고신대학교 의과대학 학술지 제25권 제1호
Kosin Medical Journal
Vol. 25. No. 1, pp. 66~76, 2010

통일 후 북한 보건의료 지원방안

옥철호

고신대학교 의과대학 내과학교실 · 고신대학교 세계의료선교 연구소

A Study of Supporting Methods on Cooperation in Health Care and Medicine of North Korea after Reunification of Korea.

Chul-Ho Oak

Department of Internal Medicine Kosin University College of Medicine, Busan, Korea
Institute of Wolrd Medical Mission

Abstract

Backgroud: North Korea's healthcare system have been collapsed since the late 1990's because of a long series of economic woes, natural disasters, and its continuing stance of isolationism. Moreover, recently issued Nuclear crisis from North Korea and health problem of North Korean leader, Kim Jung Il are suggesting imminent collapse of North Korea. and the reunification of North and South Korea.

Method: Unification expenditure is, however, the sum of all the expenses that will be required until both territories form a united nation and accomplish economic stabilization. These expenses include crisis administration, structural adjustment, and economic investment.

Therefore, in view of reconstruction of medical heath care system of North Korea after Reunification, inter-cooperation of non-governmental organizations, including the UN, Religious organization, Korean government, and medical mission organization have been strongly recommended.

Result: Thus, this study investigate the intergovernmental relations between the two Koreas in Cooperation in Health Care and Medicine and international and non-governmental organizations, including the UN, WHO, and Social welfare organization of Korea.

Conclusion: In conclusion, this study propose korean medical mission organization's roles in supporting the collapsed medical system in North Korea after Reunification. and other principles and a plan of action which prescribes the objectives the South Korean authorities should pursue, which involve taking the initiative in support projects, building mid-to-long term strategies and setting common goals in cooperation with non-governmental organizations, and allocating authorities and resources to non-governmental organizations and coordinate, direct and support them toward the goals.

Key words : Reunification, North Korea, Medical support, Medical Mission

서 론

1. 연구배경

북핵을 중심으로 한국과 북한의 긴장과 북미 간 혹은 북일, 북중 간의 긴장과 각국의 국익에 따른 정치적 행보에 따라 한반도의 정세가 혼란한 가운데 북한의 무너진 경제와 함께 회복되지 못한 의료체계 속에서 고통 받는 북한 주민의 고통은 더욱 더 도외시 되고 있다. 정부차원에서도 남북의료협력에 대한 연구를 지속적으로 진행하고 민간 기독단체와 연합하여 북한의 의료지원을 지속적으로 시행하고 있지만 이러한 노력들이 아직은 북한 전체의 필요를 충족시키진 못하고 있는 실정이다.

그러나 최근 김정일 국방위원장의 건강상태와 북한 내 여러 가지 정치적 상황으로 인해 북한체재의 갑작스런 붕괴와 한반도 통일에 대한 가능성이 그 어느 때 보다도 많이 제기되고 있다. 북한이 붕괴되면 낙후된 북한의 사회간접 자본의 재건, 낙후된 의료시설과 의료인력의 지식수준, 그리고 주민들의 보건위생 수준을 재건하기 위

교신저자 : 옥 철 호
주소 : 602-702 부산광역시 서구 암남동 34번지
고신대학교 의과대학 내과학교실
TEL : 051-990-6104 FAX : 051-990-3049
E-mail : oaks70@hanmail.net

해선 천문학적인 비용이 소요되기 때문에 정부차원이나 다른 민간단체 차원에서 통일 후 북한 의료와 보건위생에 대한 지원 방안이 연구되고 있으나 선교적 관점에서 교회와 기독 의료단체에 의한 연구는 활성화 되지 않고 있다.

2. 연구목적

교회와 국내 기독의료단체의 사역들은 지난 십년 간 북한의 접경지역과 북한 내 제한된 지역에서 꾸준히 의료협력을 해왔고, 재미 기독의료인들을 중심으로 북한 내 협력병원의 형태로 사역을 진행해 오면서 기독단체와 북한정부간에 상호 신뢰를 형성해 왔다. 따라서 이런 신뢰와 협력이 모여서 통일한국의 시작에 있어 화합과 하나 됨에 큰 역할을 할 수 있을 것이고 또한 통일 한국이 정착되는 과정가운데 예상되는 재정적, 인력적 인프라 재건에 있어서도 기독의료단체의 역할이 강조될 수밖에 없는 상황이 되었다. 따라서 본 연구에서는 북한 의료현실, 현제까지 정부, 민간단체, 국제사회의 북한 지원현황을 분석하고 기독의료단체와 교회가 가지고 있는 북한 의료체계 지원에 있어서의 중요성과 향후 통일한국에서의 지원방안들을 제시하고자 한다.

북한의 의료현실

현재 북한 의료현실은 우리나라의 1970년대 수준으로 매우 낙후되어 있으며 1990년대 이후 재난과 경제고립으로 인해 더욱 어려워져가는 모습을 보이고 있다. 북한의 보건의료정책은 크게 무상치료제, 의사담당구역제, 예방의학을 기본정책으로 표방하고 있다.

1. 북한의 보건의료정책

1) 무상치료제와 의사담당 구역제

북한은 무상치료제를 전 지역에서 실시한다고 함으로써 일반화되었으나, 실제로는 의약품 부족・의료시설의 낙후로 치료를 제대로 받지 못하고 있는 것이 현실이다. 의사담당구역제는 '전 주민이 담당구역 의사들로부터 체계적이고 전면적인 건강관리를 받을 수 있도록 한다.'는 취지에서 만들어진 제도로서 1969년부터 모든 시・군・구역에서 실시되고 있다. 그러나 의사 1명이 5~8개 인민반(인민반은 20~40가구로 구성된 최말단 단위)을 담당함으로써 담당해야 할 주민의 수가 도시의 경우 1,200여명, 농촌의 경우에는 1,500여명에 달한다고 한다[1].

2) 예방의학제도

예방의학의 기본은 전염병을 비롯한 모든 질병들을 미연에 방지하기 위한 대책과 위생개조사업 그리고 모든 주민들이 자각적으로 위생문화 사업에 동원될 수 있게 한다는 것이다. 북한의 방역 시스템은 1980년대 후반까지는 그런대로 유지되어 왔으나 1990년대 이후 재정사정 악화로 각급 위생방역소 및 병원에 대한의약품 공급이 대폭 감소됨에 따라 종래의 '예방의학제'에 의거한 '지역담당의사'의 주민 순회 진료, 위생교육 등은 형식적 진료행위에 그치고 있다. 병원 치료・식사・의약품 등도 무상으로 제공하도록 되어있으나 실제로는 환자가 모든 것을 부담하고 있어 무상치료제는 유명무실해졌다.

