

북한 의약품정책의 특징과 한계 분석

김진숙

(보건복지부)

북한은 해방 이후부터 국가주도형 사회주의 보건의료체계와 더불어 ‘무상치료제’, ‘예방의학’ 등의 보건의료정책을 추진해왔다. 북한은 특히 무상치료제를 “국가가 근로자들의 건강을 전적으로 책임지는 공산주의적 시책”으로 보면서 이를 통해 “사회주의보건의료체제의 우월성”을 입증하고자 했다. 김일성은 무상치료제의 성과적 실현을 위한 ‘기본물질적 수단’이자 ‘필수적 요구’로 의약품의 생산과 공급을 중심으로 한 의약품정책을 강조했다. 북한이 경제발전 초기 단계부터 의약품 생산을 위해 많은 투자를 한 이유도 이 때문이다. 그러나 1960년대부터 북한은 자력으로 사회주의경제를 건설한다는 ‘자력갱생’을 택했고 이를 위해 ‘중공업 우선 발전’을 더욱 강조해나갔다. 그 결과 의약품 생산을 포함한 보건사업에 대한 투자는 급격히 위축되었다. ‘자력갱생’과 ‘중공업 우선 발전’에 더해 북한의 ‘중앙집권적 계획제도’도 의약품 생산 확대에 부정적으로 작용하였다. 그러나 무엇보다도 ‘의약품정책’ 구현을 저해한 것은 ‘정신적 자극’으로 대표되는 북한의 의약품에 대한 ‘관점’으로 북한은 “의학리론이나 기술수단과 약이 치료의 성과를 전적으로 좌우하는 것이 아니라 사상정신도덕적풍모가 치료예방사업에서 결정적인 의의를 가진다”며 ‘사상정신’을 강조하였다. 이처럼 북한의 경제정책 전략인 ‘자력갱생’, ‘중공업 우선 발전’, ‘중앙집권적 계획제도’, ‘정신적 자극’ 등은 의약품정책 추진에 부정적으로 작용하였다.

주요용어: 의약품정책, 정신적 자극, 자력갱생, 중공업 우선 발전, 중앙집권적 계획제도

이 연구는 필자의 ‘북한 약학부문사업과 보건의료 연구’ 북한대학원대학교 박사학위논문(2012.7)을 일부 수정·발전시킨 것임

■ 투고일: 2012.10.24 ■ 수정일: 2012.12.7 ■ 게재확정일: 2012.12.

I. 서론

국제적십자자연맹(IFRC: International Federation of Red Cross)은 북한 진료소의 30%가 예산 부족으로 기초의약품조차 구비하지 못하고 있다고 밝혔다. 그리고 “북한 주민들은 의약품을 구하거나 치료를 받으려고 몇 시간 이상 걸려 시나 도의 병원으로 나가야 하는 상황”이라며 북한 주민의 의약품 이용 실태를 소개했다(연합뉴스, 2011.12.13). 이러한 내용의 기사는 그동안 ‘열악함’으로 대표되는 북한 보건의료 상황의 사례로 많이 소개되어왔기 때문에 새로운 것은 아니다. 그러나 이런 내용들은 북한이 해방 이후부터 ‘사회주의 보건제도의 우월성’을 입증하기 위해 추진한 ‘무상치료제’의 수단으로 ‘의약품의 무료 공급’을 강조한 것과는 상반된 결과이다. 왜냐하면 북한은 의약품을 무상치료제의 성과적 실현을 위한 ‘기본물질적 수단’이자 ‘필수적 요구’로 간주하여 해방 이후 경제발전 초기 단계부터 ‘의약품 생산의 계획화’와 ‘대안의 사업체계에 기초한 의약품공급체계’를 구축해왔다고 강조해왔기 때문이다. 즉 “의약품이 없이는 예방치료사업을 성과적으로 보장할 수 없으며 무상치료제와 같은 좋은 제도도 은을 낼 수 없다”(김정일, 1998: 194)는 김일성의 교시도 이러한 북한의 주장과 맥락을 같이 하는 것이다.

이 연구의 동기는 ‘의약품의 자체 생산보장’을 강조한 초기 북한의 의약품정책과 필수약품의 대부분을 ‘외부 지원에 의존’하고 있는 현재 의약품 실태 사이의 간극은 무엇에 기인하였는지로 요약할 수 있다.¹⁾ 이는 지금까지 우리가 알고 있는 ‘북한의 보건 의료’라는 것이 1990년대 ‘고난의 행군’ 이후 외부에 공개된 현상들을 설명하는 수준이었기 때문에 정확한 이해에는 한계가 있는 것과 연관되어 있다. 왜냐하면 그간의 연구는 북한 아이들이 영양실조로 사망률이 높다거나, 기초의약품이 부족해 결핵이나 말라리아 등 전염병이 만연한다는 수년간 반복되는 상황 보고만 있었지 원인 분석이나 평가는 충분하지 않았기 때문이다. 따라서 이 연구에서는 북한 보건의료에 대한 지금까지의 총론적인 이해 수준을 넘어 가능한 객관적인 근거에 바탕해 정확한 이해를 도모하고자 북한 ‘의약품정책’을 연구 소재로 했다. 의약품정책이 북한의 보건의료를 이해하는

1) 북한에서 의사였던 한 이탈주민은 “북한에 가장 절실한 것은 식량과 의약품”이라고 강조했다. 평양 주재 국제기구들도 북한이 당면한 가장 심각한 보건의료 문제로 의약품 부족을 꼽고 있다 (WHO, 2008c).

데 소재가 될 수 있다고 본 이유는 다음과 같다. 첫째, 북한에서 의약품은 무상치료제와 예방의학 등 보건의료정책을 구현하는데 필요한 수단으로서의 지위를 갖기 때문에 의약품의 원활한 공급 정도가 지금의 보건의료 실태와 관련되어 있다. 둘째, 북한과 같이 중앙집권적 계획경제 사회에서 의약품정책을 포함한 보건의료사업은 정치체제 및 경제정책에 직접적으로 영향을 받기 때문에 이들간의 상호관계를 이해하는 것은 중요하다. 왜냐하면 사회주의체제의 경제 작동원리가 생산수단의 국유화, 중공업 중심의 발전 전략, 중앙집중식 계획경제라고 할 때 북한도 이러한 원리 하에 경제를 운용해왔을 것이고 의약품정책도 이 영향권 아래에 있기 때문이다. 또한 정신적 자극을 우선하고 자력갱생을 강조한 북한의 정치적 특징도 의약품정책에 무시할 수 없는 외부 환경이 되었을 것이다.

북한은 의약품정책의 기본 방향을 “인민들의 건강보호증진을 위한 의약품을 수요에 맞게 생산보장하며 질병치료와 예방에 효과적으로 리용하도록 하는”(의학과약출판사, 2005: 2) 것으로 정의하고 있다.²⁾ 따라서 이 연구에서는 북한 의약품정책의 범위를 의약품의 ‘생산’에서부터 ‘공급 체계’를 거쳐 최종적으로 주민들의 질병예방과 치료에 ‘이용’되기까지의 일련의 과정으로 보고 각 과정의 체계 및 실태를 파악함으로써 북한 의약품정책의 특징을 살펴보았다. 아울러 북한의 정치경제적 환경이 의약품정책을 구현하는데 어떻게 한계 요인으로 작용하는지를 분석함으로써 현재의 북한 보건의료 실태를 최대한 객관적으로 이해해보고자 했다. 즉 북한의 경제전략으로 대표되는 ‘자력갱생’, ‘중공업 우선 발전’, ‘중앙집권적 계획제도’, ‘정신적 자극’ 등이 의약품정책에 어떻게 영향을 미쳤는지를 살펴보았다.

2) 북한은 의약품정책을 ‘약학부문사업’으로 명명하고 있다. 북한 의약품정책에 대한 이해를 돕는 북한 문헌으로 의학과약출판사에서 발행하고 있는 『조선약학』을 꼽을 수 있다. 『조선약학』은 김일성이 1957년 7월에 약학과약기술의 발전을 위하여 발행할 것을 지시한 후 그 달부터 발간된 약학 부문 정기간행물이다. 참고로 남한 의약품정책의 기본 방향은 안전하고 유효한 의약품으로 국민건강 증진에 기여함으로써 국민들의 삶의 질을 향상시키고 아울러 제약산업 등의 경쟁력 강화를 통해 의료산업 발전을 도모하는 것이다(보건복지부, 2011).

II. 이론적 배경 및 연구방법

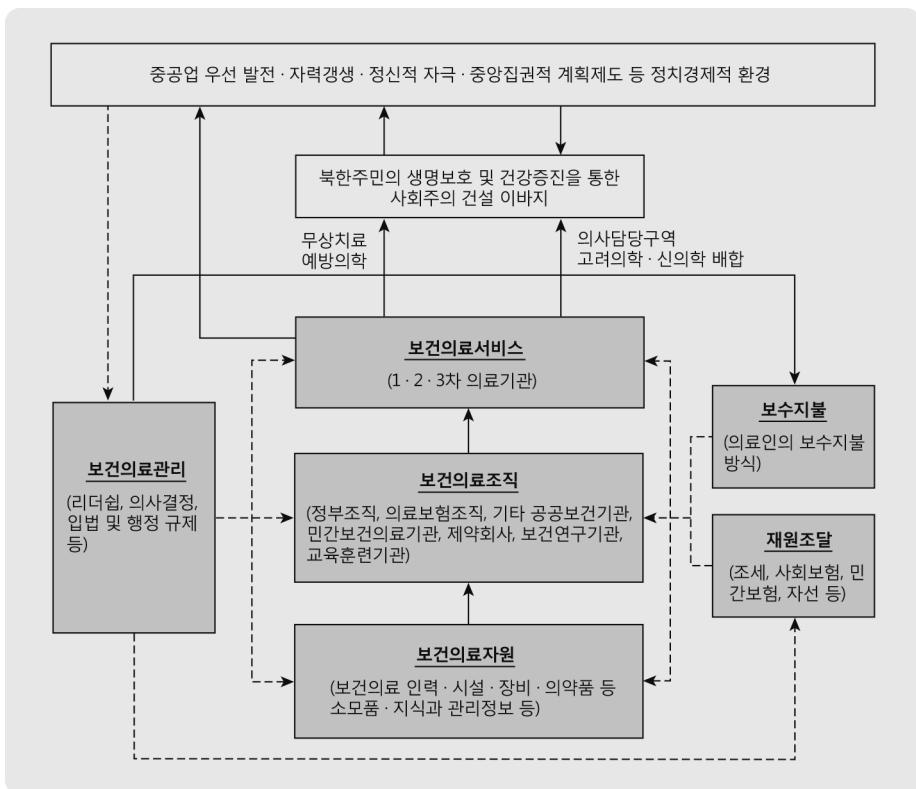
보건의료의 목표는 ‘국민 누구나 필요할 때 국가 또는 사회로부터 양질의 총체적이고 포괄적인 의료를 균등하게 제공하는 것’으로 어떤 정치체제와 경제체제를 가졌든, 그 국가가 선진국이든 후진국이든 동일하다. 보건학에서는 보건의료의 목표를 달성하기 위해 그 나라의 보건의료체계와 보건의료에 영향을 미치는 정치경제적 요인, 그리고 이들간의 상호 관계가 함께 고려되어야한다고 설명한다. 왜냐하면 한 국가의 보건의료체계는 그 국가가 처해있는 정치·경제·사회·문화적 여건의 변화에 따라 상이한 발전과정을 거치기 때문이다.³⁾ 이처럼 보건의료에 미치는 각 나라의 정치경제적 요인을 배제하고는 현 상태를 해석할 수 없는 부분이 많기 때문에 보건의료 역시 정치경제적 산물로 인식하는 ‘보건의료의 정치경제학’이 등장하였다. ‘보건의료의 정치경제학’은 1845년 엥겔스(Friedrich Engels)의 첫 연구 『영국 노동자계급의 상황』에서 시작되어, 1848년 빌호(Rudolf Virchow)는 효과적인 보건의료체계는 환자 개인의 병적 기초에만 머물 수는 없고 사회·경제·정치적 변화를 포함해야 한다고 주장했다. 나바로(Vicente Navarro)는 보건의료체계가 ‘나무’라면 그 사회의 정치경제적 환경은 ‘숲’에 해당하기 때문에 정치경제적 환경에 대한 분석없이 보건의료를 논하는 것은 비실증적일 뿐 아니라 몰역사적이라고 했다. 특히 사회주의에서 보건의료는 경제의 다양한 생산부문의 요구에 부응하는 것을 목적으로 하는 지원분야이기 때문에 전자는 후자에 대한 이해없이 이해하기 어려운 관계에 있다고 볼 수 있다. 결국 ‘건강권’은 그 사회의 보건의료체계와 이를 둘러싼 제반 정치경제적 환경간의 끊임없는 상호작용의 결과물이라 할 수 있다.

