

북한 보건의료 최신 현황과 데이터 분석을 통한 통일의료 교과서 개정 기반 수립

2026. 2.

서울대학교 의과대학 통일의학센터

〈목차〉

1. 서론	5
가. 연구 배경 및 목적	5
나. 연구 방법 및 범위	8
2. 『통일의료 2.0』 개정 방향 및 구조	13
가. 『통일의료』 개정의 기본 방향	13
나. 『통일의료 2.0』 주요 개정 내용과 구성	14
3. 북한 보건의료 체계 현황 및 변화	18
가. 북한 보건의료 체계 특징	18
나. 북한 보건의료 인력 및 조직 체계	25
다. 북한 보건의료 체계 최신 현황과 변화	27
4. 북한 보건의료 지표 동향 분석	29
가. 기초 보건지표 및 주요 질병부담	29
나. 모자보건 및 주요 질환	34
5. 국내외 대북 보건의료 지원 동향	38
가. 국외 대북 보건의료 지원	38
나. 국내 대북 보건의료 지원	45
6. 결론	51
가. 연구 성과 및 활용 방안	51
나. 향후 과제	55
참고문헌	57

〈 표 목차 〉

〈표 1-1〉 통일의료 관련 기존 단행본의 특징	7
〈표 1-2〉 자료수집 방법(OECD IDS)	12
〈표 1-3〉 자료수집 방법(UN OCHA FTS)	12
〈표 2-1〉 『통일의료 2.0』 목차	14
〈표 3-1〉 북한의 무상치료제 실시 과정	20
〈표 3-2〉 예방의학과 관련된 북한의 법령	21
〈표 3-3〉 북한의 보건의료 인력 분류체계	26
〈표 4-1〉 지역별 주요 건강지표 비교	29
〈표 4-2〉 남북한 인구구조 비교	31
〈표 4-3〉 지역별 주요 결핵지표 비교	36
〈표 5-1〉 정부 차원의 대북 긴급구호 지원	48
〈표 5-2〉 민간단체의 대북 지원 개별사업 중 보건의료 지원 실적	49
〈표 5-3〉 국제기구를 통한 정부 대북 보건의료 개발지원	50
〈표 6-1〉 초판 및 개정판 목차 비교	51
〈표 6-2〉 남북한 보건의료 관련 기관 목록 (일부)	54

〈 그림 목차 〉

〈그림 3-1〉 북한 보건의료 체계의 특징	19
〈그림 3-2〉 북한 보건의료 전달체계의 구조	24
〈그림 3-3〉 북한 남포시소아병원의 먼거리의료봉사실	28
〈그림 4-1〉 북한 기대수명과 성인 사망률 변화(1960~2023년)	32
〈그림 4-2〉 북한 주민의 원인별 사망률 및 질병부담 변화(1990~2021년) ...	34
〈그림 4-3〉 지역별 모성사망비 비교(1990~2023년)	35
〈그림 4-4〉 지역별 5세 미만 아동 사망률 비교(1990~2023년)	35
〈그림 4-5〉 남북한 말라리아 감염 환자 수(2010~2023년)	37
〈그림 5-1〉 OECD IDS의 대북 지원 실적 및 보건의료 분야 지원 현황	39
〈그림 5-2〉 대북 보건의료 지원의 분야별 지원 현황	39
〈그림 5-3〉 대북 보건의료 지원의 세부 분야별 지원 현황	40
〈그림 5-4〉 공여기관별 대북 보건의료 지원 실적	41
〈그림 5-5〉 UN OCHA FTS의 대북 지원 실적 및 보건의료 분야 지원 현황	42
〈그림 5-6〉 공여기관별 인도적 대북 보건의료 지원 실적	43
〈그림 5-7〉 남북생명보건단지 세부 구상	45
〈그림 5-8〉 남북협력기금의 연도별 대북 지원 현황	46
〈그림 6-1〉 『통일의료 2.0』 개정판 표지	53
〈그림 6-2〉 통일 보건의료로 통하는 열린강좌 프로그램	54

1. 서론

가. 연구 배경 및 목적

□ 연구 배경

○ 통일의료 교육과 교과서 개정의 필요성

한반도가 분단체제가 80년 이상 지속됨에 따라 통일의 당위성에 대한 사회적 인식은 점차 희석되고 있다. 서울대학교 통일평화연구원이 발표한 「2025년 통일의식조사」에 따르면, ‘통일이 필요하다’고 응답한 비율은 41.1%로 과반에 미치지 못한다¹⁾. 이러한 인식 저하 현상은 2020년대 들어 더욱 심화하였으며, 현재 우리 사회 내에 구조적으로 고착화된 양상을 보인다.

통일의 방향성과 구상에 대한 견해는 개인의 가치관과 정치적 성향에 따라 파편화되어 있어 사회적 합의의 도출이 난망한 실정이며, 나아가 통일의 실현 가능성 자체에 대한 근본적인 회의론마저 제기되고 있다. 그럼에도 불구하고 대한민국은 여전히 ‘분단국가’라는 정체성을 가지고 있으며, 헌법적 가치와 미래의 불확실성에 대비하기 위해 통일 한국을 위한 연구와 교육은 단계적이고 체계적으로 수행되어야 한다. 통일에 대한 대중적 인식이 낮을수록, 전문적인 연구와 전 계층을 아우르는 교육을 통해 통일 인식을 제고해야 할 필요성은 더욱 커지기 때문이다. 이는 향후 실제적인 통일 혹은 남북 통일 과정에 진입했을 때 발생할 수 있는 사회적 혼란과 비용, 그리고 계층간 갈등을 최소화하기 위한 필수적인 선결 과제이다.

학문적 연구의 궁극적 지향점 중 하나는 미래 인재 양성, 즉 교육에 있다. 정치, 사회, 경제, 과학 등 분야를 막론하고 남북 통합을 대비한 선행 연구들은 결국 교육으로 귀결되어야 한다. 그러나 현재 통일에 관한 교육, 그중에서도 전문성이 요구되는 ‘통일의료’에 관한 교육 커리큘럼과 교재는 미비한 실정이다. 이는 학계와 현장에서 통일의료에 대한 표준화된 개념 정립이 선행되지 않다는 사실이 그 반증이다. 이에 본 연구는 서울대학교 의과대학 통일의학센터가 2014년부터 축적된 연구 성과 및 교육 경험을 바탕으로 범주화한 통일의료의 개념을 다음과 같이 제시하고자 한다.

1) 2025년 통일의 필요성에 대한 응답률이 새 정부의 대북정책과 기조 변화로 2024년(36.9%)에 비해 소폭 상승한 것으로 보임. ‘통일이 매우 혹은 약간 필요하다’ 라고 응답한 비중 전체가 41.1%이며 ‘그저 그렇다’ 라고 응답한 비중은 28.5%이다. 자세한 내용은 김범수 외, 『2025통일의식조사』 (서울: 통일평화연구원, 2025) 참고.

* ‘협의’의 통일의료

- 남북 통일을 대비한 한반도 질병 치료 및 예방을 위한 보건의료 분야 활동

* ‘광의’의 통일의료

- 남북 보건의료협력과 통합을 위한 범분야의 임상 및 연구, 정책 제안 활동

본 연구의 핵심 키워드인 ‘통일의료’는 시대적·학술적 배경에 따라 남북 보건의료, 남북의료, 남북 의료협력 등 다양한 용어로 혼용되어 왔다. 통일의료는 통일과 의료의 합성어로 통일의 개념이 시대 상황과 정치적 이념에 따라 가변적이었던 것과 달리, 의료는 인간의 신체적, 정신적, 건강권 보장이라는 보편적 가치를 지닌다. 이는 의료의 정치적 상황이나 이념 대립에 앞서 우선적으로 보장되어야 할 기본권이자, 감염병 위기 등 비전통적 안보 위협에 공동 대응하기 위한 생명 안보의 핵심 영역인 것을 알 수 있다.

따라서 본 연구는 이러한 가치를 기반으로 통일의료를 ‘한반도 생명건강공동체 구현을 위한 모든 역할과 제반 활동’으로 정의하고, 이를 실현하기 위한 교과서 개정 방향과 북한 보건의료 체계 변화에 관해 논의하고자 한다.

□ 연구 목적

○ 『통일의료 2.0』 개정의 목적

본 연구는 급변한 한반도 보건의료 환경과 최신 데이터를 반영하여 기존의 『통일의료』를 『통일의료 2.0』으로 개편하고, 이를 통해 통일 보건의료 분야의 표준화된 교육 기반을 수립하는 데 목적이 있다. 최근 5년간 발간된 관련 단행본들은 통일 보건의료의 특정 주제를 심도 있게 다루었다는 점에서 학술적 의의가 있으나, 교육 현장에서 활용하기에는 주제의 편중성이나 데이터의 시의성 측면에서 부분적 한계를 보인다. 이에 본 연구는 기존 문헌들에 대한 고찰을 통해 다음과 같은 구체적인 목적을 달성하고자 한다.

첫째, 파편화된 연구 주제를 통합하여 체계적인 ‘교육용 교과서(Textbook)’로서의 형식을 구축한다. 기존 단행본을 비교 분석한 결과(<표 1-1 참조), 『한반도 건강공동체 준비』(2021)²⁾는 특정 질환 및 전문 임상 영역의 기술 위주로 구성되어 있으며, 『북한 보건의료 연구와 교류협력』

2) 전우택 외. 『한반도 건강공동체 준비』 (서울: 박영사, 2021).

(2023)³⁾은 노동신문 및 문헌 매체 분석을 통한 학술 연구 성격이 강하다. 또한 『통일보건의료의 미래』(2023)⁴⁾와 『한반도 건강공동체를 위한 길잡이』(2018)⁵⁾는 북한이탈주민 면담과 경험적 진술에 의존한 질적 연구에 집중되어 있다. 이러한 접근은 특정 이슈 심화 학습 자료로는 유효하나, 통일 의료 전반을 아우르는 개론서 및 입문서로서의 기능은 제한적이다. 따라서 본 연구는 의학, 간호학, 보건학뿐만 아니라 인문사회학을 아우르는 통합적 관점에서 지식을 구조화하여 보편적 교육 자료를 제공한다.

둘째, 데이터의 최신성을 확보하고 미래 지향적 담론을 제시한다. 대표적인 선행 자료인 『북한 보건의료 백서』(2019)⁶⁾는 북한의 의료 체계와 지표를 포괄적으로 다루었으나, 2019년 발간되어 코로나19 팬데믹으로 인한 북한 방역 체계의 구조적 변화와 최신 보건 지표를 반영하지 못한다. 본 개정판은 2025년 기준의 최신 통계와 연구 결과를 수록하여 정보의 시의성을 확보하고자 한다. 나아가 단순한 현황 분석을 넘어, 감염병 위기 등 비전통적 안보 위협 상황을 가정한 미래 통일 한반도의 의료 통합 시나리오와 단계별 대응 전략을 제시함으로써 교재의 정책적·실무적 활용도를 높인다.

셋째, 통일 보건의료 전문가 양성을 위한 실질적 교육 커리큘럼을 개발한다. 기존 단행본들이 주로 전문 연구자나 정책 입안자를 위한 참고 문헌의 성격이 짙었다면, 본 연구의 결과물인 『통일의료 2.0』은 의과대학 및 보건대학원 학생 등 차세대 전문가를 위한 교육에 방점을 둔다. 이를 위해 학습 목표를 명확히 하고, 기초 이론부터 심화 응용까지 난이도를 체계화하여 실제 대학 및 교육 현장에서 즉시 활용 가능한 표준 교안을 완성한다.

[표 1-1] 통일의료 관련 기존 단행본의 특징

제목	특징
한반도 건강 공동체 준비(2021)	1. 주요 질환(모자보건, 감염성 질환, 비감염성 질환, 신장질환, 정신질환) 관련 기술 2. 전문 영역(치의학, 약학, 전통의학, 간호, 영양 등) 관련 기술 3. 주요 이슈별(국제기구별 대북 지원, 원헬스 연구, 법·제도 준비, 리더십 준비, 재난 대응 방안 등)

3) 김경진 외. 『북한 보건의료 연구와 교류협력』 (서울: 고려대학교출판문화원, 2023).

4) 전우택 외. 『통일보건의료의 미래』 (서울: 박영사, 2023).

5) 정기현 외. 『한반도 건강공동체를 위한 길잡이』 (서울: 국립중앙의료원, 2018).

6) 서울의대 통일의학센터. 『북한 보건의료 백서』 (서울: 한국국제보건의료재단, 2019).

북한 보건의료 연구와 교류협력(2023)	1. 노동신문 보도 중심으로 보건의료기관 동향 확인 2. 북한 의학 학술지 중심으로 질환별 분석 3. 창의적 협력이 가능한 주요 이슈 정리 - 남북 의학 용어 통합의 현황과 과제 - 남북 보건의료 인력개발 등
통일보건의료의 미래(2023)	1. 북한이탈주민 중 의사, 간호사 경험 관련 2. 면담 중심으로 기술 3. 북한이탈주민 지원 활동가 경험 관련
한반도 건강공동체를 위한 길잡이(2018)	1. 북한이탈주민 중심 기술 2. 국립중앙의료원 관련 기술
북한 보건의료 백서(2019)	1. 북한 보건의료 체계 2. 북한 보건의료 지표 3. 국내외 대북 보건의료 지원

나. 연구 방법 및 범위

□ 연구 방법

본 연구는 ‘북한 보건의료 최신 현황과 데이터 분석을 통한 통일의료 교과서 개정 기반 수립’을 위해 문헌 고찰과 국제기구 통계 분석을 상호 보완적으로 수행하는 다각적 연구 방법을 적용하였다.

○ 선행연구 검토

기존의 북한 관련 연구는 정치, 경제, 사회과학 및 인문학 등 거시적 담론 위주로 수행되어 왔으며, 보건의료 체계를 미시적으로 분석하거나 남북 보건의료 협력의 실무적 방안을 구체화한 연구는 상대적으로 제한적이었다. 이에 본 연구는 기존 문헌을 다음과 같이 범주화하여 분석하였다.

(1) 보건의료 현황 및 백서

통일의학센터(2019)⁷⁾의 북한 보건의료 백서를 비롯하여, 유근춘 외(2013)⁸⁾, 신희영 외(2016)⁹⁾ 등의 연구는 북한 보건의료 체계의 거버넌스와 인프라 구조를 파악하였다.

7) 서울의대 통일의학센터, 『북한 보건의료 백서』 (서울: 한국국제보건의료재단, 2019).

8) 유근춘 외, 『통일한국의 사회보장체계 구축을 위한 기초연구』 (서울: 한국보건사회연구원, 2013); 신희영 외, 『통일 의료-남북한 보건의료 협력과 통합』 (서울: 서울대학교 통일평화연구원, 2017).

9) 신희영 외(2016), “김정은 시대 북한 보건의료체계 동향: 전달체계와 조직체계를 중심으로,” 『통일과평화』 8집 2호, pp. 182-211.

(2) 특수 질환 및 대상별 연구: 이윤진(2024)¹⁰⁾의 모자보건 거버넌스 연구, 유전원·전우택(2025)¹¹⁾의 북한 주민 정신질환 인식 분석, 박예주 외(2022)¹²⁾의 여성 및 아동 취약계층 질환 연구는 거시 지표에 가려진 미시적 보건 현황을 검토하였다.

(3) 비교 연구 및 협력 모델: 윤종극·최윤철(2025)¹³⁾ 연구의 동서독 사례 비교를 통한 접경지역 감염병 대응 방안과 전우택 외(2021)¹⁴⁾, 조성은 외(2022)¹⁵⁾, 김경진 외(2023)¹⁶⁾ 등의 보고서는 남북 협력의 정책적 시사점과 적용 가능한 모델을 도출하였다.

(4) 전문가 네트워크 연구: 문진수 외(2023)¹⁷⁾ 및 한국국제보건의료재단(KOFIH)의 수시 보고서 등은 보건의료 전문가들의 인식 조사 및 네트워크 분석 기초자료를 수집하였다.

○ 북한 문헌 및 자료 분석

북한의 공식 매체인 『로동신문』과 『조선중앙통신』을 참고하여 최근 보건의료 정책의 기조 변화를 분석하였다. 북한 문헌은 선전적 성격이 강하다는 내재적 한계가 있으나, 당국의 검열을 거친 용어와 최고지도자의 지시사항을 시계열적으로 추적함으로써 북한 지도부의 정책 의지와 우선순위 변화를 파악하는 데 있어 필수적인 1차 자료이다.

또한, 전문적인 의학 동향 파악을 위해 북한 의학잡지를 분석하였다. 북한은 연간 4~8회 간격으로 총 10종의 전문 의학잡지를 발간하고 있다. 통일부 북한자료센터에 따르면 북한 의학잡지는 『내과』, 『외과』, 『소아·산부인과』, 『치과·안과·이비인후과』, 『조선약학』, 『고려의학』, 『조선의학』, 『예방의

-
- 10) 이윤진(2024), “북한의 모자보건정책과 남북한 협력방안: 협력적 거버넌스를 중심으로,” 『분쟁해결연구』 22(3), 통권 58호, pp. 127-151. 이윤진(2024)뿐만 아니라 북한 모자보건에 관한 연구는 다 음과 같다. 김지영·최은샘·안기훈(2022), “통일의학점 관점에서 본 모자보건의 현재와 미래,” 『한국모자보건학회지』, 26(3), pp. 132-139.
- 11) 유전원·전우택(2025), “북한의 정신질환 관련 용어 사용 분석: 김정은 시대 「로동신문」 기사 분석을 중심으로,” 『현대북한연구』 vol. 28, no. 1, pp. 49-90.
- 12) 박예주 외(2022), “북한의 여성과 아동의 질환에 대한 연구 현황 분석: 학술지를 통한 문헌 분석 연구,” 『한국모자보건학회지』, 26(2), pp. 91-103.
- 13) 윤종극·최윤철(2025), “남북한 접경지역의 감염병 및 자연재난 협력에 관한 연구: 동서독 협력 사례와 비교하여,” 『군사발전연구』 19(2), pp. 317-344.
- 14) 전우택 외, 『한반도 건강공동체 준비』 (서울: 박영사, 2021)
- 15) 조성은 외, 『한반도 사회격차 완화를 위한 북한의 건강 및 보건의료 지표 분석』 (서울: 한국보건사회연구원, 2022).
- 16) 김경진 외, 『북한 보건의료 연구와 교류협력』 (서울: 고려대학교 출판문화원, 2023).
- 17) 문진수 외(2023), “한반도 보건의료협력 역량 증진을 위한 통일의료 차세대 전문가 네트워크 형성,” 『2022 통일기반구축사업 결과보고서』.