2. 북한의 보건의료시설

북한의 의료시설 체계는 행정단위에 맞게 단계적으로 조직되어 있다. 즉, 직할시와 도에는 대학병원과 중앙병

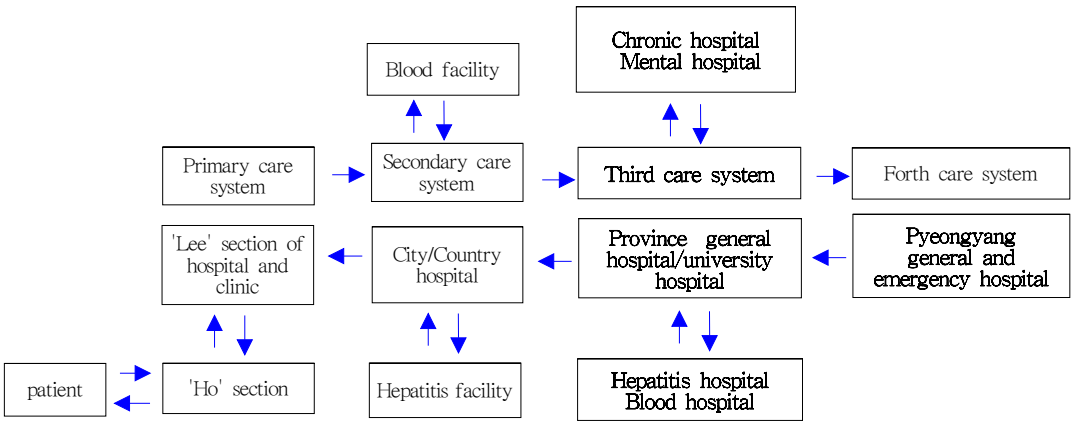

Fig. 1. Public health providing system of north korea.

Table 1. Size of medical facilities in the North Korea by types

Types	Location	Number of doctors	Specialists	Number of sickbeds	Major equipments
Do medical university hospital	Do people's committee location	About 200	All departments	800~1200	Basic treatment and all equipments for treatment
Sector (Gun) People's hospital	Gun people's committee location	About 50	Internal medicine, surgical, pediatrics, obstetrics and gynecology, dermatology, ophthalmology, otorhinolaryngology, radiology, laboratory, physical therapy, tuberculosis, hepatitis, oralogy, Korea treatment (Total 14 Depts.)	100~200	Ambulance X-ray Microscope
Ri People's hospital	Ri people's committee location	Around 10	Internal medicine, surgical, pediatrics, otorhinolaryngology, pediatrics, obstetrics and gynecology and Korea treatment (Total 6 Depts.)	5~20	(If the size is big) X-ray Microscope C
Clinic	Industrial site Collective farm village	1~2	None	1~2	Stethoscope, etc.

원 각 1개, 시(구역) 군 지역에 인민병원 12개, 리·노동지구에는 인민병원과 진료소 1개, 작은 리·동을 합쳐서 종합 진료소 1개씩을 설치되어 있다고 하고 또한 주요 공장 및 3급 이상의 기업소에는 인민병원 1개, 3급 이하의 기업소에 진료소 1개, 협동농장에 진료소 1개씩이 설치되어 있다고 한다[2](Fig 1). 1990년 북한은 전역에 일반 및 전문병원 2천 3백 73개, 진료 및 구급소 5천 6백 개 등 모두 7천 9백여 개 소의 병원·진료소가 있다고 주장하였으나 진료 및 구급소는 12명 정도의 의료인이 담당하고 있어 실질적인 의료시설로써의 역할을 수행하지 못하고 있는 것이 현실이다. 지역별로 보면 도시지역에는 의사 2백 명, 병상 1천2천개 규모의 중앙병원, 대학부속병원과 일반병원이 있고 이외에 결핵이나 조산원등 전문치료 예방기관 및 특수병원, 고려치료 예방기관, 구급의료기관이 설치 운영되고 있다고 한다[3](Table 1).

3. 북한의 보건인프라의 실제

북한의 보건인프라는 1970년대까지 광범위하게 대규모 농장, 산업현장 등 전 지역에 걸쳐 구축되었다. 그러나 1990년대 사회주의권의 붕괴로 인한 심각한 경제난과 자연재해로 인하여 많은 피해를 입었으며, 특히 보건의료 분야의 기반시설도 붕괴되었다.

1) 보건의료 기반시설 붕괴

전기의 공급이 원활하지 못하며, 용수가 제대로 공급되지 못하고, 냉난방의 문제도 심각한 실정이다. 이에 보건의료의 근본적인 문제점인 의료시설을 가동시킬 수 있는 전력공급, 전염병을 예방하기 위한 수질개선, 영양결핍을 해결하기 위한 식량난 해결 등의 기본적인 보건의료 인프라를 구축하는 것이 시급하다.

2) 의약품 부족

의약품의 부족현상이 심각하다. 제약 산업은 1990년대 이후 마이너스 성장을 거듭한 결과 회생하기 어려운 상황에 있다. 위에서 설명한 바와 같이 전력, 용수, 원료 수입재원의 부족 등의 복합적인 문제로 자연에서 주어진 풀뿌리를 중심으로 생산 가공되는 고려약에 70% 이상 의존하는 것이 현실이다[4].

3) 주민 사망률 증가

북한 인구의 사망원인을 살펴보면 보건의료의 현실을 한 눈에 알 수 있다(Fig 2). 1990년 초 극심한 식량부족현상은 주민들의 영양실조, 발육부진 및 면역성 감소를 가져왔으며 무엇보다도 전염성 질환의 증가를 초래하였다. 그로 인해 1995년 홍수 이후 설사병은 30%, 급성호흡기 질환은 25% 증가한 것으로 보고되고, 예방접종률의 감소로 인한 홍역, 장티푸스 및 소아마비 등의 질환들이 유행하고 있다. 영유아의 사망원인은 주로 급성호흡기질환과 설사이며, 감염성 및 기생충성 질환, 영양 및 대사질환으로 인한 사망이 전체사망의 50% 이상을 차지하고 있다. 또한 결핵, 말라리아, 콜레라 등이 다시 증가하기 시작하여 유행을 반복하고 있다고 한다[5].

