



가족계획 및 생식보건 ODA 프로그램 현황 연구

2013. 12

사회개발팀
이훈상

저자

이 훈 상

▶ 주요 경력

- 現 한국국제협력단 사회개발팀 보건 전문관 (2011. 10~현재)
- 존스홉킨스 보건대학원 국제보건학과 박사후 연구원 (2010. 10~2011. 9)
- 말라위프로젝트 모자보건사업 컨설턴트 (2011. 9~2011. 9)
- 한국국제협력단 보건의료팀 외부 연구위원 (2011. 6~2011. 9)
- 질병관리본부 예방접종관리과 책임연구원 (2008. 2~2009. 6)

▶ 학력

- 존스홉킨스 보건대학원 보건학 석사 (MPH)
- 연세대 의과대학 의학사 (MD)
- 시카고대학 경제학 및 정책학 학사 (BA)

본 연구 보고서의 내용은 한국국제협력단의 공식적인 입장과 일치하지 않을 수 있음을 밝힙니다. 본 연구의 내용은 출처 및 집필자를 명시하는 한 인용할 수 있습니다.

※ 본 자료는 KOICA 홈페이지(<http://www.koica.go.kr>)를 통해서도 볼 수 있습니다.

목 차

I. 서론	1
1. 연구의 필요성 및 목적	1
2. 연구의 내용 및 범위	3
3. 연구 방법 및 절차	5
4. 연구의 제한점 및 활용성	6
II. 이론적 배경	7
1. 가족계획 및 인구보건분야 ODA의 개념 및 중요성	7
2. 가족계획 및 인구보건분야 ODA의 분류기준	14
3. 국내의 가족계획 및 인구보건 관련 발전경험 분석	15
III. 인구 및 가족계획 ODA 현황 분석	22
1. 국제사회의 가족계획 및 인구보건 ODA 현황 분석	22
2. 국내의 가족계획 및 생식보건 관련 ODA 역량기반 분석	29
3. 한국형 ODA 모델로서의 비교우위분석	30
4. 가족계획 및 생식보건 ODA 프로그램 개발 사례 분석 및 시사점	32
IV. 가족계획 및 생식보건 ODA 프로그램 개발	35
1. 프로그램 모델 개발 목적 및 방향	35
2. 프로그램 모델 분류 체계 구성	36
3. ‘가족계획율 증가 및 불안정한 낙태 개선사업’ 세부 프로그램 모델 개발	37
4. ‘가족계획율 증가 및 불안정한 낙태 개선사업’ 세부 프로그램 가이드라인	39

V. 결론	55
1. 시사점	55
2. 제언	56
참고 문헌	58

표 목차

[표 1] 주요 연구 내용	4
[표 2] 시대에 따른 인구·생식보건 개념의 변화	9
[표 3] 가족계획 및 인구·생식보건 사업의 범주	14
[표 4] CRS에 따른 가족계획 및 인구·생식보건 분야 분류	15
[표 5] 가족계획 및 인구보건 관련 한국의 발전경험	20

그림 목차

[그림 1] 연구의 절차	5
[그림 2] 터울에 따른 5세 이하 아동사망률	11
[그림 3] 우리나라 인구정책의 기본 구도	17

I. 서론

1. 연구의 필요성 및 목적

1) 연구의 필요성

1994년 카이로 국제인구개발회의(International Conference on Population and Development: ICPD)에서는 인구보건 및 가족계획을 지속적인 개발(sustainable development)'이라는 맥락에서 “생식보건(reproduction health)” 및 “생식권(reproductive right)”이라는 개념으로 제시하였다. 이를 통해 인구보건 및 가족계획에 있어 인구·개발·환경의 상호연관성을 지속가능한 개발의 입장에서 바라보았다. 이와같이 인구보건과 가족계획은 더 이상 보건만의 개별적인 이슈가 아닌 지속적인 경제성장, 가족의 존엄성 보호, 에이즈 문제해결, 청소년의 건강보호, 교육에 있어서의 남녀불평등 문제해소 등에 관한 내용을 포함하는 이슈로서 부각되고 있다.

특히 생식권으로서의 중요성이 더욱 대두됨에 따라 인권적인 측면에서 생식과 관련된 여성의 선택권 및 인구보건과 가족계획의 중요성은 더욱 증대되고 있다. 여기서 나아가 최근 들어서는 가족계획을 포함한 생식과 관련한 여성의 선택권을 아래와 같이 제시하고 있다.

“필요한 것은 포괄적인 성과 임신·출산에 관한 권리와 건강이라는 틀 안에서 통합적으로 접근하는 것이다. 전 세계 수 백만 명의 여성과 소녀들의 성과 임신·출산에 관한 보건 요구들을 충족시키기 위해서는 인권을 전적으로 인정하면서 보건의료의 질에 대한 관심이 수반되어야 한다.” (Rajat Khosla, 2012)

이러한 가운데 최근들어 가족계획은 모자보건 관련 지표들이 개선되고 모성사망율이 감소되면서 출산률 자체를 줄여야 할 필요가 있다는 인식이 다시 확산되고 있다. 또한 이와

관련한 국제적인 관심과 노력역시 증가하고 있는 상황이다. 특히 1990년대 말 이후 가족 계획에 대한 전반적인 투자가 감소됨에 따라 가족계획은 더 이상 인구조절(population control)을 위한 이슈가 아닌 여성의 임신과 출산과 관련한 선택권 혹은 인권의 측면에서 그 중요성이 더욱 부각되고 있는 현황이다.

특히 2012년 11월 런던에서 개최된 런던 가족계획 서밋(London Summit on Family Planning)이 개최되면서 가족계획에 대한 국제적인 노력이 재점화 되는 계기가 되었다. 본 회의를 통해 가족계획은 여성의 권리를 넘어 여성의 삶에 대한 교육과 경제적인 기회의 자유를 보장해 줄 수 있는 포괄적인 개발 이슈로서도 제시되고 있다.

한국의 경우 과거 6.25 전쟁 후 일어난 출산붐을 통해 인구의 급격한 증가현상을 보여 왔으나, 1958년 미국 국제개발처(USAID)를 통해 수립된 지역사회개발계획 등에서 가족 계획사업이 포함된 이래 1961년 박정희 정부에 의해서 가족계획사업이 전국적으로 확대 시행되었다. 이후 1965년 세계에서 3번째로 가족계획 사업을 국가시책사업으로 채택하여 경제개발 5개년 계획에 포함하여 시행한 후 우리나라 가임기 여성 1인당 합계출산율은 1960년 6.0명에서 1985년에 2.1명으로 저하되는 등 한국은 출산억제 관련 인구정책에 있어 큰 성과를 거둔 경험을 가지고 있다. (오충현, 2011)

특히 한국은 1990년대 이후 인구보건과 생식보건 및 모자보건관련 초청연수과정을 수행해왔고, 2007년 에티오피아 오로미아주에서는 최초로 개발도상국에서 진행되었던 지역사회 기반의 가족계획 및 모자보건 사업을 추진하여 해당 지역의 피임을 향상에 기여를 하였다. 본 사업은 현재 에티오피아의 티그라이 지역에서 2차 사업이 진행되고 있으며, 최근에는 에티오피아 연방 가족계획 캠페인 지원사업으로 확대되어 추진되고 있다. 이외에도 KOICA는 “대아프리카 지원계획(Africa Initiative)”의 일환으로 국제가족계획연맹(IPPF: International Planned Parenthood Federation) 지원사업을 추진하여 우간다, 레소토 및 부르키나 파소의 생식보건 관련 사업을 지원하기도 하였다.

현재 KOICA는 KOICA 2011-2015 보건의료 지원전략 하에 ‘모자보건 및 가족계획’을 주요 전략 목표 중 하나로 제시하고 있으며, 이 중 ‘가족계획 보급 및 생식건강 향상’은 중점 프로그램 중 한 분야로서 제시되고 있다. 이는 반기문 사무총장이 제시한 Every Woman Every Child Initiative에서 나아가, 한국이 과거 모성 및 아동 사망률의 감소와 함께 큰 성과를 보였던 출산율의 감소를 위한 국가적인 가족계획의 노력과 관련된 성공적인 경험을 제시하고 자 한 측면이 크다.