학』, 『기초의학』, 『의학(외국과학기술통보)』으로, 각 잡지 한 호당 40편가량의 논문이 수록되어 있다. 북한 의학 논문은 서론과 고찰이 생략되거나 매우 짧고, 임상 증례 위주의 기술 형식을 띠며 평균 600자 내외로 구성되는 특징이 있다. 본 연구는 이를 통해 북한의 표준 의학 용어뿐만 아니라 임상 현장에서의 실질적 수요와 약물 부족에 따른 대체 치료법의 트렌드를 파악했다.

아울러 북한 당국이 2021년 UN에 제출한 ‘자발적 국가검토 보고서(VNR)’를 분석하여, 북한이 국제사회에 공식적으로 제시한 보건의료 성과 지표와 그들이 스스로 인정한 과제 및 한계점을 객관적 분석의 토대로 삼았다.

○ 통계 및 국가기구 지표 활용

데이터의 객관성을 확보하기 위해 대한민국 통계청의 북한 주요 통계지표를 비롯하여, 세계보건기구(World Health Organization, WHO), 경제협력개발기구(The Organization for Economic Co-operation and Development, OECD), 보건계량평가연구소(Institute for Health Metrics and Evaluation, IHME)의 세계질병부담연구(Global Burden of Disease Study, GBD study) 등의 데이터를 교차 분석하여 변화된 북한 보건의료 지표를 도출하였다.

특히 국제사회의 대북 보건의료 지원 현황 분석에 있어 단일화된 통합 데이터 시스템의 부재를 극복하기 위해 두 가지 핵심 데이터베이스를 활용하였다.

- ① OECD의 국제개발통계(International Development Statistics, IDS): 공적개발원조(ODA) 기준에 따른 지원 규모 파악에 용이
- ② UN OCHA의 재정추적서비스(Financial Tracking Service, FTS): 인도주의적 위기에 대한 자금 요청 및 실제 지원 흐름을 파악하는데 용이

두 데이터베이스 모두 국제사회의 대북 지원 실적을 관리하지만, 데이터 수집 방식과 포함 항목에서 차이가 존재하므로 자료 해석 시 주의가 필요하다. 이에 본 연구는 이를 상호 대조하여 해석의 편향을 최소화하고자 했다. 대내 보건의료 지원 자료로는 남북협력기금 수탁기관인 한국수출입은행의 통계와 『통일백서(1997~2025)』의 사업비 집행 실적을 시계열적으로 분석하였다.

□ 연구 범위

본 연구는 『통일 의료 1.0』과의 연속성을 계승하되, 초판 발간(2017년) 이후의 공백을 메우기 위해 2018년부터 2025년 현재까지를 핵심 연구 기간으로 설정했다. 특히 2020년 코로나19 팬데믹 선언 이후 국경 봉쇄와 함께 급격히 재편된 북한 보건의료 체계의 변화 양상을 중점적으로 분석하여 시의성을 확보하고자 한다.

○ 연구 분석 자료원 및 데이터 특성

국제사회의 대북 보건의료 지원 현황을 분석하기 위해 OECD IDS와 UN OCHA FTS를 주요 자료원으로 활용하였다. 두 데이터베이스는 집계 목적과 포괄 범위에 차이가 존재하므로, 다음과 같이 특성을 구분하여 분석을 수행하였다.

(1) OECD IDS

OECD IDS는 OECD 개발원조위원회(Development Assistance Committee, 이하 DAC) 회원국을 비롯해 비회원국, 다자기구, 민간 공여주체들의 보고를 기반으로 통계를 산출한다. 그러나 데이터 보고 의무가 DAC 회원국에 한정되어 있어, 중국이나 러시아 등 비회원국의 지원 실적이 누락될 수 있다는 구조적 한계가 있다.

통계 분석에는 OECD의 원조 목적별 분류 코드인 CRS(Creditor Reporting System) 코드를 활용하였다. 보건의료 분야와 직접적으로 연관된 핵심 코드는 다음과 같다.

- * 보건 일반(CRS 121): 보건 정책, 행정 관리 등
- * 기초 보건(CRS 122): 1차 의료, 감염병 관리, 영양 등
- * 인구 정책 및 생식 보건(CRS 130): 모자보건, 가족계획 등
- * 참고: 식수 및 위생(CRS 140) 분야도 보건과 밀접하나, 본 연구에서는 별도로 분류하거나 필요시 기초 보건과 연계하여 해석하였다.

자연재해나 분쟁 등 긴급 구호를 목적으로 하는 지원은 인도적 지원으로 분류되는 경우가 많다. 이 경우 실제로는 의약품이나 의료 물자가 지원되었

더라도 통계상 ‘보건’이 아닌 ‘인도적 지원’으로 잡혀 보건 분야 데이터가 과소계상될 위험이 있으므로, 데이터 해석 시 각별한 주의가 요구된다.

[표 1-2] 자료수집 방법(OECD IDS)

구분	자료선택 기준
Time period	2002~2023
Recipient	Democratic people's Republic of Korea
Sector	120: Health, Total 130: Population policy/Program & Reproductive Health, Total
Measure	Official development assistance
Channel	All Channels
Modality	All Modalities
Flow type	Disbursements
Price base	Constant prices

(2) UN OCHA FTS

UN OCHA(유엔 인도주의업무조정국)의 FTS는 인도적 지원 자금 흐름을 실시간으로 추적 및 관리하는 공공 데이터베이스이다. 공여국 정부, UN 기구, NGO 등이 보고한 약정액과 납입액 등을 포함하며, 주로 유엔의 대북 합동호소와 연계된 데이터를 중심으로 갱신된다.

보건의료 분야는 주로 ‘보건(Health)’과 ‘식수 및 위생(WWater Sanitation Hygiene)’ 클러스터로 분류된다. FTS는 재난 발생 시 신속한 자금 흐름을 파악하는 데 유리하나, OECD IDS와 마찬가지로 보고되지 않은 양자 간 지원이나 비공식적 민간 지원은 포괄하지 못한다는 한계를 지닌다.

[표 1-3] 자료수집 방법(UN OCHA FTS)

구분	자료선택 기준
Country data	Korea, Democratic People's Republic of
View by	① Sector - ‘Health’, ‘Water Sanitation Hygiene’ ② Recipient
Year	2000-2024
Source	All
Destination	All

2. 『통일의료 2.0』 개정 방향 및 구조

가. 『통일의료』 개정의 기본 방향

□ 『통일의료 2.0』 기본 방향 설정

○ 보건의료 환경 변화에 따른 『통일의료』 교과서 개정

서울대학교 의과대학 통일의학센터가 2017년 발간한 초판 『통일의료』는 통일 보건의료 분야의 기초 이론과 개념을 정립하는 데 기여하였다. 그러나 초판 발간 이후 약 8년이 경과함에 따라 한반도를 둘러싼 보건의료 환경과 대내외 정세에는 급격한 구조적 변화가 발생했다. 이에 과거의 데이터와 관점에 머물러 있는 기존 교재의 한계를 극복하고, 변화된 시대적 요구를 반영한 『통일의료 2.0』으로의 개편이 요구되었다.

본 연구의 구체적인 방향과 주안점은 다음과 같다. 첫째, 보건안보(Health Security) 패러다임의 확립과 방역환경의 변화를 반영해야 한다. 2020년 발생한 코로나19 팬데믹은 북한의 보건의료 체계 전반에 영향을 미쳤다. 국경 봉쇄로 인한 의료 물자 공급망의 붕괴, 내부 방역 시스템의 재편, 그리고 국제사회와의 백신 협력 이슈 등은 2017년 교과서에서는 예측하거나 다루지 못한 새로운 변수다. 따라서 개정판에서는 기존의 인도적 지원 중심의 논의를 넘어, 신종 감염병 위기 시 남북 공동 대응 및 위기 관리를 포함한 포괄적 안보 관점에서 내용을 재구성할 필요가 있다.

둘째, 북한 주민의 질병 구조 변화에 따른 최신 데이터 현행화가 필수적이다. 기존 초판은 2010년대 초중반의 통계에 기반하고 있으나, 현재 북한 사회는 인구 고령화와 만성질환(NCDs)의 증가로 인한 이중 질병 부담을 안고 있다. 이번 개정판은 WHO 및 UN 산하 기구, 국내외 연구소들의 2020년 이후 최신 통계와 문헌을 분석하여 북한의 보건 현황을 객관적으로 진단하고, 증거 기반의 실효성 있는 협력 전략을 수립해야 한다.

셋째, 통일의료 연구 영역의 세분화와 학술적 성과를 반영해야 한다. 초기 연구가 의학 전반의 개론적 이해에 치중했다면, 현재는 간호학, 치의학, 약학, 한의학 등 지역별 전문 역할은 물론, 탈북민 코호트 연구, 법·제도적 통합 방안 등 각 세부 분야의 연구 성과가 축적되었다. 이러한 학술적 진보를 체계적으로 정리하여 보건의료 전문가 양성을 위한 교육 커리큘럼을 제공하고자 본 개정을 추진했다.

한편, 통일의료 교육을 수행하는 주요 기관으로는 고려대학교 대학원 통일보건의학협동과정, 연세대학교의료원 통일보건의료센터, 가톨릭중앙의료원 북한의료연구소, 국립암센터 평화의료센터 등이 있다. 『통일의료 2.0』은 이러한 다양한 교육 기관과 연구 현장에서 통용될 수 있는 표준화된 지침서로서의 역할을 수행하고자 한다.

나. 『통일의료 2.0』 주요 개정 내용과 구성

□ 『통일의료 2.0』 전체 구성 체계

○ 『통일의료 2.0』 목차 구성

[표 2-1] 『통일의료 2.0』 목차

『통일의료 2.0』 목차
[제1장 통일과 보건의료] 1절. 통일 대비 남북 보건의료 협력의 필요성 2절. 한반도 보건안보와 감염병 대응 1. 유엔 제재와 코로나19 대응이 북한 보건의료에 미친 영향 2. 한반도 팬데믹 위기 대응을 위한 보건의료 협력 방안
[제2장 북한 보건의료 체계] 1절. 북한 보건의료 체계 특징 1. 무상치료제 2. 예방의학제 3. 의사담당구역제(호담당의사제) 4. 김정은 정권 이후 북한 보건의료 체계 변화 2절. 북한 보건의료 전달체계 1. 보건의료 전달체계 개요 2. 의료기관 현황 3. 비공식 보건의료 전달체계 4. 보건의료 분야 디지털 전환과 원격진료 [통일의료 돋보기 ①] 북한에선 원격진료를 한다? 3절. 북한 보건의료 인력 현황 및 양성체계 1. 보건의료 인력 현황 2. 보건의료 인력 양성체계 4절. 북한 보건의료 정책 및 행정 조직 체계 1. 조선로동당 및 국가기구 조직 2. 보건의료 정책 및 행정 조직 3. 대외원조 수원 조직

[제3장 북한 주요 보건지표 현황]

1절. 기초 보건지표

1. 인구학적 특징
2. 기대수명
3. 사망률과 사망원인
4. 질병부담

2절. 모자보건

1. 모성 및 아동 사망률과 사망원인
2. 모자보건 주요 지표 현황
3. 여성 건강 문제

3절. 감염성 질환

1. 결핵
2. 말라리아
3. B형 간염
4. 코로나19
5. 소아 설사
6. 기타 감염성 질환

4절. 비감염성 질환

1. 비감염성 질환 실태
2. 비감염성 질환 위험 요인
3. 정신건강과 장애

[통일의료 돋보기 ②] 북한 의학잡지를 만나다!

[제4장 국내외 대북 보건의료 지원]

1절. 대북 보건의료 지원의 추진 과정 및 분석 범위

1. 대북 지원 추진 배경 및 변천 과정
2. 대북 보건의료 지원 분석 범위

2절. 국외 대북 보건의료 지원

1. 대북 보건의료 개발지원
2. 인도적 대북 보건의료 지원
3. 국제사회의 대북 보건의료 협력 변화

3절. 국내 대북 보건의료 지원

1. 남북협력기금을 통한 대북 지원
2. 남북협력기금을 통한 대북 보건의료 지원

[통일의료 돋보기 ③] 남북 보건의료 협력의 숨은 주역들을 찾아보자!

[제5장 통일을 대비한 남북 보건의료 통합 주요 이슈]**1절. 통일을 준비하는 대북 보건의료 지원**

1. 기존 대북 보건의료 지원의 역할
2. 대북 보건의료 지원의 향후 방향

2절. 지속가능한 남북 보건의료 교류협력 증진 방안

1. 남북 보건의료 R&D 필요성
2. 남북 보건의료 R&D 기획
3. 기대효과

3절. 지속가능한 남북 보건의료 교류협력을 위한 남북생명보건단지 구축

1. 국내외 접경지역 바이오메디컬 클러스터
2. 남북생명보건단지 구축
3. 남북생명보건단지 세부 구상
4. 남북생명보건단지 추진 전략

4절. 한반도 보건의료 통합을 위한 법·제도적 준비

1. 남북한 보건의료 법·제도 비교
2. 한반도 보건의료 통합을 위한 법·제도적 과제

5절. 북한이탈의사 자격 인정 및 재교육 방안

1. 북한이탈의사 자격 인정 및 재교육 방안 필요성
2. 북한이탈의사 자격 인정 방안
3. 북한이탈의사 재교육 방안
4. 기대효과

[통일의료 돋보기 ④] 북한이탈의사의 남한 적응기

6절. 한반도 보건의료협력 국민공감대 형성 방안

1. 통일의료 분야 특징과 국민공감대 진단
2. 한반도 보건의료협력 국민공감대 형성을 위한 교육과 쟁점
3. 추후 과제

[부록]

1. 남북 보건의료 교류협력 증진에 관한 법률안
2. 남북 관계 보건의료 분야 주요 일지(1993~2025년)
3. 북한 보건의료 정책 변화(2020년 이후)

○ 『통일의료 2.0』 핵심 개정 내용과 특징

본 연구는 급변하는 시대적 환경과 최신 실증 데이터를 반영하여, 초판 『통일 의료』의 내용을 보완 및 확장하였다. 이에 따라 연구의 핵심 구성과 주요 개편 사항은 다음과 같다.

첫째, ‘한반도 보건안보’와 ‘감염병 위기 대응’을 핵심 주제로 선정하였다. 유엔 대북제재 장기화와 코로나19 팬데믹이라는 이중고 속에서 북한 보건 의료 체계가 어떻게 변화했는지 분석하였다. 특히 국경 봉쇄 이후의 의료 물자 수급 변화와 방역 시스템의 재편 과정을 추적하고, 이를 바탕으로 인도적 지원을 넘어선 남북 보건의료 협력의 새로운 접근법을 모색하였다.

둘째, 북한 보건의료의 ‘디지털 전환’ 흐름을 포착하여 반영했다. 김정은 집권 이후 두드러진 보건의료의 현대화 정책, 특히 먼거리 의료(원격진료) 시스템 구축과 평양종합병원 건립 추진 등 북한 내 ICT 기반 헬스케어 도입 현황을 다루었다.

셋째, 질병 부담 분석의 스펙트럼을 확장했다. 감염성 질환 분야에서는 코로나19를 위시한 신종 감염병 관련 최신 지견과 대응 기술을 보강하였으며, 비감염성 질환 분야에서는 기존 교재에서 깊이 있게 다루지 못했던 ‘정신건강’과 ‘장애’ 이슈를 신규 챕터로 추가하여 연구의 포괄성을 확보했다.

넷째, 지속가능한 교류협력을 위한 실천적 모델을 제시했다. 단순한 선언적 협력이 아닌, 바이오메디컬 클러스터 조성 및 남북생명보건단지 구축과 같은 구체적인 인프라 조성 방안과 로드맵을 제시하여 통일의료의 미래 비전을 구체화하였다.

본 연구를 통해 개정한 교과서는 위와 같은 개편 방향에 따라 다음과 같은 5단계의 체계적인 구성을 따르고 있다.

- ① [총론] 통일 대비 남북 보건의료 협력의 당위성 및 한반도 보건안보와 감염병 공동 대응 전략
- ② [체계] 북한 보건의료의 특징, 전달체계, 인력 양성 및 현황, 정책·행정 조직 분석
- ③ [현황] 북한의 주요 보건지표(모자보건, 감염병, 만성질환 등) 및 질병 구조 변화 분석
- ④ [동향] 국제사회 및 국내의 대북 보건의료 지원 변화 양상과 시사점
- ⑤ [전략] 남북 보건의료 교류·협력 활성화 방안 및 남북생명보건단지 구축 등 미래 통합 이슈

3. 북한 보건의료 체계 및 변화

가. 북한 보건의료 체계 특징

□ 북한 보건의료 체계의 형성 배경과 기본 구조

○ 사회주의 국가 보건의료 체계의 형성

북한의 보건의료 체계는 사회주의 이념에 기반한 국가 주도의 중앙집권적 구조를 특징으로 하며, 해방 이후 보건의료의 핵심 원칙으로 삼아 온 ‘무상 치료제’와 ‘예방 중심’의 보건의료 정책, 그리고 ‘의사담당구역제’를 기본 원칙으로 유지해 왔다. 이러한 체계는 북한이 해방 이후 사회주의 국가 건설 과정에서 공공보건을 국가 책임 영역으로 명확하게 설정한 것으로부터 출발하였다. 전후 복구와 감염병 관리가 국가 생존과 직결된 과제로 인식되면서 보건의료는 시장이 아닌 국가가 주도적으로 통제·운영해야 할 분야로 규정되었고, 이는 중앙집권적 보건의료 행정 체계의 형성으로 이어졌다.

