

북한의 의료 부문 연구인력의 교육체계와 문제점

최 현 규* 편

목 차

- I. 들어가며
- II. 북한 의료 부문의 현황
- III. 북한 의료 부문의 문제점
- IV. 북한 의료 부문의 변화가능성과 전망

■ 요약문 ■

북한의 의료정책은 사회주의헌법에서 언급됐던 바와 같이 ‘무상치료제’, ‘예방의학’ ‘의사 담당구역제’로 나누어 볼 수 있다. 그러나 위 정책들은 현재 제 기능을 상실하고 있다. 또한 폐쇄적인 사회주의국가의 중앙집권정책을 고수함으로써 의료 부문의 연구 또한 중앙의 지시와 통제에 얽매이게 되었다. 이에 따라 의사들이 경제적으로 어려운 현실 속에서 자신의 역할을 충분히 수행하고 있지 못하고 있는 현실이다. 또한 의약품이 절대적으로 부족하며 의료 장비 및 기구의 낙후가 심각하다. 이러한 문제점을 타개하기 위하여 남한을 비롯한 외부로부터의 ‘수혈’이 불가피한 상태이다. 북한은 낙후된 의료 부문의 인프라 개선은 물론 외부와의 정기적인 기술교류협력에 적극적으로 나서야 한다.

* 한국과학기술정보연구원 책임연구원(hkchoi@kisti.re.kr), 탈북 과학자의 글과 인터뷰 내용을 정리한 것임.

I. 들어가며

어느덧 반세기가 넘게 분단된 한반도는 지금 그 누구도 예측하기 어려운 상황을 맞고 있다. 북한은 1990년대 초반 최악의 식량난과 경제적 침체를 겪고 나서 이제는 어느 정도 완충성을 가지고 오히려 상대적으로 여유 있는 모습을 보이고 있는 듯하다. 물론 필자는 기존의 일부 대북전문가들의 긍정적인 견해보다는 조금 더 심사숙고하여 생각하지 않을 수 없다.

그러나 북한 체제 내부적으로 경제난과 식량난, 그리고 보건의료체계의 문제점 등이 더욱 심각하게 대두되고 있는 현실이다. 특히 보건의료 연구인력의 교육수준과 양성체계 등에 대한 전반적인 이해를 가지는 것은 남북 보건의료 부문의 협력 사업에 시사하는 바가 크다고 하겠다.

물론 북한의 의료계통에 대한 선행연구가 있었다. 그러나 선행연구의 대부분은 주로 외국기관이나 탈북자들의 인터뷰에 기초하고 있어 심층적인 분석자료로 보기에 어렵다. 본 논문에서는 북한 의료연구체계에 대한 개괄적인 평가와 함께 선행연구에서 제기된 자료의 사실성 확인 등을 검증해 보고자 한다.

II. 북한 의료 부문의 현황: 교육체계를 중심으로

북한은 1980년 4월 3일 최고인민회의 제6기 4차 회의에서 제7장 49조에 ‘인민보건법’을 제정하고 동년 4월 5일에 공포하였다. 1998년 9월에는 헌법을 개정하였고 개정된 헌법 제56조에 “국가는 전반적 무상치료제를 공고 발전시키며 의사담당구역제와 예방의학 제도를 강화하여 사람들의 생명을 보호하며 근로자들의 건강을 증진시킨다”고 규정하였다. 북한에서 기본적으로 내세우는 의료정책은 예방의학, 무상치료제와 의사담당구역제 이다.

1980년 4월에 제정된 법령은 기존의 각종 보건정책과 김일성의 교시, 내각 결정 등을 통폐합한 것이라고 볼 수 있다. 1998년 1월에는 해당 내용을 보완하여 「의료법」을 채택하였다. 북한 의료 당국은 ‘인민보건법’을 공포한 4월 5일을 ‘보건절’로 정하고 의료 부문 종사자들로 하여금 매년 이날을 기념하도록 하고 있다.

인민보건법에 대해 간략히 살펴보면, 동 법은 무상치료제를 중심으로 예방의학 적 방침에 의한 건강보호와 주체적 의학과과학기술의 도입을 핵심으로 하고 있다.

이 외에도 인민보건사업에 대한 물질적 보장과 보건종사자들의 역할에 대해 규정하고 보건기관과 지도, 관리 등에 관한 규정을 주요내용으로 하고 있다. 이 가운데 주체적 의학과학기술의 도입과 관련하여 북한은 외국기술에 의존하는 것이 아니라 자체의 약재 및 기술로 보건의료체계를 확립하며 여기에 외국의 발전된 의학과학과 약품도 적극적으로 활용할 것을 권장하고 있다. 그리하여 일찍부터 한의학에 대하여 관심을 쏟아 왔다. 한편, 고위 간부들에 대한 특별치료체계 등은 현재 남한의 전문병원 수준과 비교할 만한 성과도 축적되어 있다고 한다.

1. 북한 의료체계의 연혁

북한은 해방 이후 1970년대 이전까지 평양, 함흥, 청진시를 비롯하여 제한된 지역에서만 6년제 의과대학을 설립하고 의사들을 양성하여 왔다. 의과대학을 졸업한 학생들은 전국으로 배치되었으나 학생은 극소수에 불과했다. 이후 인구증가와 의학인력의 급격한 수요증가로 인해 각 도에 4년제 의학전문학교를 설립하고 준의사와 간호사를 양성하여 자체 도를 비롯해 시, 군 등에 배치하였다.

