

북한 보건 의료 체계 개발을 위한 남북 협력 추진 방안

Strategies for Inter-Korean Cooperation for Development and Rehabilitation of Health Care System in DPRK



황나미 한국보건사회연구원 연구위원

지난 10여 년간 민주주의의 대북 지원과 국제기구를 통한 간접 지원 방식 만으로는 북한이 현재 처해 있는 복합적인 위기상황 (complex emergency)을 극복할 수 있는 근본적인 문제 해결과 인프라 구축에 한계를 초래한 바, 사업성과 효율을 제고할 수 있는 체계적 인 남북 협력 추진이 요구된다. 추진전략으로는 북한측과의 보건 의료 체계 복구 및 유지를 위한 장단기 계획 수립 아래, 치명적인 사망이나 이환을 줄일 수 있는 전염성 질환을 대상으로 지식과 기술을 동시에 전달 가능케 하는 패키지 프로그램이나 북한측에 경제적 실익이 되는 제약산업 등 보건산업 분야의 협력이 현실적으로 적합하고(relevance) 효과적이며(effectiveness) 지속가능할 것이다(sustainability). 보건 의료 재화 및 서비스 생산 시설이 가동되고 원료가 안정적 · 지속적으로 공급되기 위해서는 시장경제적 관점에서 협력 전략을 도입하여야 할 것이다. 이 때 북한 당국의 인식과 요구를 반영한 사업부터 추진하는 것이 남북 협력의 전략이자, 북한과의 합의에 도달할 수 있는 방안이다.

2000년 6월 15일, 남북 정상은 만나 이루어진 「6·15 남북 공동선언」은 남과 북이 경제 협력을 통하여 민족 경제를 균형적으로 발전시키고, 보건 · 문화 · 체육 등 제반 분야의 교류 · 협력을 활성화하여 서로의 신뢰를 다져 나가기로 합의함에 따라 남북간 다양한 분야에서 교류 · 협력을 확대시키는 계기를 마련하였다.

7년이 지난 2007년, 2·13 합의에 따른 최근의 북한 핵문제 해결의 진전과 북미 관계의 개선을 계기로 북한을 바라보는 시각은 다양하다. 북한사회의 개방과 개혁을 내다보면서, 국내에서는 남북 평화정책과 경제협력을 통해 한반도

의 번영을 일구는 본질적인 전략이 조심스럽게 수면위로 떠오르고 있다. 때문에 2007년 10월 개최되는 제2차 남북정상회담은 한반도 평화와 남북간 공동 번영을 달성하고 남북관계의 안정적이고 지속적인 발전을 통해 민족의 새로운 미래를 열어 나가는 초석이 될 것이다.

북한은 1990년대 초, 경제악화와 뒤이은 자연재해로 인하여 에너지 부족과 함께 극심한 식량난이 지속되면서 사회 전반적인 위기를 겪게 되었다. 이후 보건 의료 체계가 붕괴되고 전염병이 만연되는 등 각종 보건 문제가 초래됨에 따라 주민의 생존이 위협받게 되었다. 인간안

보(human security)를 위한 필수적 사회투자인 보건 의료 분야의 남북 협력은 한반도 건강공동체를 구현함으로써 한반도 경쟁력 향상이라는 단순한 고리의 출발점인 바, 보건 의료 분야의 남북 협력 방안을 모색해야 되는 이유가 바로 여기에 있다. 보건 의료 분야의 협력은 통일세대의 인구자질 향상과 건강수준 격차 완화를 통해 민족 동질성을 조기에 회복하는데 그 의의가 크다. 이러한 인식하에 본 고에서는 보건 의료 분야의 대북 사업 성과와 문제점을 파악하여 북한 보건 의료 체계의 개발 및 복구를 위한 목표를 설정하고 남북 협력 추진 전략을 제시하고자 한다.

1. 보건 의료 분야의 대북 지원 추이

우리나라의 보건 의료 분야의 대북 지원은 북한의 공식적인 요청에 의해 1997년부터 정부를 비롯한 민간단체에서 시작하였다. 1999년 2월, 대북 민간 지원 창구의 다원화 조치로 인하여 대북 창구가 확대됨에 따라 보건 의료 분야는 대부분 이 시기 이후부터 본격적으로 활동하게 되었다.