형식적으로 북한의 보건의료 체계는 전 국민을 대상으로 한 보편적 의료 보장을 지향한다는 점에서 공공의료 체계의 외형을 갖추고 있으며, 국가가 의료 제공의 주체로서 책임을 진다는 점은 제도적 차원에서 의료 접근성의 형식적 평등을 보장하는 기반으로 기능해 왔다. 그러나 실제 운영 측면에서는 의료 자원의 절대적 부족, 재정적 제약, 제도와 현실 간의 괴리 등 구조적 한계가 지속적으로 제기되어 왔다. 이러한 문제는 북한 보건의료 체계가 제도적 원칙과는 달리 안정적인 의료 서비스 제공에 있어 근본적인 제약을 안고 있음을 시사한다.

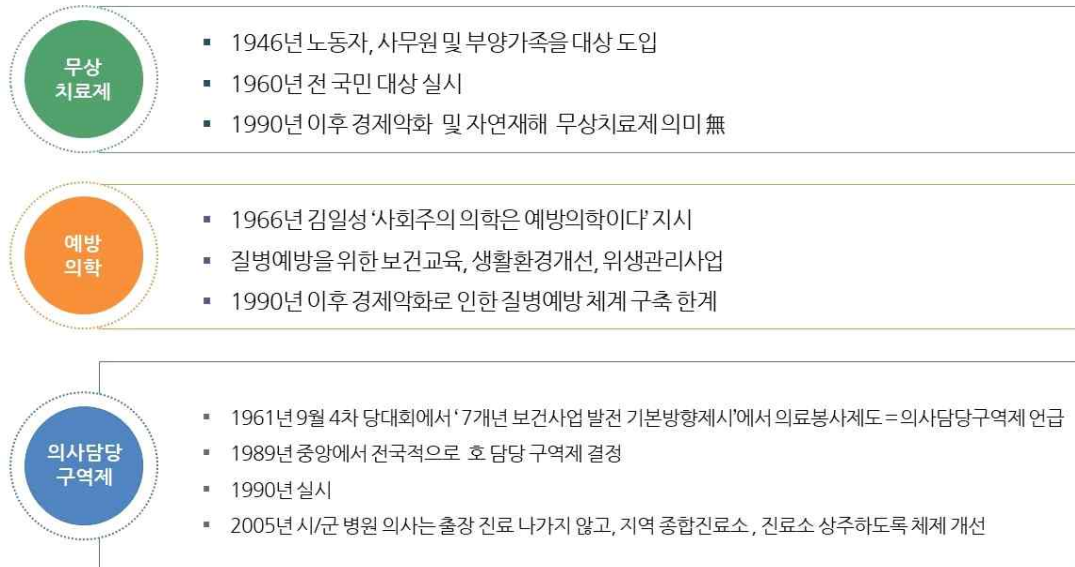
○ 본 연구의 분석 관점과 교과서 개정과의 연계

본 연구에서는 이러한 북한 보건의료 체계의 제도적 특징을 무상치료제, 예방의학제, 의사담당구역제를 중심으로 분석하고, 각 제도가 실제 운영 과정에서 어떠한 방식으로 작동해 왔는지와 함께 정책 환경 변화 속에서 나타난 한계와 변화 양상을 종합적으로 검토하였다. 특히 제도적 원칙과 현실 간의 괴리가 북한 보건의료 체계 전반에 미친 영향을 분석함으로써, 단순한 제도 설명을 넘어 구조적 특성과 문제점을 함께 조명하고자 하였다.

이러한 분석 결과는 『통일의료 2.0』 제2장 제1절의 기초 내용으로 반영되어, 이후 북한 보건의료 체계와 정책 변화에 대한 이해를 보조하는 토대

로 활용되었다.

북한 보건의료 체계 특징



[그림 3-1] 북한 보건의료 체계의 특징

□ 무상치료제

○ 무상치료제의 제도적 원칙과 형성 배경

무상치료제는 북한 보건의료 체계의 핵심이자 상징적 원칙으로, 국가가 모든 주민에게 경제적 부담 없이 의료 서비스 제공의 전 과정을 책임지고 무상 지원하는 것을 목표로 한다. 제도적으로는 진료, 치료, 입원, 예방 활동에 이르기까지 비용 부담이 없도록 설계되어 있으며, 이는 사회주의적 평등이념과 국가 책임성을 의료 영역에서 구현하려는 제도로 이해할 수 있다.

북한의 무상치료제는 해방 이후 사회보험 기반의 부분적 무상치료제에서 출발하여, 전쟁기를 거치며 전반적 무상치료제로 확대되었고, 1960년대 이후 '완전하고 전반적인 무상치료제'로 제도화되었다. 이러한 제도적 발전 과정은 전후 복구와 감염병 대응이 국가 생존과 직결된 과제로 인식되던 역사적 맥락 속에서, 국가가 의료 자원을 집중적으로 관리·배분하는 방식이 불가피하다고 판단한 결과로 볼 수 있다.

○ 무상치료제의 운영 구조와 현실적 제약

무상치료제 하에서 북한의 의료기관은 국가 소유 및 국가 운영을 원칙으로 하며, 의료 인력 또한 국가에 의해 배치·관리된다. 주민은 거주 지역을 기준으로 지정된 의료기관을 이용하도록 되어 있으며, 의료 서비스는 제도적으로 무상 제공되는 구조를 갖는다. 이는 형식적으로 전 국민을 대상으로 한 보편적 의료 보장을 지향하는 공공의료 체계의 외형을 유지하고 있다.

그러나 무상치료제의 실질적 작동은 국가 재정과 의료 자원 상황에 크게 의존한다. 1990년대 이후 경제 위기와 재정 악화, 특히 ‘고난의 행군’ 시기를 거치며 의약품과 의료기기 공급의 불안정성이 심화되었고, 이로 인해 무상치료제의 실질적 기능은 점차 약화된 것으로 평가된다. 국제기구 보고서와 관련 문헌에 따르면 의료 현장에서는 의약품 부족과 시설 노후화가 지속되었으며, 환자 개인이 비공식 시장을 통해 의약품을 조달하거나 의료진에게 비공식 비용을 지불하는 사례가 확산되면서 제도 외적 영역에서 의료 서비스가 작동하는 이중적 구조가 형성된 것으로 분석된다.

이러한 제도와 현실 간의 괴리는 무상치료제가 형식적으로는 유지되고 있으나, 실질적인 의료 접근성과 서비스 질 측면에서는 지역 및 계층 간 격차를 초래할 가능성이 있음을 시사한다. 이는 이후 예방의학 중심 정책과 의사담당구역제의 운영 양상을 이해하는 데 중요한 분석적 배경으로 작용한다.

[표 3-1] 북한의 무상치료제 실시 과정

구분	일시	내용	적용대상(수혜자)
사회보험법에 의한 무상치료제	1946.06.	「북조선 노동자, 사무원에 대한 노동법령」 선포로 「사회보험법」에 의한 무상치료제 실시의 법적 기초 마련	노동자와 사무원 및 부양가족
	1947.01.	전체 노동자, 사무원 및 그 부양가족들에 대한 무상치료를 실시할 것을 선포	
전반적 무상치료제	1952.01.	김일성, 보건성 책임일군들에게 「전반적 무상치료제를 실시하기 위한 준비를 잘 할데 대하여」 지시	개인상공업자, 개인농민 제외 모든 국민
	1953.01.	전반적 무상치료제 실시	
완전하고 전반적인 무상치료제	1980.04.	「인민보건법」 제정으로 완전하고 전반적인 무상치료제 법제화	모든 국민

□ 예방의학제

○ 예방 중심 보건의료 정책의 기본 원칙

북한은 치료 중심의 의료 체계보다 예방 중심의 보건의료를 강조해 왔으며, 예방의학제는 이러한 정책 방향을 제도적으로 구현한 핵심 장치이다. 예방접종, 위생관리, 감염병 감시 체계 등은 국가 주도의 행정 시스템을 통해 운영되어 왔으며, 감염병 발생 시 사회적·경제적 비용을 최소화하고 제한된 의료 자원을 효율적으로 활용하려는 전략적 선택으로 이해할 수 있다.

이러한 예방의학제는 해방 이후 위생방역 체계 구축을 출발점으로 하여 전염병 예방과 대중 동원을 핵심으로 발전해 왔으며, 중앙에서 수립된 정책과 지침이 지방과 말단 조직까지 일괄적으로 전달·집행되는 중앙집권적 구조를 통해 제도화되었다. 이는 헌법과 인민보건법을 통해 국가의 의무로 명시되며, 단기간 내 대규모 예방접종과 방역 조치를 가능하게 하는 제도적 기반으로 작용해 왔다.

[표 3-2] 예방의학과 관련된 북한의 법령

「조선민주주의인민공화국 인민보건법」 제3조 (예방의학제도의 공고발전원칙) 사회주의의학에서는 기본은 예방의학이다. 국가는 인민보건사업에서 사회주의의학의 원리를 구현한 예방의학제도를 공고발전시킨다.
「조선민주주의인민공화국 인민보건법」 제18조 (예방에 선차적힘을 넣을데 대한 요구) 국가는 인민들이 병에 걸리지 않도록 미리 대책을 세우는 것을 자기 활동의 중요한 임무로 여기며 예방에 선차적인 힘을 넣는다.
「조선민주주의인민공화국 의료법」 제5조 (병의 예방원칙) 병에 대한 예방사업을 강화하는 것은 인민들의 건강증진을 위한 기본담보이다. 국가는 예방을 치료에 앞세우고 위생방역사업과 환경보호사업을 정상적으로 벌려 병을 미리 막도록 한다.
「조선민주주의인민공화국 사회주의 헌법」 제56조 국가는 전반적무상치료제를 공고발전시키며 의사담당구역제와 예방의학제도를 강화하고 보건부문에 대한 물질적보장사업을 개선하여 사람들의 생명을 보호하며 근로자들의 건강을 증진시킨다.
「조선민주주의인민공화국 인민보건법」 제18조-제27조 국가는 인민들이 병에 걸리지 않도록 미리 대책을 세우는 것을 자기 활동의 중요한 임무로 여기며 예방에 선차적인 힘을 넣는다. …(이하생략)

○ 예방의학제의 운영 조건과 구조적 한계

본 연구에서는 이러한 구조적 특성에도 불구하고, 북한의 예방의학제가 충분한 자원과 물자 공급이 뒷받침되지 않을 경우 실효성이 제한될 수밖에 없는 구조적 한계를 지니고 있음을 확인하였다. 특히 예방접종에 필요한 백신과 소모품, 냉장·보관 설비, 방역 장비 등의 안정적 확보 여부는 북한의 예방의학제 운영의 핵심 요소로 작용하나, 경제적 제약과 국제 제재, 외부 지원 환경의 변화 등으로 인해 이러한 필수 자원의 지속적 공급이 어려운 상황이 반복되어 온 것으로 분석된다.

이와 같은 운영상의 제약은 예방의학제가 제도적 원칙으로는 유지되고 있음에도 불구하고, 정책 환경 변화에 따라 현장 적용에서 한계가 드러날 수 있음을 시사한다. 이러한 특성은 이후 의사담당구역제와 결합된 북한 보건 의료 체계의 운영 방식과 그 취약성을 이해하는 데 중요한 배경으로 작용한다.

□ 의사담당구역제(호담당의사제)

○ 의사담당구역제의 형성과 제도적 위치

의사담당구역제는 북한의 1차 의료 전달체계를 구성하는 핵심 제도로, 일정 지역 또는 가구를 단위로 특정 의사 또는 의료진이 주민의 건강 관리를 전담하는 방식이다. 이 제도는 해방 이후 위생방역 중심의 담당구역제에서 출발하여, 1960년대 완전하고 전반적인 무상치료제와 결합되면서 북한 보건 의료 체계의 핵심적인 1차 의료 전달체계로 제도화되었다. 의사담당구역제는 무상치료제 및 예방의학제와 함께 치료·예방·관리 기능을 일상적 생활 공간에서 통합적으로 수행하도록 설계된 제도로 이해할 수 있다.

본 연구에서 검토한 자료에 따르면, 해당 제도는 주민의 건강 상태와 질병 이력을 지속적으로 파악하고 예방 활동과 조기 개입을 수행할 수 있는 제도적 장점을 지니고 있다. 의료진이 담당 구역 내 주민을 장기적으로 관리함으로써 질병 발생 가능성을 사전에 인지하고, 예방접종 및 건강 교육과 같은 공중보건 활동을 일상적으로 수행할 수 있는 기반을 제공해 왔다. 이러한 특성은 예방의학 중심 보건의료 정책과 결합되어 집단 건강 관리 체계를 강화하는 역할을 해왔다.

○ 의사담당구역제의 운영 현실과 구조적 한계

그러나 의사담당구역제의 실질적 효과는 의료 자원과 인프라 여건에 따라 지역별로 상이하게 나타난다. 의료 인력의 임상 역량 격차, 진단 장비의 부족, 의약품 공급의 불안정성 등은 제도의 실효성을 제약하는 주요 요인으로 작용해 왔다. 특히 농촌 및 취약 지역에서는 의료 인력 부족과 열악한 근무 환경으로 인해 의사담당구역제가 형식적으로 운영되는 사례도 나타나며, 주민 개개인에 대한 지속적이고 체계적인 건강 관리가 충분히 이루어지지 못하는 한계가 지적되고 있다.

□ 북한 보건의료 전달체계

○ 북한 보건의료 전달체계의 구조와 특징

북한의 보건의료 전달체계는 국가 주도의 중앙집권적 행정 구조를 기반으로 단계적으로 구성된 체계를 특징으로 한다. 주민은 원칙적으로 거주 지역을 기준으로 지정된 1차 의료기관을 우선 이용하도록 되어 있으며, 의사담당구역제를 통해 일상적인 진료와 예방, 건강 관리가 이루어진다. 이러한 1차 의료 중심 구조는 무상치료제와 예방의학제를 실질적으로 작동시키기 위한 핵심 장치로 기능해 왔다.

1차 의료 단계에서 해결이 어려운 질환이나 중증 환자의 경우에는 상위 의료기관으로 단계적으로 의뢰되는 구조를 갖추고 있다. 시·군 단위 의료기관은 일반적인 입원 진료와 기본적 전문 진료를 담당하며, 도 단위 및 중앙급 의료기관은 보다 전문화된 진료와 중증 환자 치료를 수행하는 역할을 맡고 있다. 이와 같이 북한의 보건의료 전달체계는 제도적으로는 단계적 기능 분화를 전제로 한 구조를 유지하고 있다.

보건의료 전달체계 (2022년 기준 명칭 변경 및 체계 정립)



[그림 3-2] 북한 보건의료 전달체계의 구조

○ 중앙집권적 행정 구조와 전달체계의 운영 방식

북한의 의료 전달체계는 중앙에서 수립된 보건의료 정책과 계획이 도(시)-시·군·구역-리(里) 단위로 일괄적으로 전달·집행되는 중앙집권적 행정 구조와 밀접하게 연계되어 있다. 각 단계의 의료기관은 역할 분담에 따라 주민의 건강 관리와 치료를 담당하도록 설계되어 있으며, 이러한 구조는 국가 차원의 방역 사업이나 예방접종과 같은 공중보건 정책을 단기간 내 전국적으로 시행하는 데 있어 일정 수준의 효율성을 발휘해 왔다.

한편 공중보건과 감염병 대응을 담당하는 예방의학제의 전달체계는 위생방역소(現 질병예방통제소)를 중심으로 별도의 행정·의료 체계를 형성하고 있다. 위생방역소는 중앙의 방역 정책을 지역 단위로 집행하며, 감염병 예방과 위생 관리, 방역 활동을 수행함으로써 치료 중심의 의료 전달체계와 병행되는 구조를 이루고 있다.

○ 전달체계의 실제 작동 양상과 구조적 한계

그러나 북한의 보건의료 전달체계는 의료 인력 부족, 전문성 격차, 의약품 및 의료기기 공급의 불안정성, 교통·물류 여건의 제약 등으로 인해 제도적 설계와 달리 현장에서 원활하게 작동하지 못하는 한계를 지니고 있다. 특히 하위 단계 의료기관의 기능 약화는 상위 의료기관으로의 의뢰 부담을 증가시키며, 전달체계 전반의 효율성을 저해하는 요인으로 작용해 왔다.

이와 같은 한계는 전달체계 자체의 구조적 결함이라기보다는, 의료 자원과 인프라의 제약이라는 운영 조건과 밀접하게 연관되어 있다. 따라서 북한 보건의료 전달체계를 이해하기 위해서는 제도적 틀과 함께 실제 작동 환경을 종합적으로 고려할 필요가 있다. 본 절의 분석 결과는 이후 보건의료 인력

및 조직 체계 분석과 연계하여, 북한 보건의료 체계의 실제 작동 방식을 보다 입체적으로 이해하기 위한 기초 자료로 활용된다.