[그림 1]에서 의약품정책과 보건의료체계·정치경제적 환경 간의 관계를 볼 수 있다. 북한에서 보건의료의 목표는 인민보건법 제1조에 명시되어 있다. 북한은 인민보건사업의 목표를 “주민들의 생명을 보호하고 건강을 증진시켜 사회주의 건설에 이바지”하는 것이라고 정의했다. 북한은 이 목표를 달성하기 위해 모든 ‘보건의료자원’을 국유화하고, 정부주도의 단일한 ‘보건의료조직’과 조세를 바탕으로 한 ‘재원조달’을 통해 중앙에서 계획적으로 관리하는 보건의료체계를 수립했다. 아래 그림에서 음영 부분은 보건의

3) “나라마다 보건의료체계가 다른 것은 경제적·정치적·문화적 결정인자들 때문인데, 정치적으로 평등개념을 중시하는 사회주의와 효율개념을 중시하는 자본주의 보건의료체계가 다른 것은 이 때문이다”(문옥륜, 2003: 96).

료체계를 구성하는 6가지 요소이다. 의약품을 중심으로 보건의료체계를 설명해보면, 보건의료자원에 속한 의약품은 보건의료조직인 제약공장에서 ‘생산’되어 의료기관인 병원에 ‘공급’된다. 그러면 의료기관은 의료서비스 제공시 무상치료제에 따라 주민들이 무료로 의약품을 ‘이용’할 수 있도록 하는 것이다. 즉 ‘주민의 생명보호와 건강증진을 통해 사회주의 건설에 이바지하는’ 인민보건사업의 목표는 의약품정책과 정치경제적 환경에 직접적으로 영향을 받고(실선 화살표) 있음을 알 수 있다. 그리고 의약품정책은 다시 정치경제적 환경의 영향을 받아 인민보건사업에 기여하는 순환구조를 만들면서(점선 화살표) 현재 북한의 보건의료 실태를 보여준다.

그림 1. 의약품정책 · 보건의료체계 · 정치경제적 환경 등 3자간 상호 관계



자료: WHO(Klezkowski, 1984)의 보건의료체계 모형 및 남한의 국민건강증진사업을 참고하여 북한의 인민보건사업을 재구성함.⁴⁾

이 연구는 북한 보건의료를 이해하기 위해 북한 의약품정책의 특징과 그 한계를 분석했다. 즉 의약품 생산에서부터 검정, 공급, 이용까지를 포함한 북한 의약품정책 관련 법률이나 체계, 기관 등의 현황과 실태를 북한 문헌과 국제기구의 현지 실사보고서를 중심으로 정리했다. 특히 의약품 생산과 공급에 대한 북한의 의약품정책은 기존연구에서 다루어지지 않았지만 북한 자료와 국제기구의 보고서 등을 토대로 교차검증하여 객관성을 확보하고자 했다. 아울러 의약품이 무상치료제로 대표되는 보건의료정책을 수행하는데 수단으로서 그 역할을 규정받았지만, 북한의 정치경제학적 요인들에 의해 직간접적으로 영향을 받으면서 정책 구현에 한계로 작용하는 과정도 함께 살펴보았다.

연구방법으로는 『조선보건사』⁵⁾, 『로동신문』,⁶⁾ 『조선약학』,⁷⁾ 『인민경제발전통계집』, 『김일성저작집』,⁸⁾ 『조선중앙년감』⁹⁾ 등 북한문헌을 중심으로 하되 최근 북한 보건의료 실태에 대해서는 평양주재 국제기구(세계보건기구(WHO), 유엔아동기금(UNICEF) 등)의 사업보고서 및 현장방문 자료 등을 참고했다. 그리고 북한이탈 의료인들의 자문을 통해 북한 실생활에서의 보건의료 방침이 어떻게 구현되고 있는지를 확인했다. 북한 의약품 생산의 전성기라고 볼 수 있는 1960년대 전반까지의 상황은 『1946-1960 조선민주주의인민공화국 인민경제발전 통계집』과 『조선중앙년감』을 통해 파악할 수 있었다. 이 시기에는 ‘의약품공업’으로 분류되어 의약품 생산량과 종류 등을 구체적으로 알 수 있었는데 1960년대 후반부터는 자료를 찾기 어려웠다.

북한 문헌 외의 자료는 1990년대 후반부터 북한이 국제기구의 지원을 받기 시작하

-
- 4) 남한의 ‘국민건강증진종합계획’은 국민건강증진법(1995년 제정)에 따라 국민의 건강을 증진함을 목적으로 국가 및 지자체의 책임과 국민의 노력을 담아 5년마다 수립하도록 하고 있다.
 - 5) “조선보건사는 ‘홍순원’이라는 개인 저자의 이름으로 출간된 보건의료사 책이지만, 북한의 실정상 이는 당과 국가의 관점이 수미 일관하게 반영된 역사책임자 의학책이라고 보는 것이 타당하다”(황상익, 2006: 6).
 - 6) 북한의 대외적 입장을 대변하는 조선공산당의 기관지로 1945년 11월 1일에 창간되었다.
 - 7) “조선약학은 창간사에서 ‘조선약학은 약학일군들의 실제적 사업과 연구 사업에 방조를 주기 위한 총설을 비롯하여 우리 나라 학자들의 새롭고 귀중한 연구 업적들과 실제 약학 분야에서 얻은 고귀한 경험들이 실리며 또한 맑스 레닌주의 사상에 튼튼히 립각하면서 약학의 자유로운 지상 토론을 광범히 전개할 것’이라고 밝혔다. 이는 조선약학이 단순히 약학발전만을 위한 학술잡지가 아니고 북한이 목표로 하는 사회주의 국가 건설에 필요한 약학을 조직화하고 독려하는 수단으로 간행되었음을 내포하고 있다”(최삼섭, 1991: 80-81).
 - 8) 평양 조선로동당출판사에서 1979년부터 1998년까지 총 50권으로 발간한 책자이다.
 - 9) 북한 조선중앙통신사에서 발행하는 연감으로 한해동안 있었던 국내외 사건, 사고, 경제 및 정치 등의 정보를 수록한 책으로 1948년부터 해마다 한권씩 현재에 이르기까지 계속 발간되고 있다.

면서 작성한 사업제안서와 결과보고서, 현지실사 보고서 등을 참고하였다. 이 연구에서는 이들 보고서를 참고하여 북한의 의약품 생산과 공급 과정뿐 아니라, 현재의 제약기술 수준과 개선 방향 등을 파악할 수 있었다. 북한 연구에서 자료의 부족은 공통되는 어려움이지만, 그 중에서도 의약품정책에 집중하겠다고 한 것은 사실 위험을 각오한 측면이 있는 것이 사실이다. 자료의 제약을 극복한 해석의 요구는 연구자의 능력을 넘는 것이지만 북한 보건의료를 좀 더 정확하게 이해하기 위해 기존연구에서 접근하지 않았던 의약품정책을 소재로 각론적 접근을 시도했다는데 의의를 둔다.

Ⅲ. 의약품정책의 체계 및 실태

1. 의약품 생산 체계 및 실태

북한은 의약품관리법 제9조에서 “의약품 생산은 의료약, 예방약 같은 것을 보장하는 중요한 사업이며 국가계획기관과 중앙화학공업지도기관, 중앙보건지도기관, 지방정권기관, 해당 기관은 의약품에 대한 수요를 정확히 타산하여 의약품생산계획을 세우고 그것을 어김없이 실행하여야 한다”고 규정하고 있다. 북한이 사회주의적 계획경제체제이며, 모든 국가경제는 인민경제계획법에 따라 국가의 정책을 반영한 인민경제계획에 비추어 집행되기 때문에 의약품 생산도 계획화를 따르는 것은 당연한 것이다. 여기서 국가계획기관은 내각의 국가계획위원회이며, 중앙화학공업지도기관은 화학공업성, 중앙보건지도기관은 보건성을 가르킨다(법제처 법제총괄담당관실, 2009: 58). 그러나 ‘중앙차원’의 ‘의약품 생산의 계획화’는 북한의 정치경제적 환경에 따라 ‘지방차원의 자력갱생’으로 강조되면서 ‘의약품 생산의 다변화’로 변화되어 나갔다.

가. 의약품 생산 기반 형성기(1945~1950년대)

해방 이후 경제개발 초기(1945~1950년대)는 북한에서 의약품 생산을 위한 투자가 집중되어 ‘의약품 생산 기반 형성기’로 볼 수 있는 시기이다.¹⁰⁾ 북한은 1947년도 인민

10) 김일성은 다른 어떤 나라의 국가 지도자들보다도 보건의료에 관한 담화와 연설, 문건 등을 많이

경제발전계획에 국영제약공장 건설을 포함시켰고, 국영제약공장으로는 처음으로 흥남제약공장의 건설을 결정하였다. 김일성은 “당과 국가는 국영제약공장건설에 필요한 자재와 약생산원료들을 우선적으로 보장하면서 전국적으로 제약경험이 있는 기술자와 노동자들을 건설현장에 보내주는” 등 적극 지원을 지시하였다(김일성, 1979: 106). 전쟁 직후에도 김일성은 제약공장을 포함한 의료시설들을 우선 복구하고 대대적으로 늘릴 것을 지시하면서 국가 차원의 역량을 집중하였다(보건부 김일성동지보건사상연구실, 1990). 이러한 당과 정부의 관심으로 1949년 86종 34만원분의 의약품 생산에서 1959년에는 39배에 달하는 175종 1,327만원분의 의약품을 생산하게 되었다는 것이 북한의 설명이다(국토통일원, 1988).

국영제약공장 건설과 함께 북한은 ‘의약품 생산의 계획화’에 따라 제약공장마다 생산하는 의약품을 전문화하고 특화하고자 했다. 예를 들면, 신의주 마이신제약공장과 순천 페니실린제약공장은 전국의 페니실린(penicillin) G-K와 스트렙토마이신(streptomycin) 등의 항생제를 생산했다. 그리고 흥남제약공장은 화학순시약, 분석시약 등 합성의약품 원료를 생산하여 다른 공장들이 의약품을 생산할 수 있도록 공급해주는 역할을 하였다.

북한이 ‘의약품 생산의 계획화’를 표방한 것은 이 시기 화학공업 활성화에 따른 공업 부산물과 중간원료를 이용한다면 합성의약품 생산을 늘릴 수 있다고 판단했기 때문으로 보인다. 실제로 1962년의 화학공업 생산액은 1946년에 비해 24배로, 의약품공업은 346배의 신장을 보여준다. 또한 1962년의 의약품공업은 1944년도 생산액을 불과 1개월 동안에 생산해내는 수준이 되었고, 1962년 공업 총 생산액에서 화학공업의 비중은 1956년의 4.7%에서 7%로, 의약품공업은 1.5%에서 2.5%를 차지했다는 것이 북한의 설명이다(조선중앙통신사, 1963). 그러나 1960년대 후반부터 화학공업의 성장이 더디고, 원료의약품의 생산이 수요를 따라가지 못하면서 지방에서 구하기 쉬운 약초를 이용해 자체 생산하는 ‘의약품 생산의 다변화’ 방침이 등장했다.

발표한 것으로 평가하는 연구도 있다. 특히 북한의 사회주의체제 건설 초기라고 할 수 있는 1945~1950년 사이에 ‘20개조 경강’, ‘신년사’, ‘1947년 인민경제발전계획에 대하여’, ‘인민보건 사업을 강화할 데 대하여’, ‘보건위생사업을 개선 강화하기 위한 몇 가지 과업’, ‘1949~1950년 2개년인민경제계획의 중심과업에 대하여’ 등에서 김일성은 보건의료사업에 대한 관심과 자신감을 보이기도 했다(황상익, 2006).

나. 의약품 생산의 다변화 본격 추진기(1960~1970년대)

1960년대 소련으로부터의 원조 감소와 쿠바 사태, 1970년대 오일쇼크와 채무상환 불이행 등 국내의 환경의 악화는 북한에게 심각한 위기상황으로 다가왔다.¹¹⁾ 북한은 이러한 외부환경의 변화를 ‘경제에서의 자립’과 ‘군사에서의 자위’로 표방되는 주체사상으로 극복하고자 했고, 이를 위해 중공업을 우선 발전시키고 군사비를 확대하면서 경제왜곡 현상은 심화되어갔다. 또한 경제개발이 진행됨에 따라 사회주의 경제가 공통적으로 가지고 있던 제도적 비효율이 나타나면서 북한은 1960년대 후반부터 원자재 공급 부족으로 설비 이용률이 떨어지는 등 외연적 성장의 한계와 경제효율성 저하 현상이 문제가 되기 시작하였다.