보건 의료 분야의 대북 사업 규모는 2000년 약 179억원에서 지속적으로 증가하여 2007년 8월 현재, 280억원이다. 2007년 지원액은 전년도 대

비 22% 증가하였다. 반면 국제사회의 대북 지원은 2001년 북한의 핵위기 이후 급감하였다¹⁾ (그림 1). 2004년 8월, 북한은 분배의 투명성을 전제조건으로 하는 'UN 합동지원절차(CAP; Consolidated Appeal Process)'에 따른 지원을 거부함에 따라 그 해 북한 용천역 폭발사고에 대한 응급 구호지원만이 추가로 이루어졌을 뿐, 이후 국제기구의 지원은 더욱 급감하여 북한은 국제 사회로부터 고립이 심화되었다. 일부 국내 지원액이 포함된 UNICEF의 경우, 5세 미만 중증영양장애 아동 7만 명 중 약 6%에 해당되는 4,000여명만이 지원대상이 되었으며, 백신은 전체 필요물량의 20~30% 수준에 불과하였다²⁾. 식량은 「세계식량계획(WFP)」의 지원 목표대상의 39%에 불과하여 일부 특정지역에 배급이 이루어짐에 따라 식량이 불안정한 지역에서는 취약계층의 영양결핍이 증가될 수 있는 실정이다³⁾.

[그림 1]에서 제시한 바와 같이 북한의 대남 의존도는 점차 높아지고 있지만 국제기구를 포함한 국내 지원물량으로는 북한 취약계층의 수요에 절대 부족한 실정이다. 우리 사회 일각에서는 평양 등 대도시 일부 개방지역에 국한된 대북 지원을 문제로 제기하고 있는데, 북측은 자강도, 함경북도 등의 동북부 산간 취약지역의 경우, 물량 부족으로 인해 실질적인 지원에 제약이 있을 수밖에 없다는 입장을 보이고 있다.

1) UN IASC Working Group, IASC Appeal and Strategy Documents, 2003.
2) UNICEF, DPRK Report, 2006.
3) WFP, Hunger's Global Hotspots, 2007.

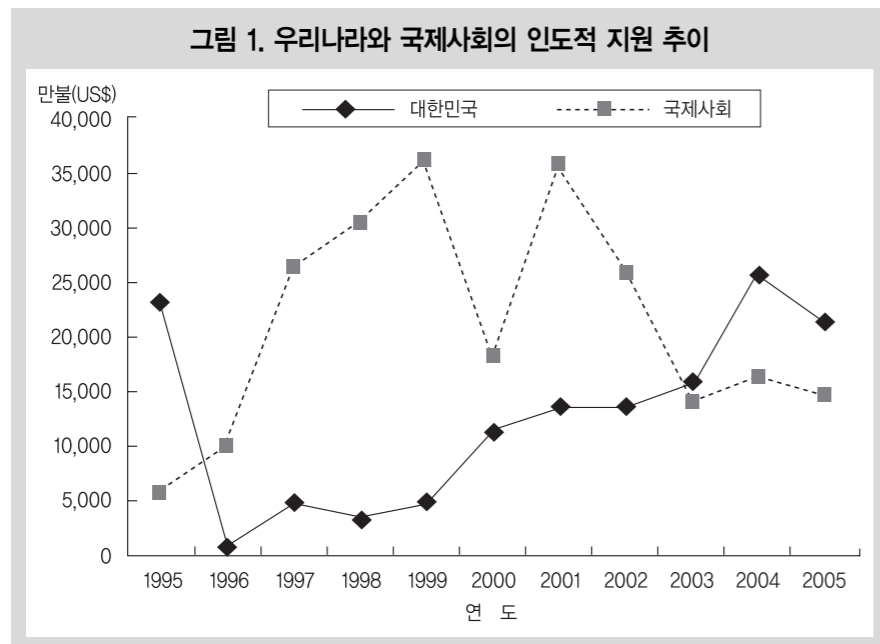
그러나 그 반대로 이러한 배경에는 사정에 의한 요구(assessed needs)에 의해 지원이 이루어지고 지원현장의 접근 없이는 지원할 수 없다는(no access no support) 국제기구의 원칙에서 비롯된 문제이기도 하다.

2. 보건의료분야의 대북 지원 사업 내용

10여 년 동안의 대북 지원에도 불구하고 북한 보건의료체계는 지속적인 경제난과 전력난 등으로 여전히 회복되지 못하고 있다. 이러한

상황이 장기화되면서 유엔을 중심으로 한 국제 사회에서는 북한을 복합적인 위기상황 (complex emergency)으로 규정하고 있다.⁴⁾ 즉, 구호활동만으로는 북한당국이 제 기능을 수행하지 못함에 따라 현존하는 여러 분야의 위기를 해결하기 어렵다는 것이다. 이러한 국제사회의 공동 인식 속에서 대북 지원은 기존의 구호사업에서 장기적인 개발관점으로 그 방향이 전환되어야 한다고 강조하고 있다⁵⁾.

