

건강수준 향상 통해 통일비용 절감해야

남북 상호 신뢰 속 새로운 패러다임의 보건의료분야의 개발협력 추진을

글_한국보건사회연구원 황나미 선임연구위원

북한주민의 건강수준

건강수명

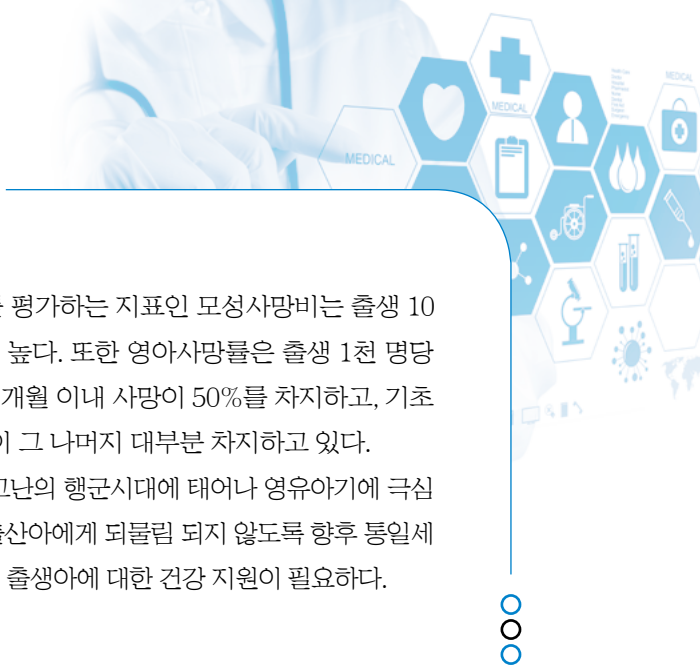
한 국가의 건강수준과 삶의 질 수준을 동시에 측정할 수 있는 대표적인 지표는 건강수명이다. 건강수명은 일생동안 장애 또는 질병·상해 없이 활동할 수 있는 기간으로 장애보정수명(DALY)이라고도 칭한다. 세계보건기구(WHO)의 발표에 의하면 북한의 건강수명은 평균 59세이다. 따라서 이 연령이후 부터 대부분의 주민은 건강취약계층에 이르게 되며, 기대수명이 평균 69.5세(2012년)이어서 10여 년 동안 높은 의료비 부담은 물론 기초생활보장 수급 대상으로 전락하게 된다는 의미이다. 반면, 우리 남한의 건강수명은 71세이며, 기대수명은 81.4세이어서 북한보다 10년 이상 길다. 북한의 건강수준은 우리의 30여 년 전 수준이면서, 전체 인구 중 노인인구의 비율이 8.7%(2008년)를 차지하는 고령화 사회이어서 향후 통일 한반도는 건강하지 못한 고령 사회로 진입하게 되어 선진화된 복지사회의 발전을 어렵게 하고 있다.

1990년 재통합을 이룬 독일의 경우, 동독이 통일 직전 서독보다 기대수명이 약 3년 정도 짧아 통일직후 서독 정부가 17년간 동독에 약 1조 유로의 보건의료 및 사회복지 비용을 투입하여 비로소 동서독간의 기대수명의 격차를 해소하였다. 남북한간 건강수명의 격차는 동서독의 경우보다 훨씬 더 커 사회 전체적 비용부담이 크고 독일보다 훨씬 더 많은 시간이 소요될 것으로 예상된다.

주요 사망원인 및 건강문제

북한주민의 주요 사망원인은 심혈관질환(16.4%), 폐렴 및 독감(14.6%), 뇌졸중(8.9%), 고혈압(8.1%), 결핵(5.3%) 순이다. 이로써 비전염성 질환으로 인한 사망이 33.4%이며, 단일질환으로는 감염병인 결핵이 주요 사인이어서 전형적인 후진국형 사인구조를 지니고 있다(<http://www.worldlifeexpectancy>).