이러한 정치경제적 환경 변화에 따라 북한은 1967년 6월 당중앙위원회 정치위원회의를 통해 ‘의약품 생산의 다변화’가 불가피함을 인정했다. ‘다변화’는 ‘의약품의 자체 생산’ 방침으로 설명될 수 있는데 중앙차원의 대규모 생산과 지방차원의 중소규모 생산을 병진시킴으로써 국가의 큰 투자없이 빠른 시일안에 의약품 생산을 확대하는 것을 목적으로 하고 있다. 즉 원료의약품을 중앙차원에서 대주기 어려우니 지방공업의 부산물과 중간원료들 또는 지방의 약초를 이용하여 제약공장 뿐 아니라 모든 부문, 모든 단위에서 의약품을 만들어 공급함으로써 그 수요를 충족시키고자 하는 의도를 가지고 있다.¹²⁾ 김일성도 “경제건설과 국방건설을 병진시킬데 대한 혁명적로선에 따라 중요한 전략물자의 하나이며 인민보건사업을 위한 기본 물질기술적수단인 의약품을 자체로 생산 보장할 것”(보건부 김일성동지보건사상연구실, p.231)을 지시하였다. 의약품관리법 제 10조에서도 “의약품생산은 생산허가를 받은 기관, 기업소, 단체가 할 수 있으며, 의료예방기관은 자기 기관에서 사용할 의약품을 생산할 수 있다”고 함으로써 기존의 ‘의약품 생산의 전문화·계획화’에서 ‘다변화’로 전환되는 것에 대한 법적 근거를 가졌다.¹³⁾

11) 1953년부터 1960년까지 외부 원조 총액은 14억 3,360만 달러로 국가예산 세입의 37.1%에 해당하는 규모로 북한도 원조가 경제에 큰 도움이 되었음을 인정했다(국토통일원, 1988).

12) 북한이 말하는 모든 부문과 단위는 의약품 생산과 직접적 관련이 없는 화학, 식료, 금속, 기계, 건재 공업기업소 등을 포함하는 것이다. 즉 의약품 생산과 관련이 없는 공장이라도 ‘의약품생산직장’ 또는 ‘작업반’을 조직하여 그야말로 ‘모든’ 곳에서 ‘의약품생산투쟁’을 벌이는 것이다(홍순원, 1981).

13) 해방 이후부터 1960년대 초까지 북한의 의약품(신약)생산 수준은 북한이 ‘의약품공업’으로 분류한 다양한 통계수치를 통해 짐작할 수 있었다. 그러나 1960년대 중반부터 북한은 고려약의 생산

다. 의약품 생산의 침체기(1980~현재)

1960년대 이후 ‘경제와 군의 병진노선’의 지속 추진과 1970년대 ‘채무상환 불이행’이 이어지면서 1980년대부터 1990년대 북한의 경제는 ‘빈곤의 늪’에 빠졌다는 것으로 요약될 수 있다. 특히 1990년대 소련의 붕괴와 연이은 자연재해로 인한 ‘고난의 행군’은 의약품 생산에 대한 국가차원의 투자를 기대하기 어렵게 했고, 식량을 구하기 위해 제약공장 근무자들도 공장을 이탈한 결과 의약품 생산을 위한 물질·인적 기반이 붕괴되었다고 보아도 무방한 시기를 맞았다. 따라서 1980년대부터 현재에 이르는 이 시기는 ‘의약품 생산의 침체기’로 정의할 수 있으며 필수약품을 비롯하여 의약품 부족이 심화되는 것이 그 특징이다. 이 시기에도 김일성은 “제약공업에 힘을 넣어 의약품생산을 늘이며 특히 대중의약품을 넉넉히 생산보장하도록 중앙에서 내리는 원자재중에 1.5%를 뚝 떼어 제약부문 원자재 공급을 우선하라”(김일성, 1987: 142)고 지시했다.¹⁴⁾ 그러나 중공업 우선 발전에 입각한 당조직들과 정권기관들 스스로가 김일성의 이러한 지시에 관심을 돌리지 않았다는 것은 이 시기 김일성의 현지지도가 ‘약초생산지조성’을 위한 약초농장 방문에서 이루어졌고 약초심기를 전인민적운동으로 전개하는 것에서 짐작할 수 있다(보건부 김일성동지보건의사상연구실, 1990).

이 시기 또 하나의 특징은 1995년에 북한이 국제사회에 공식적으로 인도적 지원을 요청하였고, 10년이 경과한 2005년에는 인도적 지원을 개발협력으로 전환할 것을 요구한 것이다. 이렇게 된 데에는 북한이 자체생산하고 있는 고려약으로는 질병예방과 치료에 한계가 있기 때문에 신약을 생산하기 위한 제약공장의 건설과 기술이전이 필요했던 것으로 추측된다. 그러나 개발협력에 대한 북한과 국제사회의 일치에도 불구하고 현재 북한이 받는 지원의 78~90% 정도는 여전히 인도적 지원이기 때문에 자금지원이 중단되기 쉽고 예측하기 어려워, 지속가능한 개발협력이 진행되기 매우 어려운 상황이다¹⁵⁾. 왜냐하면 인도적 지원은 사업 건 별로 이루어지기 때문에 포괄적인 분석과 개발계획 수

실적만 소개하고 있어 의약품생산 수준을 가늠할 수 있는 구체적인 자료를 찾기 어려웠다. 그리고 1970년, 1980년대 이후의 북한 문헌들은 당시 사회주의 국가들의 지원에 대해서는 언급하지 않고 있는데 이런 배경들이 이 연구의 다양한 해석을 하는 데 한계로 작용하고 있다.

14) 여기서의 제약부문 원자재는 신약의 원자재를 뜻한다. 고려약의 원자재는 중앙에서 공급하지 않고 지방에서 자체생산하고 있기 때문이다. 북한에서의 의약품은 고려약(남한의 한약)과 신약(남한의 양약)으로 대별되고 있다.

15) WHO. “WHO Country Cooperation Strategy DPRK 2009-2013,” www.dprk.searo.who.int.

립이 어렵고, 그러다보니 보건의료계획 수립 주기가 짧고 관련 재정 정책이 부재한 근본적인 한계를 안고 있기 때문이다.

한편 북한은 모든 곳에서 의약품을 생산할 수 있도록 보장하면서 양적 생산 확대에는 중점을 두었지만, 이들이 의약품을 생산하는데 필요한 시설기준을 충족해야 할 의무는 두지 않음으로써 질적 생산에는 주의를 기울이지 않았다.¹⁶⁾ 이는 당연히 의약품 부족현상을 해소해보고자 하는 노력의 일환으로 보이지만 의약품의 안전과 품질관리 문제를 감안할 때 매우 부적절한 조치들로 보인다(법제처 법제총괄담당관실, 2009). 예를 들면, 북한은 의약품관리법 제32조에서 “의약품 보관용기의 회수리용률을 높여야한다”고 정하고 있기 때문에 포장용기의 재사용이 의약품의 안전성에 위협이 된다는 점이 고려되지 않고 있다. 북한의 대학 교과서인 『보건경영학』에서도 “의약품의 절약과 합리적 리용을 위해 위생소모품(가제, 붕대, 약솜 등)과 필립, 주사침, 빈병 기타 포장재에 이르기까지 철저한 회수체계를 세우고 남은 자재를 남김없이 회수리용하거나 수매기관에 넘겨주도록한다”고 적고 있다(고등교육도서출판사, 1990: 272). 북한에서 고려의사로 일하다 남한에서 한의사 자격을 취득한 의료인의 말에서도 ‘재사용’에 대한 예를 볼 수 있다.

“실제로 평양제1병원이나 군병원에서 사용하는 링거, 포도당수액의 약병은 계속 재생하여 반복적으로 사용하고 있으며, 이러한 용기마저 부족하여 때로는 의사들이 할당하여 빈맥주 병을 구입해오게 하고 있는 실정이다. 이로 인해 북한에서는 전염병이 자주 발생하고 있으며, 특히 수인성 전염병이 자주 생기고 있다” (석영환, 2008: 63)

국제기구들은 의약품의 안전성 측면에서 북한의 의약품 생산 과정에 대한 우려를 표하고 있는데 평양백신공장을 포함한 주사제 공장들의 실태를 다음과 같이 설명하고 있다.

“건물 상태는 매우 심각(appalling)했다. 위생구역과 환기 시스템이 없고 설비들은 전체가 낡은 상태이다. 현탁제와 살균독소의 혼합은 무균상태에서 이루어져야 하는데, 특별한 주의 표시가 없었다. 이런 과정을 통해 살균된 제품이 생산된다면 그것은 “영원한 기적

16) 북한은 남한처럼 의약품 제조 자격을 국가가 정하는 시설기준을 갖춘 후 허가를 받아야 하는 것이 아니고, ‘약제사 또는 약제사를 관리인으로 두는 자’로 하였기 때문에 시설기준을 갖출 필요가 없다.

(permanent miracle)이다. 종사자들이 최근 설비에 대한 정보가 없고, GMP에 대한 이해가 낮아 스텝들은 2주간의 해외 제약공장 견학을 권고한다” (WHO, 2008b)

이러한 사례들은 병을 치료하고 생명을 구하기 위해 사용되는 의약품이 오히려 ‘독’이 되어 북한 주민의 건강에 위해를 줄 수 있음을 보여준다. 여기에는 북한이 항상적으로 물자가 부족한 사회였기 때문에 물건을 만들어 내는 데 급급했을 뿐, 제품의 질 같은 것에 신경 쓸 겨를이 없었다는 사회주의 국가 공통의 현상도 반영되었을 것이다.

2. 의약품 검정 체계 및 실태

북한은 의약품관리법에서 “의약품검정을 바로 하는 것은 의약품의 질을 보장하고 약물사고를 막는데서 나서는 필수적 요구”(제17조)이고, “의약품검정은 약전 또는 의약품규격에 따라한다”(제20조)고 규정했다. 이 외 『조선약학』에서도 “의약품검정기관과 단위들에서는 의약품생산에서 질을 높이도록 엄격히 통제하여 검정의 신속성과 정확성을 보장하고 의약품의 보관, 리용에서 엄격한 규률과 질서를 세워야 한다. 새 세기 과학기술발전의 요구에 맞게 의약품관리를 컴퓨터화하고 약물정보자료기지설계와 분석체계를 개발하고 약물정보의 분석을 과학화하여야 한다”(의학과학출판사, 2004: 4)고 강조하고 있다.

한 나라의 의약품에 대한 규격 기준은 약전(藥典)의 제정에서 출발한다. 약전은 의약품에 대한 제법(製法), 성상(性狀), 성능·품질 및 저장방법의 적정을 기하기 위하여 정해진 기준서(基準書)로 나라마다 자기 나라 실정에 맞는 약전을 제정하여 사용하고 있다. 북한의 약전은 ‘조선약전’이다.¹⁷⁾ 북한은 해방 후 국영제약공장 등에서 의약품이 생산될 때까지 자체의 약전을 갖지 못하고 다른 나라의 약전을 이용했다. 조선약전 제1권은 1960년 6월에 출간되어 제약공장에서 생산되는 의약품만 아니라 수입약품에 대한 검정사업에 대한 근거를 갖게 되었다. 조선약전은 2003년에 제6권까지 발간된 상태이다.

안전한 의약품을 생산하기 위해서는 ‘약전’의 제정과 함께, 제약공장이 의약품의 제조 및 품질관리를 위하여 준수해야 할 사항으로 ‘우수의약품제조관리기준(GMP: Good

17) 세계 공통의 약전이 있으면 편리할 것으로 보이나 나라마다 의료사정이 다르고 사용되는 의약품의 종류나 시험기준도 달라 나라마다 자국의 약전을 가지고 있다. 남한은 1958년 10월 10일 ‘대한약전’을 공포하였다.