당시 의학전문학교의 교육시스템은 기술반 2년을 졸업하면 간호원으로 자격을 취득하고 3년간 더 공부하여 고등반을 졸업하면 준의사 자격을 취득한다. 따라서 의학전문학교는 총 5년의 교육기간을 걸쳐야 하였으며 교육기간을 마치면 병원에 배치되었다. 이러한 조치에도 불구하고 늘어나는 의료인력의 수요를 충족시키기는 어려웠다. 그리하여 각 시, 군 내에 2년제 보건간부양성학교를 신설하여 부족한 준의사들을 보충하였다.

보건간부학교 학생들 대부분은 사회에서 의료부분에서 일하던 사람들이었다. 대다수 학생들은 현직 간호사로 근무하다 준의사를 희망하는 학생들이었는데 이들은 보건간부학교에 입학하여 준의사 자격증을 취득한 후에 각 병원이나 진료소에 배치되었다.

한편 농촌지역에서 의료인력난이 더욱 심각하게 나타나고 있었다. 이에 따라 북한 의료당국은 대책마련 차원에서 1970년대 이후 제5차 당 대회를 통해 농촌에 리 단위로 진료소를 병원화하여 의사담당구역제를 실시하도록 했다. 이러한 시스템을 도입하기 위해서라도 의사, 준의사, 간호사 양성체계를 더욱 확대할 수밖에 없는 현실이었다.

2. 북한의 의료정책

북한의 의료정책은 사회주의헌법에서 언급됐던 바와 같이 ‘무상치료제’, ‘예방의학’, 그리고 ‘의사 담당구역제’로 나누어 볼 수 있다.

첫째, 무상치료제는 북한에서 내부적으로 가장 자랑스럽게 여기고 사회주의 우월성의 하나로 선전하는 의료정책으로서 1946년 12월 19일 북조선임시인민위원회의 결정에서 비롯되었다. 초기에는 무상치료를 받을 수 있는 환자들이 산모와 3세 미만의 유아, 혁명가와 그 가족, 전문학교 학생과 대학생 등 특정계층으로 제한되었다. 그러나 이후 점차 그 대상을 확대해 나가면서 1960년 2월 최고인민회의 제2기 7차 회의에서 전반적 무상치료제를 북한 전 지역에서 실시한다고 선포하였다. 무상치료제는 모든 국민에게 완전한 무상치료의 혜택을 주고 제반 의료서비스와 의약품이 완전히 무료이며 주민들이 언제 어느 곳에서나 불편 없이 치료를 받을 수 있는 법적 권리를 보장하고 있다. 북한은 이러한 무상치료제의 실시를 위해 의료인력 양성에 집중했고 의사담당구역제 실시를 비롯한 의료 부문의 말단까지 의료봉사시스템을 구축하였다. 위에서 언급했던 농촌진료소의 병원화 등도 아울러 추진되었다. 그 결과 북한은 자칭 세계 어디에서도 찾아볼 수 없는 가장 선진적이며 인민적인 전반적 무상치료제도를 확립했다고 선전해 왔던 것이다.

하지만 이 정책은 완전한 무상치료제라고 볼 수 없다. 왜냐하면 북한의 인민들은 자신들의 노임에서 비록 적은 부분이지만 사회보장비를 납부하고 있으며 농민들도 도시에서 치료를 받는 경우에는 치료비를 지불해야 하기 때문이다. 또한 북한 의료기관의 시설 낙후와 약품의 부족, 의료시설 이용의 계층적 차별 등으로 인해 무상치료제는 실질적으로 법 규정대로 실시되지 못하였다.

둘째, 예방의학제도는 1966년 10월 20일 김일성이 “사회주의 의학은 예방의학이다”라는 제목의 노작을 발표한 후 북한 전역에서 시행되어 왔다. 예방의학의 기본목적은 홍역, 장티프스 등 전염병을 비롯한 모든 질병을 미연에 방지하기 위한 대책과 위생개조사업 그리고 모든 주민들이 자각적으로 위생문화 사업에 동원될 수 있게 한다는 것이다. 북한의료당국은 예방의학적 방침에 의한 건강보호를 실현하기 위한 구체적인 사업을 규정하고 있다. 또한 위생 선전사업 및 교양사업 강화, 위생문화적인 생활환경 및 노동조건 조성보호와 인민경제 모든 부문에서의 공해현상 방지, 가로수 및 녹지조성과 대기 등의 오염방지를 위해 대책마련을 하기도 하였다. 이를 실천하기 위하여 북한은 청소년 학생들을 대상으로 예방접종을 실시하여왔고 성인은 해당 직장단위와 인민반을 단위로 많은 투자를 하였다. 또한 탁아소·유치원에서 어린이 건강관리 및 위생관리, 체육의 대중화, 전염병 예방을 위한 방역대책 수립, 의사 담당구역제 실시 등 예방의학 정책 실현을 위해 많은

제도를 마련하였다. 북한은 당의 예방의학적 방침에 의하여 국가의 무상치료제도가 철저히 실현되고 있다고 하며, 이런 방침의 실천적 관점에서 보건사업에의 대중동원을 원칙적으로 강조하고 있다. 그러나 구소련을 비롯한 동유럽의 일부 사회주의 국가들에서 의약품의 원조를 받고 있던 북한이 동유럽 국가들의 사회주의가 무너지자 예방의학 정책은 제동이 걸렸다. 현재는 어려운 경제상황으로 말미암아 장티푸스, 파라티푸스, 콜레라 등의 전염병 치료 약품조차 구입하기 어려워 시장에서 뒷거래로 팔리고 있다. 이렇게 북한의 예방의학 정책은 초기의 정책과 달리 유명무실하게 사라져 버렸다.

