루어진 합의를 이행하기 위하여 2007년 11월 남북 최초로 남북총리회담이 서울에서 개최되어 보건의료분야에서는 '남과 북은 병원·의료기구·제약공장 현대화 및 건설과 원료지원 등을 추진하고 전염병 통제와 한의학 발전을 위해 적극 협조한다'는 합의서를 채택함.

- 연이은 남북 당국자간 합의(남과 북은 '남북경제협력공동위원회' 산하에 '남북 보건의료·환경보호협력분과위원회' 구성·운영)를 통해 보건의료분야에서는 일차적으로 보건의료 인프라 구축차원에서 황해북도 사리원시 병원 현대화, 전염병 통제, 제약공장 원료의약품 제공, 약솜공장 건립 등의 사업으로 구체화됨.
 - 그간 민간단체에 의해 주도적으로 이루어지고 있는 대북 보건의료 지원사업이 부분적, 산발적으로 이루어져 온 바, 이번 남북 정상회담과 총리회담에서 남북간 당국자가 최초로 만나 당국 차원에서 보건의료분야의 남북 협력을 일관성 있게 진행할 필요성에 대한 인식을 공유하였다는 데에는 그 의의가 크다고 볼 수 있음.

- 이상과 같이 남북 당국자간 최초로 합의하여 사업을 계획하게 됨으로써 표면적으로나마 보건의료분야에서 남북 상호 협력하여 북한 보건의료체계를 재건할 수 있다는 역량을 보여주게 됨.
 - 특히 그간 효과적·효율적 사전 대처가 어려웠던 북측 방역분야의 복구를 통해 북한주민의 건강을 보호하고 모처럼 회생되고 있는 경제에 타격을 주는 전염병을 통제함으로써 경제의 안정적 기반의 초석이 될 수 있는 계기를 마련함. 더 나아가 상호 접촉이 빈번한 평양과 개성공업지구 및 금강산 관광지구 등으로부터의 전염병 유입을 사전 차단하여 우리나라 국민의 건강을 보호하고, 개성공단의 경우 노동집약적 의료산업에서 노동생산성을 제고함할 수 있을 것임.
 - 또한 의료기구 및 제약공장 현대화의 일환으로 추진될 원료의약품 제공과 약솜공장 건립 등은 의료기자재 및 약품 등의 안정적 공급채널을 확보해 준다는 점에서 상호 win-win의 합의라고 평가할 수 있음.

- 이상과 같이 합의 내용면에서는 타당하고 현실적으로 실현가능한 합의가 이루어진 것으로 평가할 수 있으나 병원 또는 제약공장 현대화 사업은 북한 전체의 수요량에 근거한 계획수립 없이 그간 민간단체가 개별적으로 수행하여 온 사업

대북 보건의료 및 영양 지원사업 현황

방식과 크게 다르지 않고, 병원의 경우 평양이 아닌 사리원시지역이라는 점 이외에는 개발협력을 위한 차별화된 내용을 담지 못하였다는 점을 지적하지 않을 수 있음.

- 즉, 의료인력의 교육·훈련 프로그램이나 취약지역의 일차보건의료사업을 위한 남북 상호 역할분담 및 협력방안 등 민간단체가 수행하기 어려운 보다 통합적으로 필요한 보건의료 기반사업내용이 포함되지 못한 아쉬움이 있음.
- 또한, 남북이 합의한 의료시설 현대화사업에 필수적으로 수반되어야 되는 기술적 노하우를 체계적으로 실시할 수 있도록 교육과정 프로그램에 대한 합의를 이끌어내어 사업의 효과제고는 물론 북측이 자생력(sustainability)을 확보할 수 있는 계기를 마련했어야 함.

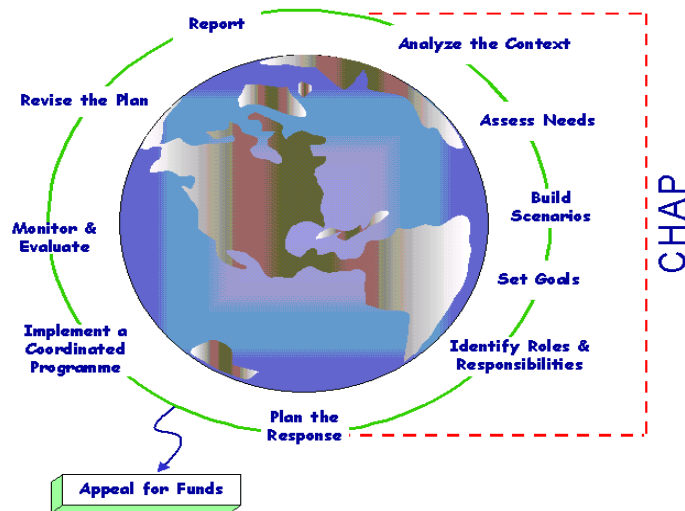
V. 국제기구의 보건의료분야의 대북 지원 특성

1. 유엔 산하 국제기구의 사업성과 제고를 위한 대북 지원사업 원칙

- 유엔의 대북 지원은 긴급 지원과 개발 지원의 두 축으로 진행되고 있음.
- 긴급 지원은 해당 국가의 지원에 참가하고 있는 유엔 기구와 협력 관련단체(NGO)가 중심이 되어 해당 국가의 인도적 상황과 필요를 사정하고, 차기 년도의 사업목표와 분야를 정한 후, 대체로 1년 주기로 지원의 필요성과 자금모금을 국제사회에 합동으로 호소하는 과정 (CAP)을 거쳐 실행됨(그림 V-1 참조)(박형중, 2004).
 - 유엔은 1995년부터 2004년까지 총 10회에 걸쳐서 대북 지원을 위한 합동호소(CA)를 실시했음.
- 개발지원은 수혜국의 상황과 요구(need)에 대하여 수혜 당국과 유엔 산하 여러 기구가 공동으로 사정하고(Common Country Assessment: CCA)⁴⁾, 이를 토대로 유엔개발지원원칙((UN Development Assistance Framework: UNDAF)을 5년 단위로 작성하여, 이 원칙에 따라 유엔산하기구는 전문분야별로 구체적 개발지원 계획을 수립하고 실행함.

4) CCA는 당해 국가의 개발상황을 분석하고, 주요 발전과제를 밝혀내는 것을 목적으로 하는 유엔체계의 공동 수단임. CCA는 빈곤의 정도와 장소를 포착하여 적절하게 분류하고, 여러 차원에서 그 극복 능력을 평가함으로써, 누가 가장 취약한가를 지적해야 함.

[그림 V-1] UN의 인도적 지원을 위한 합동호소절차(CAP)



자료: IASC Working Group, IASC Appeal and Strategy Documents, UN, 2003

- 1990년대 북한의 경제난과 자연재해 등으로 북한 전역에 전염병이 만연되고 각종 보건문제가 초래되어 전염병으로 인한 사망자가 증가되고 아사자의 참상이 국제사회에 알려지면서, WFP, WHO, UNICEF 등 국제기구에서 식량, 의약품 등 인도적 지원을 개시함.
 - 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 되면서부터 국제기구의 지원이 시작됨(IASC Working Group, 2003).

- 유엔인도지원국을 중심으로 대북 인도적 지원에 참여한 국제기구들은 공동으로 추구할 목표를 설정하고 이를 구현하기 위한 노력을 경주함.

- 국제기구의 공동목표는 첫째, 북한 당국이 주민에게 적절한 식량, 보건의료서비스, 식수 및 위생, 유아 및 어린이 교육을 제공할 수 있는 역량제고, 둘째, 지역단위로 적절한 위기 대비 및 대응 능력 배양, 셋째, 국제사회 지원에 대한 의존도 감소, 넷째, 사망률을 1994년 이전수준으로 감소시키도록 보건의료상태 향상, 다섯째, 성별 평등의 문제 주류화(mainstreaming) 등임.
- 응급구호를 거친 이후 2001년 유엔은 지원의 투명성과 지속성을 유지하기 위해 원칙을 상정한 바 있으며, 국제기구 및 NGO들은 공통적으로 이 인도주의원칙(Humanitarian Principles)을 적용하여 ‘합동 인도지원 활동계획(Common Humanitarian Action Plan; CHAP)’을 작성하였음.
 - 이 원칙에는
 - 첫째, 사정에 의한 요구(assessed needs)를 통해 전반적인 위기상황이 파악되어야 하고
 - 둘째, 가장 도움을 필요로 하는 취약계층에게 인도적 지원이 전달되도록 보장되어야 하며,
 - 셋째, 위기상황에 대한 평가, 모니터링 및 분석을 위한 접근이 허용되어야 하고
 - 넷째, 접근이 허용되는 지역에만 지원이 이루어지도록 한다(No ACCESS, No AID의 원칙)
- 유엔 인도지원조정국은 1995년부터 ‘유엔합동어필(UN Consolidated Inter-Agency Appeal for Democratic People’s of Korea)’을 통해 6개 세부분야(농업 및 지원서비스, 교육, 식량, 보건, 식수 및 위생)의 대북 지원을 추진해 왔음.
- 그간 위기상황으로 인해 이 원칙에 어느 정도 협조해 온 북한은 2005년 돌연 유엔의 ‘합동지원호소과정(Consolidated Appeal Process; CAP)⁵⁾’에 참여를 거부하고 모니터링을 축소함.