Manufacturing Practice)’을 도입해 운용해야 한다.¹⁸⁾ 의약품 제조공정상 발생할 수 있는 인위적인 착오를 없애고 오염을 최소화함으로써 고품질의 의약품을 제조하는데 GMP의 도입이 필요한 것이다. 북한도 2006년에 GMP를 도입하여 “GMP를 우리의 실정에 맞게 정확히 설정하고 철저히 집행”(의학과학출판사, 2005: 54-55)하기 위한 여러 가지 노력을 기울이고 있다고 했다. 그러나 제약공장들이 GMP 기준을 갖춰 의약품을 생산하기까지는 대규모의 투자가 필수적인데 북한의 제약공장들이 대부분 GMP에 대한 개념이 없었던 1950~1960년대 건립되었기 때문에 GMP 운용에 어려움을 겪고 있는 것이 현실이다. 또한 북한이 GMP 기준을 갖추고 유지하기 위해서는 정치적인 상황도 개선되어야 한다. 현재 북한에서 유일하게 GMP를 인정받은 회사는 평수제약공장 하나뿐이다. 북한 평양제약공장과 스위스 Interpacific Holding사가 공동으로 설립한 평수제약공장은 2008년에 의약품 생산에 필요한 시약 조달에 어려움을 겪었다. 그 이유는 이 시약이 세균학에서 매개체로도 쓰일 수 있기 때문에 UN 안전보장이사회 제재위원회의 ‘블랙리스트’에 등재된 품목이기 때문이다(WHO, 2008a).

북한의 의약품 검정기관은 국가의약품검정원(NRA: National Regulatory Authority)으로 1960년에 설립되어 ‘의약품 허가 및 검정’, ‘지방 제약공장에 대한 GMP 검사와 기술지원’ 등의 업무를 담당하고 있다.¹⁹⁾ [그림 2]는 국가의약품검정원의 의약품 허가 및 GMP 검사 과정을 보여준다. 의약품관리법 제21조에 따르면 전자는 ‘의뢰검정’이고 후자는 ‘검열검정’으로 구분할 수 있다. 의약품관리법 제22조에 따르면 제약공장은 검정을 의뢰하는 공문과 검정시료를 제출해야 하는데, 검정시료는 의약품의 질을 정확히 판정할 수 있는 것이어야 한다. 제약공장이 의뢰공문을 신의약제조관리국에 보내면 이는 다시 신의약공급관리국으로 전달되어 최종적으로 국가의약품검정원에 접수된다.²⁰⁾ 국가의약품검정원이 결과를 신의약공급관리국으로 보내면 신의약공급관리국은 신의약등

18) 북한은 GMP를 ‘의약품생산 및 품질관리에 관한 규범’이라고 정의하고 있다.

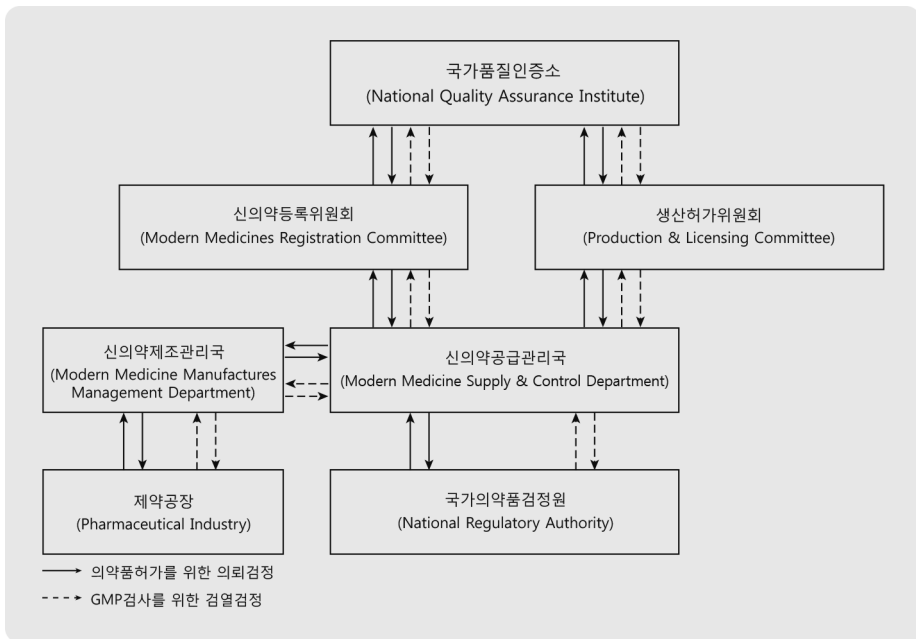
19) 남한의 식품의약품안전청(식약청)에 해당한다고 볼 수 있다. 국가의약품검정원의 업무를 좀 더 자세히 보면, 의약품 및 식품 등록 및 검정, 지방의약품 및 식품 생산공장에 대한 기술지원, 지방 제약공장에 대한 GMP 검사, 지방에서 생산된 신약품 샘플 및 수입약품 수집 및 검정 등이다. 국가의약품검정원은 13개 부서에 총 110명이 상근하는데 약사는 79명, 의사는 11명, 화학자 및 미생물학자 11명, 행정가 9명 등이다. 국가의약품검정원의 월 예산은 약 3,000유로인데 50%는 직원 급여, 30%는 검사시약 구매 비용, 20%는 유지비용이다(WHO, 2009).

20) 신의약제조관리국은 신약을 생산하는 국영제약공장의 생산계획과 생산의약품 결정 등의 업무를 관리하고 있다. 전통의약 관리는 보건성 산하 전통의약국이 담당하고 있다(WHO, 2009).

록위원회의 최종의견서를 담아 국가품질인증소에 보내고 국가품질인증소는 제품관리번호를 부여하고 등록을 허가함으로써 의뢰검정 절차가 종료된다.²¹⁾

국가의약품검정원의 두 번째 큰 기능인 GMP 검사는 다음과 같이 진행된다. 제약공장이 GMP 검사의뢰서를 신의약제조관리국에 보내면 이는 신의약공급관리국으로 전달되어 국가의약품검정원에 접수되는 절차는 의뢰검정 절차와 같다. 국가의약품검정원은 GMP 검사보고서를 신의약공급관리국으로 보내면 신의약공급관리국에서는 검사보고서를 생산허가위원회에 제출한다. 이 위원회는 시험배치(batch)를 조사한 후 제품이 만족스러우면 제조허가 기간을 연장해준다.

그림 2. 의약품 허가 및 GMP 검사 절차



자료: WHO(2009).

그러나 WHO는 국가의약품검정원의 GMP 검사 결과에 대해 의문을 제기하고 있다.

21) 국가품질인증소는 신약과 전통약을 포함한 북한에서 생산되는 모든 제품의 허가를 담당하는 내각 조직이다. WHO의 면담 결과 국가품질인증소 내에 의약품분야 전문가가 없어서 신청서의 평가를 제대로 수행하지 못한다고 했다(WHO, 2009).

왜냐하면 국가의약품검정원이 훈련되고 전문적인 역량을 갖춘 GMP 검사관을 확보하지 못했을 뿐 아니라 검사기준도 WHO 기준에 맞지 않기 때문이다. WHO는 의약품의 질을 개선하기 위해서는 국가의약품검정원의 기능을 보장하는 것만으로는 안되고, 각 제약공장들이 GMP 기준을 맞추는 것이 가장 시급하고 중요한 과제라는 결론을 내렸다.²²⁾ 아래 WHO의 국가의약품검정원의 실사 보고서는 국가의약품검정원이 본래의 기능을 다하지 못할 것이라는 우려를 낳게 한다.

“국가의약품검정원은 인구밀집지역인 학교 인근에 위치하였고, 지은 지 40년이 되어 공간이 기능을 수행하는데 적당하지 않고, 환기나 조명이 충분치 않다. 대부분의 설비가 오래되고 작동을 하지 않고 있다. 예를 들어 분석기기인 IR(Infra Red: 적외선)이나 HPLC(High Performance Liquid Chromatography: 고성능 액체크로마토그래피)가 그렇다. 전압조절기가 제때 작동하지 않아 장비에 문제가 생길 것이 우려된다. 시약은 UN제재로 공급이 어려운 상황이다. 시약부족으로 실험을 못하고 있다” (WHO, 2009)

실제 의약품의 질을 파악하기 위해 북한에서 생산된 의약품의 품질검사를 남한에서 진행한 결과가 <표 1>이다. 검사 결과에서 특이한 점은 두 가지이다.²³⁾ 첫째, 평수제약 공장은 북한에서 유일하게 WHO의 GMP 기준을 맞춘 제약회사이다. 그러나 이 회사에서 생산된 코트리목시졸(살균제)이 ‘함량 부적합’ 결과가 나온 점은 유의할 만하다. 둘째, 북한의 대표적인 순천제약공장과 신의주마이신공장에서 생산되는 항생제 주사약의 결과가 매우 부적합하다고 나와 약효는 물론이고 안전성마저 우려되는 수준이다.

22) WHO는 북한의 국가의약품관리시스템 수립을 위한 제안서를 발표했는데, 국가의약품검정원의 역할을 명확히 하기 위한 의약품관리법의 개정, 전문인력 확보, 장비 및 시약 등 필수약품 구입, 적절한 공간확보를 위한 건축 등 인프라 확충 등을 위해 총 4,200천 달러를 추계했다. WHO는 만약 자금이 있다면 국가의약품검정원이 제 기능을 할 수 있도록 장비와 원료 등을 우선 지원할 것이라고 했다(WHO, 2009).

23) 북한의 의약품 품질 검사를 위해 방북시 호텔이나 기념품점 등에서 구매 가능한 모든 약을 가져와 검사하였다.

표 1. 북한 생산 의약품 품질검사 결과(2009년 2월)

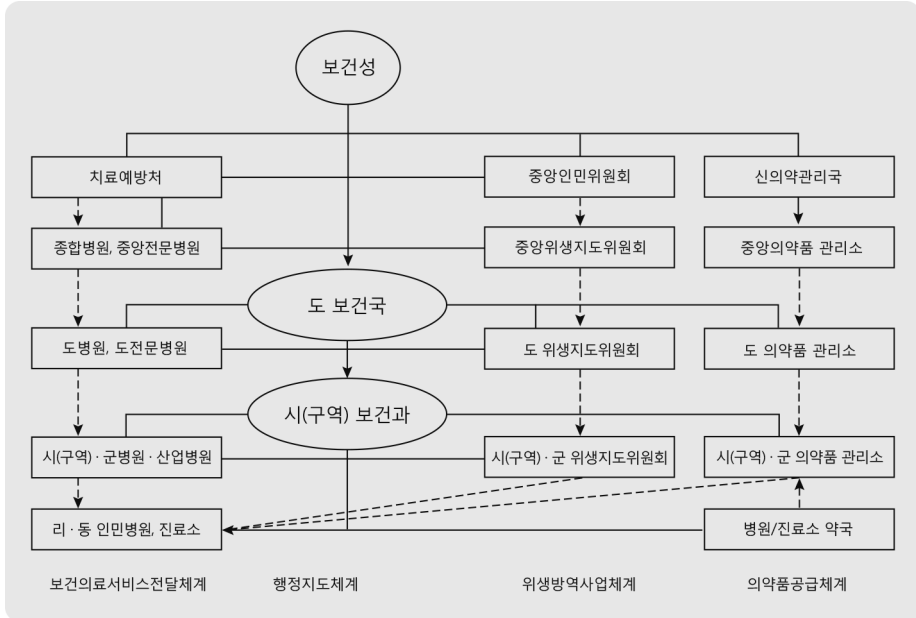
제약회사명	제품명	결과
정성의학종합센터	아목시절린삼수화물교감약 250mg	양호
	찌플로플록사진알약 250mg	합량 양호
	클로람페니콜알약 250mg	양호함
평수제약공장	핑스세티블 250mg	양호함
	디아제팜알약	항정신성의약품으로 봉해시험만 함
	코트리목사졸알약	합량 부적합(설과매독사졸)
남포어린이공장	종합비타민알약	합량 부적합(비타민 C)
순천제약공장	페니실린G칼리움	합량 부적합(페니실린 C) 검체량이 부족해서 판정은 못하나 질량편차가 심하며 주사제의 불용성 미립자 실험의 결과도 매우 나쁨
신의주마이신공장	류산스트렙토미진	스트렙토마이신 주사제이며 무균시험이 부적합함(심각한 상황)

자료: 유원섭(2009).