결핵 발생률은 인구 10만 명당 511명으로 남한(인구 10만 명당 146명)보다 3.5배 높다. 주요 원인으로서는 영양결핍으로 인한 면역기능의 저하와 예방접종의 미실시에서 비롯된다. 영양결핍 문제는 1990년 초, 구 소련을 비롯한 사회주의 체제가 붕괴되면서 인접 사회주의체제의 국가에 의존했던 수입이 중단되고 연이은 가뭄 및 홍수로 인해 국가배급체제가 그 기능을 상실하면서 초래되었다. 이에, 지난 20여 년 간 국내외적으로 지속적인 식량 및 영양 지원이 대폭적으로 이루어져 5세 미만 아동의 영양상태는 점차 개선되고 있으나 2012년 만성 영양장애비율이 27.9%, 빈혈은 23.7%이어서 아동의 영양결핍 문제는 여전히 해결되지 못하고 있다. 개발도상국의 모성의 영양결핍 상태를 평가할 수 있는 철결핍성빈혈 유병률도 31.2%(2012년)이며, 전체 모



성 사망의 13%를 차지하고 있다. 한편, 국가 보건의료체계의 성과를 평가하는 지표인 모성사망비는 출생 10만 명당 81명(2010년)으로, 남한의 10명(2011년)에 비해 약 8배 이상 높다. 또한 영아사망률은 출생 1천 명당 26명으로 남한(4명)의 약 7배 높은 수준이다. 주요 사망원인은 생후 1개월 이내 사망이 50%를 차지하고, 기초 의약품 및 식수 개선만으로도 예방 가능한 설사증 및 호흡기 감염증이 그 나머지 대부분 차지하고 있다.

현재 북한의 가입기 연령층은 1990년대 중반, 최악의 식량난을 겪은 고난의 행군시대에 태어나 영유아기에 극심한 빈곤과 기아를 경험한 세대이다. 따라서 이들의 취약한 건강상태가 출산아에게 되물림 되지 않도록 향후 통일세대에 대해 ‘생애 건강한 출발(health start in life)’을 보장해 주기 위해 모성 및 출생아에 대한 건강 지원이 필요하다.

우선순위 보건의료 문제

북한 ‘보건성’ 과 세계보건기구(WHO)가 2009년부터 2013년까지 제시한 북한의 최우선 과제는 ‘보건의료시스템 강화’로, 보건의료체계 전반 인프라에 대한 개선을 제시하였다. 두 번째 우선순위 사업은 UN이 2015년까지 달성해야 할 ‘새천년개발목표(MDGs)’ 가운데 달성도가 부진한 ‘모자보건 강화’이며, 그 다음으로는 ‘감염성 질환 관리’와 ‘비감염성 질환 관리’이다.

〈표 1〉 북한 및 세계보건기구가 선정한 북한의 우선순위 보건의료 분야: 2009~2013

우선순위	세계보건기구
1위	서비스 제공 개선, 정책 및 계획 수립 역량 개발을 위한 보건 시스템 강화: 의약품, 백신, 의료 용품 현지 생산 등
2위	모성 및 아동 보건 개선
3위	감염성 질환: 결핵, 말라리아, B형 간염, 예방 접종, 기생충, 신종 질환 등
4위	비감염성 질환: 암, 뇌·심혈관계 질환, 흡연
5위	건강 결정 환경적 요인 해결: 홍수·가뭄, 수질, 기후 변화, 보건영양 등

자료: WHO, WHO Country Cooperation Strategy 2009~2013 (Democratic People's Republic of Korea; DPRK, 2009).

보건의료분야의 대북 지원 패러다임

인도적 지원과 개발지원의 속성

최근 북한 당국은 경제난을 비롯한 식량난, 에너지난 등 복합적인 위기상황(complex emergency)을 극복하고자 다양한 정책적 노력을 강구하고 있지만 주민의 건강수준은 여전히 취약하다. 따라서 인도적 지원만으로는 현존하는 여러 위기를 해결하기 어려운 상태이어서 자생력을 확보할 수 있도록 개발지원으로 방향을 전환할 필요가 있다.

국제사회에서 ‘인도적 지원(humanitarian aid)’이 수원국의 욕구조사를 통해 전제조건 없이 다소 일방향을 띤 지원이라면 ‘개발지원(development assistance)’은 지속가능성(sustainability)에 중점을 두고 수원국의 욕구 충족을 위한 체계적인 협력적 접근, 수원국과의 파트너십 및 팀워크, 그리고 수원국의 주인 의식(ownership)이 강조되고 있다. 따라서 개발지원사업을 수행할 때에는 인도적 지원과는 달리 수원국과의 협상이 필요하다(표 2).

〈표 2〉 국제사회에서의 인도적 지원과 개발지원의 속성 비교

인도적 지원(humanitarian aid)	개발지원 (development assistance)
긴급성에 중점	지속가능성에 중점
단기 파급효과	장기 파급효과
전제조건 거의 없음	협상이 필요한 전제조건 있음
지원자에 의한 욕구조사	수혜자에 의한 욕구 체계화
투입(inputs) 중심의 전달	투입, 전문성, 능력 배양
일방적	파트너십과 팀워크
지원자가 주인 의식을 가짐	파트너와 함께 주인 의식을 가짐

자료: Zellweger(2005), North Korea: Development Cooperation in the Context of a Changing Environment.