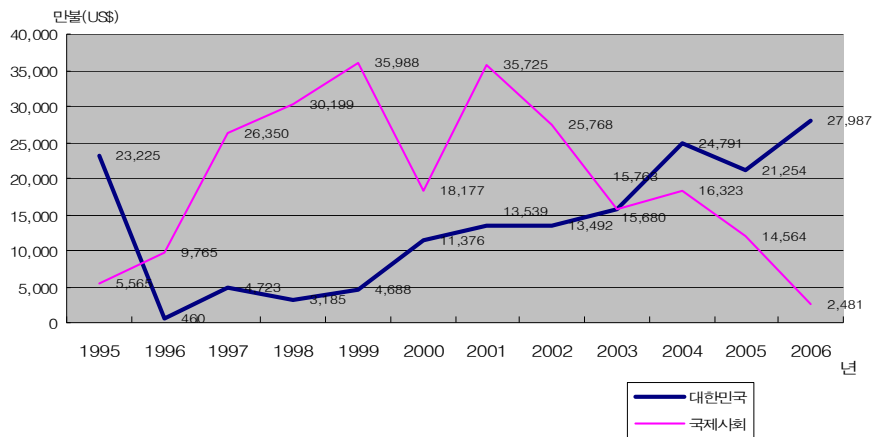
5) 공동인도지원행동계획(CHAP)을 수립한 후 기금을 호소하고 원조사업의 실행과 모니터링 및 평가를 실시하는 과정

- 이 때, 국제 기준에 맞는 분배 투명성이 보장되지 않으면 원칙에 따라 대북 지원을 중단해야 한다는 주장이 제기되었음.
- 북한이 2004년 8월 이후 UN 통합지원절차(CAP)에 따른 지원을 거부함에 따라 [그림 V-2] 에서 제시한 바와 같이 2005년부터 일부 국제기구의 대북지원은 중단 또는 감액됨에 따라 대북 지원규모는 급감되었음(IASC Working Group, 2003).

□ 이러한 북한측의 거부로 인한 국제기구의 지원액 감소와는 반대로 국내 대북 인도적 지원액은 증가되어 국내 지원이 국제기구의 지원액을 초월하게 되는 결과를 가져옴.

- 2003년도 국내 인도적 대북 지원액(민간 정부 포함 미화 15,763만불)이 국제사회의 총 지원액(미화 15,680만불)을 상회하게 됨.

[그림 V-2] 우리나라와 국제사회의 인도적 지원 추이



- 2005년 미국의 대외원조 업무를 담당하는 「국제개발처(USAID)」는 「세계식량기구(WFP)」가 전 세계적으로 식량지원의 분배 투명성과 관련해 기준으로 삼고 있는 4개의 조건을 북한 당국이 받아들이지 않고 있다는 점을 지적했음.
 - 여기서 네 가지 조건이란 ①북한당국이 식량을 지원받는 집단의 명단을 제출하고 있지 않다는 점, ②사전에 방문 통보를 하지 않으면 식량 분배현장을 확인할 수 없게 한다는 점, ③북한 현지에 대한 접근을 불허하고 있다는 점, ④한국어를 할 수 있는 직원을 고용할 수 없도록 한 점 등임.
- 최근 북측은 보건의료분야의 경우, 일부 대북 민간단체에서 지원한 의약품 및 장비사용 환자의 수혜자 명단이나 진료실적을 민간단체의 요구로 제출하고는 있으나 여전히 북측이 내정한 대상이나 '사전에 방문 통보를 하지 않으면' 현장을 확인할 수 없고, 그나마도 특정사업에 국한되어 가능한 실정임. 이러한 점 때문에 분배의 모니터링의 관건인 신뢰성 측면에서는 '신뢰할 수 있는 정보'라고 인정하기 어렵다는 인식이 지배적임.

2. OECD의 보건의료 개발지원사업 평가기준

- 개발지원에 따른 국제적 추진절차와 조건은 국제적 표준이 확립되어 있지는 않지만 인도적 지원보다는 수혜국의 주도적 역할이 강조되고 있음.
- 「경제개발협력기구(OECD)」의 '개발지원위원회(Development Assistance Committee; DAC)'는 국가 또는 국제기구에서 추진하는 공적 개발지원(Official Development Assistance; ODA)사업을 평가할 때, 그 사업이 우선순위 관점에서의 적합성(relevance), 효과성(effectiveness), 효율성(efficiency), 파급효과(impact) 및 지속가능성(sustainability)을 기준으로 설정하여 사업을 분석하고 사업결과를 평가하고 있음(OECD, 2000).

- 또한 사업계획 및 과정에서 사전 지원의 중복을 방지하고 자원의 효율적 활용을 증진하고자 국가간 또는 국제기구의 지원활동을 CRS(creditor reporting system) 코드로 구분, 표준화하여 보고하도록 하고 있음.
 - 우리나라를 비롯한 전 공여국가는 이 분류체계에 따르는데 보건분야의 DAC Sector는 보건일반(Health, general), 기초보건(basic health), 인구정책·사업 및 생식보건(population policies/programs and reproductive health) 등으로 구분되어 이 부문 내 개별사업이 CRS 코드화되어 분류, 명시되어 있음(OECD, 2000).

- 이상과 같이 유엔을 비롯한 국제기구와 OECD의 산하 '개발지원위원회(DAC)'에서 근거에 입각한 지원을 요구하고 지원사업을 체계적으로 구분하는 이유는 목표 달성을 위한 산출이나 성과가 제시되어야 다시 기부자(또는 후원자)로부터 사업재원을 확보할 수 있으므로 사업의 투명한 과정 확보가 재원확보의 관건이 되기 때문임.
 - 이 과정에서 투명성은 기본조건이고, 자원의 낭비 또는 중복이 초래될 경우, 지속적으로 재원을 확보하는데 장애가 될 수 있으므로 한정된 자원으로 비용을 절감시키고자 사업유형에 따라 분류함. 즉, 지원사업의 체계적 분류를 통해 중복 분야나 필요함에도 불구하고 제외된 분야를 도출하여 효과적·효율적 개발지원 체계를 마련하고자 하는 것임.
 - 이러한 체계 구축은 본래 투명성 확보가 주 목적이 아닌 지속발전을 향한 개발 지원을 체계적으로 추진하여 한정된 자원으로 생명의 존엄성을 고양할 수 있는 건강권을 수원국 국민에게 형평성 있게 보장하고자 하는 인도주의의 실현의 의미가 내포되어 있음.

3. 국제기구의 대북 보건의료 지원사업 추진전략

- 앞서 제시한 유엔을 비롯한 국제기구의 원칙을 반영하기 위해 대북 지원 국제기구의 사업전략 사례를 살펴볼 필요가 있음. 「세계식량계획(WFP)」과 「유엔아동기금(UNICEF)」에서는 1998년부터 단순 구호적 중심의 대북지원 방식의 틀을 전환하여 인도적 지원지역을 대상으로 매 2년마다 사업대상인 영유아 및 모성에 대한 건강 및 영양상태를 사정하는 방식으로 북측과 협상하여, 근거에 기초한 지원의 내용 및 방안을 수립하고 실행하며, 사업수행 결과를 평가하여 후속 지원사업의 목표, 방향 및 사업내용에 반영하고 있음.
- 즉, 지원내용에 대한 결정이 조사자료, 취약계층에 대한 정보 등 광범위한 수요조사에 근거하여 이루어지고 있음.
 - 조사는 북한의 비협조로 북한측이 단독으로 일부 내용에 대한 조사가 이루어짐에 따라 그 동안 2000년을 제외한 세 차례(1998년, 2002년, 2004년)에 걸쳐 모성 및 영유아의 영양상태에 대한 조사가 이루어졌음. 동 조사자료는 평양과 평양이외 취약지역의 모성 및 영유아 건강수준을 비교, 분석하고 문제점을 도출하는데 중요한 자료로 활용되고 있음. 2006년은 북한측 단독으로 조사가 수행되어 조사결과를 통보받음.
- 또 다른 사례를 제시하면 1989년 이전 대북 지원 국제기구들은 오염된 식수에 의해 발생한 환자를 대상으로 약품 지원과 치료 등 시급한 문제 해결에 중점을 두고 대북 사업을 수행하였음. 그러나 발생한 환자를 치료하여도 사업효과는 지속되지 못하고 환자치료만을 계속 되풀이 하게 되자, 국제기구에서는 이 문제를 해결하기 위해 다음과 같은 방식으로 사업내용을 전환, 확대함.
- 즉, 「국제적십자사연맹(IFRC)」은 1999년부터 평안북도, 평안남도 및 개성시 지역 의료기관에서 식수 및 위생 프로그램을 중점 사업으로 추진함과 동시에 지역사회에서 식수와 위생, 질병예방, 재난대비 활동, 건강증진사업 등에도 활발

히 참여한 결과, 병원 내원환자수가 감소된 것으로 나타남(IFRC, 2001). 이는 분산적·분절적 단일사업 형태보다는 질병치료사업과 연계한 근본원인 발생을 예방하는 식수 개선사업을 지역단위에서 통합적으로 수행하여 사업효과의 지속성을 유지함으로써 개발 복구사업으로서의 일면을 보여준 사례임.