3. 의약품 공급 체계 및 실태

북한에서 의약품 공급사업은 의약품의 확보로부터 배정, 포장, 출고, 수송, 대금결제 등의 과정을 말한다(고등교육도서출판사, 1990). 의약품관리법 제28조에서도 “의약품보관과 공급을 의약품의 질을 보존하고 손실을 막으며 그것을 수요자에게 보장하는 중요한 사업으로 인식하면서, 의약품관리기관과 해당 기관, 기업소, 단체는 의약품을 책임적으로 보관하고 정확히 공급하여야 한다”고 규정하고 있다. 그리고 “의약품관리기관과 해당 기관, 기업소, 단체는 의약품의 특성과 보관량에 맞는 시설을 갖추어(제29조), 의약품의 손상, 부패변질 같은 피해를 막고 그 양과 질을 보존해야 한다(제30조)”는 의무를 부여하고 있다. 북한의 보건의료체계 안에서 의약품 공급체계는 [그림 3]과 같다. 의약품공급체계는 보건의료서비스전달체계와 위생방역사업체계와 연관되어 병원들의 치료예방과 위생방역사업을 지원하는 역할을 하고 있다. 따라서 의약품공급에 문제가 생길 경우 치료예방사업과 위생방역사업에 직접적인 영향을 주고 있다.

그림 3. 보건의료체계와 의약품 공급체계



자료: 한국국제보건의료재단(2008).

북한은 의약품 공급관리사업에서도 계획의 일원화, 세부화 방침을 관철하기 위해 ‘대안의 사업체계에 기초한 의약품공급체계’를 수립했다.²⁴⁾ 즉 모든 의약품을 상부(보건성)가 책임을 지고 하부(병원)에 ‘현물’로 공급하는 체계를 구축한 것이다. 북한은 ‘대안의 사업체계에 기초한 의약품공급체계’를 사회주의보건제도의 우월성을 보여줄 수 있는 무상치료제의 중요방도로 보았는데, 아래 글에서 북한이 ‘제때 의약품을 공급하는 사람’을 애국가라고 강조한 것도 이 때문이다.

24) 1964~1965년에 도입된 ‘계획의 일원화, 세부화’는 경제분야에서 중앙집권적 규율을 강화하는 가장 올바른 길이라는 것이 북한의 설명이다. 계획의 일원화란 전국에 뻗어있는 국가계획기관과 계획 세포가 하나의 계획화체계를 형성하여 국가계획위원회의 통일적인 지도하에 계획화의 유일성을 철저히 보장하도록 하는 것을 의미한다. 계획의 세부화는 국가계획기관이 직접 전반적 경제발전과 기업의 경영활동을 밀접히 연관시키는, 즉 중앙으로부터 지방과 기업에 이르기까지 국민경제의 부문간, 기업간 및 지역간 그리고 그것들 내부 상호간의 모든 경제활동을 세부에 이르기까지 계획에 구체적으로 맞물리게 하는 방법이다(양문수, 2006). ‘대안의 사업체계’는 집단주의 정신에 입각한 북한의 경제관리형태로 1961년 12월 김일성의 남포시 대안전기공장 현지지도에서 비롯되었다.

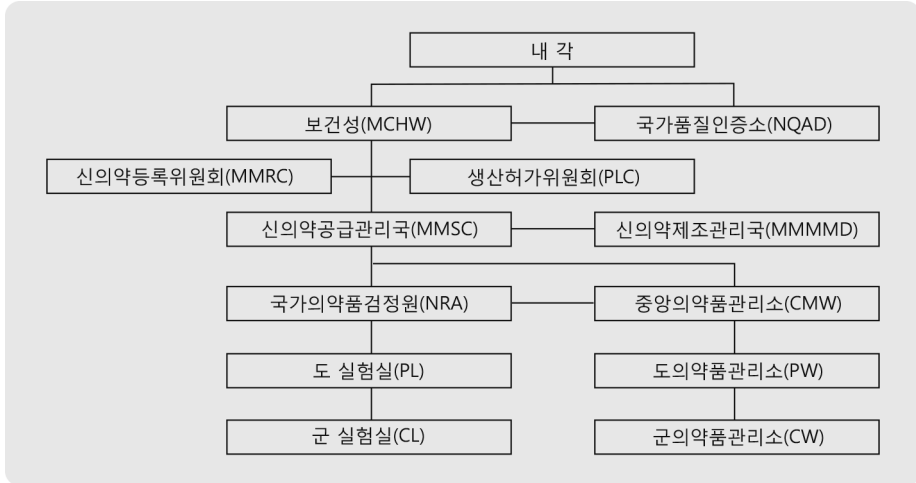
“의약품공급관리사업은 생산된 의약품을 필요한 단위에 골고루 제때에 공급하여 치료예방 사업에 효과있게 쓰도록 하기 위한것으로서 생산에 못지 않게 중요한 사업 ... 의약품을 지역별, 부문별, 품종별, 규격별수요에 맞게 제때에 골고루 공급하여야 ... 현시기 의약품을 귀중히 다루고 극력 아껴쓰면서 인민들에 대한 의료봉사를 잘하는 사람이 바로 당에서 바라는 참된 보건일군이며 애국자이다” (의학과학출판사, 2009: 4)

대안의 사업체계에 기초한 북한의 의약품 공급과 제약공장간의 관계도는 [그림 4]와 같다. 신의약품관리국 아래에는 평양의 중앙의약품관리소(CMW: Central Medical Warehouse)와 국가의약품검정원이 있다.²⁵⁾ 지방에는 10개 도와 1개 시에 하나씩의 도의약품관리소(Provincial Warehouse)가 있고, 그 아래에 230개의 군의약품관리소(County Warehouse)가 있다. 의약품 공급은 각 도에서 중앙의약품관리소와 신의약품관리국에 제출한 요구서에 근거해 진행된다. 먼저 각 제약공장들에서 생산된 의약품과 수입 의약품들은 중앙의약품관리소에 집결된 후 의약품 배정계획에 따라 중앙급 치료예방기관들과 각 도 의약품관리소들에 공급된다. 도 의약품관리소는 도급 치료예방기관들과 시·군 의약품관리소에, 시·군 의약품관리소들이 시·군급 치료예방기관들과 리병원(진료소), 산업병원(산업진료소)들에 의약품을 공급해주고 있다.²⁶⁾

25) 중앙의약품관리소는 수입의약품의 테스트를 위한 실험실(quality control laboratory)이 있는데 지방에서 생산된 의약품에 대한 검사는 하지 않는다. 전통의약품에 대한 검사는 군단위에서 자체적으로 실시하고 있다. 남한 및 국제기구에서 지원된 의약품들도 중앙의약품관리소를 통해 검사를 거쳐 분배된다.

26) 보건성이 관할하는 의약품공급체계 외에 내각 내 철도성도 별도의 의약품공급체계를 갖고 있다. 이는 철도에 운송을 상당부분 의존하는 북한의 특수성에 기인하는데 철도성 소속 직원과 그 가족들을 위해 전국적으로 병원을 운영하기 때문이다. 그러나 전체적인 북한주민을 대상으로 한 사업은 보건성이 책임을 지고 있기 때문에 철도성의약품관리소는 특수한 부분이라 짐작된다(로동신문, 2003.6.29).

그림 4. 의약품 공급과 제약공장 관계도



자료: WHO(2009).

그러나 경제위기가 심화되면서 대안의 사업체계에 기초한 의약품 공급체계는 위기를 맞게 된다. 왜냐하면 의약품이 국가의 계획에 따라 제약공장에서만 생산되는 것이 아니고, 병원이나 의약품관리소 등 모든 기관에서 의약품을 자체 생산해야 하는 것으로 다 변화되었기 때문이다. 즉 국제기구 등 외부에서 지원된 의약품은 ‘위에서 아래에 내려다주는’ 공급체계를 이용하지만, 그 외 수요는 기관별로 자체생산한 의약품으로 충당하고 있는 상황이다.²⁷⁾

4. 의약품 이용 체계 및 실태

북한에서 의약품을 이용하는 절차는 남한과 유사하다. 입원 환자라면 의사 처방에 따라 병원 약국에서 약을 받고, 외래 환자라면 병원에서 처방전을 받아 약국에서 약을 받는 것은 같다. 그러나 남한은 항생제 등 전문의약품은 의사 처방이 있어야 받을 수 있는데, 북한은 전문의약품에 대한 의사 처방이 없더라도 약국에서 약을 살 수 있는 것이

27) 북한에서 약사였던 한 이탈주민은 “약품이 고갈되어 계획대로 의약품을 공급할 능력이 소실되면서 국영약국에 대한 공급은 중단하였으며 치료예방기관들에만 약품을 공급하고 있다”고 한다(이혜경, 2009: 63-64).

다른 점이다. 단, 처방전 없이 약을 살 경우에 약값은 무상이 아니다. 이런 의약품 이용 체계는 1990년대 들어서 작동하지 않음을 다음과 같이 북한 이탈주민의 증언에서 확인할 수 있다.

“1980년대까지만 해도 의사들은 환자 앞에서 약을 구해오라는 말을 못했지만, 약품부족 현상이 심해지면서 ‘진단은 병원 의사가, 치료약은 환자가 직접 구입한다’는 것을 원칙으로 삼고 모든 의약품을 환자가 직접 구해오도록 하는 자구책을 실시하고 있다. 그러다보니 병이 나면 실력을 행사할 수 있는 간부들과 연줄을 찾아다니거나 장마당에서 약을 구입하고 있다(양문수, 2007: 8)²⁸⁾ 또 약국 같은데서 뒤로 빼내 몰래 파는 약도 있다고 하고 병원간부들이 빼돌린 외부지원 의약품들도 다수를 차지하고 있다. 병원에 입원하면 병원 의사한테도 돈을 먹여야 하는데, 의사들한테 음식도 주고, 약을 타려면 그래야 한다. 떡이나 과일, 고기라도 주어야 약을 잘 준다” (이혜경, 2009: 37)

의약품의 만성적인 부족은 기존의 의약품 이용 체계를 무력화시켰고 돈이 있어야 약을 구할 수 있는 상황이 되었다. 북한의 ‘무상치료제’가 온전하게 주민들에게 동의를 받지 못하는 이유가 바로 의약품을 이용하는 과정에서 지불해야 하는 ‘약값’ 때문이다. 즉 ‘약값’이 북한이 주장하는 사회주의 보건의료제도의 우월성을 위협하게 된 것이다.

의약품 이용 체계에서의 또 다른 변화는 고려약이나 신약이나에 따라 공급 주체가 다르다는 것이다. 북한은 환자치료에 필요한 의약품의 80%를 자체생산한 고려약으로 수요를 맞추고 있고, 최근에는 그마저도 ‘상비약품과 대중약품’에 대한 수요라도 맞출 것을 거듭 지시하고 있다.²⁹⁾ 이는 의약품 생산을 제약공장 뿐 아니라 생산이 가능한 ‘모든 곳’으로 다변화하면서 고려약이 주되게 생산된 데 따른 결과로 볼 수 있다. 그러나 지금과 같이 북한 주민들이 이용할 수 있는 의약품이 고려약으로 한정된 것은 북한 영유아 사망 원인이나 성인의 질병 양상이 변화하는 것을 고려할 때 질병예방과 치료 측면에서 우려할 만하다. 왜냐하면 북한 영유아의 주요 사망 원인인 호흡기 감염증과

28) 장마당은 식량 및 생필품의 80% 이상을 조달하는 북한 최대의 유통경로가 됐다. 북한의 암시장 전체규모가 국민소득의 3~4%, 규모로는 총 34.2억 달러로 명목 국민총소득(GNI)의 27.1%에 해당한다고 추정하는 연구도 있다(신석호, 2008: 178).

29) 2000년부터의 ‘로동신문’을 검토한 결과 ‘상비약’에 대한 강조는 2005년부터 시작된 것으로 본다. “약품생산에서 가장 중요한 문제는 사람들의 생활에서 항시적으로 필요한 상비약들을 더 많이 생산하는 것”(로동신문, 2005.9.17); “장군님께서서는 의약품문제를 푸는데서 기본은 상비약품, 대중약품문제를 빨리 푸는 것이라고”(로동신문, 2008.6.8) 등 다수.

설사, 성인의 고혈압이나 당뇨의 치료를 위해서는 고려약과 신약을 적절하게 선택하여 합리적으로 의약품을 이용하는 것이 필요하기 때문이다.