종합하면 북한의 보건의료 체계는 무상치료제와 예방의학제, 의사담당구역제를 중심으로 한 제도적 틀을 유지하고 있으나, 경제적 여건과 의료 자원 및 인프라의 제약으로 인해 각 제도의 실효성에는 구조적 한계가 존재하는 것으로 분석된다. 이러한 제도적 원칙과 운영 현실 간의 괴리는 북한 보건의료 체계의 실제 작동 방식을 이해하는 데 중요한 분석 지점을 제공한다. 본 절의 분석 결과는 이후 보건의료 인력 및 조직 체계, 정책 변화 분석과 연계하여 북한 보건의료 체계의 구조적 특성과 한계를 종합적으로 검토하기 위한 기초 자료로 활용된다.

나. 북한 보건의료 인력 및 조직 체계

□ 보건의료 인력 및 조직 체계의 기본 구조

○ 북한의 보건의료 인력 구성 및 특징

북한의 보건의료 인력 및 조직 체계는 국가 주도의 중앙집권적 관리 구조를 특징으로 한다. 보건의료 인력은 의사, 준의, 간호원, 조산원, 위생방역 인력 등으로 구성되어 있으며, 이들의 양성·배치·이동·관리는 국가 계획에 따라 이루어진다. 의료 인력은 개별 의료기관의 자율적 채용이 아닌 행정 체계를 통해 관리되며, 이는 보건의료를 국가 책임 영역으로 설정한 사회주의 체제의 특성이 반영된 결과로 이해할 수 있다.

북한에서 의료 인력은 단순한 진료 제공 주체일 뿐만 아니라 국가 보건 정책과 공중보건 사업을 수행하는 행정적 역할을 동시에 담당하도록 설계되어 있다. 이에 따라 의료 인력은 의료기관 내 진료 활동뿐만 아니라 예방의학 사업, 보건 교육, 방역 활동 등 다양한 공공보건 업무를 병행하는 구조 속에서 운영되어 왔다.

[표 3-3] 북한의 보건의료 인력 분류체계

의료 인력 분류		
의사 (림상의사, 고려의사, 치과의사, 위생의사)	준의 (림상준의, 고려준의, 치과준의, 위생준의)	약제사, 조제사, 간호원, 조산원, 보육원, 안마사, 마취사, 보철사, 원트겐기수, 안과기공사, 체육치료방법사

□ 보건의료 인력 양성 체계와 특징

○ 북한의 보건의료 인력 양성 체계 및 한계

북한의 보건의료 인력 양성은 의학대학과 보건의료 전문 교육기관 등 국가가 운영하는 교육 체계를 통해 이루어진다. 의사는 의학대학을 통해, 준의와 간호원 등 중간 의료 인력은 비교적 단기간의 전문 교육 과정을 거쳐 양성되는 구조를 갖고 있다. 이러한 체계는 단기간에 일정 규모의 의료 인력을 확보하는 데에는 기여해 왔다.

그러나 본 연구에서 검토한 자료에 따르면, 북한은 인구 대비 의료 인력 수 자체는 비교적 높은 수준을 유지하고 있는 것으로 추정되나, 교육 인프라와 임상 환경의 제약, 의료기술 및 장비 접근성 부족 등으로 인해 의료 인력의 질적 수준과 임상 역량에는 지역 간·분야 간 편차가 존재하는 것으로 분석된다. 이는 의료 서비스의 불균형으로 이어지는 요인으로 작용한다.

□ 보건의료 인력 배치와 전달체계 운영

○ 지역 격차 및 구조적 한계

북한의 의료 인력 배치는 국가 계획에 따라 이루어지나, 실제 운영 과정에서는 지역 간 불균형이 지속적으로 나타나고 있다. 특히 농촌 및 산간 지역, 교통 접근성이 낮은 지역에서는 의료 인력 부족 현상이 두드러지며, 이는 1차 의료와 전달체계 전반의 기능 약화로 이어지고 있다.

이러한 지역 격차는 의료 인프라 수준과 근무 환경, 생활 여건과 밀접하게 연관되어 있으며, 의료 인력의 역할 중첩과 업무 부담 증가는 전문성 축적을 제약하는 요인으로 작용해 왔다. 종합하면 북한의 보건의료 인력 및 조직 체계는 제도적 틀은 유지하고 있으나, 의료 자원과 운영 여건의 제약으

로 인해 실질적 기능 발휘에는 구조적 한계를 내포하고 있는 것으로 분석된다. 이러한 한계는 앞서 살펴본 의료 전달체계의 비효율성과 맞물려 북한 보건 의료 체계 전반의 취약성을 심화시키는 요인으로 작용한다.

다. 북한 보건의료 체계 최신 현황과 변화

□ 북한 보건의료 정책 기조의 변화

○ 김정은 정권 집권 이후 보건의료 정책 환경의 변화

본 연구에서는 김정은 집권 이후 북한 보건의료 정책과 제도 운영에서 나타난 변화를 중심으로 최근 동향을 분석하였다. 김정은 정권 시기 북한은 보건의료를 인민 생활 향상과 직결된 핵심 국가 과제로 재인식하며, 보건의료 체계의 현대화와 의료 인프라 개선을 정책적으로 강조해 왔다.

이러한 정책 기조는 의료기관 명칭 변경과 체계 정비, 대형 병원 건설 및 기존 의료시설의 개건·현대화 사업 등으로 구체화되고 있다. (시·군·구역·리)인민병원을 ‘(시·군·구역·리)병원’으로, ‘(도·시)인민병원’을 ‘(도·시)종합병원’으로 개칭한 사례는 의료 서비스의 전문성과 현대성을 부각시키려는 상징적 조치로 해석된다. 또한 평양종합병원과 같은 대형 의료 인프라는 의료 접근성 개선과 함께 체제 성과를 강조하는 정책적 수단으로 활용되고 있는 것으로 분석된다.

□ 코로나19 이후 북한의 방역 체계

○ 감염병 대응을 중심으로 한 방역 체계 강화

코로나19 팬데믹은 북한 보건의료 체계의 구조적 취약성과 함께 중앙집권적 통제에 기반한 감염병 대응 방식의 특성을 드러내는 계기가 되었다. 북한은 강력한 국경 통제와 봉쇄 정책을 통해 감염병 확산 억제에 주력하였으며, 이 과정에서 방역과 공중보건 정책의 중요성이 크게 부각되었다.

한편 이러한 대응은 국제기구 및 외부 지원의 감소로 이어지며 의약품과 의료기기 공급의 불안정성을 심화시키는 부작용을 동반하였다. 북한은 이러한 경험을 바탕으로 국가위생검열국(舊 국가위생검열원)승격, 질병예방통제소(舊 위생방역소) 체계 정비 등 감염병 관리와 공중보건 행정 체계의 제도적 정비를 추진해 온 것으로 분석된다. 이는 예방의학 중심 보건의료 정책 기조가 감염병 대응을 계기로 강화되고 있음을 보여준다.

□ 보건의료 분야 디지털 전환

○ 원격의료를 중심으로 한 디지털 전환 시도

최근 북한은 정보통신기술을 활용한 보건의료 분야의 디지털 전환을 점진적으로 추진하고 있으며, 특히 원격의료(먼거리의료봉사체계)를 보건의료 접근성 개선 수단으로 활용하려는 시도를 이어가고 있다.

원격의료는 지역 간 의료 격차 완화와 전문 의료 인력의 효율적 활용 측면에서 제도적 가능성을 지니고 있으나, 통신 인프라와 의료장비, 기술 접근성의 제한 등으로 인해 제한적인 범위에서 운영되고 있는 것으로 판단된다.

종합하면 최근 북한의 보건의료 정책 변화는 김정은 집권 이후 감염병 대응과 의료 인프라의 상징적 개선에 정책적 역량을 집중하는 방향으로 외형적 변화를 보이고 있으나, 의료 자원 부족과 외부 환경 제약으로 인해 구조적 한계는 여전히 지속되고 있는 것으로 분석된다.

이러한 점은 향후 남북 보건의료 협력 및 통합 논의에서 북한의 정책 기조와 조건을 고려한 단계적이고 현실적인 접근이 필요함을 시사한다. 특히, 감염병 대응과 디지털 헬스 분야는 비교적 협력 가능성이 높은 영역으로 검토될 수 있다.



[그림 3-3] 북한 남포시소아병원의 먼거리의료봉사실

4. 북한 보건의료 지표 동향 분석

가. 기초 보건지표 및 주요 질병부담

□ 분석 개요 및 자료 활용

○ 지표 기반 접근과 분석 범위

본 연구에서는 북한 보건의료 체계의 운영 현실과 북한 주민의 건강 수준을 객관적으로 파악하기 위해 주요 기초 보건지표(인구구조, 기대수명, 사망률 등)와 질병부담 지표를 중심으로 북한 보건의료 지표의 동향을 분석하였다.

분석에는 세계보건기구(WHO), 유엔아동기금(UNICEF), 세계식량계획(WFP) 등 국제기구 자료와 보건계측·평가연구소(Institute for Health Metrics and Evaluation, IHME)의 세계질병부담(Global Burden of Disease, GBD) 연구 결과를 활용하였다. 북한 통계의 접근성과 신뢰성의 한계가 존재함을 고려하여 연도별 변화 추이와 국제 비교 가능성에 분석의 초점을 두었다. 본 연구에서 활용한 주요 건강지표의 구성과 국제 비교 범위는 [표 3-1]에 제시하였다.

[표 4-1] 지역별 주요 건강지표 비교

구분	북한	남한	전 세계	SEARO/ 동아시아 ·태평양	출처 (연도)
기대수명(전체)	73.6	83.4	73.3	76.7	World Bank (2023)
기대수명(남)	71.5	80.6	71.0	73.9	
기대수명(여)	75.7	86.4	75.8	79.6	
60세 기대여명(전체)	19.1	26.2	19.6	16.4	WHO (2021)
60세 기대여명(남)	17.4	23.6	18	15.4	
60세 기대여명(여)	20.7	28.4	21.1	17.4	
건강수명(전체)	64.7	72.5	61.9	59.4	
건강수명(남)	63.2	70.7	60.9	58.9	
건강수명(여)	66.4	74.1	63	59.8	
성인 사망률 (인구 1,000명당)	129.6	32.5	144.5	103.5	World Bank

성인 사망률(남)	155.9	44.3	176.1	132.9	(2023)
성인 사망률(여)	103.2	20.7	112.8	74.2	
생애모성사망위험(%)	0.11	0.00	0.37	0.07	
연령표준화 장애보정손실년수(DALYs) (인구 10만 명당)	33,653.91	25,096.51	-	-	IHME (2021)
구분	북한	고소득 국가 (HIC)	전 세계	저소득 국가 (LIC)	출처 (연도)
모성 사망비 (출생아 10만 명당)	67.0	10.0	197.0	346.0	World Bank (2023)
5세 미만 아동 사망률 (인구 1,000명당)	18.0	5.0	36.7	62.3	
영아 사망률 (출생아 1,000명당)	14.5	4.1	27.1	42.8	
신생아 사망률 (출생아 1,000명당)	9.6	2.6	17.3	25.8	

□ 인구학적 구조와 변화

○ 인구 규모 및 고령화 추이

보건지표 해석의 기초가 되는 인구 구조를 파악하기 위해 본 연구에서는 2015년과 코로나19 팬데믹 직전(2019년), 직후(2023년)를 중심으로 통계를 비교하였다. 북한의 총인구는 2015년 25,575,000명에서 2023년 26,418,000명으로 증가 추세를 보였으며, 이와 함께 고령 인구 비중이 점진적으로 확대되는 양상이 확인되었다.

구체적으로 60세 이상 비중은 2015년 11.0%에서 2023년 12.2%로, 65세 이상 인구 비중은 같은 기간 7.7%에서 8.9%로 증가하였다. 이는 북한 사회에서도 중장기적으로 고령화가 진행되고 있음을 시사한다.

○ 남북 인구 구조 비교

남한과 비교할 때 북한은 0~14세 비중이 상대적으로 높게 나타나고 있으나(2023년 기준 북한 19.0%, 남한 11.0%), 중위연령 역시 2015년 34.2세

에서 2023년 36.0세로 상승하여 인구 구조 변화가 확인된다. 이러한 변화는 향후 만성질환 부담 증가와 보건의료 수요 구조 변화로 이어질 가능성을 시사한다. 북한과 남한의 인구 구조 변화는 [표3-2]에 제시한 바와 같이 연령대별 구성과 고령화 속도에서 뚜렷한 차이를 보인다.

[표 4-2] 남북한 인구구조 비교

구분	인구 지표	2015	2019	2023
북한	인구(1,000명)	25,575	26,038	26,418
	남성인구(1,000명)	12,563	12,831	13,058
	여성인구(1,000명)	13,012	13,207	13,360
	남녀 성비(여성 100명당 남성 수)	96.543	97.153	97.738
	0~14세(%)	19.8	19.1	19
	15~59세(%)	69.2	69.7	69
	60세 이상(%)	11	11.2	12.2
	65세 이상(%)	7.7	7.8	8.9
	80세 이상(%)	1.5	1.9	2.4
	중위연령(세)	34.2	35.1	36.0
	인구밀도	212	216	219
남한	인구(1,000명)	50,984	51,768	51,749
	남성인구(1,000명)	25,577	25,883	25,832
	여성인구(1,000명)	25,407	25,885	25,917
	남녀 성비(여성 100명당 남성 수)	100.667	99.991	99.672
	0~14세(%)	13.8	12.4	11
	15~59세(%)	73.3	72.5	70.7
	60세 이상(%)	18.3	21.8	26.2
	65세 이상(%)	13	15.1	18.3
	80세 이상(%)	2.7	3.6	4.5
	중위연령(세)	39.9	42.2	44.5
	인구밀도	515	523	523

□ 기대수명 및 사망 관련 주요 지표

○ 기대수명 변화와 사망률 추이

북한의 출생 시 기대수명은 1990년대 경제 위기를 겪으며 일시적인 변동을 경험하였으며, 이후 완만한 회복 국면에 진입한 것으로 나타난다. 그러나 남북 간 기대수명 격차는 해당 시기 이후 확대된 상태로 유지되고 있으며, 북한의 기대수명 수준은 전 세계 평균보다는 다소 높은 편이나 동아시아

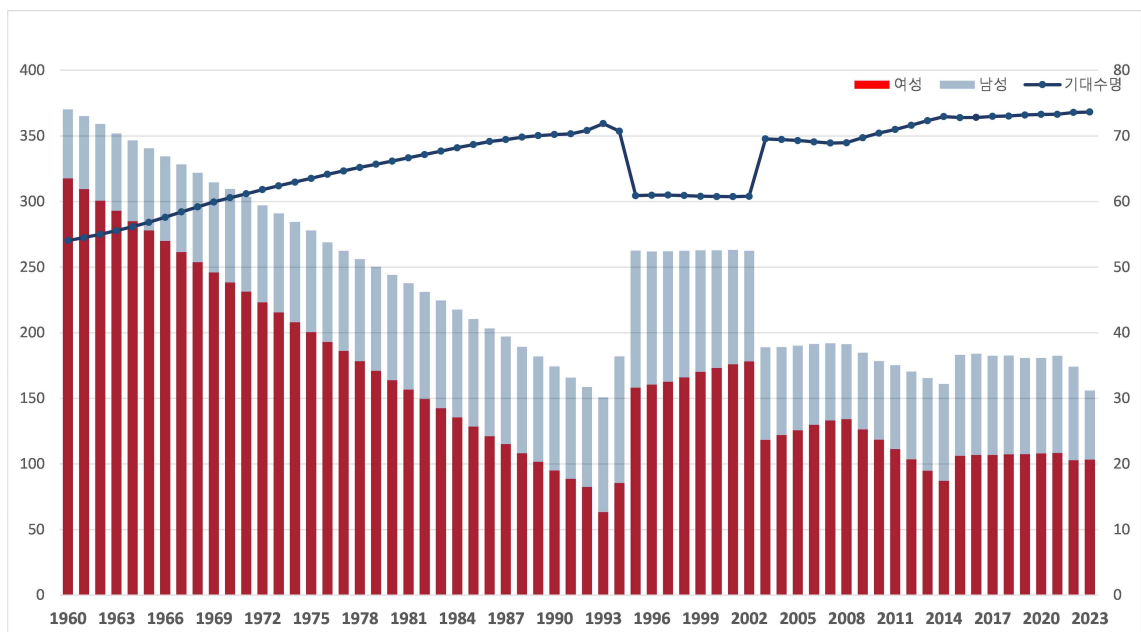
아·태평양 지역 국가 및 남한과 비교할 때는 상대적으로 낮은 수준에 머무르고 있는 것으로 분석된다.

영아사망률과 5세 미만 아동 사망률은 장기적으로 감소 추세를 보이고 있으나, 영양 상태와 의료 접근성의 제약으로 인해 개선 속도는 제한적인 것으로 평가된다. 이는 기초 보건의료 서비스와 모자보건 체계의 취약성이 여전히 존재함을 시사한다.

○ 성인 사망률과 구조적 취약성

성인 사망률(15~60세 사망 확률)은 2023년 기준 129.6명으로, 전 세계 평균(144.5명)보다는 낮으나 동아시아·태평양 지역 평균(103.5명)보다는 높은 수준으로 나타났다. 특히 남한(32.5명)과 비교할 경우 약 4배에 달하는 격차가 존재하는 것으로 분석된다.

성인 사망률은 1960년대 이후 감소 추세를 보이다가 1990년대 중반 경제 위기를 거치며 급격히 상승한 이후 완만한 조정 국면에 진입한 것으로 나타났다. 이러한 변화는 기대수명 추이와 유사한 양상을 보인다. 이는 사회적·경제적 충격이 보건지표에 직접적인 영향을 미쳤음을 시사한다.