- 또한 「유엔아동기금(UNICEF)」은 사업 초기에 대북 지원사업을 여러 영역에 분산시키고, 의약품 및 백신 지원과 식수 용기 및 소독제 공급 등과 같은 시급한 문제만을 해결하는 데 중점을 두었음. 그러나 사업이 중단되면 사업효과가 유지되지 못하고 식수 등 위생문제로 인해 또 다시 수인성 전염성 질환이 발생하는 문제가 대두되었음.
 - 이에 근본적인 문제를 해결하기 위해 2002년 북한의 '시관리성(Ministry of City Management)'과 협력하여 북한의 3개 군지역을 사업대상지역으로 선정하여 급수체계 복구사업을 실시함. 각 사업대상 군지역에서는 「유엔아동기금」 기술자와 북한 '시관리성' 및 지방행정부서에서 파견된 기술자가 조사를 실시한 후 각 지역 조사결과를 바탕으로 포괄적인 계획을 수립하고 수립된 계획에 의해 급수체계 복구사업을 추진함.
 - 이러한 전략을 통해 북한의 낙후된 시설과 중앙 및 지방 정부의 기술수준을 향상시킬 수 있었음. 즉, 지역사회의 참여(community participation)를 통해 사업의 일회성을 극복하고 사업의 지속성을 높일 수 있게 되었으며, 다른 지역에도 확대 적용할 수 있게 되었음.
- 이상과 같이 상호 협력하는 사업추진 과정상에는 사업결과의 지속성 유지와 개발 복구를 위한 사업지역의 사정(assessment)을 통해 현 상태를 정확하게 진단하고 과정에 대한 모니터링이 수반될 수 있었기 때문에 가능하였음.
- 북한측의 행정채널을 통한 원활한 협력을 통해 사업이 추진됨에 따라 모니터링 또는 투명성 확보를 위한 별도의 고민이나 노력을 강구할 필요가 없었음.

- 기초 보건의료분야의 사업추진은 대부분 식수 및 환경위생(water and environment sanitation) 등 지역사회 개발과 통합적 접근이 필요함. 지역사회를 하나의 기본단위로 하여 기초 보건의료서비스와 동시에 공중보건서비스가 복구될 때 투입자원이 효율가치를 발휘하며, 형평성 있게 지역주민의 기본 건강이 보장될 수 있다는 것으로 이른바, 일차보건의료(primary health care)의 개념을 적용한 접근임.

- 「세계보건기구」는 1978년 ‘2000년까지 모든 인류에게 건강을(Health for All by the 2000)’이라는 슬로건아래, 취약한 개발도상국의 건강보호를 위해 인류의 기본권리로서 일차보건의료(Primary Health Care)를 제창하였음.
 - 여기서 일차보건의료를 구성하는 기본요소에는 ‘보건교육’, ‘영양 공급’, ‘충분하고도 안전한 물의 공급과 기본적인 환경위생’, ‘주요 전염병에 대한 예방접종을 포함한 모자보건과 가족계획’, ‘전염병의 예방과 치료’, ‘흔한 질병과 외상의 적절한 치료’, ‘필수의약품의 비치와 공급’, ‘전통의료’ 등임(Basch, 1990).
 - 일차보건의료에서는 공중보건사업을 포함하고 있으며, ‘흔한 전염병의 예방과 치료’, ‘흔한 질병과 외상의 적절한 치료’, ‘필수의약품의 비치와 공급’, ‘전통의료’ 등과 같은 지역에서 흔히 발생하는 질환에 대한 치료시설을 구비하여야 함을 강조하고 있음. 응급의료를 포함한 기본적인 의료 즉, 일차의료(primary care)를 통합적으로 제공하고 지역 의료문제를 지속적으로 조정하고 관리하는 역할을 하여 스크리닝을 통한 상위 수준의 의료에 의뢰, 연계하는 지역사회 중심의 gatekeeper 로서의 기능을 수행하는 사업임.
 - 일차보건의료는 주민이 건강관리체계내에 들어오는 첫 관문이며 전체 건강관리체계의 일부이자 최 일선 사업의 접근으로 사회·경제 및 보건개발사업을 상호 관련성을 가지고 운영하는 사업임. 단순히 예방차원만이 아닌 실질적인 치료에서 경제적인 측면을 제공함에 따라 지역사회 자원이 부족한 상황에서는 필수적인 사업으로 인정받고 있음.

- 일차보건의료의 개념은 지역주민의 참여(community participation)를 통해 개인과 가족들이 접근할 수 있고 지속성이 유지되는 사업으로 개인을 존중하는 보건의료서비스의 형평을 추구하는 사업으로 입증된 바 있음.

4. 국제기구의 대북 영양지원사업 추진전략

□ 세계보건기구(WHO)

- 지원 품목: 철분 및 필수 영양소 지원 등 기초 영양지원
- 지원 및 배분:
 - 체계적 의약품 등 물품지원체계(Logistic Supply)와 배분의 투명성 확보
- 강조 부분:
 - 관련 보건의료인 교육훈련, 교육훈련을 위한 교재와 홍보자료 개발
 - IMCI(Integrated Management of Childhood Illness)⁶⁾ 접근 전략의 지원과 보건의료인에 대한 IMCI 교육훈련
 - 보건의료체계의 재건을 위한 보건의료 환경 조성 지원

□ 유엔아동기금(UNICEF)

- 지원 품목:
 - 영유아에게 에너지단백질 결핍 감소를 지원 지원, 비타민A·철 등 필수영양소 지원
 - 임산부에게 비타민A·철 등 영양보충제와 요오드화 소금(iodized salt) 공급
- 강조 부분:
 - 식수의 오염을 줄이기 위한 안전식수 공급 사업과 병행하여 추진
 - 관련 보건의료인 교육훈련, 교육훈련을 위한 교재와 홍보자료 개발
 - 북한당국의 영양조사 기술 지원

6) IMCI: 어린이 주 사망원인인 설사, 호흡기감염, 말라리아, 영양실조가 공통적으로 발생하는데 따른 통합적 어린이 보건의료서비스 접근법

- 영유아 임신부 영양상태 평가를 위한 지표의 모니터링
 - 저체중출생아 비율
 - 급성 및 만성영양장애아(wasting, stunting, underweight) 비율
 - 5세 미만 사망률
 - 사계절 식품섭취 상태 및 가구내 식품이용 종류와 food security 상황
 - 모유수유율, 생후 1년 및 생후 2년의 모유수유율(모유수유 지연 파악) 및 적기 보충식(solid food) 도입 비율, 보충식의 식품내용
 - 임신부 상완위(MUAC)
 - 임신부 빈혈

VI. 대북 보건의료사업의 목표와 추진전략

1. 북한 보건의료 및 영양실태

가. 보건의료

- 북한의 GDP 대비 총의료비는 3.5%로 남한의 5.6%에 비해 낮으며, 아시아 최저 개발국 방글라데시(3.0%)와 네팔(3.6%)과 유사한 수준임(WHO, 2006).
- 보건의료분야는 1997년 집중적인 물적 지원을 시작으로, WHO, UNICEF 등의 국제기구와 민간단체를 통해 지원하고 있음.
 - 2000년 보건의료분야의 지원액은 전체 지원액의 3.9%에서 12.1%로 급증하였고 2007년도는 16%로 그 비중이 증가되고 있음.
 - 국내외 지속된 지원에 힘입어 북한 보건의료 상황은 점차 회생되고 있는 것으로 평가되고 있으나 여전히 정상화되고 있지는 못하고 있음. 또한 항생제, 백신, 수액제제 등의 기초의약품과 의료소모품의 생산이 미흡하고 원료 의약품이 부족할 뿐 아니라 생산기술이 낙후되어 있음. 의약품 생산은 제약공장을 설립하여도 원료의약품이 부족하여 생산물량에 한계가 있음.
- 이러한 배경에는 전력 공급 및 용수부족 등 제반 사회기반이 취약하여 의료시설은 물론 환경위생과 안전한 식수공급이 어렵다는 점도 그 한 요인이 되고 있음.
 - 그간 국제기구와 국내 민간단체가 20여개의 병원을 개보수하거나 설립하고 있지만 정수 및 난방 등 의료기반 시설의 복구가 미흡하여 가동하는 데 어려움이 발생되고 있음.