또한 신약은 원료 확보의 어려움 때문에 외부 지원에 의존하고 있는 상황이어서 품목이나 수량, 이용 대상과 지역 등에 많은 한계를 가지고 있다. 1990년대 말, 국제사회는 250개의 의약품과 의료용품이 포함된 필수약품을 제공하는 것을 목표로 북한에 대한 지원을 시작하였다. 그러나 재원의 한계 때문에 국제기구는 이 의약품 중에서 어린이와 모성사망의 주요 원인인 설사, 호흡기질환, 분만과 임신에 따른 합병증 치료에 필요한 의약품만 지원하고 있다.³⁰⁾ 2007년까지 북한 10개 도 가운데 유니세프는 7개 도의 군과 리단위 병원을, 국제적십자사연맹은 4개 도와 1개 시의 군과 리단위 병원을, WHO는 전체 도단위 병원에 필요한 필수약품을 지원해왔다. 인구 수로 보면 유니세프가 60~65%를, 국제적십자사연맹이 35~40%를 담당하고 있다. 이는 필수약품 수요의 약 50% 이하만 감당하고 있는 실정이다.(WHO, 2008). 그러나 최근 북한의 질병양상도 고혈압, 당뇨 등 비전염성질환이 증가 추세에 있고, 인구가 고령화됨에 따라 만성질환을 치료하는 의약품도 필요하기 때문에 어린이와 여성에 대한 필수약품 지원은 매우 제한적인 의미를 가질 수 밖에 없다.³¹⁾ 이처럼 북한의 의약품 이용 실태는 ‘고려약으로 자력갱생’과 ‘외부 의존도 심화’로 요약할 수 있다.

IV. 북한 의약품정책의 한계 요인

1. 중공업 우선 발전에 따른 경제 왜곡과 보건비 축소

해방이후 1960년대 초까지 북한의 경제개발 실적을 보면, 공업총생산의 목표를 전년 대비 2~2.6배 증가로 잡아 그 목표를 초과 달성하는 성과를 거두었다. 이런 수치를 그대로 받아들인다면 이 시기 고착적이 고생산을 부르고 이것이 다시 고착적을 낳는 선순환의 특징을 보여주었다고 할 수 있다(주성환·조영기, 2003). 그러나 경제개발이 진행

30) 설사와 호흡기질환이 소아과 입원 및 외래의 60%의 원인이다(WHO, 2006).

31) 북한도 “심장혈관병, 암, 물질대사병들을 비롯하여 병건린률과 로동능력상실률이 높은 질병들을 미리 막기 위한 적극적인 대책들”(조선중앙통신사, 2002: 202)이 필요하다고 밝혔다.

됨에 따라 사회주의 공통의 제도적 비효율이 나타나기 시작했고 특히 원자재 공급 부족이 심각한 문제로 대두되었다. 또한 1960년대부터 소련의 원조 중단과 쿠바 사태 등 북한을 둘러싼 국제환경이 악화되면서 북한은 이 위기를 돌파하기 위해 정치면에서 자주, 경제면에서 자립, 군사면에서 자위 등을 표방한 ‘주체사상’을 강조하였다. 북한은 기존의 중공업 우선정책을 더욱 강화하면서 군사비 지출을 확대해 나갔는데,³²⁾ 북한은 다음과 같이 산업에서의 중공업의 역할을 설명하고 있다.

“사회주의적공업화의 중심은 중공업의 선차적 발전에 있다. 만일 우리가 앞으로도 우리 나라에서 강력한 중공업을 창설하지 않는다면 원래 극히 낙후하였던 경공업을 추켜세우지 못할 것이며 농촌에 선진농기계들을 공급하지 못할 것이며 인민생활의 근본적인 개선을 보장할 수 없을 것이다” (김일성, 1968: 489)

<표 2>에서 보듯이 국가 예산의 공업 투자 총액 가운데 중공업에 투자된 비중은 전후 복구발전 3개년계획 기간(1954~1956년)에는 81.1%, 5개년계획 기간(1957~1960년)은 82.6%, 6개년계획 기간(1961~1976년)은 83.0%로 지속적으로 증가하고 있다.

표 2. 공업 투자 비율

(단위: %)

구분	1956	1960	1961	1962	1963	1964	1965	1970	1954 ~1956	1957 ~1960	1961 ~1970	1971 ~1976
중공업	83.3	80.6	69.7	63.7	68.2	73.8	87.3	80.7	81.1	82.6	80.0	83.0
경공업	16.7	19.4	30.3	36.3	32.8	26.2	12.7	19.3	18.9	17.4	20.0	17.0

자료: Joseph Sang-hoon Chung(1974).

북한은 “많은 부분을 중공업에 집중하면서 경공업과 농업에도 많은 자금을 투하하였고, 인민 생활 향상에 직접 돌려지는 교육, 문화, 보건 부문에 대한 자금 지출도 적지 않게 투자한 결과 인민생활의 향상에 기여하였다”(과학원출판사, 1960: 253)고 주장하였다. 그러나 1960년부터 ‘완전하고 전반적인 무상치료제’가 본격 시행되었음에도 불구하고

32) 북한은 1953년 8월 노동당중앙위원회 제6차 전원회의에서 중공업 우선정책을 경제 건설의 기본 전략으로 채택하였다. 그러나 이 시기 아무 축적 없는 북한 경제가 중공업 건설부터 시작하려 한 것은 비록 소련과 중국의 협력이 있다해도 초등학교에 우수한 과외교사를 붙여 대학입시를 준비시키는 것과 다를 바 없다는 비판적 견해가 다수이다(이승훈·홍두승, 2007).

하고 <표 3>은 1961년의 보건부문 투자가 예년에 비해 가장 작은 0.9%임을 보여준다.

표 3. 인민경제부문별 국가기본건설 투자액의 구성

(단위: %)

구분	1954	1955	1956	1957	1958	1959	1960	1961	1954~1956평균	1957~1960평균
투자총액	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
생산적 건설	70.8	74.8	73.5	72.5	74.4	74.0	68.2	79.9	73.1	72.2
비생산적 건설	29.2	25.2	26.5	27.5	25.6	26.0	31.8	20.1	26.9	27.8
교육문화	8.3	4.9	4.8	0.5	0.6	3.8	6.2	3.8	5.9	4.5
과학연구	0.3	0.5	0.5	4.6	3.5	0.4	0.3	0.2	0.4	0.4
보건	1.3	1.7	1.2	1.6	1.5	2.7	2.2	0.9	1.4	2.1

자료: 과학원출판사(1960); 조선민주주의인민공화국 국가계획위원회 중앙통계국(1961); 국토통일원(1973).

이는 ‘중공업 우선 발전’과 ‘국방과 경제의 병진건설’이 모든 것에 우선하면서 의약품품을 포함한 보건비의 축소가 불가피한 선택이었음을 보여주는 것으로 “보건 부문에 대한 자금 지출도 적지 않게 투자”했다는 북한의 주장과 차이가 나는 대목이다. 실제 김일성도 “만약 국방에 돌려진 부담의 한 부분이라도 덜어 그것을 경제건설에 돌렸다면 우리 인민경제는 보다 빨리 발전했을 것이며 우리 인민들의 생활은 훨씬 더 높아졌을 것”(동서문제연구소, 1973: 171)이라며 중공업 중심의 정책이 “경제발전을 일정하게 지연시키지 않을 수 없을 것”(주성환·조영기, 2003: 49)임을 인정했다. 이런 모순은 보통 사회주의 국가들이 보건이나 사회복지 등을 포함한 8개 군을 비생산적 경제활동분야로 분류하여 이들을 사회총생산에 포함시키지 않는 현상의 반영으로 볼 수 있다.³³⁾ 소련도 중공업 우선정책을 쓰면서 소비재나 서비스의 생산보다 생산재의 생산을 중시하였기 때문에 보건부문이 정부의 설비 투자 우선순위에서 상당히 밀려 코메콘(CMEA: Council of Mutual Economic Assistance, 경제상호원조위원회) 내에서 불가리아, 루마니아와 함께 보건비 지출이 가장 낮은 국가에 속했었다.

물론 경제발전 초기, 북한 스스로도 무상치료제를 실시하기 위해서는 재정 확보, 의료인 및 의료시설 확충, 의약품의 생산 보장이 마련되어야 한다고 했기 때문에 1960년까지 세출총액 대비 보건비를 확대했음을 <표 4>에서 볼 수 있다. 그러나 1960년을

33) 8개 군은, ①일반행정 및 사법기능, ②교육·과학·문화활동, ③보건·사회복지 및 체육활동, ④금융 및 보험, ⑤지방행정 및 가사, ⑥국방, ⑦정치·사회·종교활동, ⑧기타 영역 등이다(추재호, 1990).

정점으로 보건비의 비율은 지속적으로 축소되고 있음을 보여주고 있는데 이에 대해서는 <표 3>의 설명에서 언급하였다.³⁴⁾

표 4. 세출총액중 보건비의 비율

(단위: %)

연도	세출총액	사회문화비	보건비	사회문화비 중 보건비 비중
1948	100	25.2	5.1	20.2
1949	100	19.3	4.8	24.9
1950	100	21.2	4.3	20.3
1955	100	9.5	2.5	26.3
1960	100	24.6	6.8	27.6
1965	100	19.7	5.5	27.9
1970	100	19.9	5.3	26.6
1975	100	24.3	4.2	17.3
1980	100	22.2	2.9	13.1
1982	100	20.9	2.5	12.0

자료: 국토통일원(1988); 문옥륜(1990).

<표 5>는 북한의 부문별 세출예산의 성장률을 보여주고 있는데, <표 3>과 <표 4>에 이어 보건비의 축소 추이를 알 수 있는 자료이다. 1949년 이후 33년 동안에 세출총액은 112배 증가한데 비해, 인민경제비는 172배로 가장 현저하게 증가하였으며, 사회문화비의 경우 121배, 군사비는 105배 증가한 것으로 나타났다. 전반적 무상치료제가 정착되기 이전에 해당하는 1970년 이전까지는 보건비의 성장률이 사회문화비의 성장률을 초과하였으나, 이후 보건비는 사회문화비 증가의 절반 수준에 머무르고 있다(문옥륜, 1993) 이는 <표 4>의 사회문화비 내에서 보건비가 감소하는 시기와도 일치하고 있음을 볼 수 있다.

34) 북한의 보건비 축소가 의약품 생산에 대한 투자 감소로 직접 연결되었다는 근거를 찾기 어려운 것이 사실이다. 1990년대 이후 일반화된 OECD의 의료비의 개념(보건계정체계)에 따르면 의료비의 재원은 공공재원(정부와 사회보장)과 민간재원(본인부담금, 민간보험, 기업 등의 지출)으로 구성된다. 전체 의료비에서 의약품 지출 비용을 추정하기 위해 2000년대 남한 의료비의 기능별 구성을 참고로 하면, 의약품비 등의 지출이 전체 의료비의 25% 가량을 차지하고 있다(보건복지가족부, 2008). 따라서 북한과 같이 주민의 건강을 국가가 책임지는 무상치료제를 실시하는 국가에서는 공공재원이 의료비의 전부가 되기 때문에 의료비(보건비)의 축소는 불가피하게 의약품 생산에 대한 투자를 위축시킬 수 밖에 없을 것으로 가정했다.

표 5. 부문별 세출예산의 성장률

(단위: 북한 구화 1,000)

연도	세출총액	인민경제비	사회문화비	군사비	관리비	보건비
1949	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0
1955	5.1	9.3	2.5	2.0	1.8	2.6
1960	10.0	16.8	12.7	2.0	1.7	14.0
1965	17.6	29.2	17.9	9.0	4.1	20.1
1970	30.4	34.9	31.3	60.6	3.0	33.4
1975	57.5	80.4	72.3	60.1	6.6	49.7
1980	95.3	172.7	109.4	88.7	14.2	56.9
1982	112.4	171.6	121.4	104.6	12.1	58.9

주: 1949년의 각 항목별 금액을 1로 보았음
 자료: 문옥륜(1990).

무상치료제를 실시하는 데서 가장 중요한 전제 가운데 하나가 의약품을 충실히 보장해 주는 것이기 때문에 북한은 ‘의약품의 자체생산 보장’을 지속적으로 강조했다(김일성, 1980). 그러나 ‘의약품의 자체생산 보장’이 되기 위해서는 초기부터 의약품 생산을 위한 대규모의 설비투자와 선진기술 도입이 필요하다. 그러나 북한은 전후 복구 시기 대규모의 외부원조에도 불구하고 중공업 우선정책으로 말미암아 제약산업을 포함한 보건부문에 투자가 부진했고, 이후에는 노동력 집중에 의존한 고려약으로 자력갱생을 고수함으로써 ‘의약품 자체생산 보장’의 기회를 놓친 결과를 초래했다. 보통 무상치료제라 할 때 중요한 것은 ‘무상’이 아니라 양질의 의료서비스가 가능하도록 하는 국가의 공급능력 등을 확보했느냐 하는 것이다. 결국 보건비를 어떻게 확보하느냐의 문제인데 이는 무상치료제를 명분으로써가 아닌 실행해내겠다는 정부의 정책 의지의 반영으로 해석할 수 있다. 왜냐하면 북한과 같이 사유재산을 인정하지 않는 대신에 주민의 건강을 국가가 책임지는 조건하에서는 정부가 확보한 보건비가 사업비의 전부가 되기 때문이다. 이런 이유로 북한의 무상치료제가 풍부한 재원조달에 근거한 의료 기반확보를 통해 이루어진 것이 아니고 물질적 기초가 없는 상황에서 만들어진 선전용, 위시용에 불과하다는 비판을 받고 있다.