보건의료분야도 개발(development) 및 복구(rehabilitation)가 주요 현안이다. 2007년 남북협력기금에 의한 보건의료분야의 대북 지원사업은 개별사업, 합동사업, 영유아 지원사업, 원료



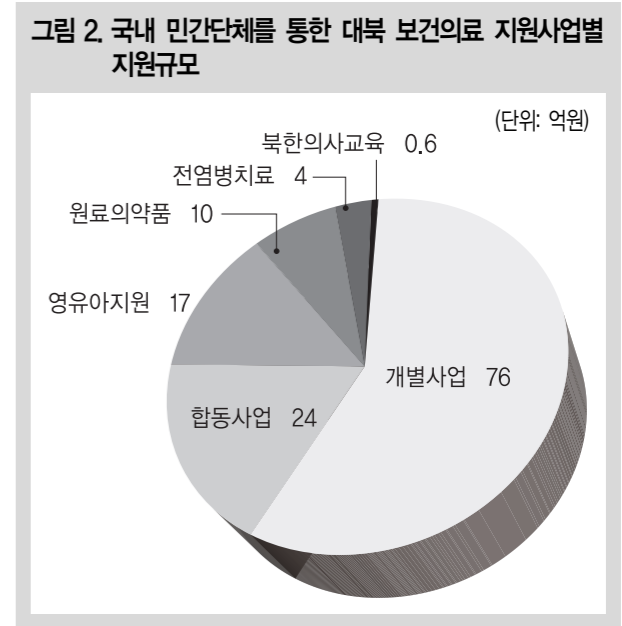
4) UNOCHA, DPR of Korea Humanitarian Situation Report, 1999.
5) UNOCHA, 전계서, 1999.

의약품 및 전염병치료 등으로 구분된다(그림 2). 대부분의 민간단체는 개별적으로 보건의료체계의 복구 목적으로 병원 개보수 또는 건립 등 병원 현대화사업을 추진하고 있다. 그러나 시설 노후화로 인해 지붕, 외벽수리 및 창틀 교체 등 기초골조공사를 우선 실시하여야 되는 상황이다. 병원 운영에 필수적인 정수 및 난방 등 의료 기반시설 복구를 위한 접근은 민간단체 차원에서는 감당하기 어려운 문제이다. 지원된 고가장비 및 기기들은 전력부족 등으로 설비를 갖추고도 제대로 활용되지 못하고 있을 뿐 아니라, 적절한 의료기술이 수반되지 못하여 투입자원이나 지원규모에 비해 실제 사업성과는 미흡한 실정이다⁶⁾. 이러한 문제를 극복하고자 민간단체에서는 의료장비 및 기기를 지원할 때, 남한의 기술자가 그때그때 방북하여 의료기술을 전수하거나 의학서적을 지원하고 있으며 의과학 세미나를 통해 일회성이지만 교육을 실시하는 등 다각적인 노력을 경주하고 있다.

이에 「보건복지부」가 전문적 대북지원을 위해 설립한 「한국국제보건의료재단」에서 의료인력의 역량 강화를 위해 제 3국(독일)에 북한 의사를 초청하여 2007년부터 5개년 계획으로 진단·처방 등의 임상기술에 대한 교육·훈련사업을 추진 중에 있다. 교

6) 황나미 외, 『남북 보건 의료 교류 · 협력 증진을 위한 기반구축 전략 개발』, 한국보건사회연구원, 2003.
7) WHO, WHO Country Cooperation Strategy 2004-2008: DPRK, 2003.

육인원 및 기간은 매년 10명이며 6개월이다. 북한 전역에는 결핵 등의 전염성 질환이 만연되고 있으며 북한당국과 「세계보건기구」는 이들 질환이 최우선 과제라고 지적한 바 있다⁷⁾. 이에 민간단체는 결핵을 비롯한 전염성질환 퇴치사업을 개별사업으로 추진 중에 있다. 영양지원사업은 사회복지분야의 단체에서 어린이 종합복지사업, 어린이 영양식 공급 또는 영양개선 건강 증진사업 등을 실시하고 있다.



한편, 개성공업지구는 2006년 12월 현재, 11,000명(북한 10,000여명, 남한 900여명)의 근로자가 활동 중이며 2007년 말에는 76,000명이 상주할 예정이다. 이들 근로자에게 발생된 의료

문제를 해결하기 위해서는 남한 병원까지의 이송시간이 3시간 이상 소요된다. 이에 정부는 개성공업지구 개발 확대에 따른 의료수요 증가에 대비하기 위해 남북 의료인이 근무하고 있는 개성협력병원을 지원하고 있다.