- 10여 년간의 국내외 지원에도 불구하고 한 나라의 건강수준을 대표하는 모성 및 영아사망 지표를 살펴보면, 모성사망비(maternal mortality ratio)는 2007년 출생 10만 명당 110명(UNICEF, 2007)으로 남한의 13명에 비해 월등하게 높음. 영아사망률은 「세계보건기구」에서는 출생 1천명당 20.2명(2007년), UNFPA는 45명(2004년)으로 남한의 5.3명(한영자, 2005)보다 매우 높은 수준임.
- 인간안보(human security)에 필수적인 보건의료는 한반도 건강공동체를 구현함으로써 한반도 우리 민족의 건강보호라는 쉼 순환 고리의 출발점인 바, 생명의 존엄성을 근간으로 보건의료분야의 북한의 자체 대응능력 배양을 위한 개발 지원 방향으로의 남북한간 보건의료 교류와 협력의 중요성이 강조되고 있음.
 - 보건의료서비스 전달체계의 붕괴와 방역 및 공중위생체계 등 보건의료 인프라가 미비한 상태에서는 식량난의 지속과 상존하고 있는 전염성 질환의 발생을 주시할 때, 일반 구호성 지원도 아울러 요청되고 있음.

나. 식량 및 영양상황

- 1990년 중반이후 북한의 심각한 식량부족으로 인한 기근 사망자는 UN 추정치에 서는 1995~1998년 200만명, 외국 학자들의 연구에 따라서는 22만명에서 350만명이 기아 및 질병이환으로 사망한 것으로 추정되었음(이석, 2004).
- 식량난의 최대 피해자는 성장기에 있는 영유아로 특히 높은 영유아 사망과 발육과정에서의 비가역적인 영양실조를 초래함. 그 이후 남한과 국제사회의 지원으로 식량사정은 2000년 초반에는 다소 완화되어 북한당국과 UNICEF, WFP 등의 영양 조사결과, 영유아의 심각한 영양실조율은 다소 감소되고 있는 것으로 파악됨.
- 그러나 2002년 7.1 경제관리개선조치로 식량배급제가 축소되고 빈부격차가 확대되면서 계층간 식량 접근도에 격차가 나타나고 있음.

- 북한은 사실상 식량배급 순위에 따른 식량배분과 함께 식량배급제가 마비되면서 권력, 계층, 소득규모에 따라 식량 접근의 격차는 더욱 벌어지고 있으며, 외부 지원 식량 원천이 적어지면 식량배급을 받지 못하거나 구매능력이 없는 일반주민들은 식수문제, 위생문제와 더불어 식량부족으로 인해 영양섭취가 충족되지 못해 결국 생존권을 위협받게 됨.
- 2006년 북한의 핵실험 이후 국제사회의 제재조치와 식량지원의 감축, 남한에서도 정부 차원의 식량지원과 비료지원이 중단된 상태이어서 최근 북한주민은 심각한 식량위협에 처해 있음. 외부의 식량원조가 대폭 축소되면서 2007년 발생한 북한 전역에 걸친 대규모 홍수피해로 인한 식량 수확의 감소로 인하여 2008년부터는 1990년대 이후 또 다시 최대의 식량부족에 직면하게 될 것으로 보임.
 - 따라서 대북 비료지원이 재개되지 않을 경우 2008년도 식량생산에도 심각한 생산 감축이 초래되어 식량난이 지속적으로 가중될 전망이어서 제2의 소위 '고난의 행군'이 초래될 가능성이 있음.

2. 대북 보건의료사업 목표와 기본 방향

- 붕괴된 북한의 보건의료체계를 고려할 때, 대북 보건의료사업은 구호적 지원 중심에서 자생력 확보를 위한 개발지원 중심으로 전환되어야 함. 결핵 등 후진국형 전염성 질환이 생명을 위협하는 보건의료문제와 영양결핍문제가 상존하고 있는 북한 현실에서는 개발지원 방향을 생명을 위협하는 근본문제 해결에 최우선순위를 두고 목표와 전략을 수립함.
 - 대 북한 보건의료분야의 개발지원은 남북한간 상생의 협력 틀로 정립할 수 있는 실천적 차원에서 구상하는 것이 필요함.

□ 2000년 9월 개최된 유엔총회에서는 전 세계 189개국 지도자들이 향후 국제사회가 공동으로 추구하여야 할 8개 항목의 '새천년 개발 목표(MDGs: Millenium Development Goals)'를 채택한 바 있음.

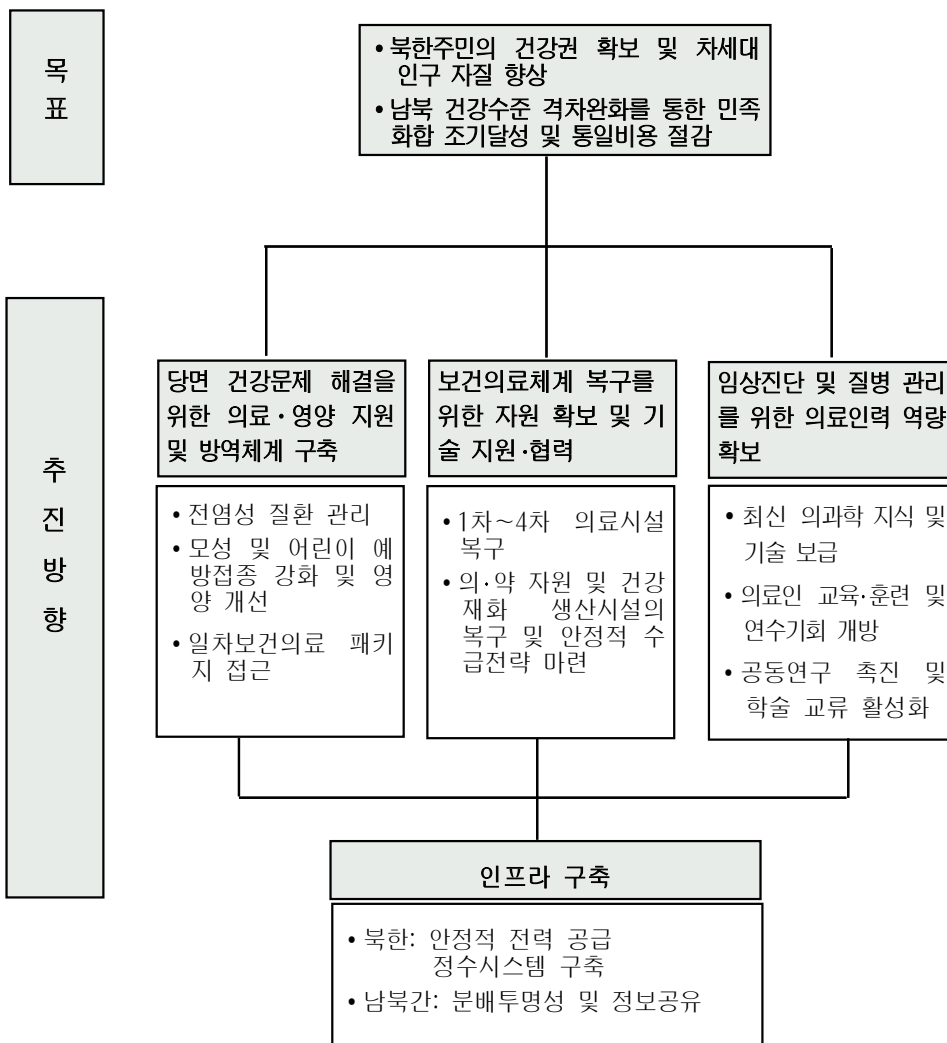
- 이 중 저개발, 개발도상 국가들이 공통적으로 달성하여야 할 보건의료분야의 목표는 북한현실을 제대로 반영하고 있음. 이에 대북 보건의료사업의 지원방향은 새천년 개발 목표인 '어린이 사망률 저하(목표4)', '산모 건강증진(목표5)', '말라리아 및 관련 질병 퇴치(목표6)', '위생적 환경의 지속가능성 보장(목표7)', 그리고 '개발을 위한 국제적 파트너십 조성(목표8)' 등으로 설정함.
- 북한의 보건의료 현실을 반영하여 대북 지원사업 목표를 보다 구체화하면, 첫째, 북한주민의 생명을 위협하는 결핵 및 수인성 전염성 질환의 관리·감시체계와 방역체계의 구축을 통해 영유아 및 모성을 비롯한 취약계층의 사망률 및 이환율의 감소, 둘째, 북한 보건의료체계의 복구를 위한 시설·장비 등의 자원 확충, 셋째, 질병관리 및 임상진료 관련 지식 및 기술 수준 향상을 위한 인력 교육 및 훈련 실시 등임. 또한 북한 영유아의 주요 사망원인이 설사, 폐렴 등 감염성 질환 등과 영양실조에서 비롯된 것인 바, 영유아와 임산부의 영양개선을 위한 양적·질적 식량지원 및 식량공급자원 확충과 영양지원사업 확대를 목표로 설정함.