이와 관련하여 KOICA에서는 2011년 KOICA 모자보건 프로그램 모델연구를 제시하였고, 동 연구를 통하여 가족계획 사업의 모델을 제시한 바 있다. 하지만 최근 국제적으로 가족계획 관련 지원의 필요성이 증가함에 따라 한국의 프로그램 지원모델의 제시에 대한 필요성 역시 점차 커지고 있는 상황이다. 특히 2012년 런던 가족계획 서밋에서 제시된 바와 같이 가족계획과 생식보건의 문제는 보건의 문제를 넘어 여성의 임신과 출산과 관련한 선택권의 문제이자 여성의 자기개발 기회를 향상시키는데 큰 영향을 줄 수 있는 문제로 접근될 필요가 있다. 또한 국가의 경제발전에 있어서도 인구보건 관련 정책은 국내의 인구증가율 감소에 큰 성과를 보였으며 이것이 국가 경제개발에 크게 기여하였다. 따라서 개발도상국의 경제개발의 중요한 요소로서 가족계획과 인구보건 정책의 지원은 중요한 요소로 다루어 질 필요가 있다.

2) 연구의 목적

본 연구는 한국국제협력단에서 추진하고 있는 ①가족계획 및 생식보건 분야 ODA 사업 현황을 분석하고, 보다 나은 ODA 사업 추진을 위한 시사점을 도출함에 있다. 또한 한국 국제협력단의 가족계획 및 인구보건 분야 ODA 사업에 있어 국내의 우수한 가족계획 분야 경험을 활용하여 개발도상국에 기여할 수 있도록 하는 방안에 대한 시사점을 도출함과 동시에, ②가족계획 및 생식보건 분야 ODA 사업의 전문성과 노하우를 확대발전시킬 수 있는 효율적인 ODA 프로그램 모델을 제시함으로써 실제 사업 현장에서 사업을 발굴하고 형성하는데 구체적이며 실질적인 도움을 제공하는데 목적이 있다.

2. 연구의 내용 및 범위

본 연구를 통해 수행할 연구 내용은 크게 ‘이론적 배경 탐색’, ‘가족계획 및 인구보건 ODA 사업현황 분석’, ‘가족계획 및 인구보건 ODA 프로그램 모델 개발’로 나누어 볼 수 있다. 각 연구 내용을 세부적으로 살펴보면,

첫째, 이론적 배경 탐색은 가족계획 및 인구보건사업의 개념적 틀 고찰, 가족계획 및 인구보건 ODA 사업의 방법 및 이론의 고찰 등을 포함하는 선행 연구 분석, 국내의 가족

계획 및 인구보건 관련 발전경험을 분석한다.

둘째, 가족계획 및 인구보건 ODA 사업현황 분석 부분은 국제사회의 가족계획 및 인구보건 ODA 사업 현황 및 최근의 추진경향을 분석하여 시사점을 도출도록 한다. 이와 함께 국내의 가족계획 및 인구보건 관련 ODA 역량기반을 분석하며 가족계획 및 인구보건의 한국형 ODA 모델로서의 비교우위를 분석한다. 나아가 최근 가족계획 및 인구보건 ODA 사업 개발사례를 분석함으로써 새로운 ODA 프로그램 모델 개발을 위한 시사점을 도출한다.

마지막으로 가족계획 및 인구보건 ODA 사업 프로그램 모델 개발 부분에서는 가족계획 및 인구보건 ODA 사업의 유형별 목적, 유형, 시기, 범위에 따른 프로그램 모델의 전략적인 방향성을 선정한다. 또한 KOICA 보건의료 전략에 따른 가족계획 및 인구보건 ODA 프로그램 모델의 분류 체계 및 프로그램 평가를 구성과 프로그램 개발 방법론을 제시한다. 아울러 세부 프로그램 모델 개발(각 프로그램별 사업계획서 제공), 그리고 인구 및 가족계획 ODA 프로그램 활용 가이드라인을 작성하여 제시하도록 한다.

이상에서 제시한 연구의 주요 내용을 정리하면 아래의 [표 1]과 같다.

[표 1] 주요 연구 내용

연구 내용	세부 내용
이론적 배경	인구 및 가족계획 ODA의 개념과 중요성
	국가 개발에서의 인구 및 가족계획 ODA의 중요성과 과제
	선행 연구 분석
	국내의 가족계획 및 인구생식보건 관련 발전경험 분석
가족계획 및 인구보건 ODA 현황 분석	국제사회의 가족계획 및 인구보건 ODA 현황 분석
	국내의 가족계획 및 인구보건 관련 ODA 역량기반 분석
	한국형 ODA 모델로서의 비교우위 분석
	가족계획 및 인구보건 ODA 프로그램 개발 사례 분석 및 시사점
가족계획 및 인구보건 ODA 프로그램 모델 개발	프로그램 모델 개발 목적 및 방향성 선정
	프로그램 모델 분류 체계 및 프로그램 평가를 구성
	프로그램 모델 개발 방법론
	세부 프로그램 모델개발(프로그램 모델 유형별 사업개요서 제공)
	프로그램 모델 활용 가이드라인
	인구 및 가족계획 ODA 프로그램 모델 활용 및 활성화 방안

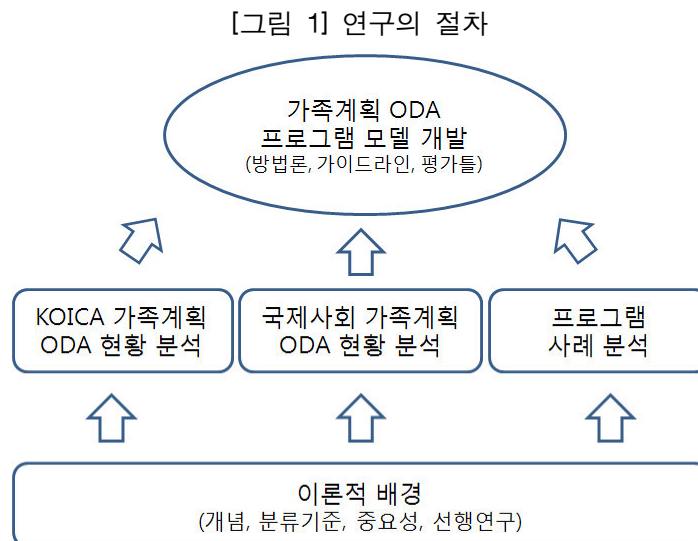
3. 연구 방법 및 절차

1) 연구 방법

본 연구에서는 문헌 조사를 주요 연구 방법으로 채택하여 진행한다. 문헌 조사의 내용은 한국국제협력단 보건분야 사업 내용 및 사업 통계 자료 조사분석, 국제사회의 인구 및 가족계획 관련 ODA 사업 자료 조사분석, 보건분야 ODA와 관련된 국내 외 학술 논문 및 서적 조사분석 등이며, 자료의 수집 방법은 도서관 및 자료 수집(한국국제협력단 도서관 및 기타 도서관 등), 온라인 통계 사이트 검색(stat.koica.go.kr, stats.oecd.org 외) 인터넷 자료 검색(www.google.com 외), 온라인 학술연구정보서비스 검색(www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed, www.riss4u.net 외) 등을 활용한다.

2) 연구 절차

본 연구의 절차를 간략하게 제시하면 아래의 <그림 1> 과 같다.



위의 <그림 1>에서와 같이 본 연구는 문헌연구를 통한 이론적 배경의 조사분석을 토대로, KOICA 보건 ODA 현황분석, 국제사회 보건 ODA 현황분석, 모범적인 프로그램 사례들을 종합하였다. 이를 통해 다양한 시사점 및 향후 ODA 사업의 방향성을 도출한 후, 최종적으로 이러한 연구의 결과를 종합하여 한국국제협력단에 적합하며 추진 가능한 새로운 가족계획 및 생식보건 분야 ODA 프로그램을 개발하도록 한다.