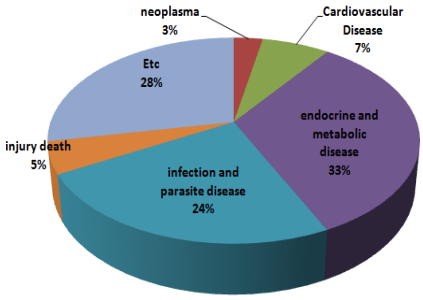

Fig. 2 causes of Death in North Korea.

보건의료 부분의 대북 지원 현황

1. 남한 정부의 대북 보건의료 지원

남북한 양측 정부 간의 지원 논의가 본격화된 것은 1995년 북한의 유엔대표부가 유엔인도지원국에 자연재해에 따른 긴급지원을 요청한 것이 계기가 되었다. 대북 무상지원 중 보건의료 부문의 지원은 구호나 농업분야에 비해 상대적으로 낮은 비율을 차지하였으나 2000년 이후 점차적으로 그 비중이 높아지고 있다. 2004년에 전체 지원액의 23%를 차지한 것이 정점이었으며, 2007년에는 18%를 차지하였다[6] (Table 2). 보건의료부문 지원은 초기에는 결핵약, 구충제 등 의약품 및 병원 소모품 지원, 예방접종사업이 주종을 이루었으나 시간이 지나면서 점차 제약 사업이나 병원현대화사업 등 시설개선 사업 등으로도 확산되어 진행되고 있다. 남북관계의 특수성을 고려해 볼 때, 우리나라 정부 차원에서 북한에 직접적인 지원을 시행하는 것은 한계가 있으므로 이를 극복하기 위하여 정부는 국내 민간단체를 통한 간접지원 방식을 활용하고 있다.

2. 남한 민간단체의 대북 보건의료 지원

대북지원사업에서 기독교적 배경을 가진 민간단체들의 참여가 활성화 된 것은 1999년 2월의 대북지원창구 다원화 조치와 아울러 「남북협력기금」이란 매칭펀드 형식의 안정적 재원이 확보되면서부터이다. 민간단체의 대북지원사업은 크게 개별사업과 합동사업으로 분류되는데, 이는 보건의료분야의 지원에 있어서도 유사하다. 개별사업은 각 민간단체 들이 대북지원사업을 수행하는 것으로서, 지원초기 결핵 및 말라리아를 비롯한 전염성 질환퇴치 및 의약품 지원에서 발전하여, 보건의료체계 복구를 위한 병원설립 및 개보수, 의료시설 지속운영을 위한 의료장비, 결핵 등을 비롯한 의약품 및 의료소모품을 지원하고 있으며, 어린이 보건의료 및 영양개선(콩기름, 급식) 등의 사업이 추진되고 있다(Table 3).

2005년을 기점으로 민간단체들의 대북 보건의료 지원사업은 기존의 개별사업 외에 '합동사업'이라는 새로운 형태로 전개되었다. 합동사업은 민간단체들의 중복지원과 개별 프로젝트의 한계를 극복하기 위하여 다수의 민간단체들이 연합하여 추진하는 사업으로서, 2005년부터 시범적으로 5개의시범 합동사업을 추진하였고, 2006년에도 5개, 2007년에는 3개의 합동사업을 실시하였다. 이 가운데 보건의료부문의 합동사업은 2005년과 2006년에 각 3개, 2007년에 2개였다[7].

3. 국제 비정부기구 (NGO)의 대북 보건의료 지원

북한 당국이 국제기구에 긴급한 원조를 요청한 1995년을 전후로 하여 국제 NGO들의 지원도 이루어졌다. 이들 국제 NGO를 통해 많은 재미 한인 기독 의사들이 많이 활동을 하였다. 그리고 비공식적인 경로를 통해 북한당

Table 2. Status of Aid by the Government and Private Sector by Areas (Unit: 1,000$)

Category	'95~96	'97	'98	'99	'00	'01	'02	'03	'04	'05	'06	'07	'08.5	Total
General aid	23,680 100%	4,329 92%	565 12%	1,435 13%	6,067 45%	4,174 31%	6,157 39%	6,157 39%	10,472 42%	4,346 20%	11,672 39%	14,701 45%	1,259 40%	91,748 45%
Restoration of agriculture	5 0%	205 4%	254 8%	3,941 84%	8,562 75%	5,476 40%	7,351 54%	7,673 49%	8,695 35%	13,744 65%	14,082 47%	11,900 37%	380 12%	82,286 41%
Healthcare		189 4%	40 1%	182 4%	1,380 12%	1,996 15%	1,967 15%	1,933 12%	5,624 23%	3,164 15%	4,301 14%	5,703 18%	1,499 48%	27,978 14%
Total	23,685 100%	4,723 100%	3,18510 0%	4,68810 0%	11,377 100%	13,5391 00%	13,4921 00%	15,7631 00%	24,7911 00%	21,2541 00%	30,0551 00%	32,3041 00%	3,138 100%	204,99410 0%

Table 3. Budget for the Joint-project of Private Organizations in 2007 (Unit: Million won)

Project name (Organized by)	Description	Participating organizations	Total project costs	Fund aid	Self-funding
Health & medical system improvement project (Nanoom International)	· Support 1~4 th level medical institutions · Establish production building in the medical cooperation center · Transfer technologies on health and medicine · Install waste water processing plant	Children's medicines support headquarters Let's make one movement Korean Sharing Movement Korea welfare foundation Korea food for the hungry international	2,800	1,730	1,080
Gangnam-Gun comprehensive welfare project (Good neighbors)	· Comprehensive welfare project(Day care, nutrition project, etc) · Education improvement project (Establish new elementary school and support education tools) · Health and medical project (Support medicines)	Gyoengnam Dongil Agriculture Cooperation South-North Children Okedongmu The Central Association for National Unification of Korea Korean Sharing Movement	1,173	724	449
Project management expenses	· Use the funds carried from 2006 joint project management costs		-	-	-
Total			3,973	2,444	1,529

국과 함께 병원설립과 하께 현지의사를 지도하기도 하지만 정확한 통계는 없다. 그러나 초기의 대북지원은 단체들 간의 상호협력이나 체계적인 모형에 따른 지원이 이루어졌다기보다는 각 단체가 개별적으로 북한 당국과 접촉하는 형식을 함으로써 통합적인 지원이 이루어지지 못하는 한계가 있었다.