셋째, 무상치료제와 예방의학정책을 뒷받침하는 것으로서 의사담당구역제를 들 수 있다. 의사담당구역제란 도, 시 병원 의사들과 각 구역 진료소에서 근무하고 있는 의사들이 일정한 구역을 자신의 담당구역으로 맡아 담당하고 그 구역에서 발생하는 환자들의 건강을 책임지는 시스템이다. 의사들은 환자 치료와 함께 담당 구역 내에 위생선전이나 소독, 예방접종, 검진, 상담 등을 처리한다. 이러한 의사담당구역제는 전 주민이 담당구역 의사들로부터 체계적이고 전면적인 건강관리를 받을 수 있도록 한다는 북한 의료당국의 취지에서 만들어진 제도로써 1969년부터 모든 시·군·구역에서 실시되고 있었다.

의사 담당구역제는 보통 의사 1명이 5~8개 인민반을 담당한다. 의사 한 명이 담당해야 할 주민의 수가 도시의 경우 1,200여명, 농촌의 경우에는 1,500여명에 달하여 주민들에 대한 효과적인 진료활동이 불가능한 여건이다. 동 제도는 그 취지 면에서 원칙적으로는 태아부터 출생까지 산부인과 의사가 담당하여 산모의 건강을 살펴주고 출생 후부터 14세까지는 소아과 담당의사가, 성인이 되면 내과 담당의사가 일생 동안 건강관리를 하도록 되어있다. 성인의 경우에는 거주지역을 단위로 하는 ‘거주지 담당제’와 생산활동 단위를 기본으로 하는 ‘직장 담당제’로 이원화되어 있으며 편의에 따라 이용할 수 있게 ‘이중 등록제’를 운영하고 있다. 하지만 실제로 의사들은 1주일에 한 번 정도 자신의 담당구역에 나가 보건진료활동을 하게 되며 1명의 의사가 200명 내지 300명에서, 농촌지역에서는 500명 내외를 대상으로 진료활동을 해야 한다. 따라서 규정대로 정상적인 의사 담당구역제를 실시한다는 것은 언어도단(言語道斷)이다. 또한 담당구역 의사들에 대한 노임이 전무한 상황에서 의사의 본연의 의무를 진행하기가 어렵고 진료소에도 출근하는 빈도수가 줄어들고 있다. 이렇듯 북한의 의료정책은 사회주의계획경제의 문제가 누적됨에 따라 그 실효성을 잃어갔다.

3. 북한 의료교육체계

북한은 평양의학대학을 모체로 대도시에만 있던 의학대학을 각 도별로 설립하도록 했으며 졸업생들을 지자체 시, 군, 리에 배치하였다. 각 도에는 고등의학전문학교를 설립하여 준의사를 양성하였으며 2년제 간호원학교도 각 도마다 설립하여 시, 군, 리 병원에 배치하였다. 이러한 조치에 따라 북한은 의료부분에서 개편을 단행하기 시작하였다.

1990년대 당시 북한 언론보도에 의하면, 지역별로 도시에는 의사 200여명, 병상 1천-2천개 규모의 중앙병원을 비롯하여 대학부속병원과 일반병원이 설립되었으며 이 외에도 결핵이나 산원 등 전문치료기관과 예방기관 및 특수병원, 고려치료(한방치료) 예방기관, 구급의료기관이 설치, 운영되고 있다고 밝혔다. 한편 특수병원으로는 평양과 각 도(직할시)에 결핵병원, 간염병원, 만성병원, 구강원 등이 있다. 동 보도에 따르면 북한 전역에는 일반 및 전문병원이 2,373개, 진료 및 구급소가 5,600개로 모두 7천900여개의 병원, 진료소가 있다.

북한은 기존에 종사하는 의사집단을 재교육하는 시스템을 도입하여 의사들이 자격증을 취득한 후에도 해당 분야에서 전문가로 성장하도록 보장하였다. 그 대책 마련으로 나온 시스템이 바로 3년제 의사 재교육대학의 설립이었다. 동 대학의 구성원은 현직에서 종사하는 의사들이었고 병원에서 분야별로 과장급 이상의 간부양성을 목적으로 했다. 따라서 특정 병원의 과장이상의 간부가 되기 위해서는 반드시 재교육대학을 졸업해야 했으며 이에 대해 북한은 당 차원에서 많은 지원을 해주었다. 이렇듯 북한은 전문 의사인력 양성사업에 관심을 기울여 많은 대책을 내놓았으며 그 효과로서 1980년대에는 의사인력의 수가 증가하였다.

북한의 의학교육은 1970년대 후반에 일련의 개편이 일어났다. 예컨대 의과대학은 7년제, 동의대학(고려대학이라고도 불리움) 4년제, 약학대학 7년제(약대는 함흥 약대만 있고 나머지는 의학대학 약학부가 있음), 의학전문학교 3년제, 간호원학교 2년제의 교육체제로 개편되었고 이 외에 특수교육기관으로서 통신대학교가 설립되었다.