2005년부터 정부는 단순 구호성 지원을 넘어서는 개발 중심의 사업에 치중하고자 남북협력기금의 지원규모를 증액하면서, 3개 이상의 민간단체가 콘소시움을 구성하여 상호 전문분야를 결합 추진하는 이른바 합동사업을 도입하여 실시 중에 있다. 보건 의료분야는 '나눔인터내셔널', '어린이의약품지원본부', '우리민족서로돕기운동본부' 등의 여러 민간단체가 합동으로 보건 의료체계 개선사업을 추진 중에 있다.

제약분야는 민간단체가 평양의 정성제약, 대동강 제약공장, 어린이 영양연구소 등의 시설을 복구하고 제약설비를 지원하였다. 2007년부터는 이들 공장에 항생제 및 수액제 등의 원료를 지원함에 따라 의약품의 현지 직접 생산체제로 전환되었다. 그러나 여전히 원료의약품의 부족으로 가동률이 저조한 실정이다. 질병감염 방지에 필수적인 주사기, 거즈, 소독약 등의 의료소모품의 생산기반 역시 취약한 상태로 복구되지 못하고 있다.

3. 보건 의료분야의 대북 지원의 성과와 한계

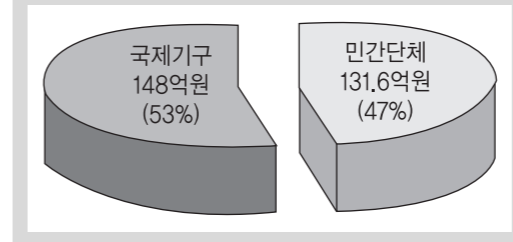
사회문화 분야에 속하는 보건 의료분야는 민

간단체 주도로 인도적 지원에 치중하여 왔다. 그간 생명의 존엄성을 바탕으로 둔 순수한 목적이란 점 때문에 북한 당국의 대남 신뢰도 향상에는 큰 기여를 하여 왔다. 개별 민간단체로서는 인도적 차원에서의 사업전개가 본연의 역할이기도 하지만 북측이 요구하는 사업이나 물적 지원에 치중함에 따라 보건 의료문제의 근본적인 개선에는 한계를 노출하게 되었다. 사업초기 단계에서부터 북한 보건 의료실무자와의 기술 교류가 원활하지 못하고 대부분 단발성 전시적 시범으로 그치게 되었다. 북한 보건 의료인력 역량강화를 위한 기술교육(제3국) 프로그램은 대상인원이 소수에 불과하여 그 효과는 미미할 것으로 예상된다. 합동사업의 경우, 아직까지는 지원사업 단체들간 상호 협력시스템을 구축하여 시너지 효과를 기대할 수 있는 수준으로 발전하지 못하고 있는 것으로 평가되고 있다.

남북간 접촉이 빈번한 개성공업지구는 북한 의료인력의 기술 교육 · 훈련을 실시할 수 있는 지리적 접근성과 환경적 기반을 갖춘 장소이다. 동시에 북한지역에 만연되어 있는 전염성 질환의 국내 유입 창구로서 전염성 질환을 차단하여야 하는 방역의 요충지이기도 하다. 현 민간단체는 말라리아 등 전염병 예방 · 관리체계를 구축하는 데 전문성 부족과 함께 지원규모상 보건 의료 인프라 구축에는 한계를 가지고 있다. 이들 문제는 근본적으로 남북간 정치적 특수한 관계에서 비롯된 문제이기도 하지만 북한 보건 의료체계 복구를 위한 전문적 · 전략적 고려없이 추진된 결과이기도 하다.

이러한 문제를 극복하고자 「세계보건기구(WHO)」, 「유엔아동기금(UNICEF)」 및 「국제백신연구소(IVI)」 등의 국제기구를 통한 지원방식을 확대하였다. 2006년 지원규모는 남북협력기금 전체 지원액의 58.7%, 2007년은 52.9%를 차지하여 절반을 상회하고 있다(그림 3). 대내외적 정치적 여건변화와 남북 관계를 주목할 때, 남북 교류 · 협력은 민족의 내적 통합과 한반도의 번영을 위해 앞으로 수십 년간 겪게 될 필연적인 과정이다. 따라서 국제기구에 지속적으로 의존할 경우, 간접비용(인건비, 운영비, 관리비 등의 재정) 등의 재정부담이 계속 증가될 수 있으며, 남한 당국의 사업 노하우 부족과 사업간 연계미비로 자원의 낭비가 초래될 수 있다. 대북 규모가 증가되고 있는 점을 고려하면 국내 사업과의 중복도 배제할 수 없다. 이에 보건 의료분야의 남 · 북한 당국이 능동적 · 주도적으로 상호 협력추진을 모색하는 것은 효율적으로 상호 번영 및 발전하는 데 중요한 의미를 지닌다.