물론 북한 의약품정책의 한계 요인을 중공업 우선 발전 전략을 선택한 북한 내부에서만 찾을 수 있는 것은 아니다. 1960년대 소련 등 외부의 원조 감소와 중소분쟁 및 쿠바사태, 1970년대 오일쇼크 등의 대외 환경 또한 의약품정책에 간접적으로 영향을

미친 외부 요인으로 볼 수 있다. 또한 1990년을 전후해 동구 사회주의 국가들과 소련의 붕괴는 북한이 경제 및 선진기술 지원을 받을 수 있는 경로를 잃게 만든 결정적인 외부 환경이 되었다. 그리고 2000년대부터 북한은 국제사회의 기술지원을 받아 의약품 생산 분야의 개발협력을 시도하고자 했으나 UN의 경제제재 등으로 진행에 어려움을 겪고 있다. 따라서 북한 의약품정책을 이해하기 위해서는 북한 내부의 정치경제적 환경 뿐 아니라 북한을 둘러싸고 있는 국제사회의 정치적 역관계에 대해서도 더욱 심층적인 연구가 필요하다.

2. 정신적 자극의 강조로 의약품정책의 경직성 초래

북한은 경제건설 초기에 국영제약공장을 건립하는 등 의약품 생산에 필요한 물적 투자에 집중하였다. 그러나 1950년대 후반 북한은 “필요되는 합성의약품중 아스피린, 이소니찌드, 술피티아졸 등 20여종의 중요 품종만 국내생산으로 충족시키고자 하여도 그 생산을 20배로 늘여야”(홍순원, 1981: 587)하고, 무상치료제에 필요한 의약품 수요를 충족시키기 위해서는 제약공장이 10배 이상 더 건설되어야 한다는 결정을 내렸다(과학 백과사전출판사, 1981). 그러나 이런 결정에도 불구하고 의약품 생산에 필요한 기본 인프리와 원료의약품 등의 물적 기반 마련에 필요한 예산 확보는 1960년대부터 ‘중공업 우선 발전’이 우선하면서 기대하기 어려워졌다. 의약품 생산 확대가 어려움에 부딪히자 북한은 ‘정신적 자극’을 우선하고 ‘예방의학’을 강조하였는데 이로써 의약품정책을 추진 하는데 있어 근본적인 한계가 예견되었다. 또한 북한은 자본주의 보건의료가 산업화됨에 따라 더 많은 수입을 얻으려는 제약독점업체들에 의하여 약물만능주의가 대대적으로 선전되면서 더 많은 사람들이 병에 걸릴 것을 바라며 도리어 병을 장려한다고 보았다(김일성, 1985). 즉 치료본위와 약물만능주의는 자본주의적 사상관념이며 자본주의적 의학유물이라는 것이다. 그러나 예방의학과 치료의학은 상호 대립적인 것이 아니라 보완적인 성격을 가지는 것이다. 예방의학을 우선한다고 해서 보건의료 시설과 의약품이 필요없다는 것이 아니기 때문이다. 오히려 시설, 인력, 의약품의 확보는 물론이고 식수, 영양, 사회인프라 등의 물적 기반도 함께 마련되어야 예방의학의 본래 취지를 살릴 수 있는 것이다. 1976년 현지도한 병원에서의 김일성의 다음과 같은 비평은 의약품에 대한 북한의 관점을 보여주는 대목이다.

“지금 보건부문일군들이 당의 보건정책을 철저히 관철하기 위하여 이악하게 달라붙지 않다 보니 잘 지어놓은 병원들에 의약품을 넉넉히 보장해주지 못하고 있다...의약품을 만드는데 자금이 많이 드는 것도 아니고...의약품이 부족한 것은 보건부문 일군들에게 당성, 로동계급성, 인민성이 없는 것과 관련되어(김일성, 1985: 290), 의학리론이나 기술수단과 약이 치료의 성과를 좌우하는 것이 아니라 보건일군들의 사상정신도덕적품모의 집중적표현인 정성이 치료예방사업에서 결정적인 의의를 가진다” (홍순원, p.626)

이처럼 북한은 의약품이 부족해서 환자 치료가 어렵다는 것은 보건일군들의 ‘사상정신도덕적 품모’의 표현인 ‘정성’이 부족해서 생긴다고 보았다. 따라서 ‘당성, 로동계급성, 인민성’으로 무장만 하면 의약품을 넉넉히 생산보장할 수 있다는 것이 북한의 관점이다. 그러나 이런 관점은 의약품 생산에 필수적인 원료의약품 보장이나 기술향상의 필요성을 간과하기 때문에 ‘기술적’으로 불가능하게 보이는 것들도 ‘정치적·정신적’으로 가능하다고 왜곡하는 위험을 내포하고 있다. 왜냐하면 북한을 비롯한 사회주의 국가들이 경제운영에서 겪는 자재공급의 어려움은 사회주의 경제 고유의 문제에 기인하는 것인데 이의 해결을 제도의 차원이 아니라 사상의 차원에서 접근하는 것은 처음부터 그 한계가 명확한 것이기 때문이다.

김일성이 해방 이후부터 ‘의료일군에 대한 사상교양사업’의 강화를 강조해왔기 때문에 ‘정신적 자극’이 1960년대부터 갑자기 등장한 것은 아니라는 반론이 존재할 수 있다. 그러나 이 시기 김일성이 강조한 ‘사상교양사업’ 수준은 일제시기 인민들에게 친절하지 못하고 교만하게 행동하던 의사와 같은 사람이 되지 않는 정도의 ‘품성 교양’이었기 때문에(황상익, 2006), 1960년대부터 본격적으로 강조된 ‘정신적 자극’은 중공업 우선 정책과 군사비 확대로 보건비가 축소된 데 기인했을 가능성이 커보인다. 물론 보건비 축소에 대응한 북한의 ‘정신적 자극’과 ‘예방의학’의 강조를 합리적인 선택으로 볼 수도 있으나, 의약품 생산에 필수적인 원료의약품 보장이나 기술향상 등에 대한 국가 책임은 간과되고 있기 때문에 최선의 합리적인 선택으로 보기는 어려운 것이다.

3. 자력갱생의 강조로 고려약의 생산 편중

‘정신적 자극’의 강조와 함께 ‘자력갱생’도 의약품정책에 영향을 주고 있는 외부환경이 되고 있다. 북한의 자력갱생은 1960년대 북한을 둘러싼 국제환경이 악화됨에 따라 주체사상이 강조되면서 경제의 자립측면에서 부각되었다. 이는 당시의 중소분쟁 및 쿠바사태 등 국제환경이 급변하는 상황에서 북한 스스로 살아남아야 한다는 위기감의 표현으로 이해할 수 있다. 이에 따라 북한은 모든 의약품의 수요를 품종이나 수량에서 자급자족할 것을 선언했으나, 국내에서 모든 약을 생산하여 자급자족한다는 결정은 경제성까지 고려했을 때 그 명분과 의의를 가질 수 있는 것이다. 왜냐하면 북한처럼 국내 시장이 크지 않은 나라가 필요한 모든 약을 자급자족하겠다는 것은 경제성과 효율성이라는 경제논리가 무시된 결정일 뿐 아니라 세계적인 추세와도 맞지 않은 합리적인 선택이 아니기 때문이다.³⁵⁾ 북한은 전쟁 이후 1960년대 초까지 소련을 포함한 사회주의 우방의 지원으로 제약공장을 건설하였고, 원료의약품과 기술지원을 받아 의약품 생산에 필요한 기반을 형성해나갔다. 그리고 소련과 동구 사회주의 국가들이 붕괴하기 전까지 북한은 이들 국가들로부터 저가로 의약품을 지원받거나 구입하였기 때문에 의약품을 자력갱생하기 위한 튼튼한 국내 기반 확보의 기회를 적극적으로 갖지 못했다. 1990년대 위기를 북한 관계자는 다음과 같이 술회하고 있는데 여기서 북한의 자력갱생은 소련 등 사회주의 국가들의 지원이 있어야 유지되었던 ‘자력갱생’이었음을 알 수 있다.

“솔직히 말해서 공화국에는 약이 부족합니다. 그 이유는 이렇습니다. 과거 사회주의 나라들이 살아있을 때에는 우리가 땅콩을 이만큼 집어주면 그쪽에서 페니실린을 주었습니다. 우리는 시장에서 약품을 사서 써 본 경험이 없습니다” (신석호, p.129)

의약품 생산에서의 자력갱생을 위해서는 제약설비와 원료의약품, 선진 제약기술을 습득한 제약 전문가 양성 등에 대한 투자가 선결되어야 하는데 중공업에 대한 우선 투자

35) 남한의 경우, 국내 제약회사들의 육성·보호를 위해 원료의약품의 국산화를 유도했으나, 대부분의 제약회사들은 경제성을 고려하여 원료의약품을 외국에서 수입한 후 완제의약품을 생산하고 있는 것이 최근 현황이다(www.kpma.or.kr. 2012.10.12). 자력갱생을 하기 위해서는 남한처럼 원료의약품을 수입하여 완제의약품으로 판매하든가, 쿠바처럼 기술투자에 집중하여 부가가치가 있는 백신 개발에 집중하든가 수익구조에 대한 고민이 필요하다. 수익이 창출되어야 의약품의 자력갱생에 필요한 재투자를 할 수 있기 때문이다.

와 군사비의 확대에 따라 이러한 선결 조건을 충족시킬 수 없었다. 그러다보니 약초를 이용한 고려약만의 자력갱생이 되었고, 이는 다시 북한이 의약품 생산을 위한 투자를 소홀하게 하는 구실을 제공하게 하였다. 물론 외국과의 교류가 제한되어 있고 비용이 많이 드는 신약을 생산하기 어려운 조건에서 그 돌파구로 고려약이 강조되고 있고, 우리의 전통의학을 현대 과학적으로 증명하고 계승발전하고자 하는 시도는 긍정적으로 평가해야 할 것이다(황상익, 2006). 그러나 수준높고 깊이있는 고려약 연구를 위해서는 생명과학의 기초 연구가 뒷받침되어야한다는 것과 대외교역 확대를 통한 선진기술의 도입도 적극적으로 고려되어야 한다.

의약품의 ‘자력갱생’과 더불어 북한의 ‘중앙집권적 계획제도’도 고려약 생산의 치중으로 의약품정책이 제대로 작동할 수 없는 원인중의 하나가 되었다. 북한의 제약공장은 중앙집권적 계획에 따라 중앙에서 부과한 양적 목표 달성을 위해 원료가 잘 보장되는 약초를 이용한 고려약 위주의 생산을 할 수 밖에 없었다. 물론 고려약도 일정정도 효과가 있지만, 예방백신이나 항생제, 해열제 등의 필수약품 생산은 매우 제한되어 있기 때문에 북한 주민들은 언제나 의약품이 부족한 상황에 직면하고 있다. 계획경제가 부과한 목표 생산량을 달성하기 위해서는 원료를 구하기 어려운 신약을 생산하기보다는 고려약을 생산할 수 밖에 없는 상황을 이해할 수 있지만 모든 치료를 고려약으로 해결하겠다는 것은 효과적이지도 효율적이지도 않은 선택임은 분명하다. 북한에서 신약을 생산하기 위한 원료의약품 부족 문제가 이미 1960년대 초부터 꾸준히 제기되었음에도 불구하고 이에 대한 해결을 고려약으로 대체해온 것은 주민들에게 필요한 의약품 생산이 중요한 것이 아니고 전년 대비 올해의 의약품 생산이 얼마 증가했다는 총량적인 평가를 중시한 정책의 반영이라고 볼 수 있다. 실제 북한 문헌에서 다음과 같이 중앙집권적 계획제도의 비효율성을 보여주는 사례를 쉽게 찾을 수 있다.