북한에서 고등중학교를 졸업 이전에 예비시험을 치르고 교육부에서는 학생들을 점수별로 각 대학에 배치한다. 의학대학 입학생 선발 시 대부분의 지원학생들은 군, 리에서 올라오는 농어촌 학생들이다. 한편으로 이는 교육부가 도시의 고등중학교를 졸업한 학생들에게는 의학대학이나 의학전문학교로의 입학을 제한하는 제도를 두고 있기 때문이다.

의학대학을 졸업하면 의사자격증을 취득하고 의학전문학교를 졸업하면(3년제) 준의사 자격증을 받게 된다. 또한 간호원양성소(간호학교)를 졸업하면 간호사로

배치 받게 된다. 특히 통신대학은 준의사가 의사가 되기 위해 거쳐야 하는 또 하나의 의료교육기관이다. 즉 의학전문학교를 마치고 준의사가 된 사람이 의학대학의 통신대학을 졸업하여야 의사자격증을 취득할 수 있게 되어 있다. 통신대학을 다니려면 일정한 경력을 가진 상태에서 현 직무를 수행하면서 1년에 약 60일을 다니게 되는데 기간적으로 7년 정도가 소요된다. 이 교육과정을 거치면 현 의과대학(주간대학이라고도 함)을 졸업한 학생과 동등하게 의사로서의 자격을 부여받는다.

의학전문학교의 교육내용은 정치사상교육과 일반지식교육, 전문지식교육으로 되어 있다. 대부분의 대학에서 학부는 임상학부, 구강학부¹⁾, 약학부(5년제), 동의학부(고려학부라고도 불리움, 4년제) 등으로 구성되어 있다. 약학대학은 함흥과 사리원에 고려약학대학(구 함흥약학대학) 두 개 뿐이고 7년 과정이다. 한편 각 도의 의학대학 일부에는 약학부가 있는데 교육기간은 5년이다.

임상학부에서는 동의학과 양의학을 병행하고 있는데 동의대학의 수는 그리 많지 않으며 교육행정제도 또한 낙후되어 있다. 평양, 평성에 위치한 대학들은 인민대학습당이나 과학자도서관에서 몇 년 뒤떨어진 국제적인 기술이나 자료들을 확인할 수 있지만 지방대학의 사정은 열악하기 짝이 없다.

북한에서 동의학과 양의학을 병행하는 것은 의사들이 사회에 나가 자유자재로 환자들을 치료하며 유사시에도 제때에 대처할 수 있는 의료전문가를 양성한다는 차원이다.

의학대학 학생들의 대부분은 고등학교를 바로 졸업한 학생들과 제대군인들, 또 직장에서 일하다가 의학을 공부하고 싶어 들어온 학생들로 연령층이 다양하다.

최근에는 국가 재정상태가 어려워져 약품재료가 국내의 자원으로 대체할 수 있는 고려의학, 즉 한방치료에 상당한 비중을 두고 있다. 북한이 처음 고려의학에 대하여 관심을 가지고 치료를 장려하기 시작한 것은 1954년 전후였으며 당시부터 국가치료기관에 고려의사를 두고 규모가 큰 평양 지역의 병원에 고려치료과를 설치하기 시작했다. 또한 의학대학에 고려의학부(혹은 동의학부)를 설치하고 동의의사를 양성하였다.

한편 북한은 1990년 후반부터 약초 재배사업과 채취, 보호, 증식사업을 군중운동으로 추진하기 시작하였고 한의약 생산 증대를 위하여 국가에서 전력을 기울였으며 민간요법으로 자체 치료가 가능한 것들을 책으로 출판하기 시작하였다.

북한에서는 의사를 “인민의 참된 복무자이며 전체인민을 건강한 몸으로 사회주

1) 원래 구강학부는 의학전문학교에서만 양성되었던 것이었는데 1990년대 후반에 들어오면서 의과대학에 새롭게 구강학부가 개설되었다.

의 건설에 적극 이바지하게 하는 인간생명의 기사이고 영예로운 혁명가”라고 부르며 그들이 자기 역할을 훌륭히 수행해 나아갈 수 있게 자기 개발능력을 위한 여러 가지 제도를 마련하고 있다.

북한에서 의학대학을 졸업하고 나서 우선 병원, 진료소에 배치되는데 그때 가장 먼저 받는 것이 의사 6급 자격증이다.²⁾ 또한 병원 내에서 가장 어려운 분야, 즉 응급실이나 비상업무를 수행하는 곳에 먼저 취직하고 급수시험을 치르고 난 이후 일련의 훈련과정을 거치고 난 후 전문분야로 배치된다. 가장 높은 의사의 급수가 1급인데 해당 자격증을 취득한 의사는 극히 드물다. 급수를 올리기 위해서는 일정한 시험을 패스해야 하며 여기에 재교육대학에서의 교육이 필요하다. 시험은 3년에 한번씩 치러진다. 합격되면 현 급수보다 한 단계 높은 급수를 받을 수 있다. 급수가 3급 이상이 되면 국가에서 65호 공급대상(일종의 과학기술자들에 대한 우대형식-일종의 복리제도)으로 식료품을 비롯한 여러 가지 생활용품들이 저렴한 가격으로 공급되며 쌀 배급에서도 특별한 혜택이 주어진다. 이렇게 북한에서는 의사들의 부단한 노력과 자기 개발을 위해 급수제를 도입하고 있으며 의료부문 뿐만 아니라 모든 교육부문이나 기술을 필요한 부문에서 전체적으로 도입하고 있다.