그림 3. 보건 의료분야의 민간단체 및 국제기구를 경유한 남북협력기금 지원액(2007)



8) UNFPA · PPFK, 『2007 세계인구현황』, 2007.

9) UNFPA · PPFK, 전게서, 2007.

10) Central Bureau of Statistics DPRK, Report on the DPRK Nutrition Assessment, 2004.

4. 남북 보건 의료 협력의 목표

한 나라의 보건수준을 가늠하는 지표는 영아 사망률과 모성사망비이다. 북한의 모자보건 수준은 점차 향상되고 있으나 아직도 영아사망률은 출생 1천명당 42명으로⁸⁾ 남한(5.3명)의 약 8배, 모성사망비는 출생 10만명당 67명으로⁹⁾ 남한(13명)의 약 5배이어서 남북간 건강 격차가 심각하다. 영양상태는 최근 남한과 국제기구의 지원에 의해 생존의 위협으로부터 벗어났다고 하지만 7세 미만 영유아의 37.0%가 만성영양장애, 23.3% 저체중, 7.0%는 급성영양장애로 파악되어¹⁰⁾ 여전히 영양결핍은 광범위하게 고착화되어 가고 있는 것으로 평가할 수 있다.

인간안보(human security)의 기초인 건강수준에 민족내 우열계층이 존재한다면 상호 동질화와 사회통합에 장애가 초래된다. 영양결핍상태나 건강을 회복하는 데에는 장기간 소요되거나 회복되기 어려울 수 있어 향후 엄청난 비용부담을 감수하여야 된다. 따라서 남한 당국과 북한 당국은 북한 보건 의료체계 복구를 위한 협력을 미룰 수 없는 상황이라는 점에 인식을 같이 하여, 추구하는 목표를 설정하고 이를 달성하기 위해 분산적 · 분절적 사업형태에서 통합적 · 협력적 사업추진 전략을 마련하여야 한다.

북한 당국은 세계보건기구의 목표 및 전략에 적극적으로 동참하여 보건수준 향상에 전력을

기울이고 있는 바, 「세계보건기구(WHO)」의 '새 천년 개발 목표(MDGs: Millenium Development Goals)' 중에서 보건의료분야의 복구를 통해 달성 가능한 목표를 남북 보건의료 협력의 목표로 설정할 필요가 있다. 즉, 2015년 까지 '어린이 사망률 저하(목표4)', '산모 건강증진(목표5)', '말라리아 및 관련 질병 퇴치(목표6)', '위생적 환경의 지속가능성 보장(목표7)', 그리고 '개발을 위한 국제적 파트너십 개발(목표8)'을 남북간 보건의료 협력의 목표로 삼아야 한다.

보건의료 협력의 목표달성을 위한 전략은 단기적(~2010년)으로는 북한 주민의 생명에 치명적인 전염성 질환 관리·감시체계 및 방역체계 구축을 통해 영유아 및 모성을 비롯한 취약계층의 사망률 및 이환율 감소시키는 것이다. 중장기적(~2015년)으로는 북한 보건의료체계의 복구 및 지속유지를 위한(sustainability) 보건의료 자원(시설·인력·장비 등) 및 기술의 공급기반을 구축하는 것이다. 자원의 지속 공급을 위한 관련 자원·기술의 개발과 보건산업의 육성을 도모하여 경제적 이익을 추구할 수 있는 국제규격에 적합한 품질의 기틀을 마련하는 것이다. 그리고 이러한 전략들을 국제기구의 파트너십과 동북아 협력 등을 통해 북한 당국이 스스로 관리할 수 있는 역량과 수용성을 조기에 강화하는 것이다.

5. 남북간 보건의료 협력 증진을 위한 추진전략

복합적인 위기상황에 있는 북한의 현실을 고려할 때, 북한의 보건의료체계 복구 이전 상태에서는 구호성 지원도 아울러 요청되고 있다. 따라서 개발지원과 함께 구호성 지원을 병행 추진하되, 점차적으로 개발 지원을 확대해 나간다.

개발지원을 향한 남북간 협력의 전략은 보건의료체계의 인프라 복구와 이를 지속 유지할 수 있는(sustainability) 조건을 충족시키는 데 있다. 보건의료분야의 지속성을 높이기 위해 남북간 협력전략을 제시하면 다음과 같다.