인도적 지원과 연계한 개발지원: LRRD

최근 국제사회에서는 위기상황에 대한 인도적 지원과 개발지원이 밀접하게 연결되어 있어 구호와 복구, 개발의 연속성을 강조한 정책적 접근인 LRRD(Linking Relief, Rehabilitation and Development)를 제시하였다. LRRD 접근은 인도적 위기와 개발이 밀접하게 연결되어 있음에도 불구하고 그동안 국제사회가 이를 다른 성격으로 구분하여 접근하면서 비효율성이 초래되었다는 점에 대한 반성에서 비롯된 것이다. LRRD 접근은 지원물품의 효과적, 효율적 활용을 위해 필요한 인적 역량 강화가 포함되며, 지원물품의 부족 또는 결핍의 근본 원인을 성찰하게 해준다. 유럽연합을 중심으로 한 국제지원기구들은 장기화되고 반복되는 인도적 위기상황에 직면한 국가에 대응하는 방식으로 LRRD 접근법을 채택하고 있다.

과거 우리가 취약계층에 대한 건강문제 중심의 인도적 지원에 초점을 맞추었다면 LRRD는 여기서 더 나아가 개발을 위한 상호 협력과 multi-disciplinary approach의 개념이다. 단기간의 긴급구호 또는 인도적 지원사업을 개발 프로그램과 연계하여 추진함으로써 지원에 대한 시너지 효과를 거두고 지속가능성을 높일 수 있다는 점에서 대북 지원전략 패러다임으로 적합하다고 볼 수 있다.

실현가능한 대북 개발협력 전략

감염병 통제를 위한 LRRD

과거 우리의 대북 지원사업을 돌이켜 보면, 2000년대 초 남북 교류가 활발했던 시기에도 <표 1>에서 제시한 인도적 지원의 속성을 충분히 드러내지 못하였고, 대북 개발지원 역시 북한과는 항상 ‘쉽지 않은 파트너십(difficult partnership)’ 관계이어서 남북이 함께 복지사회 구현을 위해 주인의식을 가지고 협력하지 못한 아쉬움이 있다. 보건의료분야가 정치적 상황과는 무관한 인간의 존엄성에 바탕을 둔 분야라고 하지만 건강취약계층의 생명보호가 일차적인 목표이기 때문에 이들과의 접촉을 배제하기 어려워 북한의 입장에서는 사회취약계층을 대상으로 한 사업일 경우, 매우 예민할 수 있다. 과거 남북 교류협력이 활발했던 시기에도 북한에서는 우리의 취약지역의 현장방문을 허용하지 않았다는 점에서 그 이유를 쉽게 이해할 수 있다. 따라서 북한 체제에 부담이 되는 계층이나 사업내용에 초점을 두기 보다는 북한측이 요구하거나 자신이 있는 분야로 접근하여 인도적 지원과 개발지원을 연계한 협력적 LRRD 접근이 필요하다.

협력적 남북관계가 형성될 수 있는 사업의 예로는, 북한의 경제에 치명적인 타격을 줄 수 있는 (신종) 감염병 등의 통제 및 방역관리로 사망과 이환을 감소시킬 수 있는 물적 지원과 동시에 지식과 기술을 전달하면서 자체 생산 공급할 수 있는 인프라를 구축하게 하는 사업이다. 또한 백신 지원과 함께 백신을 원활하게 공급할 수 있는 거버넌스 구축이다. 물적 지원은 LRRD 초기단계에 이루어지는 활동으로 지원의 연속선상에서 개발복구가 이루어질 수 있도록 필요한 자원 확보와 전문성 제고를 위해 북한이 우리, 국제기구와 함께 기획한 후 추진하는 것이 바람직하다.

일차보건의로(Primary Health Care) 실시

그 동안 대북 지원의 일방향성 물적 지원과 대북 지원단체 각각의 개별적, 단편적, 분절적 지원에 대해서는 비판의 대상이었지만 모성 및 영유아 등 취약계층에 대한 지원은 이러한 문제에서 다소 벗어날 수 있었고, 남북 정치적 상황과는 무관하게 지속적으로 추진되어야 한다는 일치된 견해를 보였다.