□ 개발지원을 통해 북한 보건의료체계를 복구하고 보건의료 재화와 서비스를 국제 규격에 적합한 품질의 기틀로 유지할 수 있도록(sustainability) 지속적으로 체계적 기술 지원 또는 상호 협력하는 방향으로 북한과 협상함.

□ 대북 지원 및 남북 의료협력의 목표와 추진방향을 요약 제시하면 [그림 VI-1]과 같음.

7) 새천년 개발목표 중 목표1은 '극심한 빈곤과 기아의 근절', 목표2 '초등교육 의무화', 목표3은 '성평등 촉진과 여성의 역량증진'임.

[그림 VI-1] 남북 보건의료협력의 목표와 추진방향



가. 북한의 우선순위 보건의료문제를 대상으로 한 개발복구 사업내용 개발

- 대북 보건의료사업을 추진하기 위해서는 북한의 협조가 관건인 바, 북한당국이 제시한 최우선순위 질환인 결핵을 비롯한 말라리아, B형간염, 장관계 감염질환 등을 대상으로 하되, 개발복구를 위한 사업내용을 협상하여 추진함. 즉, 관련 의료인력의 임상지침·합리적인 약품사용 등의 내용을 골자로 한 교육·훈련 프로그램을 마련하고 검사시설 지원 및 정도관리 등의 기술지원을 실시하는 것이 현실 가능한 사업내용이 될 것임.
- 또한 북한당국과 「세계보건기구」가 공통적으로 지적한 예방접종, 응급처치를 포함한 기초의료서비스, 영양공급 등을 포괄하는 안전한 식수공급 등 일차보건 의료(primary health care) 관련 사업내용을 추진함. 북한 영유아의 주요 사망원인의 대부분은 영양결핍과 식수 및 위생상태 등의 부적절한 환경이 이들 질환을 유발하는 주 요인으로 작용하고 있기 때문임.

나. 취약지역과 계층의 건강사업 추진을 조건으로 한 북측 요구분야 사업 병행 추진

- 우선순위가 높지 않음에도 불구하고 북한측이 특정 사업을 요구할 경우, 취약지역 또는 취약계층에게 발생되는 보건의료사업을 병행하여 추진할 수 있도록 북측과 협상함. 북한은 심장혈관질환 관련 의료기술 현대화 및 과학화와 경제적 실익 확보에 관심이 매우 높음. 따라서 첨단 의과학 시설지원이나 기술 교류·협력을 수용하면서 전제조건으로 취약계층에게 직접 전달이나 지원될 수 있는 지역 사회 기술지원 프로그램을 병행 추진할 수 있도록 조건을 제시한 협상을 시도함.

다. 북한 보건의료 인프라와 현장성을 고려한 단기적 효과를 볼 수 있는 생산기술 보급

- 그간 대북 민간단체들은 현지 상설근무가 어려워 병원 현대화사업을 통해 시설 및 장비 지원과 함께 남측 의료인들이 수시로 방북하여 기술전수 또는 간담회 등을 개최한 바 있으나 일회성이어서 북한 의료인들의 역량강화를 위한 진단, 처방 및 치료 등의 일련의 교육·훈련 프로그램은 매우 미흡한 실정임.
- 의료인력에 대한 기술 교육이나 훈련은 전력 및 의료장비 등 의료기반이 구비된 시설에서 이루어져야 하므로, 평양 이외 기반이 취약한 지역에서는 사실상 시행하기 어려운 문제가 있음.
 - 이러한 상황에서 북한의 의료서비스 전달체계를 효과적·효율적으로 복구하고 자생력을 유지할 수 있도록 하기 위해서는 의료시설, 혈액관리 및 임상실험실 가동에 따르는 기반이 구축된 지역에서는 전문의료 기술을 제공하되, 진료과목은 어린이와 모성을 대상으로 하고, 인프라가 미흡한 지역에서는 단기교육으로 효과를 극대화할 수 있는 조산교육 등의 주산기 관리와 전염성질환 관리 관련 기본교육을 시행할 수 있도록 지원하는 것이 바람직함. 현실적으로 지역 현장 접근이 어렵다는 점을 감안하여 남측에게 개방된 지역이나 중국 등 제 3국에서 교육자를 위한 교육(trainer's training)을 실시하는 것이 남북간 합의가 용이할 것으로 판단됨.

라. 북한의 보건의료인력 자질 향상을 위한 매뉴얼 개발 및 체계적 교육 실시

- 그 동안 대북 지원사업이 물적 지원 중심으로 이루어져 북한 보건의료체계의 자생력을 확보하고 질적 서비스를 유지하는 데에는 한계로 작용하였음.

- 보건의료인력 교육사업은 북한당국의 우선순위 분야에서 밀려나 있어 현재 남북 협력사업으로서는 실효성이 낮은 사업으로 지적할 수 있음.

- 북한의 의료시설과 병상은 평양의 소수 병동을 제외하고는 대부분 기능을 상실한 상태임. 이러한 이유 때문에 의료인력에 대한 임상기술 보급수준은 취약하고 의학교육 여건은 열악하여 장기간의 교육과정을 거쳐 양성되는 의료인력 개발에 소홀히 할 경우 지원된 의료장비와 의약품의 올바른 사용을 기대하기 어려워 자원의 낭비가 초래될 뿐 아니라 그 여파로 북한주민의 기본건강권 확보에 차질이 초래될 수 있음.
- 이에 따라 북한의 의료문제 발생에 근거한 단기 및 중장기 계획을 수립하여 의료인력에 대한 체계적인 교육·훈련프로그램이 요구됨.

3. 대북 보건의료사업 추진전략

가. 보건의료사업 추진전략

- 북한의 높은 전염성질환의 이환율과 열악한 보건의료 환경을 고려할 때, 보건의료인프라가 어느 정도 구비된 지역에서는 시설중심의 개발지원을 시도함. 반면, 의료기반이 취약한 군지역의 경우는 1차진료기관인 진료소 또는 인민병원에서부터 사업을 실시하되, 시설 개보수보다는 물적 지원의 비중을 높이면서 인프라가 덜 요구되는 지역보건사업을 전개하도록 함.
- 북한측의 폐쇄적인 현실적 상황에 비추어 볼 때, 수시로 왕래가 가능하고 지리적·공간적 접근이 용이한 지역에서는 인력 교육과 기술전수, 그리고 지원 장비 및 기기 수리 등의 의공학 기술교육사업을 추진함. 현 시점에서는 평양과 개성공업지구가 접근이 용이하여 교육지역으로서의 역할과 기능을 원활하게 수행할 수 있을 것으로 판단됨.

- 체계적인 기술지원 및 교육은 우선 남북 교류·협력이 보장된 장(field)에서 시도하는 것이 상호 원활한 기술협력이 가능할 것인데 평양은 남측주민의 상주가 불가능하고 지리적 접근성이 낮은 약점이 있어 개성공업지구가 보다 높은 성과를 기대할 수 있을 것임.
- 남북 주민간의 접촉은 취약한 북한주민의 건강상태를 고려할 때, 남한주민의 건강에 부정적인 영향을 미칠 수 있음. 때문에 남북간 경제협력이 이루어지고 있는 개성공업지구는 남북한 주민간의 접촉이 불가피한 지역이어서 전염성 질환관리와 공중보건분야의 협력이 특별히 요구되는 지역임.
- 따라서 개성공단은 말라리아 등 북한지역 전염성 질환의 국내유입 차단을 위한 방역의 창구로 활용할 필요성이 크므로 이 지역에서 일차적으로 남북 보건 의료 협력을 모색하는 것이 효용성이 높음. 감염성 질환의 유입·전파·확산을 조기 파악하는 역학적 대응능력을 강화하고 감시체제를 협력 구축하여야 할 것임.
 - 또한 개성공업지구에서의 응급환자 발생 후 국내 병원까지의 이송시간이 3시간 이상 소요됨에 따라 우선적으로 응급의료서비스를 중심으로 한 산업재해 관련 의료 협력도 아울러 요구됨.
- 제약분야의 복구를 위해서는 설비뿐만 아니라 의약품 원료의 지원도 수반되어야 함. 그리고 생산된 의약품의 안전성과 유효성을 보증하는 우수의약품 제조관리기준인 GMP(Good Manufacturing Practice) 기준을 만족 시킬 수 있는 기술지원도 동반되어야 함.
- 따라서 북한에서 의약품 지원사업을 벌이고 있는 국제기구들 사이에 의약품의 합리적인 사용과 설사 및 호흡기감염증의 치료 원칙 등에 관한 원칙을 공유할 필요성이 제기됨.