첫째, 북한 보건의료체계의 개발 및 복구를 위한 종합적인 계획을 상호 협력하여 마련해야 한다. 남한은 개발지원 목표아래, 북측 당국의 문제인식을 반영하여 강점과 약점을 공동으로 사정한 후, 이를 토대로 북한 보건의료체계 복구를 위한 계획을 수립하는 것이 일차적으로 요구된다. 이를 바탕으로 전문분야별로 구체적 개발지원 계획을 수립하고 실행계획을 통해 순차적·단계적 지원 또는 상호 경제협력을 접목한(built-in) 투자전략을 마련한다. 국제사회와의 연계 협력이나 참여가 이루어지면 사업의 시너지 효과는 높아질 것이다. 민간단체 차원을 넘어서는 대규모 재원이나 기술이 요구되고 지속적인 관리가 필요한 부문은 당국간 협력채널을 구축하여 추진하는 것이 안정적이며 효과적이다.

둘째, 분명하게 정의된 목적과 목표에 도달할 수 있는 효과성(effectiveness)이 명시되는 사업부터 시작하여야 한다¹¹⁾. 「경제개발협력기구(OECD)」의 '개발지원위원회(DAC: Development Assistance Committee)'는 국가간 또는 국제기구에서 이루어지는 공적개발지원(ODA: Official Development Assistance) 사업에 대하여 사업의 효과성(effectiveness), 효율성(eficiency), 파급효과(impact)를 기준으로 평가하고 있다¹²⁾. 따라서 북한 당국이 기피하는 사업은 목적을 분명하게 명시하기도 어려울 뿐 아니라 목적 달성여부를 규명하기도 어려워 더욱 더 그 사업의 효과를 평가하기 어렵다는 문제를 가지고 있다.

그 동안 북한과의 협력 과정을 주시할 때, 북한은 남북간 합의보다는 한반도 주변의 국제정치적 상황이나 환경 변화에 보다 더 민감하게 반응하여 협력을 기피하여 왔다. 그럼에도 불구하고 협력이 가능했던 사업은 북한의 경제난 해소와 실익에 도움이 되는 경우, 또는 경제적 실익에 큰 장애가 되는 보건문제는 국내외 정세에 크게 영향을 받지 않고 남북 당국간 협력에 임하였다는 사실이다. 2005년 북핵 위기에서도 남북간 협력이 성사된 '3자(남,북,중국) 합동 말라리아 대책'의 경우 말라리아 전파가 회생되고 있는 북한경제에 타격을 준다는 점과 북측의 구제역 발생이 남측의 북한 현지방문을 가능케

했다는 사실이 이를 뒷받침하고 있다.

이상의 내용을 종합하여 볼 때, 남북간 협력이 용이한 부문은 남북관계의 정치적 특수성을 감안하여 체제에 부담이 적으면서 북측이 자체 관리역량을 강화하고자 하는 의지가 강한 분야가 남북 공조에 대한 수용성을 높일 수 있다. 따라서 초기단계에는 '빈번한 접촉을 통한 원활한 협력 유도'를 위해 북한 당국이 요청하는(want) 분야부터 협력을 시작하여 북측에 필요한(need) 분야를 병행해 나가는 협상전략을 구상하는 것이 현명하다.

북한 보건성은 향후 5년(2004~2008)의 최우선 보건문제를 결핵, 말라리아, HIV/AIDS라고 제시하였으며, 2위 B형간염, 장관계 감염질환, 기생충, 3위 구강질환 및 암 등 비전염성 질환, 4위 금연사업, 5위 모자보건이라고 제시하였다. 「세계보건기구(WHO)」도 북한의 향후 5년의 최우선 과제를 결핵, 말라리아, HIV/AIDS 등의 전염성 질환관리·감시체계 및 임상검사기능 복구 등으로 제시하여¹³⁾ 북한 보건당국과 일치된 의견을 보였다. 북한 당국 관계자와의 면담과 새터민을 대상으로 한 조사에서도 결핵 및 말라리아 문제를 지적한 바 있다¹⁴⁾. 따라서 북한의 최우선 과제인 결핵과 말라리아 퇴치사업은 남북간 협력을 해야 하는 분야이다. 또한 북미관계의 개선으로 국제사회와의 경제 교류나 협력

11) Bossert T.J., Can They Get along with Us?: sustainability of Donor-Supported Health Project in Central America and Africa, Social Science of Medicine, 30(9), 1990.

12) OECD, Recent Trends in Official Development Assistance to Health, OECD, 2000.

13) WHO, 전거서, 2003.

14) 황나미 외, 『남북 보건의료 교류 및 협력을 위한 기반구축 전략 개발』, 한국보건사회연구원, 2003.