4. 연구의 제한점 및 활용성

본 연구는 인구 및 가족계획 분야의 국내의 발전경험 및 국제현황을 살펴보고, 한국국제협력단의 동 분야 ODA 사업을 되돌아보고 향후 더욱 향상된 사업의 발굴 및 시행을 위한 시사점을 도출하는 것을 목적으로 한다. 또한 실질적으로 각 개발도상국 현장에서 활용할 수 있는 국제적인 수준의 가족계획 및 인구보건 ODA 프로그램 모델을 개발하고 공유하도록 하는데도 의의가 있다.

따라서 본 연구는 그동안 타 원조 국가 및 국제기구와 비교하여 원조의 규모가 작고 사업 내용의 범위가 제한적이었던 한국국제협력단의 가족계획 및 인구보건분야 ODA 사업에 있어 발전된 모델을 제시할 수 있는 기회가 될 것으로 보여진다. 이와 함께 실질적으로 사업을 형성하고 발굴하는 과정에서 효과적으로 참고할 수 있는 프로그램 발굴 가이드라인을 제공함으로써 한국국제협력단의 ODA 사업의 효과성 및 효율성, 지속가능성 및 영향력을 높일 수 있는 대안 프로그램의 제시가 될 것으로 기대된다.

본 연구의 제한점으로는 가족계획 및 인구생식보건 ODA 프로그램의 범위가 한국국제협력단내의 보건분야 사업에 국한되었다는 점이다. 현재 가족계획 및 인구보건분야 ODA 사업은 다양한 민간단체 및 UNFPA와 IPPF등의 국제기구등을 통해서 이루어지고 있으나 본 연구의 주안점은 KOICA의 양자간 사업에서의 프로그램을 염두에 두고 있기에 프로그램 연구 범위가 국한되어 있다. 또한 가족계획과 인구생식보건은 교육과 지역개발 등의 타 분야와도 연관이 크다고 볼 수 있으나 본 사업에서는 보건분야에 집중하여 연구 및 프로그램 모델 개발로 범위가 국한됨을 밝힌다. 향후에는 이러한 제한점을 극복하기 위해서 더욱 포괄적이고 폭넓은 규모의 후속 연구가 이루어 질 수 있을 것으로 생각된다.

II. 이론적 배경

1. 가족계획 및 인구보건분야 ODA의 개념 및 중요성

1) 가족계획 및 인구보건분야 ODA의 개념

가족계획 및 인구보건분야 사업은 일반적으로 인구 및 생식보건(population & reproductive health)분야와 관련된 사업으로 정의될 수 있다. 여기서 생식보건(reproductive health)은 출산 또는 인구재생산과 관련된 기능, 과정에서 단순히 질병이 없는 상태 뿐 만 아니라 육체적·정신적·사회적으로 안녕상태에 이르는 방법, 기술 및 서비스 등을 제공하는 것을 의미한다. (UNFPA, 1994)¹⁾

광의적인 개념에 있어서 가족계획과 인구보건은 권리와 자유의 측면에서 제시될 수 있다. 기본적으로 인간은 자신의 생식과 관련된 행위를 언제, 어떻게 할 것인가에 대한 선택여부를 결정할 자유를 향유해야만 한다. 이는 가족계획과 인구보건 및 생식보건적인 측면에서 여성과 남성은 모두 각종 피임수단을 사용할 수 있고, 구입할 수 있으며 선택할 수 있는 권리를 누려야 함을 의미한다.²⁾ 즉, 가족계획 및 인구보건이란 인구 생식보건적인 측면에서 가족계획과 함께 생식보건적인 권리를 포함하는 개념이기도 하다.

■ 가족계획 및 인구보건 개념 정립배경

1968년도에 개최된 테헤란의 국제인권회의는 “부모는 자녀의 수와 터울을 자유롭게 그리고 책임을 가지고 결정할 기본 권리를 가지고 있다”고 합의를 한 세계 최초의 국제포럼이었다. 1974년의 세계인구회의 행동프로그램에서는 여성에 대한 언급은 단 한 번 정도가

1) 한국보건사회연구원, “모자보건 ODA 사업모형 개발”, 2011

2) UN, Programme of Action adopted at the International Conference on Population and Development, Cairo, 5-13 September 1994, para. 7.2

있었을 뿐이었다. 그렇지만, 일 년 후 멕시코시티에서 개최된 제1차 세계여성대회에서는 가족계획에 대한 권리는 성평등의 실현에 필수적이라고 합의하였다. 또한 멕시코시티에서 개최된 1984년도 국제인구회의에서는 인구정책과 관련된 목표를 포함하여 개발목표를 달성하는 데 필수적인 요소로 여성들에게 완전히 사회생활에 참여할 수 있는 자유를 제공하기 위해 남성들이 가족계획과 자녀 양육에 대한 책임을 나누어 가져야 한다고 덧붙였다. 이 회의에서는 또한 자녀 출산을 제한하거나 터울 조절을 원하지만 피임을 거의 활용할 수 없었던 부부들이 겪고 있는 커다란 가족계획 미충족 욕구에 대한 관심을 환기시켰으며, 그러한 미충족 욕구는 출산연령 계층의 인구가 앞으로 20년 동안 대폭 증가할 것이라고 언급하였다. 1992년도의 유엔환경개발회의에서는 급속한 인구증가가 지속적인 개발에 심각한 장애요인임을 확인하였다.

1994년 9월 개최되고 전 세계로부터 11,000명이 참가한 카이로 국제인구개발회의(International Conference on Population and Development: ICPD)는 인구의 증가 및 분포가 경제사회개발과 밀접한 관계가 있고 한 분야에서의 행동은 다른 분야의 행동들을 지원하고 있다는 전제에 바탕을 두고 있다. 1994년 대부분의 개발도상국에서는 경제성장을 촉진하고 국민들의 복지를 개선하기 위해 인구문제에 집중할 필요성을 느끼게 되었다. 그러나 국제인구개발회의(ICPD)에서는 인구 규모와 증가율을 문제의 중심으로 생각하기보다는 국제사회의 접근방법을 인간자체와 인권을 과제로 삼아 인구와 개발의 상호연관된 당면과제로 전환하는 등 접근법을 근본적으로 바꾸었다.

이러한 방법전환은 인구를 거시경제의 필수적인 변수로 인식하기보다는 각 개인들의 복지가 중요한 요소인 인권중심 접근방법으로의 전환을 의미하는 것이었다. 즉, 인구, 빈곤, 생산과 소비 및 환경은 불가분한 관계에 있으므로 인구문제의 해결은 기존의 가족계획 개념에서 탈피하여 '지속 가능한 맥락'에서 경제성장, 교육기회 확대, 남녀평등, 모성·유아 사망률 감소, 생식 보건 서비스 등에 대한 보편적인 접근성 등이 제공되어야 한다는 것이 주요 목표로 등장하였다. 동 목표의 범위는 HIV/AIDS, 청소년 생식보건, 조혼, 모성사망률, 여성 생식보건 서비스, 여성평화 및 안전, 가족계획, 성폭력, 인신매매, 인공임신중절, 여성성기절단(female genital cutting)과 같은 해로운 관습과 같이 다양하고 광범위하다.

이 새로운 전략의 핵심은 여성에게 능력을 부여하고(empowering) 교육, 보건서비스, 능력개발과 채용, 정치적 참여에 대한 접근을 더 확장시킬 수 있도록 도와주는 데에 있다.