[그림 4-1] 북한 기대수명과 성인 사망률 변화(1960~2023년)

□ 질병부담(DALYs)과 비감염성 질환

○ 이중 질병부담 구조

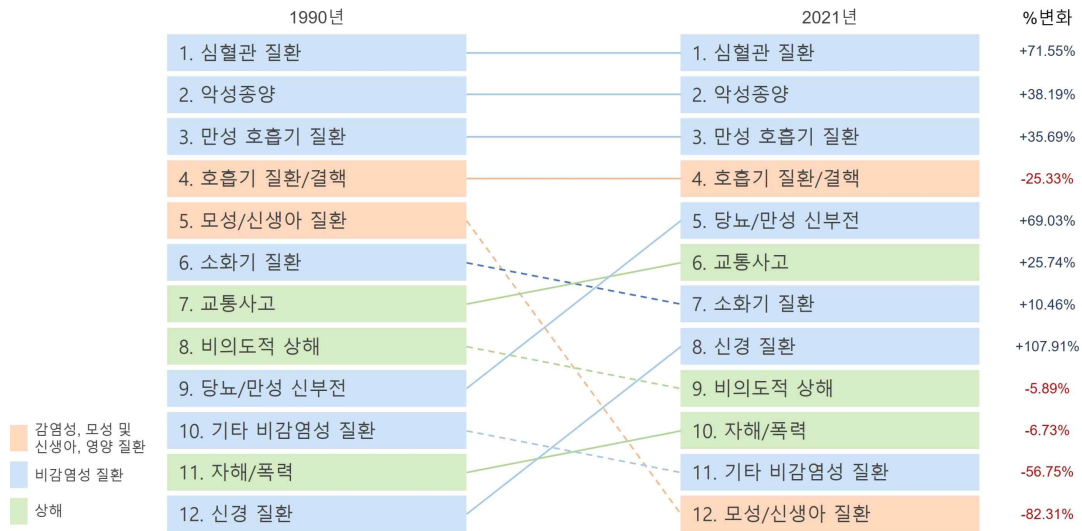
질병부담(DALYs)은 조기사망으로 인한 건강 손실(YLLs)과 질병 및 장애로 인한 손실(YLDs)을 결합한 지표로, 단순 사망률만으로는 파악하기 어려운 주민 건강 수준을 종합적으로 평가하는데 활용된다. 본 연구에서는 해당 지표를 활용하여 북한 보건의료의 질환 구조 변화를 분석하였다.

북한의 질병부담 구조는 감염성 질환 부담이 완전히 해소되지 않은 상태에서 비감염성 질환 부담이 증가하는 이중 질병부담(Double Burden) 양상을 보인다. 이는 예방 중심 정책과 제한된 치료 역량이 동시에 작동하는 북한 보건의료 체계의 구조적 특성을 반영하는 결과로 해석된다.

○ 주요 비감염성 질환

비감염성 질환 가운데에서는 심혈관 질환이 사망과 질병부담 모두에서 가장 큰 비중을 차지하는 것으로 분석된다. 이는 고혈압, 흡연, 영양 불균형 등 위험요인의 누적과 함께, 조기 진단과 지속적인 관리가 제한된 보건의료 환경과도 연관된 것으로 해석된다.

암(악성종양) 역시 주요 사망 원인 및 질병부담 요인으로 지속적으로 상위에 위치하며, 발생 및 사망 구조는 남한과 유사하나 조기 검진과 표준 치료 접근성의 제약으로 인해 부담 수준이 상대적으로 높은 것으로 분석된다. 또한 만성 호흡기 질환은 비감염성 질환 중에서도 중요한 질병부담 요인으로 확인되는데 흡연, 실내 공기오염, 연료 사용 환경 등 생활·환경적 요인과 밀접하게 연관되어 있으며, 지속적인 관리와 치료 접근성의 제약이 질병부담을 심화시키는 요인으로 작용하고 있다.



[그림 4-2] 북한 주민의 원인별 사망률 및 질병부담 변화(1990~2021년)

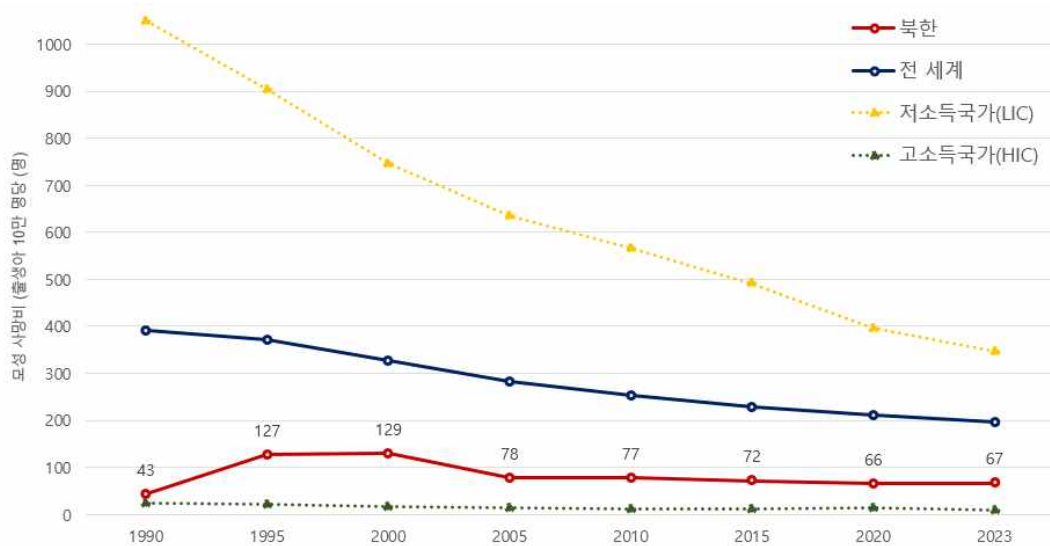
나. 모자보건 및 주요 질환

□ 모자보건 지표 동향

본 연구에서는 북한 주민 건강 수준을 민감하게 반영하는 영역으로 모자보건 지표를 주요 분석 대상으로 설정하였다. 모성사망비, 영아사망률, 5세 미만 아동 사망률 등은 보건의료 체계의 예방 기능과 1차 의료 전달체계의 수준을 평가하는 핵심 지표로 활용된다.

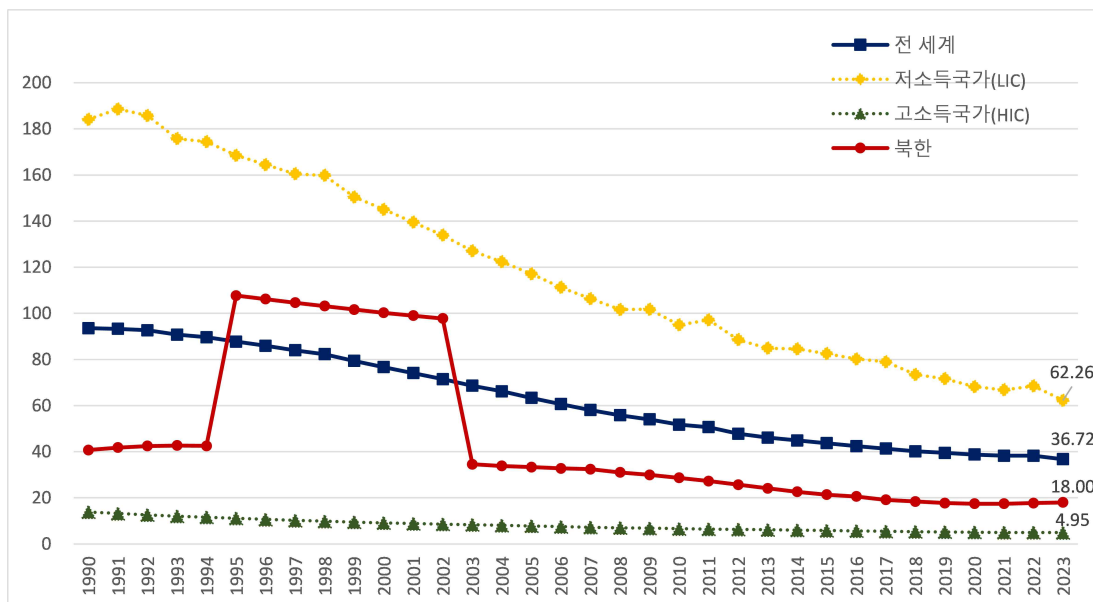
분석한 자료에 따르면, 북한의 모성 사망비와 영아사망률은 장기적으로 감소 추세를 보이고 있으나, 산전·산후 관리 접근성과 영양 상태, 의료 인력 및 시설의 지역 간 격차로 인해 여전히 취약한 수준에 머무르고 있는 것으로 나타났다. 특히 농촌 및 취약 지역에서의 의료 접근성 제한은 모자보건 성과의 지역 간 격차를 심화시키는 요인으로 작용하고 있는 것으로 분석된다.

북한의 모성사망비는 1990년대 이후 전반적인 감소 흐름을 보이고 있으나, 동일 기간 고소득 국가(High Income Countries, HIC)와 비교할 경우 뚜렷한 격차가 지속되고 있는 것으로 확인된다.



[그림 4-3] 지역별 모성사망비 비교(1990~2023년)

또한 5세 미만 아동 사망률 역시 장기적인 감소 추세를 보이고 있으나, 고소득 국가(HIC)에 비해서는 여전히 높은 수준을 유지하고 있다. 특히 1990년대 중후반 시기에는 아동 사망률이 일시적으로 상승하는 양상이 나타났는데, 이는 당시의 경제적 어려움과 식량 사정 악화, 보건의료 환경 전반의 취약성과 밀접한 관련이 있는 것으로 해석된다.



[그림 4-4] 지역별 5세 미만 아동 사망률 비교(1990~2023년)

□ 주요 감염성 질환 동향

○ 결핵

결핵은 북한에서 가장 중요한 감염성 질환 중 하나로, 발생률과 유병률 모두 국제 평균에 비해 높은 수준을 유지하고 있는 것으로 분석된다. 국제기구 자료에 따르면 북한은 고부담 결핵 국가에 해당하며, 결핵은 사망 원인과 질병부담 지표에서 지속적으로 상위에 위치하고 있다.

특히 약제내성 결핵은 북한 결핵 관리의 주요 과제로 지적된다. 진단 장비와 약제의 안정적 공급 부족, 치료 중단 가능성 등은 치료 성공률에 부정적인 영향을 미치는 요인으로 작용하고 있으며, 이는 결핵 관리의 구조적 취약성을 보여준다. 이러한 특성으로 인해 결핵은 북한 보건의료 체계 전반의 역량을 가늠할 수 있는 대표적 질환으로 평가된다.

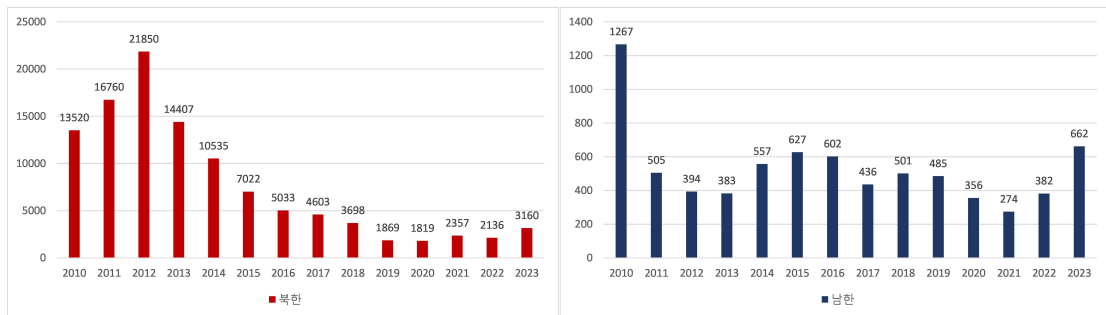
[표 4-3] 지역별 주요 결핵지표 비교

구분	북한	남한	동아시아 및 태평양지역	전 세계
결핵 발견율(2023)	58	94	71	75
결핵 치료 성공률 (신규 환자 중, 2022)	87	79	86	88
결핵 발생률 (10만 명당)	513	38	149	134

○ 말라리아

말라리아는 북한에서 지역적·계절적 특성을 보이는 감염성 질환으로, 주로 남북 접경 지역을 중심으로 발생하는 양상을 보인다. 과거에 비해 전체 발생 규모는 감소하였으나, 특정 지역과 시기에 집중되는 특성으로 인해 지속적인 관리가 요구되는 질환으로 평가된다.

말라리아는 남북 보건의료 협력 과정에서 비교적 명확한 성과가 확인된 질환 중 하나로, 공동 방역 및 예방 활동을 통해 발생률 감소 효과가 보고된 바 있다. 다만 기후 조건 변화, 인구 이동성, 방역 인프라 제약 등으로 인해 말라리아의 재확산 가능성은 여전히 존재하는 것으로 분석된다.



[그림 4-5] 남북한 말라리아 감염 환자 수(2010~2023년)

○ 코로나19

코로나19 팬데믹은 북한 보건의료 환경에 직접적인 질병 부담뿐만 아니라, 국경 봉쇄와 이동 제한, 의약품 및 의료 물자 공급 차질 등 간접적 영향을 미친 사건으로 평가된다. 공식 통계의 제약으로 인해 질병 규모를 정량적으로 평가하는 데에는 한계가 있으나, 대응 과정에서 중앙집권적 통제에 기반한 감염병 관리 체계의 특성이 두드러지게 나타난 것으로 분석된다.

이러한 방역 중심 대응은 결핵과 말라리아를 포함한 기존 감염성 질환 관리와 만성질환 진료에 영향을 미쳤을 가능성이 있으며, 코로나19 팬데믹은 북한 보건의료 체계의 대응 역량과 구조적 한계를 동시에 드러낸 사례로 평가할 수 있다.

□ 모자보건 및 주요 질환의 시사점

종합하면 북한의 모자보건 지표와 주요 질환별 질병부담은 보건의료 체계의 기초적 기능과 구조적 한계를 동시에 보여주는 핵심 영역으로 평가된다. 모자보건과 감염성 질환은 기초 보건의료와 예방의학 체계의 작동 수준을 반영하는 지표인 반면, 전반적인 질병부담 구조 변화는 중장기적인 보건의료 수요 변화와 이에 대한 체계적 대응의 필요성을 시사한다.

5. 국내외 대북 보건의료 지원 동향

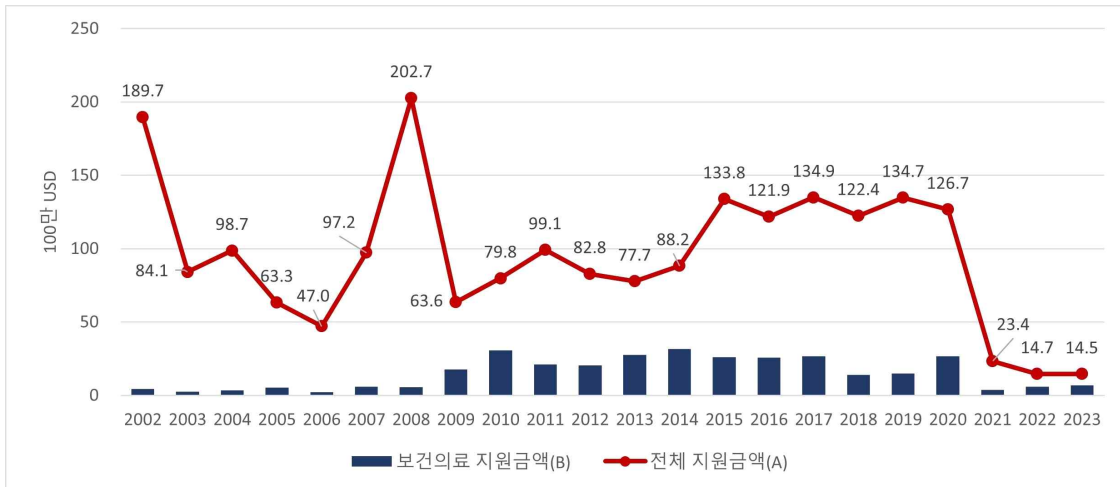
가. 국외 대북 보건의료 지원

□ 대북 보건의료 개발지원

국제사회의 대북 지원은 북한의 핵실험과 미사일 도발 등 정치·외교적 상황에 따라 유동적으로 변화해왔다. 특히 대북 제재가 강화됨에 따라 일반적인 경제 개발 지원은 급감한 반면, 인도적 성격의 보건의료 지원은 상대적으로 그 명맥을 유지해 왔다. OECD IDS 보고에 의하면 2002년부터 2023년까지 대북 지원 총액은 21억 117만 5,000달러(한화 약 2조 8,896억원)이며, 이 중 보건의료 분야에 지원된 금액은 3억 2,997만 4,000달러(한화 약 4,553억 6,000만원)로 전체의 약 15.7%를 차지한다. 주목할 점은 전체 기간 평균 비중은 15.7%에 불과하나, 시계열적으로 분석할 경우 2009년 이후 보건의료 분야의 비중이 점진적으로 상승세를 보이고 있다는 것이다. 특히 2023년에는 전체 지원의 47.4%에 달하는 수치를 기록했다. 이는 보건의료 지원의 절대액이 급증했다기보다는, 강화된 대북 제재로 인해 인프라, 경제 등 타 분야 지원이 전면 중단되면서 필수 인도적 지원인 보건의료 분야의 상대적 비중이 높아진 결과로 해석된다.