2000년을 전후로 한 국제 NGO의 대북지원은 과거와는 다른 양상을 보이기 시작하였다. 그동안 개별적인 지원에 머물러 있던 단체들이 상호 협력과 연대를 시도하면서 북한 당국에 협력수준 제고와 투명한 모니터링 등을 요구하는 수준으로 발전한 것이다. 그렇지만 이러한 NGO들의 문제 제기는 북한 당국의 비협조로 인해 일부 NGO들의 철수까지 이어지면서 지원 축소로 귀결되었다. 국제 NGO의 대북지원활동은 1998년 1,769만 달러에서 1999년에 492만 달러로 감소하였다가 2000년에 1,573만 달러, 2001년 2,707만 달러로 정점에 달한 이후 2002년 1,721만 달러로 감소하였다[7] (Table 4).

Table 4. Transition of activities to international support the North Korea (Unit : 10 thousand dollars)

Year	1998	1999	2000	2001	2002
Amount	1,769	492	1,573	2,707	1,721

4. 국제기구의 대북 보건의료 지원

북한에 대한 국제기구의 지원은 1995년 9월 세계보건기구(WHO)의 10만 달러 지원을 계기로 본격화되었는데, 1995년부터 1999년까지는 유엔 인도지원조정국(UNOCHA), 세계보건기구(WHO), 유엔국제아동기금(UNICEF) 등이 보건의료 분야에 대한 지원을 실시하였다. 그러나 북한의 식량난 및 보건의료체계 붕괴가 좀처럼 회복되지 않으면서 2007년 8월 UNOCHA는 국제사회에 북한 수해 관련 긴급구호요청(flashappeal)을 다시 발표하고, 대북지원금으로 1천 400만 달러를 국제사회에 요청함으로써 지원을 재개하게 되었다. 이 가운데 보건의료관련 지원 요청금액은 576만 달러로 전체 지원요청 금액의 약 41%를 차지하였는데, WHO가 전염병 등 질병감시와 수질관리, 필수의약품 지원 등 예방과 건강증진을 위한 필수보건서비스 지원에 활용하기로 한 금액이 260만 달러로 가장 많았으며, 다음으로 UNICEF에서 필수의약품 및 응급장비 및 응급 보건서비스 지원으로 156만 달러를 지원하기로 하였다[8].

통일 한국에서 기독의료단체들에 의한 남북의료협력의 중요성

위에서 살펴보았듯이 북한의 의료현실은 매우 열악한

상황에 놓여있다. 통일 한국의 평화와 안정을 위해서는 모든 분야에서 지원과 협력이 절실하지만, 통일된 사회에서 의료가 가지는 사회적 영향력을 생각할 때 북한 주민들의 건강과 생명을 다루고 있다는 특수성과 의료선교가 통한 통일한국의 복음화에 미치는 영향력으로 인해 그 중요성이 더하다고 할 수 있다. 남북의료협력과 지원에 있어서의 기독의료인들의 역할의 중요성은 다음 몇 가지로 설명할 수 있다.

1. 기독의료단체의 지역주민에 대한 접근성

기독의료단체는 남북의료 협력을 통한 지원이 원활하게 이뤄지지 않은 일선 북한 주민들에 대하여 최우선적인 접근을 할 수 있는 사마리아인과 같은 역할을 할 수 있다. 오랜 경제위기로 인해 북한의 의료현실은 매우 열악한 것이 사실이다. 이로 인해 북한 주민들은, 특히 도시가 아닌 지역에 거주하는 주민들은 간단한 질병을 제대로 치료받지 못해 생명까지 위협받고 있는 것이 현실이다. 떡과 복음의 차원에서 기본적인 의료시설이 부족하고, 의약품과 각종 의료기기가 절대적으로 부족한 상황으로 인해 간단한 질병조차 적절히 치료받지 못해 죽어가고 있는 이웃에 대한 사랑에 동기에서도 다른 어떤 차원의 지원에 앞서 반드시 해결되어야 할 문제이다. 특별히 대도시를 벗어나 일·이차 의료의 혜택을 받지 못하는 지역일수록 국제단체, 정부의 투자나 적극적 지원이 부족하기 때문에 기독의료 단체에서 이러한 영역을 자원하여 섬긴다면, 더욱더 복음이 영향력 있게 전파될 수 있는 통로가 될 수 있을 것이다.

2. 기독의료단체와 북한 정부 간의 신뢰관계

독 의료단체는 통일 한국의 남북의료협력에 있어서 성경적인 가치관에 입각하여 인적, 제도적, 물적 인프라 재건에 참여함으로 통일 한국에 있어 재건된 의료 인프라의 사회적 영향력을 고려할 때, 북한 사회에 신속한 화해와 평화정착을 위한 매개체가 될 수 있다. 통일 전까지 다른 분야와 달리 기독단체에 의한 의료협력은 비교적 이념의 영향으로부터 자유롭고 정치적 환경에 덜 민감하기 때문에, 어떠한 이유로 남북관계가 경직되는 상황 속에서도 지속성을 가지고 북한을 섬겨 왔던 유일한 분야가 될 것이다. 따라서 통일 후 북한의 인적, 물적, 제도적 의료체계의 지원과 협력에 있어 기독 의료단체에 의한 남북의료협력은 다른 영역에서도 기독 단체가 상호지원과 협력에 적극적으로 나설 수 있는 교두보를 마련할 수 있다. 특별히 헌신되고 순수한 북한 의료인의 보수교육에 있어 남한의 기독단체가 주도적인 역할을 할 수 있다면 기독의료인에게 영향을 받는 북한의 의료인을 통한 새로운 복음에 입각한 의료체계의 구축과 함께 복음자체의 확산을 기대할 수 있을 것이다.

3. 기독의료단체의 지원에 의한 통일비용 절감

통일비용을 절감하고 사회적 통합을 조기달성하기 위해서도 기독의료단체에 의한 남북의료협력과 지원을 중요하다. 북한 주민에 투입되는 의료비는 바로 남한의 부담으로 돌아올 수밖에 없다. 따라서 인내와 지속적인 사랑이 수반되어야만 한다.

독일의 경우에 동독의 의료기관의 시설과 장비를 서독의 수준으로 끌어올리기 위하여 1995년부터 2004년까지 약 210억 DM정도를 투자예산으로 책정하였다. 독일은 1990년 통일 이후 동독 주민의 소득을 서독의 70%까지 올리기 위해 20년간 2조 달러를 투입했다[9]. 독일 통일 당시 동독의 1인당 국민소득은 서독의 40% 수준이었다. 인구는 서독의 4분의 1에 불과했다. 서독과 동독은 통일 이전부터 긴밀한 경제 교류를 해왔다.