국제인구개발회의(ICPD)의 가장 큰 성과 중 하나가 바로 여성에 대한 능력부여의 필요성을 재인식했다는 것이다. 국제인구개발회의 행동프로그램(ICPD Programme of Action: ICPD PoA)의 중요한 목표 중 하나는 2015년까지 교육을 포함하여 인구·생식보건과 생식권에 접근을 확대하는 것과 전 지구적으로 가족계획을 이루는 것이며, 특별히 유아, 어린이, 모성 사망률을 감소시켜야 한다는 점이였다. 이것은 인구, 환경 소비패턴, 가족, 국내외 이주, 시민사회와의 파트너십과 관계가 있다. 국제인구개발회의 행동계획(ICPD PoA)은 1974년 부카레스트 세계인구 회담에서 채택된 세계인구계획행동과 1984년 멕시코시티에서 개최된 국제인구회의에서 채택된 권고사항들을 근거로 하였다. 이것은 또한 어린이를 위한 세계정상회의(1990), 환경과 개발 유엔회담(1992) 그리고 세계인권회담(1993)에 기초한다. 국제인구개발회의(ICPD)의 중점 사항은 1995년에 있었던 사회개발세계정상회의와 4차 세계여성회의에서 재차 강조되었다. 국가들은 모든 인구문제를 개발전략에 포함할 것과 범죄와 전통에 근거한 성차별을 제거할 것을 요구받았다. 국제인구개발회의(ICPD)는 인구·생식보건과 관련된 인식의 변화를 가져온 계기가 된 것이다. (표1 참조)

[표 2] 시대에 따른 인구·생식보건 개념의 변화

	1970-80년대	새로운 방향 : 1990년대 이후
인구문제에 대한 이해	인구의 양적 분석에 기초	출산력과 관련된 정치적, 문화적, 경제적, 윤리적 측면에 기초
정책	가족계획·피임에 국한	피임이 인구·생식보건·권리의 일부분
개인의 권리	국가적 목표가 개인의 권리보다 우선 함	개인의 권리는 정부가 보호해야 하는 인권으로 보장받음
여성지위	여성교육과 고용이 출산력 저하를 위한 수단	남녀평등은 인구·생식보건 향상의 기초
여성보건	생의학적으로 정의 내림	정서적, 사회, 심리적 측면 모두 고려
여성보건 향상목적	임신·출산을 위한 신체적 건강 유지	생애 전반에 걸쳐 정서적, 사회적, 심리적으로 안녕 상태 유지
성역할	출산·육아 여성담당	남성 참여
대상	여성, 영유아	청소년, 남성, 여성, 노인 모든 인구
인공임신 중절	다루어지지 않음	인공임신중절 예방을 위한 노력

2) 가족계획 및 인구보건분야 ODA의 중요성

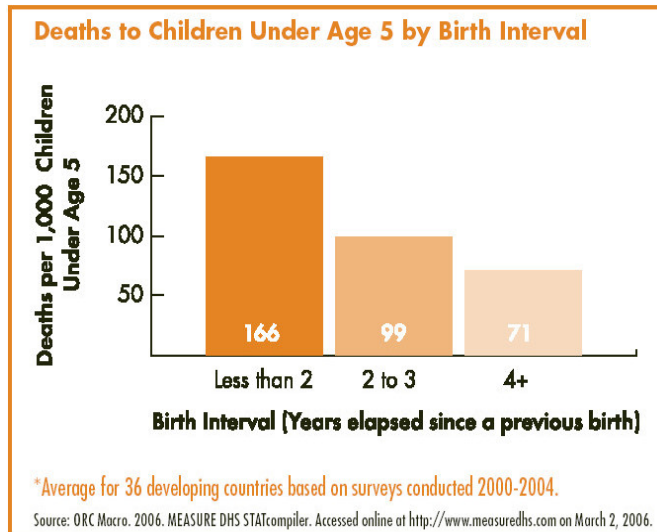
■ 가족계획 및 인구·생식보건의 보건·사회적 영향

아이의 수와 터울을 조절하는 가족계획은 여성 자신과 아이들을 생존케 하는데 큰 역할을 한다. 개발도상국에서의 모자사망률은 상당히 높다. 매년 529,000명의 여성이 임신과 출산으로 인해 사망하고 있으며 훨씬 많은 여성이 만성적인 질병과 장애를 갖게 된다. 어떤 지역에서는 임신자체가 여성들에게 목숨을 건 사투의 시작이라고 할 수 있다. 임신과 출산으로 인한 모성사망이 미국에서는 2,500명 중 1명이지만 아프가니스탄에서는 6명 중 1명, 니제르는 7명 중 1명, 우간다에서는 13명 중 1명, 에티오피아에서는 14명 중 1명이다. 게다가 330만 명의 아기들이 사산하며, 400만 명의 아기가 태어난 지 28일 만에 사망하며 또 다른 660만 명의 아이들이 5세 이전에 사망한다. 평균적으로 매일 1분마다 1명의 여성이 임신과 출산으로 인해 사망하며 약 20명의 아이들이 예방 가능한 원인으로 사망한다. 이러한 사망은 선진국에서는 1%만 발생한다.

건강하지 못한 엄마는 건강한 아기를 출산하기 힘들고 적절한 육아를 실행하기도 힘들다. 1980년대에 실시되었던 방글라데시에서의 조사에 따르면 출산 후 사망한 어머니의 신생아는 첫 돌을 맞이하기까지 생존하기 어려운 것으로 나타났다. 이러한 아기들은 제대로 영양섭취를 할 수 없으며 언니들은 육아라는 부담을 안고 학교를 중퇴해야만 한다.

터울조절 역시 신생아의 생존율을 높이는 강력한 요소이다. 그림5는 36개의 개발도상국에서 터울에 따른 5세 이하 아동사망률을 2000-2004년 사이에 조사한 결과이다. 2년 터울의 아이들이 4년 이상 터울의 아이들보다 사망하는 수가 2배 이상 높다. 출산 후 충분한 회복기를 거치지 않은 상태에서 또 다시 임신을 하게 되면 사산뿐 아니라 저체중아나 미숙아를 출산할 확률이 높고 유아기에도 전염성 질환에 걸리기도 쉽다. 만약 엄마들이 터울 조절에 성공한다면 5세 이하 어린이 사망률이 케냐에서는 17%, 나이지리아에서는 23%, 파키스탄에서는 46%까지 낮출 수 있다. 더욱 정확한 터울조절을 위해서는 생리주기나 모유수유 정도의 전통적인 피임법보다는 현대적인 피임이 더 확산 되어야 할 것이다.

[그림 2] 터울에 따른 5세 이하 아동사망률



불안정한 인공임신중절을 포함한 고위험 임신을 예방함으로써 가족계획은 매년 21만5천 명의 산모의 사망을 예방하고 있다. 매년 대략 8,700만 건의 예상치 못한 임신이 일어나고 있다. 이 중 절반 이상이 인공임신중절로 이어지고 그 중 1,800만 건이 불안정한 환경에서 시술된다. 매년 6만8천 명의 여성이 불안정한 인공임신중절로 목숨을 잃고 있다. 수천만 명이 이로 인한 심각한 합병증으로 고통받고 있다. 피임은 인공임신중절을 감소시키는 중요한 역할을 한다. 한 예로 러시아의 경우 1998년에서 2001년 사이에 피임률이 74%까지 증가하자 인공임신중절율은 61%까지 감소했다.

가족계획프로그램은 안전한 성행위에 대한 정보를 제공하고 성병예방에 가장 효과적인 콘돔 사용을 권장함으로써 HIV/AIDS와 성병을 예방하게 한다. 2005년 HIV에 감염된 여성은 1,750만 명에 다다르며 지속적으로 증가하고 있다. 6개 남아프리카 국가들에서는 임신부 중 HIV 감염률이 20% 이상이다.

15세-19세 여성의 임신은 그들의 사망률을 높이는 데 상당한 영향을 미친다. 소녀들이 임신을 하게 되면 산전관리를 제대로 받지 못하여 출산 시 여러 가지 위험성에 노출된다. 출산 시 사망할 확률은 20대의 여성보다 15세-19세 여성이 2배 높고, 15세 이하 소녀의 경우 5배가 높다. 20세-29세 엄마의 아기보다 15세-19세 엄마의 아기가 사망할 확률은 30% 이상 높다. 특히 젊은 여성들이 출산을 조절하게 되면 그들이 가질 수 있는 인생의

기회를 넓히게 된다. 많은 개발도상국에서 소녀들이 학교를 그만두게 되는 요인 중 임신이 4분의 1 이상을 차지한다. 그들은 모두 합해 6년 정도의 임신을 하게 되고 23년간 6세 미만의 아이들을 돌보는 데 시간을 보내게 된다.