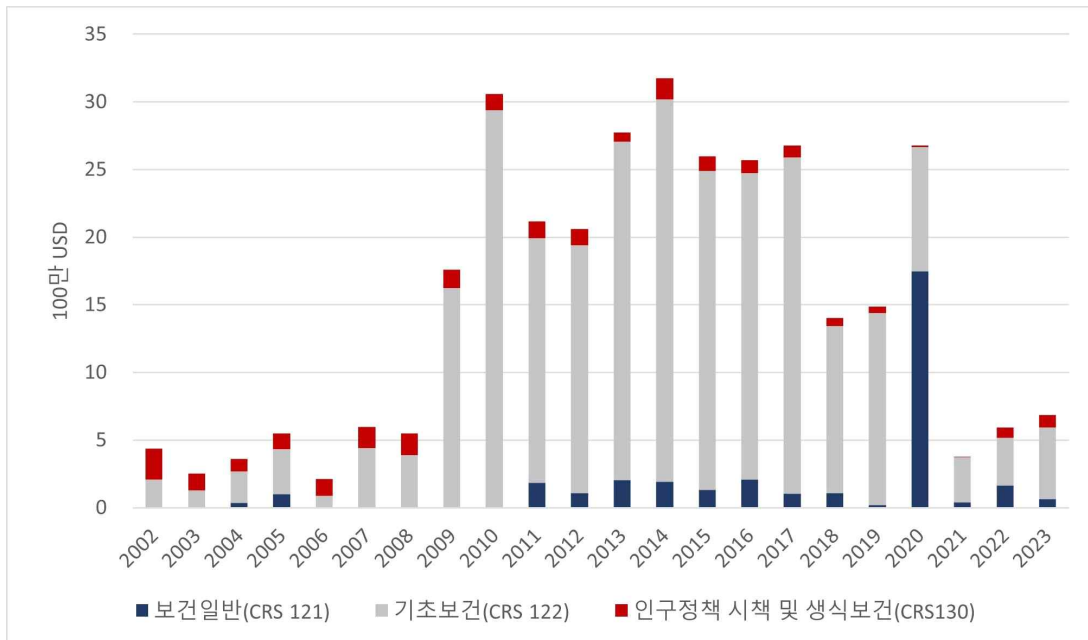
○ 보건의료 분야별 지원 현황

2002년부터 2023년까지의 보건의료 분야의 지원 실적을 분석한 결과 기초보건(CRS 122)이 전체 보건의료 지원의 약 82.6%를 차지하며 가장 높은 비중을 보였다. 이는 북한의 1차 보건의료 체계가 외부 지원 없이는 독자적으로 유지되기 어려운 취약한 구조임을 시사한다. 한편, 보건일반(CRS 121)이 약 10.4%, 인구정책·시책 및 생식보건(CRS 130)은 약 7.0%의 비중을 차지하였다.



[그림 5-1] OECD IDS의 대북 지원 실적 및 보건의료 분야 지원 현황

출처: OECD. (2023). CRS: Creditor Reporting System (flows) - Official Development Assistance to DPRK (Health & Population/Reproductive Health sector). OECD Data Explorer.

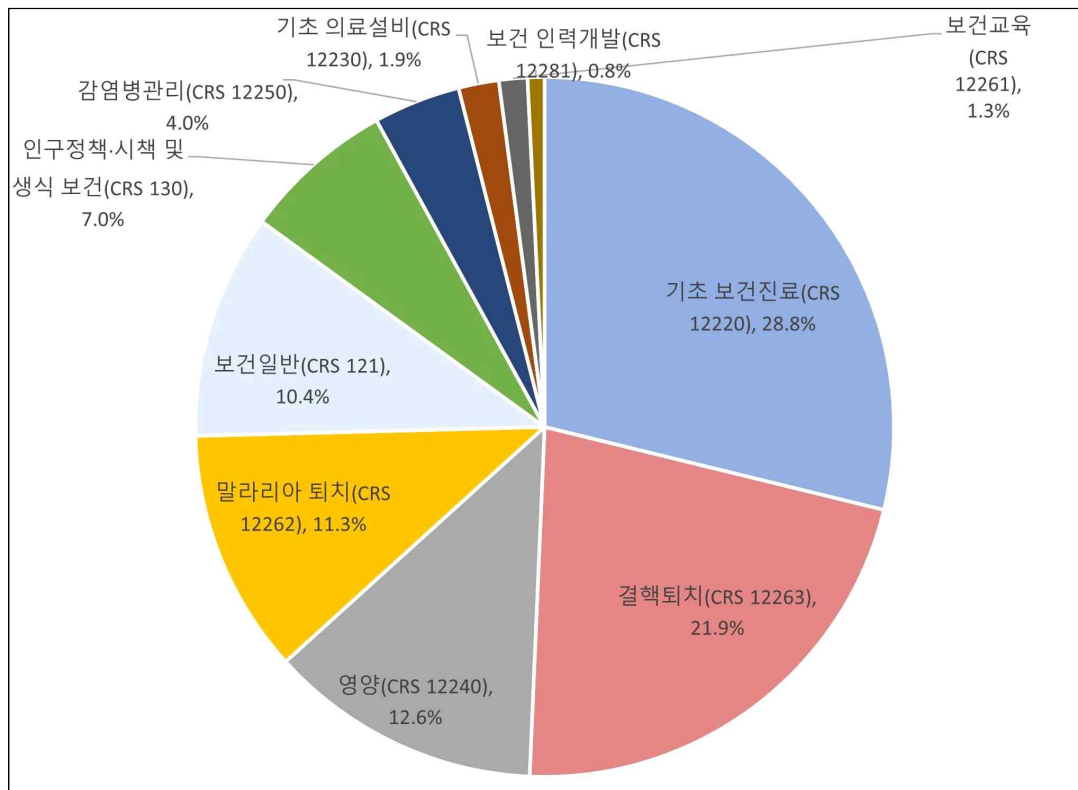


[그림 5-2] 대북 보건의료 지원의 분야별 지원 현황

기초보건은 2002년부터 2023년까지 꾸준한 지원을 이어갔으며, 이는 북한의 1차 보건의료 체계 유지를 위한 장기적인 개발협력이 지속되었음을 시사한다.

기초보건 내에서도 세부 영역이 나뉘는데 먼저 기초 보건진료(CRS 12220)

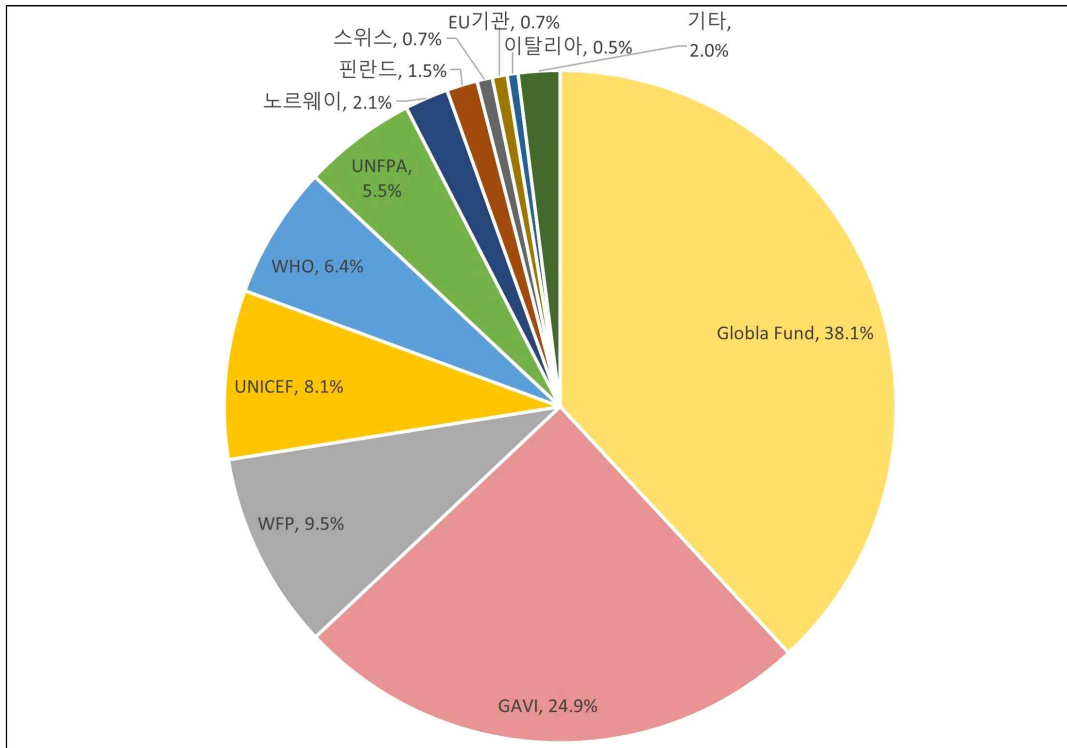
가 전체 기초보건 지원의 28.8%, 결핵퇴치(CRS 12263)가 21.9%, 영양(CRS 12240)이 12.6%, 말라리아 퇴치(CRS 12262)가 그 뒤를 잇고 있다. 이러한 데이터는 국제사회의 지원이 결핵, 말라리아 등 감염병 관리와 영양 결핍 해소라는 ‘생존형 의료 지원’에 집중되어 있음을 보여준다.



[그림 5-3] 대북 보건의료 지원의 세부 분야별 지원 현황

○ 공여기관별 지원 현황

OECD IDS을 통해 2002년부터 2023년까지 대북 보건의료 개발지원 실적을 분석한 결과, 공여국 및 다자기구는 총 34개로 보인다. 이 중 1,000만 달러 이상 지원한 기관은 세계기금(Global Fund), 세계식량계획(WFP), 세계백신면역연합(GAVI), 유니세프(UNICEF), 유엔인구기금(UNFPA)이다. 그 중에서도 세계기금은 1억 2,555만 달러 이상을 지원하며 전체의 38.1%를 차지하고 있다.



[그림 5-4] 공여기관별 대북 보건의료 지원 실적

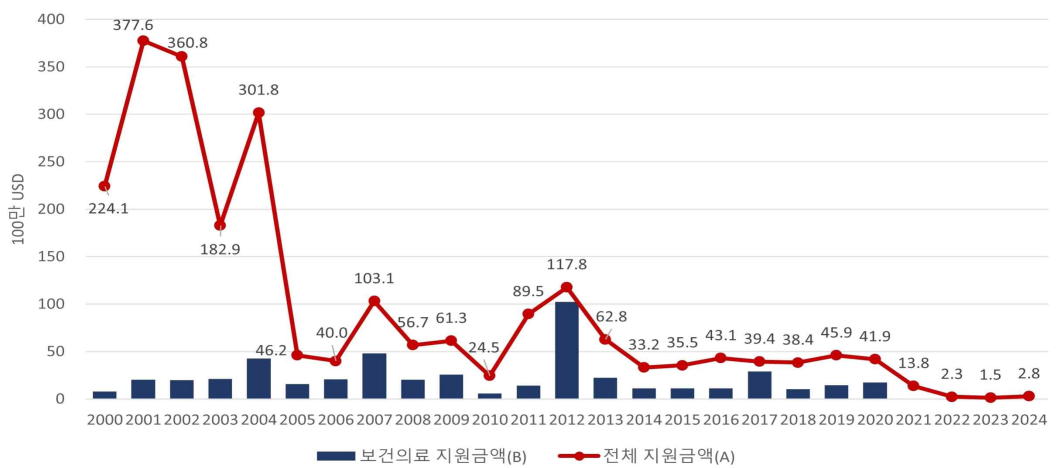
□ 인도적 대북 보건의료 지원

대북 보건의료 개발 지원과 달리 인도적 대북 보건의료 지원은 ‘긴급한 생존’에 초점을 맞춰 식량, 긴급구호물자, 의약품 등을 북한에 보내왔다. UN OCHA FTS는 이런 활동과 인도적 지원 실적을 공식적으로 보여주는 데이터베이스이다.

○ 보건의료 분야별 지원 현황

UN OCHA FTS에 따르면 2000년부터 2024년까지의 인도적 대북 지원 총액은 약 23억 4,693만 7,384달러(한화 약 3조 2,387억 7,358만 원)에 달한다. 이 중 보건의료 분야(보건, 식수 및 위생 영역)의 지원액은 약 4억 9,284만 5,217달러(한화 약 6,801억 2,639만 원)로 전체 대북 지원 실적의 약 21%를 차지한다. 보건의료 분야의 연도별 비중은 매년 일정한 편차를 보이나, 2020년까지는 대체로 25~40% 수준을 유지하였다. 그러나 코로나 19 팬데믹 기간 동안 비중이 급격히 하락하였고, 이후 회복세를 보이고 있으나 팬데믹 이전 수준에는 미치지 못하고 있다. 특히 2022년부터 보건의료

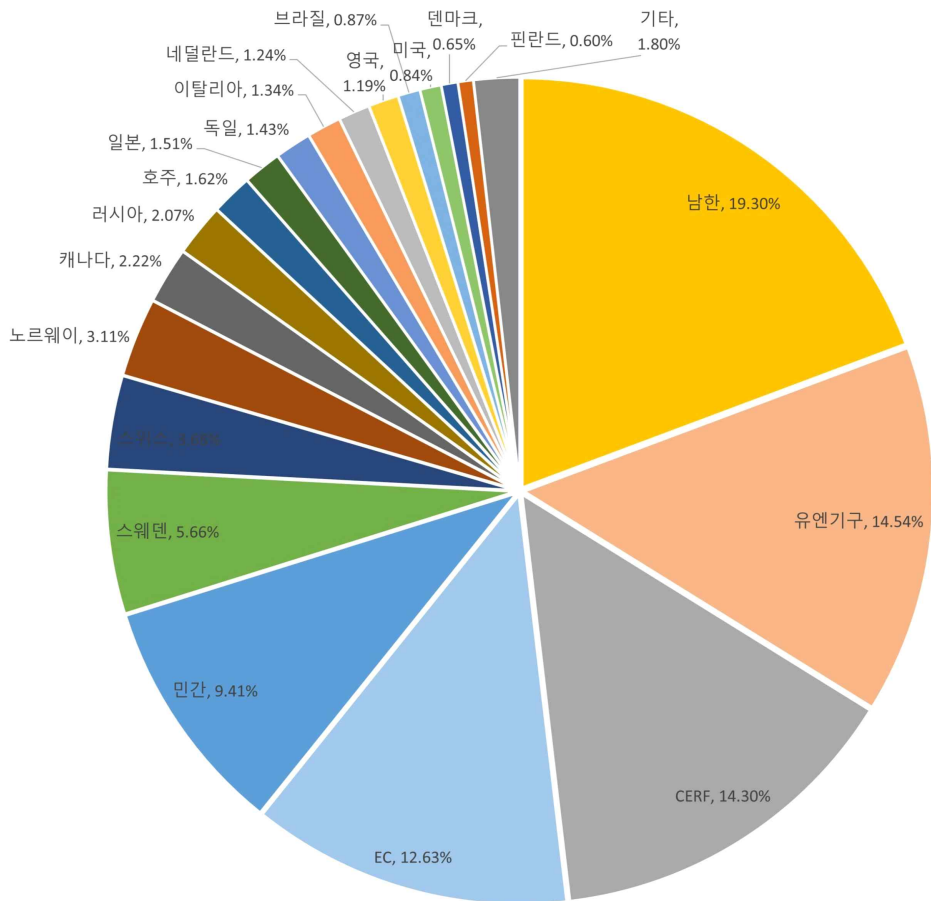
지원 세부 항목 중 ‘식수 및 위생’ 부문 지원이 중단되면서, 전체 보건 분야 지원 규모는 더욱 축소되었다.



[그림 5-5] UN OCHA FTS의 대북 지원 실적 및 보건의료 분야 지원 현황

○ 공여기관별 지원 현황

OECD IDS을 통해 2002년부터 2023년까지 인도적 대북 보건의료 지원 실적을 분석한 결과, 총 65개 공여기관이 참여하였다. 이 중 공여국은 30개국, 다자기구 9개, 민간 부문은 23개, 기타는 3개로 분류된다. 이들 가운데 500만 달러 이상을 지원한 공여기관은 9개였으며, 이 중 남한의 규모는 9,155만 4,000달러(한화 약 1,261억 원)로 전체의 19.3%를 차지해 단일 공여기관 기준으로 가장 높은 비중을 보였다.



[그림 5-6] 공여기관별 인도적 대북 보건의료 지원 실적

□ 국제사회의 대북 보건의료 협력 변화

2020년 코로나19 팬데믹은 이러한 협력 양상에 결정적인 전환점이 되었다. 북한의 국경 봉쇄라는 전례 없는 조치는 외부 물자의 유입을 원천 차단했고, 이는 수십 년간 지속되어 온 ‘물자 중심’의 인도적 지원 모델이 더 이상 유효하지 않음을 방증했다.