“일군들은 병원의 수요와는 관계없이 원료가 잘 보장되는 의약품생산에만 몰두하다보니 공장 현대화와 약품의 질제고, 지표에 따르는 생산의 정상화문제는 뒤전에 놓고 있었다”
(의학과학출판사, 2006: 3)

계획경제는 목표 설정과 세부계획 수립 과정에서 개별 기업과 개인의 현황까지 완벽하게 파악할 수 없으면서도 목표량을 하달하고 있다. 그리고 이를 받는 생산 현장도 양

적 목표달성이 최우선이므로 실제 환자 치료에 많이 쓰이는 필요한 약인지, 품질은 좋은지 등은 뒷전으로 치는 것이다. 이는 보건사업을 사회주의제도의 우월성을 보여주는 수단으로서 활용하다보니 실제 요구되는 의약품을 생산하기 보다는 양적 목표 달성에 치우치는 경향과 관련이 크다고 볼 수 있다.

V. 결론

북한은 해방 직후부터 사회주의 이념과 급속한 경제성장을 바탕으로 독자적인 보건 의료체계를 구축하기 위해 적극적인 관심을 가지고 투자를 하였다. 특히 북한은 의약품을 ‘무상치료제’와 ‘예방의학’ 등 보건의료정책의 성과적 실현을 위한 기본수단이라고 보면서 의약품의 생산 증대를 위해 경제 건설 초기에 많은 노력을 기울여왔다. 또한 중앙정부에서 기초 지역단위인 리·동 단위를 아우르는 의약품 공급체계를 구축하였다. 그러나 북한의 의약품 수급 상황은 결코 만족할 만한 수준이 되지 못하고 만성적인 의약품 부족에 시달려왔다. 이러한 결과의 궁극적인 원인으로 심각한 경제난을 생각할 수 있으나, 이 연구는 의약품을 포함한 보건의료체계에 영향을 미치고 있는 북한의 정치경제적 환경이 우선 고려되어야 한다는 문제의식에서 출발했다.

북한은 국가의 정책결정이 사회의 모든 부문에 직접적이고 획일적으로 강제되는 특징이 있고, 보건의료를 ‘주민의 건강증진’이라는 본래의 임무보다는 사회주의혁명 완수의 수단으로 활용해왔기 때문에 ‘정신적 자극’이나 ‘중공업 우선 발전’ 등의 경제정책이 보건의료에 미친 영향은 지대하다. 국가 이외의 의료서비스에 대한 대안을 갖고 있지 않은 상황에서, 보건의료에 대한 국가 차원의 투자 여력을 기대하기는 어려운 지금의 상태가 계속된다고 할 때, 북한 주민들의 보건의료의 위기 상태를 어떻게 해석해야 할 것인가가 숙제로 남는다. 의약품의 생산과 공급이 무상치료제와 예방의학 등 보건의료정책이 작동하는데 부족함이 없을 정도가 되기 위해서는 ‘정신적 자극’만 있으면 물질적 투자는 필요하지 않다는 관점이 수정되어야 한다. 아울러 ‘고려약의 자력갱생’에 몰두하는 폐쇄적인 경제정책을 개방하여 선진 제약기술을 도입하며, 관료적 사회분위기를 일신하는 획기적인 조치가 취해져야 할 것으로 본다.

북한의 자구적인 노력에 더해 남한을 비롯한 국제사회는 필수약품을 중심으로 한

대북지원을 확대하면서 북한 스스로 의약품 생산할 수 있도록 제약분야 역량 개발 프로그램에 대한 본격적인 협의를 추진해야 할 것이다. 최근 WHO는 북한 제약공장이 GMP를 갖춘 후 필수약품 생산할 수 있도록 기술지원사업을 진행하고 있는데 이러한 사례는 북한의 개발협력에 대한 요구와 국제사회의 지원 원칙에 부합하는 것으로 참고가 될 만하다. 남한도 의약품지원과 함께 북한 의약품 생산 체계가 복구될 수 있도록 원료약품 및 제약기술지원 등 통일 대비 제약인프라 확충을 위한 다각도의 남북간 협력방안 모색이 필요하다.³⁶⁾

김진숙은 북한대학원 대학교에서 북한학 석·박사학위를 받았으며, 현재 보건복지부에서 사무관으로 재직 중이다. 주요 관심분야는 남북 보건의료협력, 북한 보건의료분야 개발협력 모델 개발이며, 향후 국제민간단체의 북한 보건의료 개발협력 사례 등을 연구 계획 중이다.

(E-mail: woorene@naver.com)

36) 1995년부터 2012년 10월까지의 남한 보건의료분야 대북지원 총 액수(39,396만 달러)에서 의약품은 52.3%(20,610만 달러)를 차지할 정도로 의약품 지원은 꾸준하게 진행되었다. 또한 2007년 남북정상회담 후속 남북보건의료환경보호협력분과위원회에서 남·북 보건부는 “의약품 제조 품질관리기준에 맞게 북측 제약공장들이 원활하게 운영될 수 있도록 원료 의약품을 제공하며, 설비 현대화와 관련한 문제는 계속 협의해나가기로” 합의한 바 있다 (통일부, 2008).

참고문헌

- 고등교육도서출판사(1990). 보건경영학: 대학용. 평양: 고등교육도서출판사.
- 과학백과사전출판사(1981). 조선전사 제29권. 평양: 과학백과사전출판사.
- 과학원출판사(1960). 해방후 우리나라의 인민경제발전. 평양: 과학원출판사.
- 조선민주주의인민공화국 국가계획위원회 중앙통계국(1961). 1946-1960 조선민주주의인민공화국 인민경제발전 통계집. 평양: 국립출판사.
- 국토통일원(1973). 최근 북한의 경제력추정을 위한 통계자료 분석. 서울: 국토통일원.
- _____ (1988a). 조선노동당 대회 자료집 제2집. 서울: 국토통일원.
- _____ (1988b). 북한의 정치 경제. 서울: 국토통일원.
- 김일성(1968). 김일성저작집 제1권. 평양: 조선로동당출판사.
- _____ (1979). 김일성저작집 제3권. 평양: 조선로동당출판사.
- _____ (1980). 김일성저작집 제7권. 평양: 조선로동당출판사.
- _____ (1985). 인민보건사업을 발전시킬데 대하여. 평양: 조선로동당출판사.
- _____ ((1987). 김일성저작집 제33권. 평양: 조선로동당출판사.
- 김정일(1998). 김정일선집 제8권. 평양: 조선로동당출판사.
- 동서문제연구소(1973). 북한경제. 서울: 동서문제연구소.
- 문옥륜(1990). 북한의 보건의료. 강정구 외. 북한의 사회. 서울: 을유문화사, pp.236-237.
- _____ (1993). 남북한 보건의료체계의 비교 고찰. 보건학론집, 30(1), pp.66-67.
- _____ (2003). 보건의료체계. 편찬위원회. 보건학개론. 서울: 서울대학교출판부, pp.95-96.
- 법제처 법제총괄담당관실(2009). 2009년 남북한법제연구보고서 1. 서울: 법제처.
- 보건복지가족부(2008). 보도자료 2008.5.27. 서울: 보건복지가족부.
- 보건복지부(2011). 보건복지백서 2010. 서울: 보건복지부.
- 보건부 김일성동지보건사상연구실(1990). 위대한 수령 김일성동지의 보건명도사. 평양: 과학백과사전출판사.
- 북한연구소(1983). 북한총람 1945-1982. 서울: 북한연구소.
- 석영환(2008). 북한의 의료실태 1. 통일로, 234(2), pp.63-64.
- 신석호(2008). 김정일과 카스트로가 경제위기를 만났을 때: 북한과 쿠바 경제의 위기와 개혁. 서울: 전략과 문화.

- 양문수(2006). 북한에서의 계획과 시장의 불안정한 동거. 국가경영전략, 6(1), pp.22-23.
- _____(2007). 2000년대 북한경제의 구조적 변화. KDI 북한경제리뷰, 10(5), pp.8-9.
- 유원섭(2009). 북한보건의료지원정책사업 평가. 서울: 한국국제보건의료재단.
- 의학과학출판사(2004). 조선약학 2004. 평양: 의학과학출판사.
- _____(2005). 조선약학 2005. 평양: 의학과학출판사.
- _____(2006). 조선약학 2006. 평양: 의학과학출판사.
- _____(2009). 조선약학 2009. 평양: 의학과학출판사.
- 이승훈, 홍두승(2007). 북한의 사회경제적 변화: 비공식부문의 대두와 계층구조의 변화. 서울: 서울대학교출판부.
- 이혜경(2009). 북한보건의료체계의 파행화와 변화에 대한 연구. 석사학위논문, 경남대학교, 마산.
- 조선중앙통신사(1955). 조선중앙년감 1954-1955. 평양: 조선중앙통신사.
- _____(1963). 조선중앙년감 1963. 평양: 조선중앙통신사.
- _____(1971). 조선중앙년감 1971. 평양: 조선중앙통신사.
- _____(1972). 조선중앙년감 1972. 평양: 조선중앙통신사.
- _____(1973). 조선중앙년감 1973. 평양: 조선중앙통신사.
- _____(1974). 조선중앙년감 1974. 평양: 조선중앙통신사.
- _____(1978). 조선중앙년감 1978. 평양: 조선중앙통신사.
- _____(1991). 조선중앙년감 1991. 평양: 조선중앙통신사.
- _____(2002). 조선중앙년감 2002. 평양: 조선중앙통신사.
- 주성환, 조영기(2003). 북한의 경제제도와 관리. 서울: 무역경영사.
- 추재호(1990). 북한의 산업구조, 북한경제의 전개과정. 서울: 경남대학교 출판부.
- 최삼섭 외(1991). 북한의 보건의료와 의약현황 분석. 서울: 한국과학기술단체총연합회.
- 통일부(2008). 2008년 통일백서. 서울: 통일부.
- 통일원(1996). 북한경제통계집. 서울: 통일원.
- 한국국제보건의료재단(2008). 북한 보건의료 WHO 자료집 II. 서울: 한국국제보건의료재단
- 한국제약협회.(2010.12). 제약산업 통계집. www.kpma.or.kr에서 2012.10.12 인출.
- 홍순원(1981). 조선보건사. 평양: 과학백과사전출판사.
- 황상익(2006). 1950년대 사회주의 건설기의 북한 보건의료. 서울: 서울대학교출판부.

- Chung, Joshep Sang-hoon(1974). *THE NORTH KOREAN ECONOMY: STRUCTURE AND DEVELOPMENT*. Standford, CA: HOOVER Institute Press Standford University.
- WHO(2006). *Concept Paper on Scaling Down Procurement of Essential Medicine for DPRK*.
- _____(2008a). *Assessment of the Local Pharmaceutical Production in DPRK: Training Activities, Inspection Pyungsu, Visit ORS Factory UNICEF*.
- _____(2008b). *Assessment of the Local Pharmaceutical Production in DPRK: Mission Report Alain Kupferman*.
- _____(2008c). *WHO Country Cooperation Strategy DPRK 2009~2013*.
www.dprk.searo.who.int.에서 2012.10.12 인출.
- _____(2009). *Mission Report: Strengthening National Regulatory Authority of the DPRK*.

A Study on the Characteristics and Limitations of North Korea's Pharmaceutical Policy

Kim, Jin Sook

(Ministry of Health & Welfare)

The Democratic People's Republic of Korea (DPRK) has been developing a state-led socialist health care system since liberation from the Japanese colonial rule. On the foundation of the system, DPRK has pushed for "major health care policies"-free medical care, preventive medicine. In particular, as the North viewed free medical care as a communist policy where the government fully guarantees the health of laborers, it tried to prove superiority of the socialist care system through the policy. Kim li-seong emphasized the pharmaceutical industry focusing on the production and supply of pharmaceuticals as the basic material means and essential needs for free provision of medical care. However, the external environment surrounding the regime began to exacerbate in the 1960's. North Korea chose the path of self-reliance, meaning that it would develop a socialist economy on its own. For that, it gave priority to the development of the heavy industry, which resulted in dramatic fall in investment in health care projects including pharmaceutical projects. In addition to the emphasis on self-reliance and the development of the heavy industry, its centralized planning system negatively affected the development of the pharmaceutical industry. However, what hindered the development of the pharmaceutical sector the most was the way North Korea viewed it, represented by mental stimulus. The North maintained that the "performance of treatment does not fully depend on medical theory, technology or pharmaceuticals, but ideological, mental, and moral state is critical in the treatment and prevention programs", holding a perspective that ideological spirit can solve the problem.

Keywords: Pharmaceutical Policy, Mental Stimulus, Self-Reliance, the Priority to the Development of the Heavy Industry