비록 인공임신중절이 합법인 나라에서도 미혼녀의 경우 인공임신중절을 하는 것이 쉽지 않다. 전 세계적으로 인공임신중절을 하는 20세 이하의 여성이 매년 최소 250만 명에 이른다. 아프리카의 경우 불안정한 인공임신중절을 하는 여성 중 25세 이하의 여성이 거의 60%에 달한다. 모든 나라에서 청소년의 인공임신중절은 증가하는 추세이다.

우리나라의 과거를 되돌아보면 쉽게 알 수 있듯이 개발도상국의 빈곤 퇴치는 인구·생식보건문제 해결과도 직결되어 있다. 경제적 능력이 뒷받침 되지 않는 상황에서 많은 자녀를 출산한다는 것은 생계유지를 위한 아동 노동을 유발시키고 아이들이 누려야 할 교육권도 박탈하게 된다. 1970년과 1990년 사이, 한국의 출생률은 한 가족당 네 자녀에서 두 자녀 미만으로 떨어졌다. 같은 기간 동안, 2차 교육의 등록률은 38%에서 84%로 증가하였고 한 학생에게 투자할 수 있는 예산도 3배 이상 증가되었다.³⁾ 결국 개발도상국의 인구문제는 여성의 건강과 국가의 건강에 치명적인 요인이라 할 수 있으며 빈곤을 되물림하게 되는 결과를 초래한다고 볼 수 있다.

인구문제는 환경에도 영향을 미친다. 태국의 가장 빈곤하고 인구가 밀집된 지역인 북동지역의 조사에 따르면 70년대와 80년대에 거의 취업기회가 주어지지 않고 현금도 거의 없으며 특별한 기술도 거의 없는 사람들이 농업부문으로 대부분 흡수되었다. 하지만 그들은 생산력이 낮고 더 많은 토지가 필요해 산림을 벌목하였으며 또한 농지 휴작 기간도 점점 더 짧아졌다. 계량경제학 연구는 인구성장 10%는 산림개간 10% 정도를 증가시킨다고 밝히고 있다.(Panayotou, 1994, p.p. 172~173).⁴⁾ 인구문제는 그 밖에도 경작지 확보를 위한 산림파괴, 식수부족으로 인한 과도한 지하수 개발, 무분별한 자원개발, 환경오염, 동식물의 다양성 파괴까지 그 영향력이 미친다. 따라서 인구성장의 감소는 환경에게 숨 쉴 틈을 주는 것이다.

3) 대한가족보건복지협회, 『2000년 사업결과보고서 - 중국연변조선족자치주 인구/생식보건사업』, 2001, p. 19.

4) 대한가족보건복지협회, 『개발도상국 가족계획 프로그램의 가치』, 2001, p. 25.

■ 가족계획 및 인구·생식보건의 경제적 영향

인구성장과 경제발전은 서로 영향을 주고받는 관계를 맺고 있다. 인구성장이 경제발전에 영향을 미치기도 하고, 경제발전이 인구성장에 영향을 미치기도 하기 때문에 우리는 이 두 측면을 모두 살펴보아야 한다. 인구성장이 경제발전에 어떠한 영향을 미치는지에 대해서는 일률적인 답을 찾기가 어렵다. 그것은 인구와 경제의 규모, 경제발전의 정도, 국토의 크기와 자원 등 여러 가지 조건에 따라 그 영향이 다르게 나타날 수 있기 때문이다. 그리하여 어떤 사람들은 인구 성장이 경제발전에 도움이 된다고 주장하고, 어떤 사람들은 인구성장이 경제발전에 장애가 된다고 주장하기도 한다. 그러나 어떠한 주장도 전적으로 옳거나 그르다고 말할 수는 없다. 국가에 따라 앞에서 열거한 조건들이 모두 다르기 때문에 인구성장이 경제발전에 도움이 되는 나라도 있을 수 있고, 장애가 되는 국가도 있을 수 있다. 그러므로 국가에 따라 이 문제에 대한 해답은 달라진다. 대체로 경제적으로 발전한 선진국의 경우와 그렇지 못한 개발도상국이나 후진국의 경우 인구성장이 경제발전에 미치는 영향이 다르게 나타나는 것으로 알려지고 있다. 선진국의 경우에는 인구성장이 경제발전을 자극하고 촉진하는 경우가 많고, 개발도상국의 경우에는 인구성장이 경제발전을 방해하는 경우가 많다.

서구 선진국의 역사에서 인구의 급격한 성장과 경제적인 발전이 동시에 이루어져 왔다는 것이 그 근거로 제시되고 있다. 인구가 늘어나면 그만큼 소비가 늘어나고, 소비가 늘어나면 생산을 촉진하여 경제발전을 가져온다고 보는 견해도 있다. 인구가 늘어나도 사람들은 완전고용 상태에서 생산성을 높이는 일에 종사하게 되고, 환경의 극복과 기술혁신을 통해 경제발전을 이룩하게 된다는 것이다. 따라서 인구성장의 결과로 빈곤의 문제가 발생하는 것이 아니라 생산성이 높아지고 부의 급격한 증대가 이루어질 수 있다고 보는 것이다.

이와는 달리, 개발도상국이나 후진국의 경우에는 경제발전을 수반하지 않은 채 이미 과잉인구 상태에 있고, 그러한 상태에서의 지속적인 인구성장은 경제발전을 어렵게 한다는 것이다. 개발도상국의 높은 인구성장률은 가계의 저축을 어렵게 만들고, 경제발전을 위한 자본의 형성을 어렵게 한다. 뿐만 아니라, 늘어나는 인구를 부양하기 위하여 많은 자본을 투입해야만 한다. 경제의 규모가 작아서 늘어나는 인구를 생산 활동에 종사하도록 할 수도 없다. 따라서 개발도상 국가들은 경제적으로 발전하지 못하고 빈곤의 악순환에 허덕이게 된다는 것이다. 따라서 개발도상국에서는 가족의 크기가 작을수록 가계 저축과 투자, 이를

통한 경제성장에 긍정적인 영향을 준다.

성병과 계획되지 않은 임신은 경제적으로 가장 생산적인 시기에 사람들을 쇠약하게 만들거나 죽게 만든다. 아프리카의 사하라 지방 이남에서 불구나 조기사망 여성의 1/3은 임신중절 수술과 에이즈의 합병증을 포함한 성병 때문이다. 많은 후진국에서 여성들이 가계 수입의 40~60%를 벌어들이고, 소비식품의 80%를 재배하지만 여성들이 임신 중 사망하거나 생식건강의 악화로 일하는 것이 불가능해지면 여성의 이러한 경제적 공헌도 사라지게 된다. 2001년 잠비아에서는 국민의 1/16에 해당하는 2,500명 이상의 선생님들이 에이즈로 사망하여 미래세대 교육에 치명적인 악영향을 끼쳤다. 에이즈 전문가들은 인구의 15%가 에이즈 양성자인 국가는 국내총생산(GDP)이 매년 1% 수준으로 감소할 것이라 예측하고 있다. 여성의 생식 제어 능력은 양성 평등과 빈곤해결에 중요하다.⁵⁾ 따라서 개발도상국에서 인구·생식보건은 빈곤, 교육, 인권 등의 문제와 연계된 경제·사회분야의 중요한 문제인 것이다.

2. 가족계획 및 인구보건분야 ODA의 분류기준

인구 및 생식보건의 범주는 넓게는 교육, 사회개발, 여성지위향상 등 매우 포괄적으로 분류될 수 있으나, 좁게는 가족계획뿐만 아니라 모유수유, 출생전후 간호와 분만, 모권, 인공임신중절, 생식기관 질병, HIV/AIDS, 성병, 청소년 성교육, 생식과 관련한 기초보건 등을 포함한다.