의학전문학교를 졸업한 학생들은 각 병원이나 진료소에서 준의사로 근무한다. 준의사는 의사보다 낮고 간호원보다 높으며 자체로 진료할 수 있고 진단서도 발급할 수 있는 정도이다. 병원에서 실질적으로 의사와 비교되는 급수에 비하여 준의사의 역할이 높다고 볼 수 있다. 의학전문학교에서는 의학부와 구강학부, 약학부와 조산과(산부인과)로 나누어 의료부분의 고등교육을 실시한다.

간호원양성소 혹은 보건간부양성소라고 불리는 학교는 간호사를 전문적으로 양성하는데 그 교육기간이 짧으며 실습위주로 교육을 실시한다. 이렇게 북한의 의료교육은 크게 세 가지 부문으로 살펴볼 수 있으며 재교육으로는 재교육대학과 통신대학을 비롯하여 두 부분으로 구성된다.

4. 북한의 의료연구체계

북한의 의료연구체계는 실제로 북한을 비롯한 사회주의국가의 전형적인 과학원 체계가 보여주듯이 과학연구기관 중심으로 연구가 진행된다. 1958년 6월 과학원 산하 의료과학연구소와 약초를 도소매 관리하는 기관이었던 약초원, 그리고 보건성 산하 의학분야연구소 등이 통합되어 의학과학연구원으로 발족되었다. 1994년 2

2) 급수에 따라 생활비, 즉 임금에서 차이가 나며 그 혜택도 다르게 나타난다.

월에는 제약총국 산하의 합성제약연구소와 항생소연구소를 비롯한 여러 연구소들이 소속되어 과학원산하 연구분원(의과학연구분원)으로 되었다가 1998년 9월 내각 개편 시 과학원에서 분리되어 보건성 산하 연구기관으로 승격되었다. 의과학원은 현재 18개의 직할연구소와 2개의 분원과 의약품자재상사, 의학도서관, 의료기기생산 공장 등으로 이루어져 있다.

북한의 의료연구체계는 의학교육을 위임받고 있는 평양의학대학과 각 지방의학대학과 전문학교 수준의 교육기관들, 앞에서 간단히 언급한 특수전문 연구기관들과 병원들, 군부대산하 각 군단 병원들과 보안성 병원들, 마지막으로 지방병원들에서의 의료연구체계로 나누어 볼 수 있다. 여기서 특별히 강조할 것으로 중앙급 의학연구기관에서의 연구사업은 나름대로 대중 보건 의학을 목적으로 한 선진과학기술을 습득한 후에 그것을 북한의 실정에 맞게 개선 발전시키는데 중심을 두고 있다. 이와 관련하여 소위 장수연구소와 봉화진료소, 남산진료소, 적십자병원, 김만유병원과 평양산원의 의료 실무자들의 연구사업과 응용도입사업은 상당한 수준인 것으로 보인다.

그러면 북한의 의료연구체계에 종사하는 담당자들은 의료사업과 연구에 어떻게 참가하며 어떤 방식의 성과를 내는가.

북한의 의료연구체계에서 가장 핵심적인 연구는 주로 평양의학대학에서 이루어진다고 하지만 사실 어느 기관이 특별히 중심적인 역할을 한다고는 객관적으로 평가하기 어렵다. 의과학연구기관에서는 대체로 진료와 치료를 위하여 약제 및 치료기기 개발을 기본으로 하며 실제로 임상진료와 치료는 각종 의학대학병원과 병원에서 진행된다. 이러한 병원에서도 일정한 투자를 하고 있다고는 하지만 어디까지나 기 개발된 방법들에 대한 개선이용 수준에 집중한다. 한편 각 도 중앙병원(각 도급 의학대학병원)들은 나름대로 전통적인 경쟁력을 가지고 있다. 즉 평양의대병원은 뇌신경계통, 청진의대병원은 정형외과, 함흥의대병원은 골격계통의 교정이나 치료에서, 평성의대병원에서는 안과와 비뇨기계통, 신의주의대는 결핵이나 감염성 내과계통 등에 두각을 보이고 있다. 다만 평양의대가 중심이 된다는 것은 아마도 북한의학의 산과 역할을 하고 보건성의 중진급 간부들의 상당수가 이 대학출신이기도 한 것에 연유한다고 본다.

최근 자료에 의하면 북한의학대학에서는 생명공학과 선진의학기법에 관한 융합기술이 저급한 수준이나마 연구되는 것으로 보인다. 반면 북한 특수기관들의 의학연구 수준은 비록 현대 의학수준에서의 정밀성과 기법에서는 많이 뒤쳐져 있지만 새로운 천연제약성분을 개발하거나 이를 효과적으로 이용하기 위한 연구사업에서는 상당한 노하우와 기술력을 보유하고 있다. 예컨대 북한의 연구기관은 생명공학

의 기법보다 자연적인 기법을 통해 난치병을 치료하기 위한 체계가 1990년대 이전부터 활성화되어 있었다. 그것이 소위 주체적인 보건의학을 발전시킨다는 원칙 하에 한의학(동의학-고려의학)과 현대의학(신의학-서양의학)을 병합시킨다는 취지 하에 추진되었다. 특히 인간의 장수와 관련된 여러 가지 국제 특허급 연구 자료들도 보유하고 있는 실정이며 현실적으로도 많이 발표되지 않는 특정 분야의 연구 자료들이 축적되어 있다고 본다. 그러나 이러한 자료들은 시장적 효율성이나 원가의 저렴성 등 상업적인 효과와는 거리가 멀다.