미 스탠퍼드대 아시아·태평양센터 연구소[10]는 북한의 소득을 남한의 80% 수준까지 끌어올리려면 향후 30년 동안 2조~5조 달러 (약 2300조~5800조원)의 비용이 들 것이라고 분석했는데 이는 남한 국민 1인당 4만~10만 달러 (약 4600만~1억1500만원)의 통일비용을 분담해야 한다는 의미다. 북한의 1인당 국민소득은 남한의 5%에 불과하고, 북한의 인구는 남한의 절반에 달한다. 또한 북한의 낙후된 전력망·철도·항만 등 사회간접시설과 노후된 공장들, 그리고 황폐화된 농지를 복구하는 데도 몇 년이 걸릴 것으로 분석했다. 그러나 통일 이후 가장 힘들고 많은 비용이 드는 과제는 북한 주민의 소득을 남한 수준에 근접하도록 끌어올리는 일이다. 북한의 소득을 남한 수준으로 끌어올리려면 동독에 투입한 것보다 더 많은 물적 자원이 필요하다. 이런 엄청난 비용을 조달하는데 막연히 공공 및 민간 재원의 유치를 이끌어 내기가 어려울 것이다. 따라서 보건의료 시설 중 어느 정도를 민간에 이양할 수밖에 없어서 기독의료단체와 교회, 그리고 재외 기독의료인들의 적극적인 참여와 헌신이 요구된다고 할 수 있겠다. 이러한 남북의료협력의 장기적인효과는

통일비용을 절감하고 사회적 통합을 달성하는 결과를 가져올 것이다.

통일 한국의 의료 교류·협력을 위한 준비

통일 한국의 의료지원에 있어서 가장 능동적이고 절대적인 역할을 감당할 수 있기 위해 북한을 두고 기도해왔던 한국교회 성도들과 함께 기독병원을 중심으로 한 국내 의료선교 네트워크, 그리고 해외에 있는 일세 대 기독의료인을 중심으로 한 국외 의료선교 네트워크의 형성이 무엇보다도 필요할 것이다. 2007년과 2009년에 있었던 제10차, 11차 의료선교대회의 주제가 국내 의료선교단체들의 네트워크 형성[11], 그리고 한·미간 의료선교 인력간의 네트워크 형성, 그리고 의료선교단체와 교회와의 협력망 구축이었던 점[12]을 보더라도 하나님께서 다가올 통일을 위한 섭리와 주권을 느끼게 된다. 남북간의 보건의료 지원 및 교류·협력을 심화시키고, 지원 및 교류·협력사업의 형태와 내용을 보다 다양하게 발전시켜 나가기 위해서 다음과 기본적인 선교인프라가 구축되어야 할 것이다.

1. 국내외 지역 간 선교 네트워크 형성

통일 한국의 의료협력과 지원을 위한 국내외 의료선교단체와 교회간의 협의체구성이 절실히 요구된다. 예를 들어 2009년 9월 제11차 의료선교대회를 계기로 부산, 경남, 울산지역의 교회와 의료선교단체, 그리고 기독 병원들이 연합하여 의료선교협의회 (부·울·경 의료선교협의회) 창립하게 되어 기존의 개별적인 선교사역 형태에서 조직적이고 합리적인 선교인프라를 구축하게 된다. 현재까지 한국에는 한국 의료선교 협의회라는 수도권 중심의 의료선교협의회가 있어왔는데 이번 부·울·경 의료선교 협의회의 발족으로 각 지역에 이러한 의료선교협력이 가속화 될 것으로 기대된다. 그리고 한·미 의료선교 협의회가 2007년부터 활성화되기 시작하여서 한국과 미국에서의 의료선교사역의 정보가 공유되고 협력망이 생기게 되었다. 이러한 국내·외의 선교협력 협의체를 통해 교회와 선교단체, 그리고 기독 NGO, 기독병원이 유기적이고 효과적으로 북한의 각 지역에 전략적인 접근을 시도할 수 있을 것이다 (Fig 3).

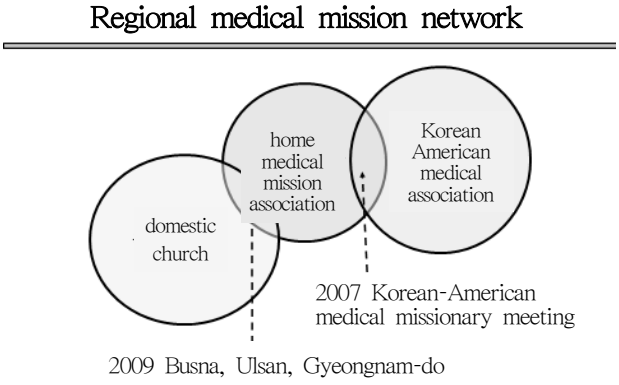

Fig. 3 Suggested model about the coalition between regional medical mission organizations and churches.

2. 의료선교단체 간의 직능적 네트워크 형성

지역을 초월하여 기능적인 측면에서의 협력망을 구성할 수 있다. 2009년 의료선교대회를 통해서 선교대상지에 의과대학이나 간호대학대학을 설립하여 기독교적 사명에 입각한 의료인을 양성하는 비전을 가진 사람들과 단체가 모여 의료교육 선교기구 (Medical Education Mission Organization: MEMO)가 발족되었다. 또한 이번 의료선교대회에는 상하수도, 정수나 식수원 확보 등의 기본적인 지역사회 보건교육과 지역사회 보건환경 개발 선교전략 (Community Health Evagelization: CHE)이 주제가 되었는데, 이러한 선교사역을 위한 연대모임의 움직임이 가시화 되고 있다. 그리고 북한의 만성 장기 환자, 영양실조환자, 그리고 결핵환자를 돌보고 영적으로 볼보는 호스피스사역을 위한 연대모임이 필요하다. 그리고 미국에는 의료기구와 장비를 제공하는 NGO와 선교단체의 협력망이 있고 재미 한인들은 중심으로 지역보건선교

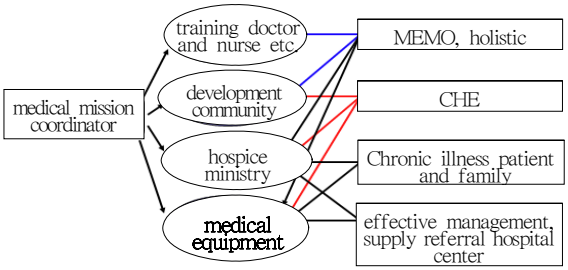

Fig. 4 Suggested model of a network between medical mission organizations by functions.
MEMO : Medical Education Mission Organization
CHE : Community Health Evagelization

와 함께 의료장비와 의약품을 보내는 NGO들과 이들 선교단체들의 중심이 된 선교대회 (Tech-Med Conference)가 매회 개최되고 있어서, 기능적인 측면에서의 선교 협력망과 의료선교협의회를 유기적으로 조직화시키고 체계화시키는 작업이 필요하다 (Fig 4).