[표 3] 가족계획 및 인구·생식보건 사업의 범주

분 야	내 용
가족계획	피임정보, 피임도구, 피임기술, 피임교육, 남성참여
성병, HIV/AIDS	콘돔보급, 교육, 검사, 치료, 예방, 연구
임신, 분만	임신험병증, 안전분만, 산전산후조리, 태아안전, 산모안전
모유수유	모유양육 홍보, 터울조절 ⁶⁾
인공임신중절	안전한 인공임신중절, 인공임신중절 예방, 원치않는 임신예방
청소년	성교육, 원치않는 임신방지, 학교 내 교육, 성상담
기초보건	기초보건, 생식기관질병, 유아건강, 산모건강
인구·생식보건홍보	애드보커시, 여성지위 향상홍보, 인구교육

5) Population Action International, "Why population assistance matter", 2004

6) 일반적으로 모유수유를 하게 되면 일정기간 동안 자동피임이 돼 출산 직후 임신이 되지 않는다.

[표 4] CRS에 따른 가족계획 및 인구·생식보건 분야 분류

DAC sector	CRS code	구 분	활 동
인구정책/ 시책 및 생식보건	13010	인구정책 및 행정	인구 개발 정책, 인구동태 조사와 센서스, 이민자료, 인구학적 연구 및 분석, 인구·생식보건연구, 불특정 인구 정책
	13020	생식보건	생식보건촉진, 분만을 포함한 임신 전후 의료, 불임 예방과 치료, 유산 발생 예방과 관리, 안전한 모성활동
	13030	가족계획	상담을 포함한 가족계획 서비스, 정보제공/교육/의사소통 활동, 피임기구 전달, 역량강화 및 훈련
	13040	HIV/AIDS를 포함한 성감염질환	HIV/AIDS를 포함한 성감염 질환에 관련된 모든 활동, 정보제공/교육/의사소통, 테스트, 예방, 치료와 간호
	13081	인구생식보건 인력개발	인구생식 보건의료 서비스를 위한 보건의료인을 위한 교육·훈련

출처: OECD/DAC (2007), REPORTING DIRECTIVES FOR THE CREDITOR REPORTING SYSTEM,

OECD/DAC가 구분한 인구·생식보건 분야에 의하면 인구 및 생식보건 분야는 ‘인구 정책/시책 및 인구·생식보건’에 해당되며, 여기에는 인구정책 및 행정과 생식보건, 가족 계획, 성감염 질환 및 보건인력개발 등의 세부분야로 분류되어 제시되고 있다. (표4 참조)

3. 국내의 가족계획 및 인구보건 관련 발전경험 분석

1) 한국 인구정책의 개괄

인구정책의 개념은 통상적으로 한 국가의 사회경제적 기능이 이상적으로 발휘될 수 있고 국민이 쾌적한 생활환경 속에서 살 수 있는 여건을 조성하기 위하여 인구의 양과 질에 영향을 줄 수 있는 인구과정의 3대 요인인 출생, 사망 및 인구이동 자체를 적극적으로 조절하는 국가 또는 공공단체의 행동계획이라고 요약할 수 있다. 일반적으로 인구정책은 ‘인구조정정책’과 ‘인구대응정책’으로 구분되며, 이 두 정책은 항상 유기적인 관련성에 입각해서 추진되어야 한다. ‘인구조정정책’은 출산조절 정책, 인구자질 향상정책 그리고

인구분산 정책으로 구성된다. 한편 인구대응 정책을 보면 인구의 변동양상에 따른 사회, 경제, 교육 및 문화 등 대응책으로서 주택, 식량, 교육시설, 사회보장 측면 등이 이 범주에 속한다. 따라서 국가의 후생, 복지문제와 결부된 공공정책은 거의 대부분이 인구문제와 관련을 지니고 있다. (그림 3 참조)⁷⁾

한국전쟁 후 처음 실시된 1955년 9월 인구센서스에 따르면 전쟁으로 인한 인명손실과 북한에서 남한으로 넘어 온 1백 80여만 명의 월남피난민까지 고려하여 인구증가율은 1.02%에 불과하였다. 하지만 1960년 10월 실시된 2차 인구센서스에서는 3.0%라는 급격한 증가율을 보였다. 즉 1955년부터 1960년까지 5년간 349만여 명이 증가된 24,954,000명으로 기록되어 연평균 3.0%의 엄청난 인구증가율을 나타냈으며, 인구밀도⁸⁾ 또한 세계에서 과밀한 지역에 속하는 257명으로 나타났다. 이러한 인구증가율과 인구과밀현상은 주택부족과 식량부족의 결과를 낳았을 뿐 아니라, 실업자의 홍수를 낳게 되어 급기야는 경제적 빈곤과 사회적 불안의 요인이 되기도 했다. 1950년대 후반 보건사회부의 일부 공무원, 대한 어머니회와 같은 민간조직, 미국 국제개발처(USAID)와 같은 외국기관, 선교사들이 가족계획의 필요성에 대해 인식하고 미미하지만 산발적으로 활동을 시작했다.⁹⁾ 인구 24,954,000명에 일인당 국민소득 82불, 인구증가율 3%, 합계출산율 6.0명, 유배우 가임부부 피임실천율 4%였던 1960년 IPPF 특사자격으로 내한한 George Cadbery 박사가 당시 연세의대 양재모 교수(PPFK 5대회장), 전 보사부 의정국장 이종진 박사를 만나 가족계획사업을 추진할 민간단체를 설립하면 연간 3,000달러부터 점차 증액하여 지원할 수 있음을 밝혔다. 이에 학계, 의료계, 법조계, 사회사업계, 여성계, 언론계 등을 망라한 창립준비위원들은 1961년에 대한가족계획협회를 창립하고 IPPF로부터 재정적, 기술적, 물적 지원을 원활히 하기 위해 창립 직후 1961년 6월 30일 IPPF에 회원단체로 가입하였다. 이어 정부는 1962년 세계에서 3번째로 가족계획사업을 국가시책사업으로 채택하여 경제개발 5개년계획에 포함시키기에 이르렀다.¹⁰⁾

7) 조남훈, “한국 인구, 생식보건의 과거, 현재와 미래”, 2006

8) 1㎢ 당 인구 수

9) 우리나라에서 가족계획사업이 처음 논의된 것은 1957년 무렵이다. 주로 대전 기독교사회관을 통해서 모자보건과 가정행복을 위해 가족계획의 필요성이 계몽되었던 것이다. 이것이 단체를 통한 우리나라 가족계획사업의 시초이다.

10) 가족계획30년사, 대한가족계획협회, 1991. 4. p.p. 108-109

[그림 3] 우리나라 인구정책의 기본 구도



출처 : 조남훈, “한국 인구, 생식보건의 과거, 현재와 미래”, 2006

경제개발 5개년계획에 의한 고도의 경제성장과 인구증가억제정책의 효과로 우리나라 가임여성 1인당 합계출산율은 1960년의 6.0명에서 1985년에 2.1명으로 저하됨에 따라 더 이상의 인구증가억제는 장기적으로 사회경제적 발전에 도움이 되지 못한다는 의견이 제기되기 시작하였다. 이에 정부는 1994년 한국보건사회연구원을 사무국으로 하는 「인구정책심의회위원회」를 구성하여 1년 이상에 걸친 연구와 심의결과에 따라 정부는 1996년 인구증가억제정책을 폐지하고 인구자질 및 복지정책으로 인구정책의 방향을 전환하게 되었다.