이 원활해지면 현재 무방비 상태인 사스(SARS), 조류독감 등의 신종 전염성 질환에 대한 국가방역 체계 구축 역시 경제협력을 활성화하기 위해서는 중요한 과제이다.

셋째, 북한의 행정구조에 포함되거나 통합될 수 있는 여건을 구비하여야 한다¹⁵⁾. 결핵 및 말라리아 퇴치와 영양 지원과 같은 수직적인 프로그램(vertical program)은 단일 지원사업이어서 지속성(sustainability)이 유지되기 어렵다. 이러한 수직적인 프로그램이 지속가능성이 떨어지는 이유는 사업을 장기적으로 지속시킬 수 있는 북한측 기존 행정망 내 전문가와의 네트워크가 없다는 점이다.

한편, 북한의 보건 의료 체계가 자원의 부족으로 실질적인 기능은 붕괴되었지만, 리·동진료소와 지역담당 의사 등 조직화된 의료 전달 체계의 기초가 구비되었었고, 예방 사업과 공중 보건 사업을 강조해 왔던 점을 발견할 수 있다. 따라서 이러한 지역 사회의 조직화된 인프라를 활용하여 지역 사회에 흔한 질병의 치료 약품을 비치하여 일차 의료 기반을 조성하고 보건 교육과 지역 사회 참여 기전을 마련하여, 이른바 일차 보건 의료(primary health care) 사업을 전개한다면, 인프라가 미비한 상태에서는 지속성(sustainability)은 물론 일선 주민의 건강 관리 역량을 비용 효과적으로 강화시키는 계기를 마련할 것이다.

넷째, 교육 · 훈련 프로그램이 사업 과정에 포

함되어 운영되어야 한다. 기술적 노하우를 교육 과정을 통해 습득할 수 있는 기회를 제공하여야 사업의 지속성을 높일 수 있다. 이에 따라 북한 보건 의료 인력의 역량 강화를 위해 필요한 교육은 개성 공업 지구에서 실시하는 방안을 고려할 수 있다. 남북간 정치적 특수성 때문에 문제가 된다면 북한 의료 인력을 인접 국가인 중국 및 러시아, 몽골 등의 제 3국의 기관과 연계하여 보건 의료 인력을 양성시킨다.

다섯째, 대북 지원 사업에 일정 부분 북측의 자원 투입 등과 같은 비용 부담이 수반되어야 한다. 자신의 재정 메커니즘 안에 재정적 지속성의 요건이 구비되어 있지 않고 외부에 의존하는 경우에는 외부의 사정에 의해 그 사업의 지속성이 크게 영향을 받는다. 북한의 경우, 지속성을 떨어뜨리는 또 하나의 이유가 의약품 원료 등의 필수 투입 자원과 전력 등의 기본 인프라 부족이다. 북한측은 노동력을 제공하고 토지 사용권을 부여하고 있으므로 일정 부분 부담하고 있다고 간주할 수 있으나 제품의 원료가 부족하여 생산이 이루어지지 못하는 것이 근본적인 문제이므로 이 문제가 해결되어야 하는 것이 생산의 전제 조건이 된다.

북한의 2002년 '7.1 경제 관리 개선 조치'는 시장 경제화의 시작으로 간주할 수 있다. 보건 의료 분야의 지원 · 협력을 통해 자활적 성장의 발판을 마련한 후 무상 지원이 아닌 차관 형식의 설비와 원료, 그리고 병원 시설 및 의약품 생산 공장