한편 중앙연구소와 적십자병원과의 합동연구 하에서 유선암치료법에 대한 연구, 의학생물학연구소에서의 B형간염 백신 생산의 성공(1980년대 후반), 과학원 산하 공업미생물연구소의 글로블린 계통의 다당질에 의한 항암제 개발(장명약), 생물분원 산하 연구기관에서 개발된 천연우황과 유사한 인조우황의 새로운 생산법, 복어독의 유효물질 정제법 등은 나름대로 북한의 제약산업에 대한 연구력을 방증하는 사례이기도 하다.

다시 말해 북한의 의료연구체계는 나름대로 아직도 경쟁력을 일정하게나마 보유하고 있지만 단지 체제의 특성상 정보의 시대에 역행하는 방향으로 경제가 운영되어 여러 가지 한계를 낳고 있다.

5. 북한의 보건행정체계

북한의 보건행정체계는 중앙으로부터 말단단위에 이르기까지 일련의 네트워크를 구성하여 의료정책 실현에 노력을 기울였다. 중앙에는 보건성(보건부)이 있으며 각 도에서는 보건처가 있고 시, 군에는 보건과가 있다. 보건성은 각 도에 있는 보건처를 행정적으로 지도하며 예방의학 실현과 의사담당제에 대하여 통제하고 도 보건처에서는 시, 군 보건과를 지도한다.

보건처에서 통제하는 단위를 구체적으로 보면 가장 최고 단위인 보건성은 중앙병원을 직접 지도·통제하고 도 보건처는 해당 도 내의 병원을 지도·통제하며 시, 군 보건과는 시병원, 군병원, 리병원, 진료소 등을 지도한다. 각지에 분포된 의료기관의 역할을 말단단위로부터 중앙에 이르기까지 살펴보면 북한의 의료사업을 구체적으로 알아볼 수 있다.

북한의 의료체계를 굳이 구분하려면 3단계로 볼 수 있다. 병원을 이용할 일반 주민은 1차 진료기관인 리·동 진료소에서 진료를 받아야 하고 2차적 진료기관인 시·군급 인민병원은 1차 진료소에서 '치료후송증'을 발급받은 환자가 진료를 받을 수

있다. 3차 진료기관인 도 인민병원 및 대학병원은 2차 진료기관에서 치료가 불가능하거나 고도의 의학기술을 요구하는 환자들이 이용한다. 이와 별개로 중앙당 과장급 이상 간부, 내각 과장급 이상 간부, 1급기업소 당비서·지배인들은 간부진료과 대상으로 직접 도 인민병원이나 중앙병원에서 진료 받을 수 있다.

이들의 역할을 구체적으로 살펴보면, 가장 말단단위이며 1차적 진료기관이라고 볼 수 있는 진료소는 인민반(동별), 세대별 담당제로 되어 있어 위에서 언급했던 바와 같이 의사 담당구역제 실현의 주역으로 활동한다. 진료소의 가장 큰 역할은 해당 지역의 인민반, 세대별로 의사들이 담당하여 의사담당구역을 만들어 놓고 수시로 순회하면서 환자가 발생할 경우에는 즉시 대책을 세워 치료하고 후송조치를 취하는 것이다. 이렇게 북한의 진료소는 담당구역에서 큰 병이 나거나 전염병이 발생하면 바로 수습에 들어간다. 만일 진료소에서 진료를 못할 환자가 생기면 후송증을 발급받아 상위 병원 즉 시, 군 병원에 보내 치료하며 시, 군 병원에서 치료를 못할 환자라면 도 병원이나 중앙병원으로 후송한다.

농촌지역에서는 1970년대 전반까지 각 리의 진료소 범위로 되어 있어 수술환자를 비롯한 구급환자의 치료에 커다란 애로가 발생했다. 특히 교통체계가 불편한 북한에서 돌발적으로 발생하는 상황에 대해 군병원 같은 큰 병원으로 후송하는 문제가 대두되었다. 이에 따라 1970년대 이후에는 김일성의 지시로 북한 의료당국은 농촌의 진료소를 병원화하기 위한 운동을 전개했다.

북한당국은 농촌, 리 병원에서도 군병원과 마찬가지로 모든 필요한 과들을 개설하였고 수술도 할 수 있게 조치하였다. 군병원이나 시병원에서는 해당 진료소의 상위 단위로서 의사들은 시, 군에 거주하고 있는 북한 인민들을 인민반별로 담당하여 치료하고 있다.

중앙병원은 평양에 대부분 밀집되어 있고(예: 김만유병원, 평양산원, 적십자병원 등) 그밖에 함흥과 청진 등에 배치되어 있다. 이와 함께 중요한 의료전문연구인력을 보유한 봉하진료소, 장령진료소(일명 어운동진료소), 그리고 김일성부자의 건강을 위한 특급의료연구소(예: 청암산연구소, 만청산연구소, 기초과학원)들의 의료경험은 우수한 수준으로 보인다.