통일 한반도의 미래를 이끌어 나갈 차세대의 건강을 위해서는 사회경제 인프라가 취약한 지역사회에 일차보건의료(Primary Health Care)를 실시할 필요가 있다. 일차보건의료는 1978년 세계보건기구(WHO)가 사회경제 기반이 열악한 국가에서 모든 국민에게 기초건강을 확보할 수 있는 비용효과적인 사업이라 칭하였다. 구성요소로는 ‘영양 공급’, ‘주요 감염병에 대한 예방접종을 포함한 모자보건 및 가족계획’, ‘흔한 질병의 예방관리’, ‘흔한 질병 및 외상의 적절한 치료’, ‘필수의약품의 비치와 공급’, ‘보건교육’, ‘고려의학’ 및 ‘충분하고 안전한 물의 공급과 기본적인 환경위생’ 등이 사업구성요소로 지역사회 단위로 패키지화된 자원을 지원하는 것이며 주민은 지원 자원을 활용하여 스스로 자조 및 협동을 통해 지역 거버넌스를 구축하는 사업이다. 우리는 30여 년 전인 1980년대 일차보건의료의 도입으로 의료취약지역의 건강수준을 향상시킨 바 있어 현 북한의 상황을 감안할 때, 매우 적절한 사업이다.

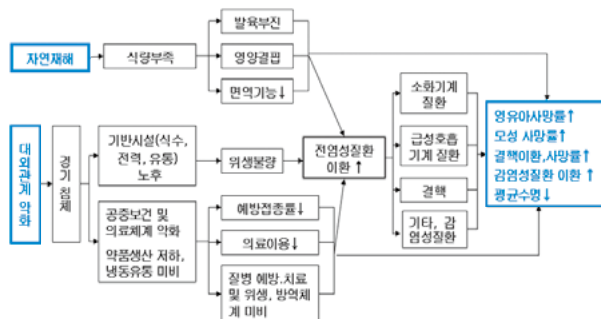
기본적인 삶을 보장하는 농업 및 보건산업 부문의 경제협력을 built-in 한 개발지원

북한주민의 기본적인 삶을 위협하는 복합적인 요인의 악순환 고리를 근본적으로 차단하기 위해서는 생명과 직결되는 식량 및 축산 등 농업분야의 개발협력을 병행하는 것이다(그림 1). 더 나아가 건강보호에 기초적인 보건산업의 역량을 강화할 수 있도록 지원하는 것이다. 초기에는 기술이 덜 요구되는 목발, 주사기, 소독솥, 치약, 칫솔 등 보건위생분야를 대상으로 우리의 자본, 원료 및 기술과 북한의 노동력을 결합하여 점차 기술이전을 추진, 북한의 보건산업 동력을 향상시킬 수 있도록 지원한다.

또한 북한 당국은 사망원인 1위인 뇌심혈관질환 등 만성질환 관리를 위한 의료기술의 현대화 및 과학화에 대해 관심이 높다. 고혈압 등 만성질환 관리를 위한 양질의 약초 재배생산 및 약제화 등 고려의학의 발전에 역점을 두고 있다. 이처럼 북한의 정책적 의지가 강한 부문의 남북 협력(약초재배 및 건강보조식품 생산)을 통해 남북 공동의 경제적 이익과 번영을 추구하는 전략도 필요하다. 이 때 무엇보다도 중요한 점은 남남 내에서도 민간단체와 민간단체, 민간단체와 전문단체, 그리고 산·학·연이 참여하여 파트너십을 구축, 최적의 역할분담 및 연계 협력을 통해 한정된 대북 물적, 인적 자원을 효율적으로 활용하여야 할 것이다.

맺음말

앞서 통일 후 동서독의 사례에서 보았듯이 북한이 우리와의 건강 격차를 줄이는 데에는 많은 시간과 비용이 소요될 것이며, 그 과정에서 상호 이질감으로 인해 사회적 통합의 어려움을 경험하게 될 것이다. LRRD 접근, 일차보건의료, 경제협력을 built-in 한 보건의료분야의 개발협력은 다양한 건강 위협요인으로부터 생명을 보호해 주고 건강수준을 향상시킴으로써 남북 상호 이질감을 조기 해소해주고 향후 통일비용을 절감하는 데 기여할 것이다. 더 나아가 남북 건강공동체의 구현으로 통일시대 한반도의 경쟁력 향상이라는 선 순환고리의 출발점이 될 것이다.



[그림 1] 북한 사회인프라, 농림 및 환경 문제와 보건문제와의 관계