- 보건의료인력에 대한 교육 및 훈련 접근전략은 북한측이 관심이 있는 분야에서 부터 시작하되, 북한 또는 국내에서 필요하거나 수요가 있는 노동집약적이면서 기술이 덜 요구되는 약솜, 주사기, 목발 등의 의료소모품과 약초재배 생산 등과 연계하여 기술 지원하고, 생산된 물품에 대해서는 남한에 수출할 수 있는 판로까지 고려한 공식적인 관계 형성을 시도하여 자생력을 복구하는데 치중함.
 - 남북한간 경제협력추진 속도나 과정을 주시할 때, 북한은 남한과의 교류 또는 협력 과정에서 경제적 실익확보가 최우선 관심사라 하여도 과언이 아님. 북한은 보건의료분야에서 고려의학의 주체적인 민족의학이라 칭하여 고려의학의 육성 및 발전을 위해 중앙 당국차원에서 지원하고 있으며 치료의학으로서의 연구소와 실험실 투자에 역점을 두고 있음. 따라서 의약품 생산 뿐 아니라 한약재 또는 건강보조약재 등의 한의학 제재 생산은 북한에 시장경제 개념을 도입할 수 있는 단초를 제공할 것으로 판단됨.

- 개성공업지구를 중심으로 한 대북 보건의료산업은 북측과의 협상이나 북측의 수용가능성 측면에서 상호 이익창출이 가능한 산업분야를 개발할 수 있을 것으로 판단됨.
 - 그 이유는 첫째로 북한이 다급한 경제난을 벗어나기 위해 군사지역으로 중요한 개성을 개방했다는 점은 남북 보건의료 협력에 대해서도 응할 의지가 크다는 점이며, 둘째로 북한에서 전체적으로 투자와 개인적 이윤의 회수라는 자본주의적 방법에 대해 용인하는 지역이라는 점임.
 - 따라서 북한 전 지역을 자유롭게 접근할 수 없는 현 상태에서 보건의료 교류와 협력을 지속적으로 할 수 있는 지역과 사업은 경제라는 측면과 결합한 건강재화 생산을 개성공업지구에서 추진하는 것이 적절함.

나. 대북 영양사업 추진 전략

- 북한주민의 만성적인 영양부족에 대처하고, 그리고 장기적으로 통일과정과 통일

후에 대비하기 위한 대북 영양사업의 추진 전략은 다음의 3가지로 논의해 볼 수 있음.

- 첫째, 북한주민의 영양수준을 높이기 위해서 영양지원사업의 필요도가 가장 높은 영양취약집단의 요구를 충족시키는 방향으로 영유아 지원사업이 우선적으로 이루어져야 할 것임.
- 둘째, 북한주민의 영양문제 해결을 위해 식량 이용가능성을 지속적으로 높이기 위해서는 농업 및 경제교류 등 대북지원 사업 부문간의 긴밀한 연계가 요구됨.
- 셋째, 중장기적으로 통일 과정 이후의 북한 인구가 가지는 저영양과 이로 인한 만성질환에 취약한 인구집단의 특성에 기인한 질병부담, 소위 '이중의 부담(double burden)'에 북한이 대응할 수 있도록 북한의 건강증진 및 보건의료체계와 관련인력의 역량을 키우기 위한 방향으로 북한 보건의료체계 지원 접근이 요구됨.

1) 영양취약집단에 우선 접근할 수 있도록 영유아 지원과 식량지원 체계의 개선

- 최근 우리 정부는 UNICEF 및 WHO 등 국제기구를 통한 지원과 민간단체를 통한 영유아 지원을 확대하고 있으며, 효과적인 지원방안을 구체적으로 모색하여 영유아와 임산부의 영양을 효과적으로 개선하기에 적합한 지원 식품의 선정과 전달방법, 인도적 식품지원과 합당한 개발지원사업의 추진계획 등에 대해서도 현재 구체적인 논의가 진행되고 있음.
- 이러한 영양지원사업을 체계적으로 전개하기 위해서는 사업의 목표(과정목표, 최종목표)와 그에 맞는 사업 지표를 설정하고 남북당국이나 관계자 간에 협의와 참여를 통해 사업의 지속성을 유지하고, 북한의 자체 역량을 높일 수 있는 방향으로 사업을 체계적으로 추진해야 할 것임.
- 예로 영유아 지원을 위해 구체적으로 설정될 수 있는 목표로는 ①보건의료 요원

훈련, ②부모나 양육자에 대한 건강 및 영양교육, ③영양재활센터에서의 고도급 성 영양실조아의 치료, ④보육원에서의 영유아 성장발달모니터링(growth monitoring)을 통한 영양불량아동의 조기발견, ⑤영양강화 식품의 생산 및 지원, ⑥영양제 배급 목표, ⑦북한 동북부 등 취약지역에 대한 지원 목표 설정 등을 들 수 있음.

- 북한 영유아와 모성의 영양을 개선하고 다른 목적으로의 전용을 방지하면서 북한 실정에 맞는 적합한 식품의 선택도 중요할 것임. 개발도상국에 대한 영양지원에 많은 경험을 축적한 세계식량계획(WFP) 등 국제기구의 전문적 견해도 수렴할 필요가 있음.
- 영양지원식품의 조달에 있어서도 주어진 예산범위 내에서 영유아와 임산부의 영양개선을 위해서 우선순위는 무엇인가? 영양지원을 하는 경우 어떤 영양강화식품을 지원할 것인가? 에 대해서도 검토가 필요함.
 - 또한 개발지원을 포함하는데 있어서 남북 당국이 합리적인 방법을 이끌어내는 것이 향후 과제임. 가령, 최근 논의되고 있는 '콩기름 공장 건립' 등의 사안에 대해서도 타당성과 효과성에 대한 검토가 있어야 할 것임.
- 이제부터는 영유아 지원을 포함하여 북한주민의 열악한 영양상태, 특히 영유아와 임산부의 영양불량을 감소시키기 위한 지원사업이 필요한 대상에게 효과적으로 전달될 수 있도록 계획단계부터 설계되어야 할 것임.
 - 이제까지 접근에 제약되어 왔던 지역은 영양취약 가능성이 더욱 높은 지역이므로 이러한 지역에도 식량지원과 영유아지원 사업이 접근할 수 있도록 북한 당국과의 협의, WFP 등 국제지원기구와의 공조와 협력체제를 강화할 필요성이 높음.
 - 취약 지역에 식량과 지원물품의 운반을 위해서는 북한의 교통수단과 지역사정을 고려할 때 평양 인근지역 뿐 아니라 강원도나 함경남도 등의 지역에 전달

이 용이하도록 지원하는 식량의 입항 지역(예: 청진, 원산 등)을 다원화할 필요가 있음.

□ 영유아 지원 부문부터 지원계획의 설계단계부터 배분단계에 이르기까지 우선적으로 모니터링을 도입하여 식량지원의 필요도가 가장 높은 취약한 집단에게 전달될 수 있어야 할 것임. 국제규범에 입각하여 ‘분배 투명성’, 분배대상의 사회적 신분이나 정치적 신념에 차별 없이 식량에 접근될 수 있어야 한다는 ‘비차별성’을 확보하기 위한 정책적 접근이 필요함. 이는 좀더 요구도가 높은 취약집단에게 필요한 시기(특히 2세 이하의 영유아와 임신 여성)에 식량과 영양식품이 전달되도록 하는데 중요한 사항으로 영유아를 사망과 영양장애로부터 구하고, 전생애에 걸친 질병부담을 완화시키는 데 필수적인 사안임.

□ 2002년 이후 북한에서 부분적 자본주의와 시장기능의 도입 결과, 전반적으로 식품이용 가능성이 높아지고는 있지만, 소속과 근로계층에 따라 정치적 계층화와 빈부차이의 심화를 초래하고 있으며, 식품배급이 불안정해져 식품 구매능력이 없는 도시근로 취약계층은 식량의 구매력 부족으로 여전히 생존의 위협을 받고 있으며, 식량부족으로 인한 영양부족은 북한 주민에게 보편적으로 만연되어 있는 실정임.