의료선교적 관점에서 북한 보건위행 지원 방안

최근 의료선교를 포함한 국제의료봉사의 패턴이 이 일차 진료나 이동진료의 차원에서 지역사회개발, 보건위생환경의 개선, 그리고 제3세계 의료인의 연수로 바뀌어 가고 있다. 국내의료봉사단체의 봉사활동의 영역에 대한 조사에서도 지역사회 의료개발과 교육에 대한 비중이 높아지고 있다.[13] 따라서 이러한 관점에서 북한의 지역사회를 영적으로 변화시키기 위해 영적인 원리에 의한 보건위생학적 지원과 교육이 필요하다.

1. 일차 지역 보건사업의 공동추진

북한이 개방 가능한 지역을 중심으로 일차 지역보건사업을 공동으로 추진할 필요가 있다. 이를 위해서는 우선 북한의 리진료소 단위의 지역 보건의료사업 모형개발을 위한 시범사업이 필요하다. 이를 통해 지역사회 필수보건서비스에 대한 북한 주민의 욕구충족, 일차 보건의료서비스 공급방식 및 자원조달 방안 마련, 남북 간 역할분담체계 구축 등을 모색할 필요가 있다 (Fig 5). 정부는 이러한 접근을 위해 지역사회 진단과 주민의 욕구에 따라 결정하되, 전체적으로는 전염병 및 응급의료 등 지역에 흔한 질환의 예방 및 치료 (의약품비치), 영유아 및 모성 건강관리, 영양지원, 건강 상담・교육, 북한 의료인에 대한 교육・훈련, 그리고 안전한 식수 공급 및 환경위생 등이 포함될 것을 제안하고 있다.[14] 할 것이다. 특히 이러한 지역은 대도시와의 접근성이 떨어지고 낙후되어 있어서 통일 후에도 온전한 지원과 관심을 받기가 어려워 기독의료단체나 교회와 같은 민간단체의 적극적인 참여가 요구되는 지역이다.

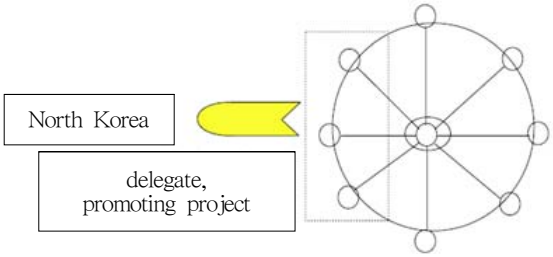

Fig. 5 Approach model in the primary medical service target area.

기존의 의료선교는 개인에 국한된 진료중심의 전략에 치중해 왔는데 최근에는 개인을 포함하는 지역사회를 바라보는 포괄적인 예방사역으로 선교전략이 바뀌어 가고 있다. 지역사회 보건의료선교 전략은 (Community health evangelization : CHE) 의료의 손길이 미치지 못하는 지역사회의 보건학적인 문제를 지역사회에 있는 그리스도인이 깨달아서 그들 중심의 보건위원회를 조직하고 지역사회를 복음과 보건학적인 개선을 통해 변화시켜나가게 하는 것으로써[15] 이를 북한의 일차 지역보건사업에 접목시킬 수가 있을 것이다 (Fig 6). 이를 위해선 남한의 교회와 의료선교단체 연합체가 지역사회 주민 중 남아있거나 생존해 있는 그리스도인을 대상으로 리더로 세우고 점진적으로 마을 공동체를 대상으로 성경적 가치관을 접목한 보건교육을 통해 기독 보건위원회를 형성할 수 있도록 해야 할 것이다. 또한 남한의 교회와 의료선교단체가 북한 정부차원에서 할 수 없는 지역의 일선 진료를 당당 하는 북한 의료인들을 대상으로 기독교적 가치관에 따른 연수교육을 통해 통일된 북한 내에서 가장 주도적인 역할을 수행할 것으로 예상되는 복음적인 의료 인력을 양성할 수 있게 될 것이다. 이와 아울러서 교회가 중심이 된 지역개발 사업을 진행하여서 의료선교사업과 함께 효과적인 북한 재건사업을 도울 수 있을 것이다. 이를 위해선 지원 및 교류・협력사업의 사업의 내용과 평가 등과

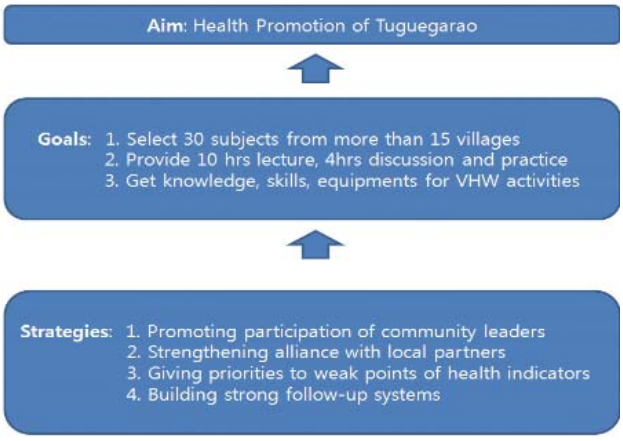

Fig. 6 Aim, goles and approaching strategies of VHW training program.
VHW : village health worker

관련하여 남한의 능동적인 입장 반영 노력이 필요하다. 남한의 판단에 의해 규명한 북한 주민의 보건의료 욕구를 북한 보건당국에 전달하고 이를 충족하기 위한 남한의 적극적인 역할을 인정받도록 요구할 필요가 있다. 이를 위해 그 동안 북한 정부와 신뢰를 구축해 왔던 남한의 기독 의료협력 단체들의 적극적인 설득 노력과 함께 상호간의 이해가 필요하다.