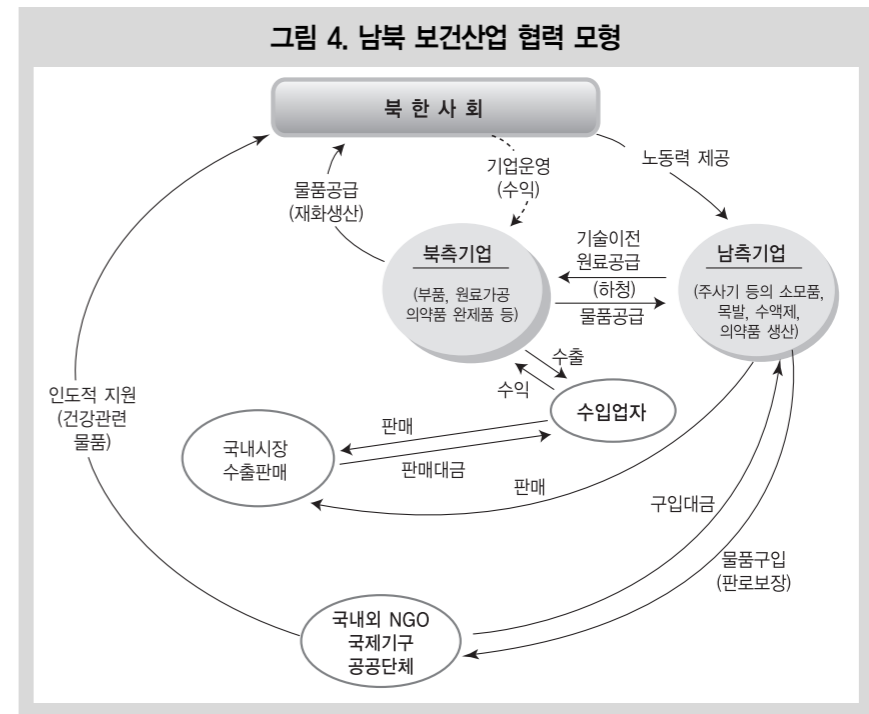
등의 현대화 사업에 합작 투자 형식으로 하는 협력 사업 방식으로 전환하여야 할 필요가 있다. 북한 주민의 건강 수준 향상에 기여하고 남북 경제 동반 성장을 도모할 수 있도록 남한의 자본, 원료 및 기술과 북한의 노동력을 결합하여 북한의 보건 산업 동력을 일으키고 점차 기술을 이전하여 판로를 마련(초기에는 남측에서 구매), 재정적으로 자생적인 수익 창출적인 생산 조직을 발생하게 하는 것이다(그림 4). 초기에는 기술이 될 필요한 주사기, 소독솥, 치약, 칫솔, 목발 등 보건 위생 분야에서 시작하여 점차 의료 기기 및 장비로 까지 확대한다. 고려 의학 발전 및 약초 보호 재배 증식에 대해서는 북한 당국이 강력한 정책 의지를 표명한 바, 북한이 자신감을 갖는

이 분야(약초 재배 및 식품 건강 보조 식품 생산)의 협력을 바탕으로 북한 스스로 지속 유지 할 수 있는 모멘텀을 마련해 주는 것도 한 방법이다.

앞으로 북한 당국의 내부 체제 변화에 대한 노력이나 자활 의지 없이 인도적 지원을 통한 남한의 수혈로 보건 의료 체계를 유지하고자 한다면 사회주의 체제의 비효율로 말미암아 남한에 대한 의존적 관계는 고착화되어 미래 남북 공동 번영을 기대하기 어렵다. 한반도의 평화와 민족 공동의 번영, 조국 통일의 새로운 국면을 열어나가기 위해서는 보건 의료 분야에서도 시장 경제적 관점에서의 지원 · 협력 모형이 도입되어야 한다.

한편, 동북아 보건 의료 협력이라는 사업 틀을

그림 4. 남북 보건 산업 협력 모형



15) Bossert T.J., 전계서, 1990.

마련하여 일본 및 중국 국가나 국제기구에서는 자본 및 기술을 제공하는 형식으로 교류·협력을 활성화 하는 방안을 고려할 수 있다.

6. 맺음말

지난 10여 년간 민간주도의 대북 지원과 국제기구를 통한 간접 지원방식 만으로는 북한이 현재 처해 있는 복합적인 위기상황을 극복할 수 있는 근본적인 문제 해결과 인프라 구축에 한계를 초래한 바, 사업성과와 효율을 제고할 수 있는 체계적인 남북 협력 추진이 요구된다. 추진 전략으로는 북한측과의 보건의료체계 복구 및 유지를 위한 장단기 계획수립 아래, 치명적인 사망이나 이환을 줄일 수 있는 전염성 질환을 대상으로 지식과 기술을 동시에 전달 가능케 하는 패키지 프로그램이나 북한측에 경제적 실익

이 되는 제약산업 등 보건산업 분야의 협력이 현실적으로 적합하고(relevance) 효과적이며(effectiveness) 지속가능할 것이다(sustainability). 보건의료 재화 및 서비스 생산시설이 가동되고 원료가 안정적·지속적으로 공급되기 위해서는 시장경제적 관점에서의 협력 전략을 도입하여야 할 것이다. 이 때 북한 당국의 인식과 요구를 반영한 사업부터 추진하는 것이 남북 협력의 전략이자, 북한과의 합의에 도달할 수 있는 방안이다.

이러한 접근은 단순 ‘퍼주기식’의 논란과 ‘일방적으로 끌려 다니는’ 정책에서 벗어나 국민들에게 대북 사업에 대한 올바른 정보와 대북 지원과정상의 정부의 노력과 이해를 도모함으로써 국민적 지지를 바탕으로 한 대북 사업의 양적 증대와 함께 질적 발전을 도모할 수 있을 것이다. 보건복지