□ 이러한 상황에서 식량의 부족이 심각한 취약계층에게 접근하기 위한 모니터링의 도입과 이를 위한 북한당국간의 합의와 실행의 촉구는 더욱 중요해지고 있으며, 영양지원사업의 체계적 관리와 평가를 위한 가이드라인과 매뉴얼 개발이 요구됨.

2) 북한 주민의 식량 접근성을 장기적으로 높이기 위한 대북지원 부문간의 효과적 연대

□ 2000년 이후 식량생산이 점진적으로 증가하고 있지만, 앞에서 언급하였듯이 북한

주민의 영양부족 문제는 근본적으로 식량생산의 부족에 연유함. 지리적 조건과 기후조건으로 식량을 자급하기 어려운 자연환경에 기인한 절대적 부족에도 원인이 있지만, 북한은 지속된 자연재해, 농업용수의 부족 및 댐 등 기반시설의 부족, 비료와 종자와 농업기술의 부족 등 농업기반의 구조적 취약성과 개인의 생산성을 유인하지 못하는 협동농장제도, 배분의 문제 등으로 인하여 여전히 대부분의 인구가 심각한 식량부족을 겪고 있음.

□ 영유아에 대한 영양지원사업은 영양을 보다 충족시킬 수 있는 작물의 선택과 텃밭을 이용한 녹황색 채소의 재배 등을 독려하는 방향으로 이루어져야 할 것임. 이를 위해서는 영농지원 등 농업부분 대북지원사업과 연계함으로써 한정된 대북지원을 위한 자원을 효과적으로 활용하도록 하여야 할 것임. 이는 대북지원사업이 개발지원사업의 비중을 높이는 방향으로 전환이 남북 쌍방간의 요구가 대두되는 시점에 있어 향후 사업 방향의 주요 원칙이 되어야 할 것임.

□ 또한 같이 농업 외에도 식품의 이용과 건강에 영향을 미치는 요인, 즉, 식품의 배분, 시장의 기능, 식량의 수입(교역) 등 다양한 요인들에 대한 포괄적인 고려가 필요함.

3) 장기적 영양부족으로 인한 질병부담에 대처하기 위한 북한 보건의료체계 구축의 지원

□ 북한은 식량부족으로 인하여 주민 전체에 영양부족 상태가 만연되어 있으며, 이 중에서도 태아기와 영유아기는 영양부족에 의해 생명에 치명적인 위협을 받으며, 장기적으로 생애에 걸친 건강에 영향을 받게 되는 중요한 시기임. 이 시기의 영양장애는 성인기 이후의 만성질환의 위험요인으로 작용하여 질병부담을 높이며, 생산성 감소로 이어짐.

- 보건의료 재건과 강화에 대한 지원 방향은 영양불량과 함께 만성질환을 유발하는데 기여하는 흡연, 음주 등 건강습관의 개선을 병행하여 북한 주민들이 건강 생활습관을 습득하도록 교육하고, 질병 예방을 강조하는 포괄적인 지역보건개발 접근방법과 WHO가 권장하는 1차보건의료사업체계를 도입하는 방향으로 접근할 것이 요구됨.

VII. 대북 보건의료사업 성과 제고를 위한 과제

- 2007년 한 해는 2월에 개최된 6자회담에서 이루어진 2·13 합의에 따라 북한 핵 문제의 해결에 대한 기대와 10월 남북정상회담에서의 남북 당국자간 합의문 채택으로 인하여 한반도 평화에 대한 기대가 고조되었음.
 - 그러나 2007년 말 현재까지 소강상태에 있는 북한 핵문제와 2008년 신 정부의 한반도 비핵화를 전제로 한 상호주의 원칙의 대북 정책기조는 인도적 성격이 강한 보건의료분야에서도 상생의 협력 틀로 정립해야 된다는 시대적 요구가 강하게 대두되고 있음.

- 실용주의를 강조하는 신 정부에서는 과거 김대중 정부의 화해와 협력정책에 이어 노무현 정부의 평화와 번영정책으로 실천된 지난 10년의 햇볕정책과 포용정책의 실적이나 성과에 대해 남한내부에서의 이견과 갈등의 소지가 초래될 가능성이 있음.
 - 소위 '퍼주기식' 대북 정책이라든가 북한에 끌려 다니는 식의 대북 사업에 대한 불신이 증폭되어 식량 및 의료 등 인도적 분야는 더욱 더 투명성 부족이 문제로 지적될 수 있음.

- 한반도를 둘러싼 강대국의 국제정세 속에서, 주변 국가들은 그간 남북주도의 다양한 보건의료분야의 일방향성 사업추진과 남북 정상간 합의된 사항들을 표면적 이지만 지원하는 관계를 유지하여 왔음. 북한의 비핵화 전제와 상호주의를 원칙으로 하는 국내 정세가 강세를 보일 것이 예상됨에 따라 앞서 파악한 개발지원을 위한 당국간 사업은 물론 대북 지원 자체가 원활하게 이루어질 수 있을 것인가에 대한 의문이 제기됨.

- 북한 핵문제의 영향력이 거의 절대적인 미국의 주도아래, 북핵문제가 해결될 경우 북미관계가 개선되고, 반면 남측에서는 인도적 성격의 식량지원 및 보건의료 분야 등에서 상호주의를 앞세워 북측과 협상테이블에 임하고자 한다면 그간 남북간 구축된 신뢰를 잃을 수 있을 뿐 아니라 협상자체가 무산될 가능성도 있음.
 - 식량(영양)이나 보건의료분야는 인간의 생명과 직결되는 바, 이 분야에서 까지 상호주의를 앞세운 전략 또는 접근방식은 적합한 정책 대응이 아닐 것임.

- 급변하는 국제관계 속에서의 남북 관계를 원만한 평화의 틀 내에서 지속가능하게 하기 위해서는 여전히 남한은 북한과의 신뢰관계 구축이 중요한 요건임.
 - 대북 지원 민간단체는 북한측과 유연하게 대처할 수 있는 창구의 역할로서 남북관계의 모멘텀을 유지해 주어야 함.

- 남한과 북한이 정치·군사적으로 적대관계에 있는 상태에서는 앞서 제시한 단기적으로는 현실적으로 수용 가능한 범위 내에서 대북 사업을 추진하고, 장기적으로는 개발지원을 위한 협력창구, 협력수준 및 범위의 수용능력 자체를 크게 하는 노력을 하여야 함.
 - 국내 인도적 지원사업이 제 3국의 지원수준보다 미흡하고 북한 당국과 상충하는 문제들이 빈번하게 발생될 경우, 당국간에는 민족공조라는 의미가 희석될 수 있으므로 국내 대북 지원 민간단체, 종교에 기반한 대북사업단체, 해외거주 대북사업단체 공히 각자의 현장에서 대북 지원사업을 현명하게 접근하여 대처, 공동의 이해와 협력을 이끌어 낼 수 있는 버팀목이 되어야 함. 이러한 방향으로의 사업수행을 위해서는 민·관 협력하여 대북사업 수행에 따른 공동행동규범이 필요할 것임.

- 앞서 파악한 바와 같이 북한당국의 요구와 취약계층 및 취약지역 주민의 서비스 필요도가 다소 달라 민간단체의 대북 사업성고가 기대보다 낮을 수 있음.
 - 북한 당국은 보건의료체계 복구를 위해 물질 지원에서 개발지원을 위한 인

적·기술적 지원이 병행되어야 한다는 인식이 점차 확산되고 있어 그 속도가 더디기는 하지만 불가피하게 취약주민의 건강문제와 생명을 위협하는 전염성 질환의 통제 분야에 대해서는 한반도에 공존하는 이상 요청할 것으로 예상됨.

- 현 시점에서 대북 보건의료사업의 성과를 제고하기 위해서는 우선 국내에서 실현 가능한 사업기반을 마련하는 것임.
 - 즉, 대북 보건의료사업이 우선순위 문제를 중심으로(health problem-oriented), 보건과학적 지식과 근거에 입각한(evidence-based) 방향으로 접근되도록 활동 계획(action plan)을 작성하고 이를 바탕으로 자원 투입 및 재원계획이 이루어지는 일련의 체계가 작동되는 것이 바람직함.
 - 한반도 건강향상을 위해 보다 폭 넓은 분야의 전문가를 참여시키고 통합적이고 체계적으로 접근하기 위해 그간 국내외 대북 민간단체의 사업내용 및 기술지원에 대한 표준화된 국제 분류(DAC의 CRS 코드)에 토대를 둔 DB를 구축하는 노력이 일차적으로 필요함. 이는 곧 대북 사업에 대한 올바른 정보제공에 기틀이 되고 국민적 공감대 형성에 바탕이 될 것임.
- 보건의료분야의 사업은 통일세대의 인적 자질을 향상시켜 폭넓은 경제적·사회적 이익을 제공하는 투자임.
 - 북한 사회의 정치적·사회적 구조체계와 현실을 도외시 할 수 없는 바, 생명의 존엄성을 바탕에 둔 보건의료사업이나 영양(또는 식량)지원사업을 비핵화를 전제로 하거나 생명을 담보로 협상할 경우, 다른 모든 협력사업의 제약요인이 될 수 있음. 뿐만 아니라 장기간에 걸쳐 구축된 남북간 신뢰를 무너뜨리고 돌이킬 수 없는 장벽에 부딪칠 수 있음.
- 상호 관계에서 교류나 협력을 체계적으로 정착시키는 데 기여하는 기본적이고 공통적인 전제가 바로 신뢰임. 신뢰의 형성은 먼저 주는 쪽이 있어야 비로소 가

능해짐. 손해를 각오하고 먼저 신뢰를 주는 행위가 성공적으로 상대방에게도 신뢰관계를 형성시키는 행위를 이끌어 냄(윤석철, 1991).