이러한 시스템을 구축하고 있는 북한의 보건의료체계는 이론적으로 체계적이다. 물론 1980년 이전에 북한 의료 부문에는 큰 문제점이 발견되지 않았으나 현재는 체제의 이중적인 구조와 비도덕성으로 하여 갖가지 부작용이 속출하고 있는 실정이다.

III. 북한 의료 부문의 문제점

북한은 경제의 침체로 인해 현대적인 의료기구와 설비 및 필요한 기술이 부족하며 이에 따라 많은 환자들이 죽어가고 있다. 1980년 이전까지만 하더라도 구소련을 비롯한 동유럽 국가에서 항생제를 비롯한 여러 가지 의약품과 설비들을 수입할 수 있었다. 그러나 1980년대 후반 사회주의 국가의 연속적인 붕괴로 수입이 중단되어 북한은 자체의 힘으로 의약품을 구입할 수밖에 없었다.

현재 북한 의료계의 문제점 중의 하나는 의학정책의 담당자 역할을 해야 할 의사들이 북한의 어려운 현실 속에서 자신의 역할을 충분히 수행하고 있지 못하고 있다는 것이다. 일반 진료소에서 해당 담당구역을 왕진하는 의사들도 극히 드물다. 뿐만 아니라 국가에서 어떠한 급여도 없는 상황에서 의사들은 자신의 가족생계를 유지하기 어려울 때가 많다. 따라서 해당 담당구역에서 발생하는 환자를 제때에 치료해 줄 수 없고 전염병에 대한 예방도 제때에 이루어지지 못하고 있다. 또한 시병원이나 군병원에 일반 환자들이 입원하려면 많은 어려움을 겪는다. 소위 “뒷문이 있어야 한다”라는 이야기가 나올 정도로 북한의 병원에 입원하기란 하늘의 별따기이다.

둘째, 질병을 치료하기에는 의약품이 턱없이 부족하다. 의약품 부족 현상은 동유럽 사회주의국가들의 연쇄적 붕괴로 더욱 심각하게 나타나기 시작했다. 1997년의 보고에 의하면 홍수피해와 원료의 부족으로 1995년 이래로 의약품 생산이 60% 가까이 감소하였다. 물론 그 이전 시기부터 북한의 수많은 제약공장은 원료 및 전기 부족, 수송문제로 인해 제대로 기능을 하지 못하고 있었다. 전신마취에 필요한 약품이 부족하여 의사들은 국소 마취로 시술하기도 하며 항생제, 수액제, 비타민제, 응급치료제 등 기초적인 필수 의약품도 부족하다. 이러한 상황에서 북한의 무상치료제는 한낱 낡은 선전구호에 불과했다. 의약품 부족으로 인해 병원에서 환자들이 하여금 자체로 약품을 구입하도록 하고 있다. 환자들은 항생제를 비롯한 치료에 필요한 약들을 시장에서 비싼 가격으로 구입하여 치료에 사용하고 있다. 이 의약품 또한 중국의 관광객을 통해서 북한으로 유입되는데 그 출처가 명확하지 않을 뿐더러 약품의 품질도 보장되지 않는 상황이다.

참고로 북한의 항생제와 합성제약은 기본적으로 홍남제약공장과 라남제약공장, 그리고 순천제약공장에서 생산된다. 공장 내 생산설비들은 1960년대 초반의 설비여서 이미 수명이 다 된 낙후한 것이었으며 국가의 지원이 끊긴 상태에서 개인들에 의한 일명 ‘지하공장’이 운영되고 있는 실정이다.³⁾

이에 따라 북한은 반대급부적으로 병원에서 동의학을 발전시켜 침술, 한방약을 기본으로 치료 할 것을 권장하고 있다. 이러한 국가적 방침에 따라 북한에서 의사들은 의무적으로 약초채취 과제를 맡아 휴가기간을 이용하여 수행하여야 한다. 그러나 감염성 질환과 같은 경우 한약에 의한 치료는 효과적이지 못해 이러한 방침은 근본적인 한계가 있다. 즉 북한경제의 침체, 특히 먹는 문제로 하여 어린이들은 영양실조, 위병, 간염, 결핵 환자들이 많아질 뿐만 아니라 위생의 악화로 장티프스나 파라티프스, 콜레라 등의 전염병 환자들이 확산되고 있는데 이 경우 한약을 통한 치료는 그다지 효능이 없다.