이러한 변화의 흐름 속에서 2021년 북한이 제출한 ‘자발적 국가별 리뷰(Voluntary National Reviews, 이하 VNR)’는 상징적인 사례다. 북한은 이 보고서를 통해 지속가능발전목표(SDGs)에 기반한 보건의료의 취약성을 국제 통계 기준에 맞춰 공개했다. 이는 북한이 국제사회의 지원을 무조건적으로 거부하는 것이 아니라, 기존의 ‘일방적 시혜성 지원’ 대신 국제 표준에 부합하는 ‘지속가능한 개발 협력’을 원하고 있음을 우회적으로 드러낸 것이다. 즉, 식량이나약품 같은 현물 지원보다는 의료 인프라 개선, 데이터 관

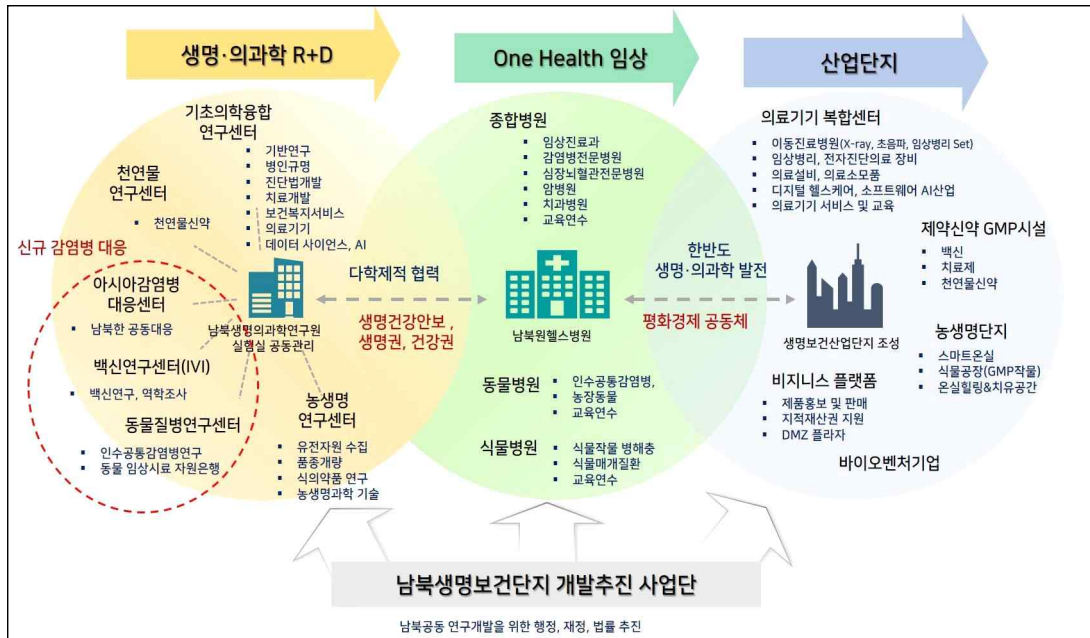
리 역량 강화, 원격 의료 기술 도입 등 시스템 자체의 회복 탄력성(Resilience)을 높이는 방향으로 협력의 질적 전환을 모색하고 있는 것이다.

현재 코로나19 이후 보건의료 분야 협력은 여전히 제한적인 수준에 머물러 있다. 유니세프(UNICEF)가 2023년 북한 내 낮은 예방접종률을 개선하기 위해 백신 보충(catch-up) 캠페인을 재개하거나, 세계보건기구(WHO) 주도로 2025년 계절성 인플루엔자 대응 역량 강화를 위한 백신 도입 훈련 등을 실시하고 있으나, 이는 단기적인 프로젝트에 불과하며 외부 정치적 요인에 의해 언제든지 단절될 위험이 있다.

따라서 포스트 코로나 시대의 대북 보건의료 협력은 하드웨어적 접근에서 소프트웨어적 접근으로 진화할 필요가 있다. 북한은 만성적인 물자 부족 상황에서 임상적 경험을 축적해 왔다. 현시점에서 북한이 필요로 하는 것은 현대 의학의 흐름에 동참할 수 있도록 돕는 지식 공유와 기술 협력이다. 물리적 접촉이 제한되는 상황에서도 수행 가능한 비대면 학술 교류, 디지털 헬스케어 시스템 구축 지원, 그리고 VNR에서 드러난 통계적 간극을 메우기 위한 공동 연구 등이 대안이 될 수 있다.

서울대학교 의과대학 통일의학센터는 이러한 필요성에 따라 2020년 남북생명보건단지¹⁸⁾를 제안한 적이 있다. 남북생명보건단지는 남북한 의과학 인력들이 기초의학 연구부터 임상까지 한 공간에서 지식과 정보를 창출하고 제품을 생산하는 연계 산업공간으로 구상되었다. 입지로는 비무장지대(DMZ) 또는 남북 접경지역이 제안되었다. 남북생명보건단지를 통해 남북한 신변종 감염병 대응체계를 마련하고 의료 IT 기술을 활용하여 경쟁력 있는 사업을 추진하고 북한 의료장비 유지보수비를 절감하는 등을 기대효과로 보고 있다. 물론 보건단지의 즉각적인 실현에는 현실적인 제약이 있다. 그러나 앞서 분석했듯이 북한의 정책적·보건의료적 수요를 파악하고 이를 충족시켜줄 수 있는 협력 모델을 준비한다면, 향후 정세 변화 시 한반도의 보건 의료 수준과 건강 안보를 함께 상승시킬 수 있을 것이다.

18) 남북생명보건단지는 바이오메디컬 클러스터와 국내 첨단의료복합단지를 문헌 고찰하여 남북보건 의료협력의 핵심용어로서 본 연구가 제시하는 남북 간 보건의료 협력체계의 새로운 개념이다.



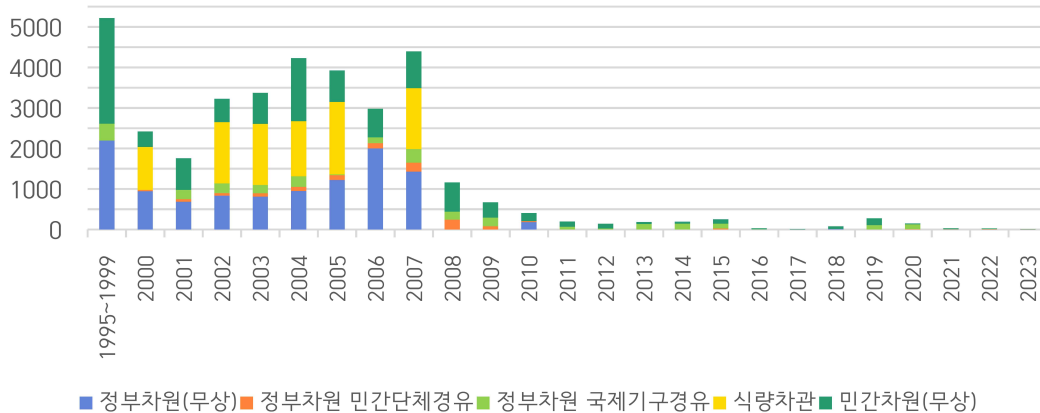
[그림 5-7] 남북생명보건단지 세부 구성

나. 국내 대북 보건의료 지원

□ 남북협력기금을 통한 대북 지원

○ 국내 대북 지원 현황

1990년대 중반 이후 남북 교류협력이 가시화되면서 한국 정부는 남북협력기금을 활용하여 본격적인 대북 지원을 실시했다. 1995년 6월부터 지원이 본격화된 이래, 2023년 11월 기준 남북협력기금을 통한 누적 무상 지원 총액은 1조 5,427억 원으로 집계되었다. 여기에 유상 지원 성격인 식량 차관까지 포함할 경우 정부 차원의 총 지원 규모는 2조 4,155억 원에 달한다. 또한 민간 단체가 자체 재원으로 집행한 무상 지원액까지 합산할 경우, 대한민국이 수행한 대북 지원 총액은 3조 3,440억 원 규모로 파악된다.



[그림 5-8] 남북협력기금의 연도별 대북 지원 현황

출처: 통일부(2025). 대북 지원정보시스템: 국내 연도별 지원 통계

그러나 이런 개발협력 구상은 급격한 대내외 정세 변화로 인해 지속성을 확보하지 못했다. 2008년 출범한 이명박 정부가 대북 지원의 전제 조건으로 분배의 투명성과 상호주의를 강조하며 남북 관계는 조정 국면에 진입하였고, 같은 해 7월 발생한 금강산 관광객 피격 사건은 남북 관계 경색의 결정적 트리거가 되었다. 이에 따라 정부 차원의 대북 지원액은 2007년 1,983억 원에서 2008년 438억 원으로 급감하였다.

이후 북한의 연이은 핵실험과 천안함 피격 사건(2010), 연평도 포격 도발(2010) 등 안보 위기가 고조됨에 따라, 2011년부터 정부 차원의 대규모 무상 지원 및 식량 차관 제공은 전면 중단되었다. 이후 민간단체를 통한 소규모 사업이나 국제기구를 통한 간접 지원 방식으로 명맥을 유지해 왔으나, 2020년 코로나19 팬데믹 발발과 북한의 국경 봉쇄 조치로 인해 이마저도 차단되면서 대북 지원은 사실상 전면적 단절 상태에 직면하게 되었다.

□ 남북협력기금을 통한 대북 보건의료 지원

남북협력기금을 활용한 대북 보건의료 지원은 분단 이후 심화된 남북한 간 보건의료 격차를 완화하고, 상호 협력을 위한 물리적·기술적 기반을 조성하는 데 기여해 왔다. 특히 보건의료 분야는 정치적 상황에 따라 부침을 겪는 타 분야와 달리, 인도주의라는 보편적 가치를 매개로 협력의 끈을 유지하는 최후의 보루 역할을 수행해 왔다.

초기 지원은 결핵약, 구충제, 백신 등 의약품 공급과 예방접종 중심의 긴

급구호 형태로 시작되었다. 이후 국제 정세와 북한 정책적 수요 변화에 따라 병원 현대화, 보건 인프라 확충, 보건 인력 교육, 감염병 공동 대응 등 다각적인 개발협력 형태로 진화하였다.

○ 정부 차원의 지원

정부 차원의 대북 보건의료 및 인도적 지원은 남북 관계의 가변성 속에서도 인도주의와 동포애라는 원칙 아래 지속되어 왔으며, 크게 식량지원과 긴급구호라는 두 축을 중심으로 전개되었다. 먼저 정부의 식량 지원은 1995년 북한의 식량난에 따른 쌀 15만 톤 무상 지원으로 시작되었다. 이후 2010년까지 총 1조 1,015억 원 규모의 식량이 전달되었으며, 2000년 남북정상회담 이후에는 ‘식량 차관’방식이 도입되어 분배 투명성을 높이기 위한 현장 참관과 결과 통보 절차가 병행되기도 했다. 그러나 2008년 이후 남북 관계가 악화되면서 북한의 무응답이 이어졌고, 2010년 쌀 0.5만 톤 지원을 끝으로 현재까지 사실상 중단된 상태이다.

한편, 긴급구호는 자연재해 복구와 감염병 대응이라는 두 가지 방향에서 추진되었다. 재해 복구 관련해서는 2004년 용천역 폭발 사고와 2005~2007년 대규모 수해 당시, 정부가 의약품, 생필품과 굴삭기, 시멘트 등 복구 자재를 육로로 지원한 적이 있다. 방역 및 의료 협력 관련해서는 2005년 조류인플루엔자, 2007년 성홍열 및 구제역 발생 시 방역 장비와 약품을 지원한 적이 있다. 특히 남한 기술자들이 평양 현장을 방문해 공동 방제 작업을 진행한 것은 보건의료 협력의 중요한 이정표가 되었다. 2009년에는 신종인플루엔자 대응을 위해 타미플루 50만 명분을 지원하고 보건복지부 전문가가 현지에서 대응 경험을 공유하기도 했다.

그러나 2011년 이후 북한은 남측의 수해 지원 및 방역 협력 제안에 대해 무응답이나 거절로 일관해 왔으며, 2010년 신의주 수해 지원이 정부 차원의 마지막 긴급구호 실적으로 남아있다. 최근 2024년 압록강 유역 홍수 피해 당시에도 정부는 인도적 지원 의사를 밝혔으나, 연락 채널 차단 등으로 인해 성사되지 못했다.

정부의 보건의료 지원은 인도적 의도에도 불구하고 북한의 정치적 판단과 남북 관계의 흐름에 따라 수용 여부가 좌우되는 한계를 보였다. 그러나 감염병과 자연재해는 국경을 초월하는 공공보건의 문제인 만큼, 향후 관계 개선 시 실질적인 공동 대응 체계를 재정비할 수 있는 준비가 필요하다.

[표 5-1] 정부 차원의 대북 긴급구호 지원

연도	내역	금액
2001	내의 구입, 수송비	45억 9,400만 원
2002	내의 구입, 수송비 등 부대비용	43억 7,900만 원
2004	용천재해 구호물품 지원, 의료진 및 병원선 파견 경비	14억 6,000만 원
	용천재해 구호복구용 자재 장비 및 운영비	15억 6,500만 원
2005	조류인플루엔자 방역약품 및 장비, 운송료, 행정비	12억 3,200만 원
	수해복구 지원 물품, 수송비 및 기타경비	1억 9,300만 원
2006	수해복구 민간단체 지원, 복구자재장비, 긴급구호물품	406억 4,800만 원
2007	수해복구 긴급구호물품, 민간단체 지원	68억 6,700만 원
	수해복구 복구자재 및 장비, 수송비	335억 2,900만 원
	선홍열 완제 의약품 및 원료 지원, 수송비	3억 9,900만 원
	구제역 방역 약품 및 장비 지원, 수송비, 행정비	26억 4,100만 원
	산림병충해 방제 약품 및 소모품, 장비, 수송비	17억 9,500만 원
2009	북한 신종플루 대응을 위한 치료제 및 손 소독제	183억 원
2010	북한 신종플루 대응을 위한 손 소독제	
	신의주 수해복구 식품, 시멘트 등	
2018	세부 지원 내역 미공개	12억 원
계		1,188억 원

출처: 서울대학교 의과대학 통일의학센터 외. 『북한 보건의료 백서』. 재구성

○ 민간단체 차원의 지원

민간단체를 통한 대북 보건의료 지원은 남북 협력의 유연성과 지속성을 담보하는 핵심 축으로 기능해왔다. 한국 정부는 1999년 ‘지원 창구 다원화’ 선언 이후 민간단체의 자율성을 존중하며 남북협력기금을 매칭 펀드 형식으로 지원해왔으며, 이는 단순 물자 전달을 넘어 인프라 구축과 역량 강화로 확장되었다.

민간단체 지원 사업은 크게 세가지 유형으로 구분할 수 있다. 첫째, 민간의 자율성과 전문성을 기반으로 하고 있는 개별사업이다. 개별 민간단체가 독자적으로 추진하는 가장 기본적인 형태로, 2000~2015년 사이 175건의 보건의료 사업에 약 421억 원의 기금이 집행되었다. 남북 관계 경색 국면에서도 보건의료 비중이 한때 70%에 달한 적도 있다. 두 번째는 합동 사업이다. 2004년 용천역 폭발 사고 이후, 일회성 지원의 한계를 극복하기 위해 다수의 민간 단체가 컨소시엄을 구성하여 중장기 사업을 진행한 적이 있다. 2005년~2009년 사이 총 5개 보건의료 사업에 약 72억 원이 투입되었다. 대표적으로 보건의료체계 개선 및 종합검진센터를 개설한 나눔인터내셔널과 강남군 종합복지모델을 개발한 굿네이버스 등이 있다. 이 단체들은 단순 지

원을 넘어 북한 보건 시스템 전반을 개선하고자 했다. 마지막으로 정책사업이다. 남북한 간 협력이 중단된 상황에서 보건의로 협력의 동력을 유지하기 위해 한국 정부의 정책적 판단에 따라 추진된 적이 있다. 2007년~2010년 사이 추진된 정책사업 중 60%가 보건의로 분야였으며, 약 58억 원의 기금이 지원되었다. 당시 보건의로 지원 시 단기적 물자 지원보다는 기술 이전과 인력 양성에 초점을 맞추었다.

[표 5-2] 민간단체의 대북 지원 개별사업 중 보건의로 지원 실적

(단위: 억 원, %)

연도	민간단체 개별사업(A)	보건의로 개별사업(B)	B/A(%)
2000	34	9.7	28.5
2001	62	16.9	27.3
2002	65	12.9	19.8
2003	81	41.6	51.4
2004	102	56.1	55.0
2005	120	55.2	46.0
2006	134	48.8	36.4
2007	216	82.6	38.2
2008	241	57	23.7
2009	77	25.7	33.4
2010	21	14.6	49.5
2011~2014	0	0	0
2015	23	0	0
계	1,176	421.1	35.8

출처: 신희영 외(2017). 『통일 의료: 남북한 보건의로 협력과 통합』.

민간단체를 통한 지원은 남북 관계의 부침에 따라 기금 지원의 중단과 재개를 반복하는 불안정한 양상을 보여왔다. 그러나 민간의 현장 접근성과 전문성은 정부 차원의 경직성을 보완하는 수단임으로 민간 차원의 지원이 지속되어야 한다. 더불어 향후 대북 보건의로 협력은 민간의 유연한 네트워크와 정부의 안정적인 기금 지원이 조화를 이루어야 하며, 특히 북한이 VNR을 통해 밝힌 구체적인 보건 수요(취약계층 영양, 의료 인프라 현대화 등)를 민간단체의 전문 영역과 매칭하는 전략적 접근이 필요하다.

○ 국제기구를 통한 지원

국제기구를 통한 대북 지원은 남북 관계의 정치적 기류와 무관하게 대북

지원의 투명성과 신뢰성을 확보하고 인도적 협력의 지속성을 유지하는 핵심 통로로 기능해 왔다. 1995년 시작된 이해 2025년까지 총 2억 6,677만 달러가 공여되었으며, 특히 직접 교류가 차단된 5·24 조치 정국에서도 영유아와 산모를 위한 보건의료 지원을 이어가는 징검다리 역할을 수행했다.

주요 국제기구별로 정부의 대북 보건의료 지원은 [표 4-4]와 같이 요약할 수 있다. 국제기구를 통한 다자간 협력 모델은 대북 지원의 투명성을 높이고, 북한이 국제사회의 보건 표준을 수용하게 만드는 중요한 통로로 작용한 것으로 보인다. 향후 한반도 감염병 공동 대응과 보건 안보를 위해서는 국제기구의 전문성과 네트워크를 적극 활용한 다자간 협력 구조가 필수적이다.