- 과거 남북 대치적 상황을 직시할 때 신뢰는 기대하기 어려웠으나 포용정책으로 꾸준히 신뢰의 기반을 구축하여 왔음. 생물학과 경제학에서 서로 관계없는 인간사이의 협조는 자기이익과 상관있는 행위로서만 가능하다고 봄(Dominik, 2003). 하물며 남북 정치적 대립상황 하에서는 더욱 그러한 바, 지속적인 의료 지원을 수반한 협력은 남북관계에서 또 다른 교류와 협력을 이끌어내는데 기여하고 사회분야에서 풀지 못한 문제들을 해결하는 데 단초를 제공할 수 있음. 때문에 정치색인 낮은(low politics) 일류 보편적 가치제인 의료분야는 신축적인 상호주의 입장을 보일 필요가 있음.

- 앞서 제시한 보건의료분야의 남북 교류와 협력들이 지속적이고 안정적으로 추진되기 위해서는 정부가 첫째, 일관성있는 대북정책을 추진하겠다는 공식적인 표명이 필요함. 둘째, 이러한 원칙을 보장하고 재정적으로 지원할 수 있는 제도적 뒷받침을 마련하여야 함. 무상과 유상원조를 구별하고 당국간 사업과 민간부문의 사업으로 다시 구분하여 상호주의 원칙과 차별화된 활동을 규명하고 학술 및 연구 교류 부문, 기술협력사업 등의 특성에 합당한 재원조달과정을 거쳐 체계적으로 사업이 추진될 수 있도록 대북 사업에 대한 마스터 플랜을 수립, 명시하여야 함.

참 고 문 헌

- 국립보건원, 내부자료, 2003
- 권태진, 북한 핵실험이후 남북한 농업협력전망, 한국농촌경제연구원, 2007
- 김정일 선집, 「인민보건사업을 개선 강화하는데서 나서는 몇 가지 문제」, 13, 1992.2-1994.12
- 박종연, 북한의 보건의료실태와 통일후 건강보장체계의 과제, 남북한 보건의료. 제3호, 2002. 아주남북한보건의료연구소.
- 박형중, 북한의 인도적 상황에 대한 평가와 종합계획에의 적용, 통일연구원, 2004
- 보건복지부, 내부자료, 2007
- 보건복지부, 1999년도 영아사망조사 보고서
- 북한인권보고서, 2007
- 신영전, 남북한 인구 및 건강수준 현황과 보건의료부문 교류협력방안, 고령화 및 미래사회위원회, 2004
- 어린이의약품지원본부, 대북 지원사업보고서, 2001
- 윤석철, 신뢰의 방법론, 1991
- 윤지현, 북한에서의 UNICEF 사업내용, 2007
- 이윤환, 북한 보건의료 분야의 인도적 지원방향, 아주대학교, 2002
- 이종석, '북한 국민소득 재평가', 정세와 정책, 2007
- 이철수, 북한보건의료법제: 원문과 해설, 아주남북한보건의료연구소, 2006
- _____, 북한사회복지: 반복지의 북한, 2003
- 임강택, 『새로운 남북협력모델의 모색: 지속적으로 발전가능한 협력 모델』, 통일연구원, 2002

- 전신욱, 「남북한 신뢰증진을 위한 지방정부간 교류협력 확대방안」, 『통일연구논집』, 2002
- 정정길, 정책평가, 법영사, 1987
- 조선민주주의인민공화국 법진, 법률출판사, 2004
- 질병관리본부, 내부자료, 2007
- 좋은벗들, 북한 사회변화와 인권, 2007
- 통일부, 내부자료, 2005, 2006, 2007
- 한국경제개발원, 동향과 분석, 북한경제리뷰 2006, 2007
- 한국은행, '2006년 북한 경제성장률 추정 결과' 2007
- 한영자·서경·이상욱·이승욱·신창우, 2002-2003 영아모성사망조사, 한국보건사회연구원·보건복지부, 2005
- 황나미·남정자·유근춘·김동진, 남북 보건의료 교류 및 협력을 위한 기반구축 전략 개발, 한국보건사회연구원, 2003
- 황나미·이상영·유근춘, 남북 보건의료 교류 및 협력사업 모형개발, 한국보건사회연구원, 2004
- 황지윤·장남수, 문헌과 북한이탈주민의 설문조사를 통해 본 북한인의 식생활과 영양소 섭취실태, 대한지역사회영양학회지 6(3): 371-379, 2001.
- WHO, 북한영유아사업보고서, 2007
- Supported Health Project in Central America and Africa, Soci. Sci. Medicine, 30(9), 1990
- _____, Consolidated Inter-Agency Appeal for DPRK 2003 Mid-Year Review, May 2003.
- Bossert T.J., Can They Get along with Us?; sustainability of Donor-supported Health Project in Central America and Africa. Soc Sci Med., 30(9), 1990
- CBS·ICN DPRK, DPRK 2004 Nutrition Assessment Report of Survey Results, 2005

- 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
- Central Sydney Area health Services, Program Management Guidelines for Health Promotion, 2001
- DPRK, UNICEF, WFP, 2004 Nutrition Assessment Report of Survey Results
- EU, UNICEF & WFP, Nutrition Survey of The Democratic People's Republic of Korea, 1998.
- EU · UNICEF · WFP, Nutrition Survey of the DPRK, 1998
- GAO, Foreign Assistance: North Korea restricts food aid monitoring, GAO/NSIAD-00-35, United States General Accounting Office, 1999
- [http:// www.unfpa.org/swp/2002/pdf/english/swp2002eng.pdf](http://www.unfpa.org/swp/2002/pdf/english/swp2002eng.pdf).
- <http://www.oecd.org>.
- IASC Working Group, IASC Appeal and Strategy Documents, UN, 2003
- 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
- OECD, Recent Trends in Official Development Assistance to Health, OECD, 2000
- Roberts, Gilbert & Sherratt, Thomas N., Development of cooperative relationships through increasing investment, *nature* 394, 1998, pp. 175–179
- Robinson WC, Lee MK et al, Mortality in North Korean migrant households: a retrospective study, *Lancet* 1999; 354: 291-95
- Stephen R.Rock, Appeasement in International Politics, Univ. of Kenturcky, 2000

- Sunyoung Pak, The biological standard of living in the two Koreas, *Economics and Human Biology* 2:511-521, 2004
- UN OCHA, Consolidated Inter-Agency Appeal for DPRK 2003, 2002
- UNFPA, The State of World Population 2002: people, poverty and possibilities, 2002,
- UNFPA, The State of World Population 2004
- UNICEF, Analysis of the situation of children and women in DPRK, 2006
- UNICEF, UNICEF Humanitarian Action: DPR Korea Donor Update 19 Nov, 2002
- UNICEF · WFP · Central Bureau of Statistics DPRK, 2000 Report of the Second MICS.
- UNICEF, 3rd Annual UNICEF/AIHD Study Seminar, Thailand, 1993
- UNICEF · WFP · Central Bureau of Statistics DPRK, Report on the DPRK 2002 Nutrition Assessment, 2002
- UNOCHA, 1999, DPR of Korea Humanitarian Situation Report, 1999
- WHO, The World Health Report 2000
- WHO, WHO Country Cooperation Strategy 2004–2008: DPRK, 2003
- <http://www.provin.gangwon.kr/gangwon/main/parthome/html/parthome>
- <http://www.koreahealthnews.net>
- <http://wwwwww.reliefweb.int/w/rwb.nsf>
- <http://www.unikorea.go.kr>
- <http://www.who.int/whr2001/2001/archives>

본 보고서에 수록된 내용은 어디까지나 연구진의 의견이며, 본 연구원의 공식적인 견해가 아님을 밝혀둔다.