셋째, 의료 장비의 낙후는 전반적으로 의료기술의 걸림돌이 된다. 가장 기본적인 의료장비인 주사기마저 부족하여 소독하여 재사용하고 있는 실정이며 링겔도 충분치 않아 술병에 약품을 담아 주사하고 있다. 또한 체온계나 청진기와 같은 진료기구도 구하기가 어려운 형편이니 하물며 중환자 치료에 필요한 기구나 장비는 턱없이 부족한 실정이다. 깁스할 재료와 붕대도 없어 환자에게 나무판자와 천으로 다리를 고정시키는 경우도 있다. 가장 기초적인 약품인 밴드나 붕대는 이미 북한에서 자취를 감춰버린지 오래 전이다. 더욱이 1980년대 초반 이후 의료 장비의 국내 생산은 물론 외국(동유럽 국가들)으로부터의 도입도 거의 중단 상태인 것으로 보이며 기존에 사용하고 있는 것들도 대부분 1970년대에 도입된 것들이 많은데 이제는 고장나거나 노후화되어 정상 가동이 불가능하다. 병원 시설 또한 문제가 많다. 기본적으로 난방이 되지 않으며 물이나 식사공급이 정상적으로 이루어지지 못한다. 1980년대 중반에는 병원에서 환자들에게 식사를 제대로 공급하지 못했으며 환자 대부분 자신이 먹을 수 있는 식량을 준비하여 병원에 입원하는 경우가 대다수였다. 식수 또한 위생적이지 못할 뿐더러 공급조차 제대로 되지 않아 의사들이 물그릇을 들고 물을 나르는 모습도 찾아 볼 수 있다. 전기난으로 정밀한 치료 기계의 작동이 중단되는 경우가 종종 발생하기도 한다. 2002년도 4월 북한의 병원을 방문하고 온 독일 국회의원과 기자들의 보고서에 의하면 북한 병원에서의 전기 사정이 얼마나 열악한지를 엿볼 수 있다. 그들은 자신들이 방문했던 황해남도 벽성에 있는 병원에서는 하루에 서너 시간 전기가 공급되는데 수술 중에 전기가 나가버리면 하던 수술을 중단해야 한다고 이야기했다. 또한 각종 세제도 제대로 공급되지 않고 알코올도 구하기가 어려워 병원의 위생상황은 더욱 심각한 수준이다. 늘어나는 전염병환자의 수를 병원에서 다 수용하지도 못하여 병원복도에 환자들이 침대를 펴고 누워 치료를 기다리고 있는 형편이다.

위와 같이 북한의 빛 좋은 무상치료제, 예방의학정책 등은 어려운 경제 상황으

3) 이와 관련된 가장 큰 원인은 국가의 정책적 관심 저하와 에너지 공급의 부족 등이다.

로 인하여 물거품이 되어 버렸다. 현재 북한에 병원이 있지만 환자를 제대로 치료하지 못하는 무용지물인 곳이 많으며 북한인민들은 이런 의학정책 아래에서 더욱 신음하고 있는 형편이다.

IV. 북한 의료 부문의 변화가능성과 전망

현재 북한에서 대내외적으로 직면하고 있는 상황을 고려하면 의료연구체계에서 외부지원을 필요로 하고 있는 것은 명백하다. 다만 그것을 수용하기 위하여 우선적으로 북한의 구체적인 의료여건을 조사하는 문제는 아직까지 어려움이 많다. 북한의 보건의료연구체계는 대중의 건강보장을 위한 현실적 체계로의 전환 가능성이 어느 정도 있을 수 있을 것이다. 그러나 중앙집권적이고 국가사회주의적인 의료예방체계와 환자치료체계를 고수하고 있어서 근본적인 한계에 봉착할 수밖에 없다. 현실적으로 그러한 여파가 시간이 흐름에 따라 위험성은 점점 커지고 있다. 이처럼 불합리한 체계를 유지하면서도 체제의 특수성 상 북한의 의료연구체계는 북한 정부가 내세우고 있는 빈곤퇴기의 예방의학, 무상치료제와 의사담당구역제에 복종될 수밖에 없다.

따라서 이렇게 갖가지 문제점이 누적된 상황에서는 북한 자체적인 해결은 요원할 수밖에 없다. 다행스럽게도 최근 북한은 남한을 비롯하여 해외 의료단체와의 지속적인 교류를 통해 의약품을 공급받고 있다.

한편 향후 북한 의료부문의 문제점을 없애기 위해 일방적인 지원 차원이 아니라 남한의 의료연구기관들과 어떠한 전략을 구사하여 나갈 것인지에 대한 고민이 필요하다. 즉 어떠한 대상과 방식으로 전략적 제휴를 하겠는가에 대하여 최대한 효과를 얻는 방향에서 협력방안을 도출해야 한다. 특히 남북경제협력의 양적, 질적 규모가 점차 커지고 있는 상황에서 남북한이 공동으로 협력할 파트너가 될 수밖에 없는 현실을 북한은 직시해야 한다. 이와 관련하여 남한은 북한의 정책 작성 담당자들과의 협력위원회 같은 것을 비상설적인 단계에서 상설적인 단계로 점진적인 승화시키고 그들로 하여금 개혁·개방의 필요성을 인식시키는 계기를 빈번히 만들어야 할 것이다.

이를 위하여 정부 차원에서도 이미 존재하는 기관을 더욱 세부화한 전문 민정담당기관으로 만들어 적극 활용할 필요가 있다. 북한의 하드웨어기관을 지원하던 구태연 한 입장에서 탈피하여 의료부문의 개별 단위의 활성화를 유도하는 방향으

로 인도적 지원과 협력사업을 일원화할 필요성이 제기된다. 그리하여 북한이 스스로 동 사업의 중요성과 심각성을 느끼도록 해야 한다. 아울러 의학분야의 선진 정보의 공유가 가능한 여건 마련에도 관심을 기울여야 한다. 선진국들의 의학학술잡지들의 보급은 단시일 내에 과급효과를 극대화할 수 있는 사업의 하나라고 여겨진다. 또한 중장기적으로는 북한의 부분적인 개혁·개방을 통해 외국의 선진적인 의료지원과 금융적인 지원을 직간접적으로 받을 수 있는 방안 또한 모색해 나가야 한다.