정부의 인구정책 전환에도 불구하고 우리나라의 합계출산율은 계속 저하되어 2002년에는 1.17로 세계에서 가장 낮은 수준으로 저하되었다. 이에 따라 정부는 2004년 하반기부터 저출산에 대처하기 위한 출산율 회복시책의 개발에 역점을 두는 한편 저출산에 대처하기 위한 제도적인 기반조성을 위하여 2005년에 「저출산고령사회기본법」의 제정과 대통령을 위원장으로 하는 「저출산고령사회위원회」를 설치하였다. 더불어 2006년에는 저출산고령사회 기본계획(2006~2010 : 일명 새로마지플랜 2010)을 시행하고 정부의 행정조직망을 통해 추진하고 있다.¹¹⁾

하지만 인구조절이라는 것은 결국 개인의 문제인데다 여러 복합적인 요인으로 출산기

11) 조남훈, “한국 인구, 생식보건의 과거, 현재와 미래, 2006

피 현상이 일어나고 있는 상황에서, 사회제도적 지원시책이 다자녀 가족에 혜택을 부여한다고 하더라도 혜택의 수준이 국민들의 기대에 못 미칠 경우 현재 인구 추세를 급격하게 반전시킨다는 것은 어렵다. 우리나라는 1985년에 이미 인구대치수준인 2.1명에 도달했음에도 불구하고 여전히 높은 인구밀도와 노동집약 형태에서 자동화 형태로 산업방식이 전환되어 많은 인력이 필요 없다는 인식 때문에 확실한 방향전환을 하지 못하였다. 선진국의 일반적 현상인 저출산·고령화 문제를 미리 읽지 못하여 인구대치수준에 이르기 전에 저출산 고령화에 대한 대책을 마련하지 못한 것이다.

2) 대한민국의 가족계획의 성공요인

한국에서 가족계획이 큰 성과를 거둘 수 있었던 것은 여러 가지 요소들이 작용했기 때문이다. 첫째는 정부의 강력한 정책의지와 지속적인 추진이 중요한 역할을 했다. 비록 가족계획사업을 NGO인 대한가족계획협회가 먼저 시작하였지만 정부와의 협력이 없었더라면 그 같은 성과를 거두지 못했을 것이다. 대한가족계획협회의 경우 1961년 당시 정부가 간과하고 있는 부분인 가족계획에 대하여 초기에는 정부의 역할을 촉구하는 입장을 취하였으나, 가족계획이 국가인구정책으로 채택되고 정부와 함께 가족계획사업을 수행하면서 적극적인 지지와 지원의 형태로 전환되었다. 이 과정에서 가족계획협회는 막대한 예산을 정부로부터 공급받게 되고 마치 정부조직 또는 보건복지부 산하기관의 성격을 갖게 되기도 하였다.

둘째는 민간의 적극적 활동이다. 대한가족계획협회는 매스미디어를 통한 홍보활동과 대인홍보활동을 적극적으로 활용함으로 국민인식개선에 큰 역할을 하였다. 그 외에도 많은 역할을 하였지만 외원을 지원받을 수 있는 창구의 역할도 그 중 하나로 볼 수 있다.

셋째는 보건네트워크와 보건인력의 활용이다. 우리나라의 가족계획 사업은 지방자치단위로 보건소를 운영하고 보건소 단위로 피임목표량을 설정하여 가족계획을 장려하는 적극적인 정책을 구사하여 새마을운동과 함께 환경개선과 보건의식 향상을 촉진시켰고 그 효율성에 있어서 본보기가 될 수 있다.¹²⁾

넷째는 사회적 변화이다. 산업화 과정에서 점차로 소자녀관이 형성되었다는 점도 가족

12) KOICA, 『국제개발협력 2006년 제2호』, “우리나라 무상원조사업의 중장기정책 및 전략”, 2006, p. 170.

계획의 성공요인 중에 하나이다. 농경사회에서는 가족노동력이 중요하였고 따라서 자식이 많을수록 재산이 많다는 생각이 지배적이었으나 산업사회에서는 적게 낳아 잘 기르자는 생각이 지배적이게 되었다. 여기에는 의료, 보건시설의 발달로 영유아사망률이 줄어든 것이 또한 한 요인으로 작용하였다. 또한 여성의 교육수준 및 지위향상도 출산조절에 긍정적인 영향을 미쳤다.

다섯째는 외부의 지원이다. 우리의 가족계획사업은 외국의 정부와 NGO 및 재단의 지원에 힘입은 바가 절대적으로 크며, 30년간 인구사업을 위해 외국으로부터 지원 받은 금액이 매년 430억 원 정도라고 파악되고 있다.¹³⁾ 우리나라가 지금까지 인구사업을 위해 받은 외원을 대략 살펴보면 대한가족계획협회가 창립될 수 있도록 도와준 IPPF로부터는 2,800만 달러, 그 외에도 우리나라 인구사업 정책수립과 추진의 토대를 형성할 수 있도록 1964년부터 상당기간 동안 매년 20만 달러씩 지원했던 미국인구위원회(PC), 포드재단, 록펠러재단, 아시아재단, 옥스팜재단, 브리쉬재단, 패스파인더재단, 미국가족계획협회, 미국국제개발기구(USAID), 스웨덴국제개발기구(SIDA), 가족계획국제원조(FRIA), JOICFP 등이 있다. 국제기구로는 UNFPA가 총 1,300만 달러를 지원, 세계은행 (World Bank)와 국제부흥개발은행(IBRD)이 가족보건의원 건립, 부속병원, 유아원, 가족계획연구원 시설확장, 세계식량사업(WFP)이 190만 달러 지원, 세계보건기구(WHO)가 225만 달러를 지원했다. 이러한 자금들은 당시 환율의 가치로 생각하면 어마어마한 액수들이다.

마지막으로 각 영역 간의 파트너십이다. 정부는 정책결정, 프로그램 기획지원, 수행, 인력보충, 감독의 역할을 하고 정부기관과 비정부기관을 조정하며 피임기구를 제공하고 인력양성 및 역량강화를 했다. 민간의 가족계획 협회는 홍보활동, 어머니회 운영, 특별프로젝트(예-청소년 출산 프로그램), 홍보자료 개발, 피임서비스, 상담을 했다. 준 정부 기관 및 대학과 같은 기관들은 리서치, 프로그램 평가, 파일럿 프로젝트를 실시하고 마을과 지역 커뮤니티 단체(가족계획 어머니회)들은 지역 내 정책추진, 지역민과 의사소통, 인간적 관계형성, 피임도구 분배, 프로그램 모니터링을 실시했다. 특히 ‘가족계획 어머니회’의 경우는 여성들에게 금기시되었던 성에 대한 대화(피임)를 소통시켜 주었던 대인채널로서 역할이 컸으며 지역사회개발과 자녀교육 부문에서도 역할이 컸다고 평가할 수 있다.

13) 대한가족보건복지협회, 『인구문제와 국제협력』, 2000, p. 13

[표 5] 가족계획 및 인구보건 관련 한국의 발전경험

시기	1단계(1961~1996): 인구증가억제정책기	2단계(1997~2003): 인구자질 향상정책기	3단계(2004~현재) 저출산·고령사회정책기
정책 목표	인구증가율 억제, 출산율 감소 를 통한 경제사회 개발	유병율·사망률 개선, 출생 성비 균형, 인공임신중절 방지, 남녀평등·여권신장, 청소년 성활동 예방, 에이 즈·성병 예방, 보건복지 증 진을 통한 인구자질 향상	출산율 회복, 고령사회 대 비를 통한 지속가능한 사 회발전 및 개인의 삶의 질 제고
정책 수단	-가족계획사업 채택 -대한가족계획협회 발족 (1961년) -전국 보건소에 가족계획 상담실 설치, 가족계획원 배치 -보건사회부내 가족계획조 사평가반 설치·운영(1965년) -가족계획과 모자보건 사 업 근거로 모자보건법 제 정(1973년) -부총리 산하 인구정책심 의회 설치(1976년) -새로운 인구증가억제 49 개 시책 발표(1981년)	-인구정책심의위원회 구성 (1995년) -인구증가억제정책 폐지 (1996년) 및 인구자질향상 및 복지증진 중점으로 국 가정책 전환 -성감별 의사 처벌강화(3 년이하 징역 또는 천만원 이하 벌금)를 위한 의료 법 개정 -인구의 양적증가문제 해 소를 위한 대한가족계획 협회 예산 삭감(1999년)	-대통령자문 고령화및미래 사회위원회 설치(2004년) -저출산·고령 사회기본법 제정(2005년) -저출산·고령 사회위원회 설치(2005년) -저출산고령사회기본계획 시행 ·1차기본계획 2006~2010년 ·2차기본계획 2011~2015년
성공 요인	-1962년부터 경제개발5개 년계획과 통합 추진 -1963년부터 모든 부처가 보건사회부 주도 가족계획 사업 지원(법정부차원의 접근) -전국의 보건조직망을 통 한 가족계획사업 추진 -가족계획사업 목표체제채택 -1968년부터 가족계획어머 니회 육성(자조모임) -새마을사업과 통합적 추진 -규제와 인센티브(보상)를 통 한 사회지원시책으로 전개 -남녀차별 시정 노력과 통합 -홍보교육활동 강화 -가족계획사업예산은 경제 개발특별회계에서 지출, 역대 대통령 등 고위정책 지도자의 높은 관심 표명 과 지원	-1994년 카이로 인구개발 국제회의에서 채택된 행 동강령 적극 고려 -가족계획사업은 인구자질 및 복지증진 수단으로 모 자보건사업에 통합 -전 국민 대상 국민연금, 건강보험 등 사회보장 확 대와 통합적 시행(1989년 전국민의료보험 실시 등)	-저출산·고령화 문제의 국 가의제화 및 대응기반구 축의 기초 완성 ■가족친화사회환경의조성 촉진에관한법률 제정 (2007년), 남녀고용평등 과일가정양립지원에관한 법률 개정(2007년) ■적극적 고용개선조치, 연 령차별금지법, 고령친화 산업진흥법 등 -법정부차원의 대응체계구 축 -2009년 정부, 경제계, 종 교계, 여성계, 언론계 등 각계각층으로 “아이낳기 좋 은세상 운동본부” 발족 등