[표 5-3] 국제기구를 통한 정부 대북 보건의료 개발지원

구분	주요 협력 기구	핵심 지원 내용 및 특징	주요 성과 및 의의
영양 및 식량	WFP (세계식량계획)	취약계층(영유아, 산모) 대상 영양식 지원	단순 식량 구호에서 '모자보건 영양 지원'으로 고도화
방역 및 인프라	WHO (세계보건기구)	말라리아 방역, 의약품 공급, 의료인 역량 강화	말라리아 발생률 20% 감소 및 남북 공동 방역 효과
아동 건강권	UNICEF (유엔아동기금)	필수 예방접종, 콜드체인 구축, 식수 위생 개선	북한 내 필수 예방접종률 90% 이상 달성 기여
백신 전문성	IVI (국제백신연구소)	일본뇌염·뇌수막염 백신 지원 및 의료진 교육	감염병 대응을 위한 기술 전수 및 대규모 접종 시행
실태 조사	UNFPA (유엔인구기금)	인구 현황 및 보건의료 실태 조사	대북 협력 정책 설계를 위한 기초 통계 데이터 확보

말라리아 공동 방제 사업의 성공 사례에서 보듯이, 국제기구를 통한 보건 지원은 북한만의 문제가 아닌 남한의 보건 안보와도 직결된다. 감염병은 정치적 경계를 가리지 않기 때문에, 국제기구의 중재를 통한 남북한 보건 협력은 한반도 전체의 질병 부담을 낮추는 공동의 예방 의학이 될 것이다. 포스트 팬데믹 시대의 대북 협력은 다자간 협력 틀 안에서 한반도 건강생명공동체를 보호하는 안보 전략의 차원에서 다루어져야 한다.

6. 결론

가. 연구 성과 및 활용 방안

□ 연구 성과

○ 『통일의료 2.0』 개정판

2017년에 발간한 『통일 의료』 초판의 시기적, 범위적 한계를 보완하여 최신 연구 결과와 북한 보건의료 정책 변화를 반영한 개정판 『통일의료 2.0: 남북한 보건의료 협력과 통합』을 발간하였다.

초판과 달리 목차에 2017년 이후 변화한 북한 보건의료 체계뿐만 아니라 코로나19 팬데믹 영향으로 인해 추가적으로 다뤄야 할 사항들을 포함시켰다. [표 6-2]는 회의를 통해 확정된 개정판 목차이며 초판과 개정판의 목차를 비교하였다.

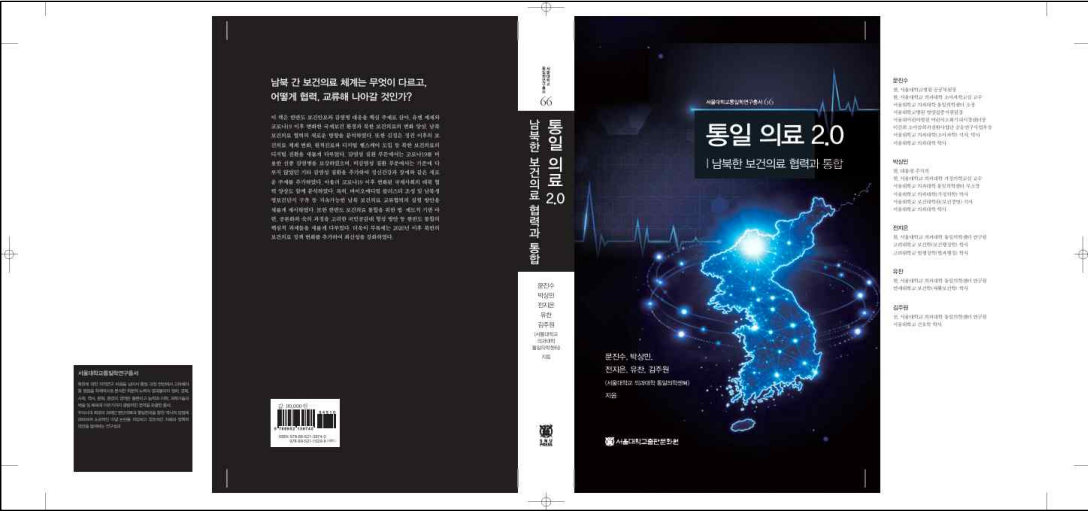
[표 6-1] 초판 및 개정판 목차 비교

『통일의료』초판 목차	『통일의료 2.0』개정판 목차
제1장 통일과 보건의료 제1절 통일 대비 남북 보건의료 지원·협력의 필요성	제1장 통일과 보건의료 1절 통일 대비 남북 보건의료 협력의 필요성 2절 한반도 보건안보와 감염병 대응(추가)
제2장 북한 보건의료 체계 제1절 북한 보건의료 체계 특징 제2절 북한 보건의료 전달체계	제2장 북한 보건의료 체계 1절 북한 보건의료 체계 특징 4. 김정은 정권 이후 북한의료 체계 변화(추가) 제2절 북한 보건의료 전달체계 4. 보건의료 분야 디지털 전환과 원격의료(추가)

제3장 북한 주요 보건지표 현황 제2절 모자보건 1. 모성 사망률과 사망원인 2. 아동 사망률과 사망원인 3. 모자보건 주요 지표 현황 제3절 감염성 질환 1. 결핵 2. 말라리아 3. B형간염 4. 기생충 제4절 비감염성 질환 1. 비감염성 질환 실태 2. 위험요인 3. 기타 비감염성 질환	제3장 북한 주요 보건지표 현황 2절 모자보건 1. 모성 및 아동 사망률과 사망원인(변경) 2. 모자보건 주요 지표 현황(변경) 3. 북한 여성 건강 문제(추가 및 변경) 3절 감염성 질환 1. 결핵 2. 말라리아 3. B형간염 4. 코로나19(추가) 5. 소아 설사(추가) 6. 기타 감염성 질환(추가) 4절 비감염성 질환 1. 비감염성 질환 실태 2. 비감염성 질환 위험 요인(변경) 3. 정신건강과 장애(추가)
제4장 국내외 대북 보건의료 지원 제2절 국외 대북 보건의료 지원 1. 대북 보건의료 개발지원 2. 인도적 대북 보건의료 지원 제4절 요약과 결론	제4장 국내외 대북 보건의료 지원 2절 국외 대북 보건의료 지원 1. 대북 보건의료 개발지원 2. 인도적 대북 보건의료 지원 3. 국제사회의 대북 보건의료 협력 변화(추가) 4절 요약과 결론(삭제)
제5장 통일을 대비한 남북 보건의료 통합 주요 이슈 제2절 지속가능한 남북 보건의료 교류협력 증진 방안 제3절 탈북의사 자격 인정 및 재교육 방안	제5장 통일을 대비한 남북 보건의료 통합 주요 이슈 2절 지속가능한 남북 보건의료 교류협력 증진 방안 3절 지속가능한 남북 보건의료 교류협력을 위한 남북 생명보건단지 구축(추가) 4절 한반도 보건의료 통합을 위한 법·제도적 준비(추가) 5절 북한이탈의사 자격 인정 및 재교육 방안(변경) 6절 한반도 보건의료협력 국민공강대 형성 방안(추가)

참고문헌 부록 1. 남북 보건의료의 교류협력 증진에 관한 법률안 2. 남북 관계 보건의료 분야 주요 일지 (1993~2016년)	참고문헌 부록 1. 남북 보건의료 교류협력 증진에 관한 법률안 2. 남북 관계 보건의료 분야 주요 일지 (1993~2025년)(추가) 3. 북한 보건의료 정책 변화(2020년 이후)(추가)
---	--

본 연구는 회의 및 논의, 감수 및 자문받은 것으로 토대로 『통일의료 2.0』 개정판을 발간하였으며 관련 표지는 다음과 같다.



[그림 6-1] 『통일의료 2.0』 개정판 표지

○ 학술 행사를 통한 연구 성과 공유: ‘통일 보건의료로 통하는 열린강좌’ 개최

통일의학센터는 본 연구의 결과물인 『통일의료 2.0』의 핵심 내용을 대외적으로 공유하고, 연구 성과의 사회적 확산을 도모하기 위해 학술 행사를 개최하였다. 본 행사는 2026년 초 정식 출간을 앞둔 개정판 『통일의료 2.0』을 기반으로 기획되었다. 저자들이 직접 연자로 나서 2020년 이후 급변하는 북한 보건의료의 현실을 최신 데이터에 근거하여 진단하고, 연구진이 도출한 향후 한반도 보건의료 협력의 새로운 방향성을 청중들과 공유하였다.



[그림 6-2] 통일 보건의료로 통하는 열린강좌 프로그램

○ 북한 보건의료 관련 전문가 DB 구축

개정판을 집필하기 위해 자문가 네트워크를 구축하여 자문과 검토를 요청하였다. 이를 통해 최종적으로 남북한 보건의료 관련 공공기관, 학계, 민간 단체 전문가 DB 구축이 가능한 초석을 다질 수 있었다. [표 6-3]은 본 연구를 통해 정리한 남북한 보건의료 관련 기관 목록이다. 해당 기관 전문가들과 직간접적으로 접촉한 것을 정리하여 표로 나타내었다. 향후 관련 전문가들뿐만 아니라 기관 간의 업무협약을 맺음으로써 전문가 DB 구축의 토대로 강화할 수 있을 것이다.

[표 6-2] 남북한 보건의료 관련 기관 목록 (일부)

구분	기관(단체)명
보건복지부 산하 공공기관	한국국제보건의료재단
외교부 산하 공공기관	한국국제협력단
재정부 산하 공공기관	한국수출입은행
통일부 산하 공공기관	남북교류협력지원협회
	국립통일교육원
학계	서울대학교 간호대학
	서울대학교 통일평화연구원
국책연구기관	국가안전전략연구원
	대외경제정책연구원
연구기관	현대경제연구원
	한반도평화연구원
민간단체	어린이어깨동무
	어린이의약품지원본부

□ 활용 방안

본 연구를 통해 발간된 단행본 『통일의료 2.0』과 축적된 북한 보건의료 최신 현황은 단순히 서가에 꽂히는 자료가 아닌, 통일 보건의료의 표준(Standard)이자 실천적 매뉴얼(Actionable manual)로서 다음과 같이 다각적으로 활용되길 기대한다.

○ ‘통일 의료인력 양성’을 위한 표준 교육 커리큘럼의 핵심 교재화

기존의 파편화된 자료들에 의존하던 통일 보건 교육을 탈피하여, 의과대학·간호대학 및 보건대학원의 정규 커리큘럼 내 ‘통일보건의료학’ 수업을 위한 표준 교재로 사용 가능할 것이다. 올해 가을 서울대학교 의과대학에서 제공하는 의예과 수업에는 개정된 『통일의료 2.0』 교과서를 사용할 예정이다. 특히 본 연구에서 도출된 남북한 질병 분류 및 남북한 보건의료 체계 비교는 실제 의료 현장에서의 소통 오류를 줄이는 남북 보건의료 가이드라인으로 활용할 수 있을 것이다. 이를 통해 예비 의료인들이 통일 이후 맞닥뜨릴 의료 현장의 이질감을 선제적으로 학습하고 극복할 수 있으리라 기대한다.

○ 데이터 기반의 ‘대북 보건의료 시나리오 플래닝’

최신 북한 의료 현황 분석 데이터는 정부의 대북 인도적 지원 정책 수립 시 ‘근거 중심의 의사결정’을 지원하는 핵심 자료로 활용 가능할 것이다. 단순히 물자를 지원하는 차원을 넘어, 북한의 지역별·계층별 의료 수요를 예측하는 ‘북한 보건의료 히트맵(Heat-map)’ 구축의 기초 자료로도 사용 가능하다. 이는 향후 감염병 남북 공동 대응이나 긴급 구호 상황 발생 시, 적재적소에 필요한 자원을 투입하는 ‘정밀 타격형 의료 지원 전략’의 토대가 될 것으로 기대한다.

나. 향후 과제

『통일의료 2.0』이 남북 보건의료의 현주소를 진단하고 기초를 다지는 작업이었다면 앞으로의 연구는 급변하는 한반도 정세와 4차 산업혁명 기술을 접목하여 예측 가능성을 높이고 실질적인 통합 방안을 제시하는 방향으로 나아가야 한다.

○ AI 및 OSINT(오픈소스 정보)¹⁹⁾ 기반의 ‘북한 질병 감시 체계’ 고도화

폐쇄적인 북한 사회의 특성상 공식 통계의 신뢰성 문제가 있다. 향후 연구에서는 위성 데이터, 북한 매체 텍스트 마이닝, 접경지역 감염병 정보 등 비정형 데이터를 인공지능(AI)으로 분석하는 ‘오픈소스 인텔리전스(OSINT) 기반 북한 질병 모니터링 시스템’을 구축할 필요성이 있다. 이와 비슷한 측면에서 서울대학교 의과대학 통일의학센터는 ‘남북 기후변화 및 건강영향 모니터링 기능 강화 스마트 보건지소 모델’을 개발하여 기후 민감 질병을 예방하고 북한지역 오지에 스마트 보건지소를 적용할 수 있는지 연구하고 있다. 이와 같은 연구를 통해 북한 내부의 잠재적 팬데믹 징후를 조기에 포착할 수 있다. 더불어 개정판의 데이터를 실시간으로 업데이트할 수 있는 동태적 연구들이 필요하다.

○ 전문가 DB 보완 및 동적 데이터 관리 시스템 구축

본 연구를 통해 전문가 DB 구성의 토대를 마련하였다. 향후 이를 바탕으로 전문가 풀(Pool)을 점진적으로 확대해야 하며, 세대, 연령, 성별, 전공 분야 등에 구애받지 않는 포용적인 전문가 네트워크를 완성할 필요가 있다.

전문가 DB의 효용성을 극대화하기 위해서는 단순한 정보 저장을 넘어선 ‘동적 데이터 관리 시스템(Dynamic Data Management System)’ 구축이 필수적이다. 네트워크의 지속적인 운영과 관리를 위해 전문가들의 최신 연구 실적과 활동 현황이 실시간으로 업데이트될 수 있는 체계가 마련되어야 한다. 단순히 인적 사항을 등록하는 방식에서 탈피하여, 실제 참여도와 전문성을 반영한 ‘활동 지수(Index)’를 도입함으로써 핵심 활동가를 선별하고 직무에 배치할 수 있는 필터링 기능을 강화해야 한다.

본 연구는 『통일의료 2.0』 발간을 위해 북한 보건의료 체계를 분석하고 코로나19 이후 변화된 보건의료 지표와 정책 등을 추적하였다. 통일 보건의료의 이론적 토대와 최신 데이터가 담긴 개정판을 발판 삼아, 책 속의 이론을 현장의 실천으로, 과거의 데이터를 미래의 예측으로 전환해야 할 시기이다. 본 연구에서 제시한 활용 방안과 향후 과제는 다가올 통일 시대에 건강한 한반도 공동체를 실현하는 네비게이션이 되길 기대한다.

19) 공개적으로 사용 가능한 정보를 수집 및 분석하여 위협을 평가하고, 의사 결정을 내리거나, 특정 질문에 답하는 프로세스를 오픈 소스 인텔리전스라고 함. IBM <<https://www.ibm.com/kr-ko>>

참고문헌

[논문]

- 김지영, 최은샘, 안기훈. (2022). 통일의학적 관점에서 본 모자보건의 현재와 미래. *한국모자보건학회지*, 26(3).
- 박예주 외. (2022). 북한의 여성과 아동의 질환에 대한 연구 현황 분석: 학술지를 통한 문헌 분석 연구. *한국모자보건학회지*, 26(2), 91-103.
- 신희영 외. (2016). 김정은 시대 북한 보건의료체계 동향: 전달체계와 조직체계를 중심으로. *통일과평화*, 8(2).
- 유전원, & 전우택. (2025). 북한의 정신질환 관련 용어 사용 분석: 김정은 시대 「로동신문」 기사 분석을 중심으로. *현대북한연구*, 28(1), 49-90.
- 윤종극, & 최윤철. (2025). 남북한 접경지역의 감염병 및 자연재난 협력에 관한 연구: 동서독 협력 사례와 비교하여. *군사발전연구*, 19(2), 317-344.
- 이윤진. (2024). 북한의 모자보건정책과 남북한 협력방안: 협력적 거버넌스를 중심으로. *분쟁해결연구*, 22(3).

[보고서]

- 김범수 외. (2025). *2025통일의식조사*. 통일평화연구원.
- 문진수 외. (2023). *한반도 보건의료협력 역량 증진을 위한 통일의료 차세대 전문가 네트워크 형성*. 2022 통일기반구축사업 결과보고서.
- 서울의대 통일의학센터. (2019). *북한 보건의료 백서*. 한국국제보건의료재단.
- 유근춘 외. (2013). *통일한국의 사회보장체계 구축을 위한 기초연구*. 한국보건사회연구원.
- 조성은 외. (2022). *한반도 사회적차 완화를 위한 북한의 건강 및 보건의료 지표 분석*. 한국보건사회연구원.

[단행본]

- 김경진 외. (2023). *북한 보건의료 연구와 교류협력*. 고려대학교출판문화원.
- 신희영 외. (2017). *통일 의료-남북한 보건의료 협력과 통합*. 서울대학교 통일평화연구원.
- 전우택 외. (2021). *한반도 건강공동체 준비*. 박영사.
- 전우택 외. (2023). *통일보건의료의 미래*. 박영사.
- 정기현 외. (2018). *한반도 건강공동체를 위한 길잡이*. 국립중앙의료원.

[기타]

통일부. *대북 지원정보시스템*
IBM <<https://www.ibm.com/kr-ko>>
OECE Data Explorer
UN OCHA
WHO