2. 지역 의료협력 체계 구축

2차, 3차 보건체계를 지원하기 위해 한·미 의료선교협의체와 북한 측 관계자가 협력으로 지역의료협력 센터를 구축할 수 있을 것이다. 한 나라의 정부나 국제조직이라 해도 가격이 너무나 엄청나서 매우 어려움을 겪을 것이다. 병원을 짓는다거나, 값비싼 기구를 보내는 것은 임시방편이 될 수는 있으나, 기구가 노후해서 수리해야 하고 보급품이 필요하게 되면, 의료 활동은 정상적으로 진행되기 힘들 것이다. 예를 들어 평양의료협력센터에서처럼 병원에 지원하는 장비를 보관 관리 하며 병원에서 사용하다가 고장 난 장비를 수리하고 한 단계 나아가 기본적인 장비를 자체 생산할 수 있도록 한다.[16] 그리고 약품, 기구, 보급품을 애타게 기다리고 있는 기존의 병원들을 도와서 그들의 역할을 잘 할 수 있게 하는 것이 훨씬 더 경제적이고 효과적일 것이다. 자원을 한 시설에 전부 다 쏟아 붓는 대신에, 우린 완벽하게 한 병원을 지원할 수 없을 만큼의 한정된 자원으로 4-50개의 병원과 결핵요양원을 도울 수 있다.

기독교 선교 봉사단체가 현제까지 북한에서 섬기고 있는 의료협력 센터의 모델로 개성공단 진료소와 개성 남북 협력병을 들 수 있는데 북한 내에 있는 남북 협력 병원 중 연속성이나 실제적인 효과면에서 가장 가시적인 성과를 나타내고 있다 (Fig 7). 개성 남북 협력 병원은 기독교 봉사단체인 그린닥터스에 의해서 운영 되고 있어서 초창기 진료소에 파견이 되었던 의료 인력이 고신대학교 복음병원의 기독의사, 간호사였고 개성 남북 협력병원에 근무하는 장기 근무자도 의료선교사 출신이거나 기독의료인으로 구성되어 복음적인 시각으로 북한의 근로자를 섬기고 있다.[16] 정부 차원에서 남북 보건산업 협력에 대한 협력 모델을 제시한 바 있는데 우선 의약품이나 의료기기 등의 물자를 산발적이고 일방적으로 제공하는 형태로 이루어져 온 지금까지의 대북 지원 사업을 탈피하여 남한의 기독의료 협의회와 북한의 관계자가 지역보건사업의 사업목표 및 추진계획 수립, 자원조달, 사업추진, 사업의 성과평가 등을 공동으로 추진함으로써 북한 당국의 자생력 확보를 위한 개발지원 협력으로 진일보 하는 데 도움이 될 수 있다는 점이다.[17]

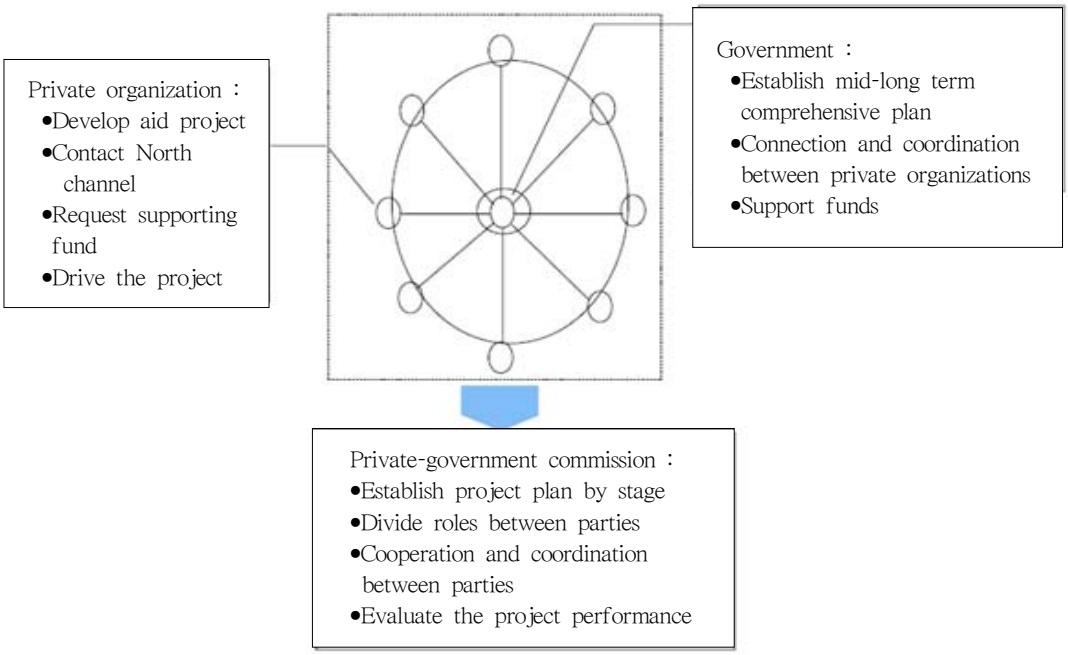

Fig. 7 Model of cooperative project for the third treatment model between the Government and mission organizations (private organizations).

Table 5. priority health care of north korea and WHO

priority	North Korea	WHO
1st	tuberculosis, malaria, HIV/AIDS	prevention and management of communicable disease, surveillance system
2nd	hepatitis (type) B, gastrointestinal tract Infections, parasite disease	vaccination
3rd	non-communicable disease	evidence-based health policy and health care
4th	smoking cessation	strengthening primary medical service through community
5th	maternal and child health, vaccination	modernization of clinical technologies and medical education
6th	food safety	the safety of blood
7th	nutrition	recovery of health care system
8th	mental health	smoking cessation
9th	the safety of blood	clinical epidemiologists skill and public health and strengthening capacity of study
10th	health environment	considering collaboration skills with other organization in public health
11th	development of new skill and application	
12th	securement of the basis medical supplies and quality assurance	
13th	strengthening medical service system	
14th	training and retraining medical human power	

3. 거시적 보건 의료협력 목표설정

보건의료부문의 지원・협력 사업에 대한 뚜렷한 목표의 설정이 필요하다. 교류・협력사업의 중장기 목표와 로드맵 등을 설정하고 총 소요 재원 추정 및 단계적 재원 조달 방안 등을 체계적으로 마련해야 한다. 그러한 국가적 목표달성을 위한 NGO 단체와 정부 간의 합리적 역할 분담과 협조체계 구축 등도 이루어져야 한다. 북한의 보건의료 문제 중에서 남한의 지원 및 교류・협력 사업으로 해결해야 할 부분, 북한의 자체적인 노력으로 해결해야 할 부분, 북한으로 하여금 자구능력을 함양하도록 지원하여 해결해야 할 부분 등으로 사업대상영역과 역할을 분담하는 등 북한 보건당국과의 긴밀한 협조도 필요하다[18].

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 (Table 5).「세계보건기구 (WHO)」도 북한의 향후 5년의 최우선 과제를 결핵, 말라리아, HIV/AIDS 등의 전염성 질환관리・감시체계 및 임상검사기능 복구 등으로 제시하여 북한 보건당국과 일치된 의견을 보였고,[19] 이에 따른 지원이 이루어지고 있다 (Table 6).

이러한 단계적 지원이 이뤄지는 가운데 통일이 일어나게 되면 다음 단계의 보건문제는 보건체계 복구인데 보건연구시설의 개선 및 확충, 보건의료인의 기술 향상, 의학연구 및 전통한의학 연구 활성화 등을 통해 의료 인프라를 재건하게 될 때 기독교적인 가치관에 입각한 보건연구 정책, 보건의료인 양성, 그리고 의학, 한의학 교육이 이뤄져야 할 것이다. 앞에서 기술한 바대로 지역별, 직능별 의료네트워크를 통해서만이 이러한 북한의 방대한 의료인프라의 재건과 지원이 가능하게 될 것이다. 그리하

Table 6. Direction of WHO strategy of north korea humanitarian assistance

strategy	Task
① (socially vulnerable groups) reduction mortality	・ malaria ・ HIV/ADIS ・ monitering and response of disease ・ health of children and mother ・ tuberculosis ・ immunity and vaccine ・ control smoking
② control health habits and eliminate risk factor	・ monitering and prevention non-communicable disease ・ mental health ・ the safety of blood ・ the safety of food ・ research facility of public health ・ traditional oriental medicine ・ medical education
③ development of optimal health system	・ management of medical supplies ・ ability of practice and study about public health and communicable disease ・ skill improvement about public health concerned ・ supply health care system
④ built policy about public health	・ collaboration with other organization in public health ・ role of WHO north korea branch

여 북한 사회에서 보건체계와 의료사회에 기독의료인을 양성하여서 그들이 지역사회에 가지고 있는 사회적 리더쉽과 영적영향력을 통해 김일성, 김정일 부자에 의해 지배당하던 북한 주민들의 영혼에 복음이 확산되고 북한 사회에 의료선교가 더 한층 확산될 수 있을 것이다.

결 론

통일 한국의 북한 의료지원은 교회와 국내외 의료선교단체, 정부, 국제기구, 그리고 국제 NGO와의 협력을 통해 체계적으로 이뤄져야 한다. 또한, 북한의 보건의료 수준이 남한에 비해 낙후되어 북한에 대해 남한이 일방적으로 지원해야 한다는 일반적인 인식에서 벗어나 남한과 북한이 대등한 입장에서 교류·협력하거나 상호 보완할 수 있는 보건의료의 영역이나 기회를 찾는 노력이 절대적으로 필요하다. 다행히도, 북한엔 환자를 진심으로 아끼고, 필요한 약기구만 있다면 최선의 치료를 해줄 마음이 있는 의사와 간호사들이 많이 있다. 비록 이들이 남한과 같은 좀 더 부유한 나라의 의료진들처럼 수련은 받지 못했더라도, 봉사하려는 마음과 동기부여는 대단히 높다. 따라서 김일성 주석과 김정일 국방위원장 중심으로 사고체계가 붕괴되어 있는 의료인들을 그리스도의 사랑에 기초한 영적, 정서적, 학문적으로 기독 의료인으로 육성하여 해야 될 것이다. 또한 구호적 지원과 함께 개발복구를 위한 지원을 위해 보건의료 인프라에서부터 기초단계에서부터 지원을 추진해 나가야 할 것이다. 그리고 그 과정에서 우린 서로를 이해하고, 신뢰하고 귀하게 여기는 법을 배우면서 북한 사회의 복음화의 통로가 되어야 할 것이다.

참고문헌

1) 황나미 : 북한보건의료 현황과 대북보건사업 접근전략. 한국보건사회 연구원, 2007, 16.
2) UNICEF : International Symposium on Heath and Medical Care for DPRK. UNICEF, 2000
3) 내외통신사: 북한조감, 1994, 174.
4) 황나미, “북한보건의료 현황과 대북보건사업 접근전략” (한국보건사회 연구원, 2007), 16.
5) 변종화 : 남북한 보건의료제도 비교연구. 한국보건사회연구원, 1993, 164.
6) 이윤환 : 북한 보건의료분야의 인도적 지원방향. 통일부 보고서, 2002,. 43
7) 김석향 : 지속적인 협력과 발전을 통한 북한 보건의료체계 발전 방안 연구, 보건복지 가족부 포럼, 2008, 288.
8) 남정자 : 남북한 보건의료 분야 교류협력 활성화 방안. 한국보건 사회 연구원, 2002, 112
9) OECD : The reform of health care, 1992, 123
10) 피터 백 : 한국의 통일비용, 스탠퍼드대 아시아·태평양센터 연구소 월스트트 저널, 2010
11) 한국의료선교협의회 : 제10차 의료선교대회 보고서, 2007
12) 한국의료선교협의회 : 제11차 의료선교대회 보고서, 2009
13) 이상영 : 대북지원 현황과 연구. 한국 보건사회 연구원 포럼, 2008, 26
14) 김정민 : 필리핀 뚜게가라오에서 마을보건원 훈련. 대한예방의학회지 42(6):275-282, 2009
15) 이윤상 : 북한 보건의료체계 개선 사업. 북한연구학회지 11, 2006
16) 정근 : 개성 남북협력병원의 현황, 그린닥터스 개성협력병원 보고서, 2009, 112
17) 황나미 : 북한 보건의료 현황과 남북 보건의료 교류 협력증진 방안. 보건복지 포럼, 2007, 118
18) 이상영 : 대북지원 현황과 연구. 한국 보건사회 연구원 포럼, 2008, 108
19) WHO : WHO의 대북지원 전략, 연례보고서. 2004, 5-13