시기	1단계(1961~1996): 인구증가억제정책기	2단계(1997~2003): 인구자질 향상정책기	3단계(2004~현재) 저출산·고령사회정책기
추진 기관	보건사회부(보건소), 경제 기획원 중심, 모든 부처 지원	보건사회부	범정부 부처
제약 요인	-한국전쟁의 영향으로 경 제적 곤란 및 그로 인한 현지조사자의 수당 미지 급, 콘돔 입수 곤란 등 -출산억제정책 결과로 새 로운 인구문제 야기(태아 성감별 및 인공임신중절 만연, 출생성비 왜곡 등)	-인구대체수준 이하 출산 율 지속에도 불구하고, 저출 산현상에 대한 정책적 관 심 미흡 -가족계획을 인구억제수단 으로만 인식하고, 인구자 질 향상 수단에서 고려 미흡	-중산층, 비정규직, 자영자 등 정책 사각지대 존재 -기업·남성 참여저조, 가족 친화적 고용문화 등 미성숙 -다양한 주체간 분담 미비 -미래 지향적 시스템 구축 등 체질개선보다 소극적 노인복지에만 안주
효과	-출산율 감소(1960년 6.0에 서 1983년 2.1의 인구대 체수준으로 감소, 이후 1990년대 중반까지 1.6내 외 유지) -인구증가율 감소 -경제 및 사회발전 도모	-출생성비 왜곡 불식을 위 한 제도기반과 사회분위 기 형성 -모성사망률, 영아사망률 등 감소로 인구자질 향상 -양성평등 의식 향상 및 사회제도 발전 -사회보장체계 구축	-저출산·고령화대응 사회 공감대 형성, 사회분위기 조성

III. 인구 및 가족계획 ODA 현황 분석

1. 국제사회의 가족계획 및 인구보건 ODA 현황 분석

1) 국제적인 가족계획 및 인구보건 현황

현재 개발도상국 여성의 40%, 특히 아프리카지역 여성의 75%가 피임을 하지 않고 있으며, 세계적으로 매년 1억3천7백만의 부부들이 터울을 늘리고 출산을 제한하기 원하나 피임을 하지 못하고 있다. 이로 인해 매년 8,700만 건의 예상치 못한 임신이 일어나고 있으며 이중 절반이 인공임신중절로 이어지며, 그 중 1,800만 건이 불안정한 환경에서 시술되고 이로 인해 매년 6만 8천여명의 여성이 불안정한 인공임신중절로 목숨을 잃고 있다. 특히 사하라 사막 남부 아프리카의 경우 출산을 연기하거나 아이를 갖지 않기 원하는 여성 중 24%가 가족계획 서비스 혜택을 전혀 받지 못하고 있다. 가족계획 서비스를 제공함으로써 모성 사망의 20~35%가 감소 가능하고, 출산감소 및 출산 간격의 증가는 5세 이하 아동사망을 감소에도 중요한 요인으로 원치 않는 임신을 통해 출산된 아이는 사망률이 높으며 터울이 짧은 자녀들은 5세 이전에 사망할 확률 또한 더욱 높은 것으로 보고되고 있다.

2) 국제적인 가족계획 및 인구보건분야 개발지원 현황

1970년대와 1980년대를 통해 지속적으로 확대되어왔던 가족계획 및 인구생식보건분야의 지원은 대폭적으로 축소되게 되었다. 이는 1980~90년대에 들어 가장 큰 공여국이었던 미국에서 보수 기독교적인 정권이 출현함에 기인한 것이었다. 미국의 지원은 1984년 레이건대통령의 지시로 축소되기 시작하여 USAID의 가족계획 및 인구생식보건분야 지원이 대폭적으로 축소되게 되었다. 또한 UNFPA의 가장 큰 규모의 재정 지원국이었던 미국은 UNFPA에 대한 지원 또한 대폭 축소하여 UNFPA의 국제적인 가족계획과 인구생식

보건분야 지원활동 또한 축소되게 되었다. 특히 낙태가 관여될 수 있는 어떤 국제기구와 민간단체의 사업 또한 지원을 받을 수 없는 처지에 처하였다.¹⁴⁾ 이러한 가족계획 및 인구생식보건분야 지원은 새천년개발계획(MDGs: Millenium Development Goal)의 도래와 함께 다시금 그 지원이 활성화 되는 계기를 맞게 되었다.

2000년 유엔 천년정상회의(UN Millenium Summit)에서는 189개국 정상들이 전지구적 문제 해결을 위해 새천년정상선언(UN Millennium Declaration)을 발표했다. 새천년정상선언은 ①빈곤감소와 개발 ②인권과 민주주의 ③환경보호 ④평화와 안보에 대한 비전을 제시하고 있다. 새천년 선언문 채택 이후 1년간 전 세계의 전문가들이 모여 빈곤퇴치를 위하여 전지구적 차원에서 우선적으로 해야 할 8가지 목표를 수립하였다. 그것은 ①빈곤과 기아근절 ②초등교육 ③양성평등 ④아동보건 ⑤모성보건 ⑥HIV/AIDS, 말라리아 등 전염병 ⑦지속가능한 환경 ⑧국제적 파트너십으로 각 목표별 목표치(총 48개)를 설정하여 국제적인 진행사항 파악 및 공동의 전략 모색, 개발분야 이행을 위해 새천년개발계획(MDGs: Millenium Development Goal)을 채택했다. 특히 MDG 목표에 있어 5번 모성보건 향상 목표의 지표로서 목표 5A의 모성사망을 감소(Target 5.A. Reduce by three quarters, between 1990 and 2015, the maternal mortality ratio)와 함께 5B의 생식보건 서비스에 대한 완전한 접근성 보장(Target 5.B. Achieve, by 2015, universal access to reproductive health)이 목표로 제시되게 되었다. 이를 통해서 가족계획과 인구생식 보전은 다시금 핵심적인 개발도상국 지원의 목표로 제시되고 가족계획 분야에 대한 지원이 다시 늘어나게 되는 계기가 되었다.

2010년 캐나다 무스코카에서 열린 G8 정상회담에서는 모자보건에 관련된 지원을 적극적으로 늘리기로 합의하는 무스코카 이니셔티브(Muskoka Initiative)¹⁵⁾가 주창되어 한국 정부도 이에 동참하였다. 또한 UN은 이러한 보건분야 목표를 달성하기 위한 Global Strategy for Women's and Children's Health¹⁶⁾를 제시하며 전 세계적인 협력을 촉

14) Ruth Levine (2007), USAID's Track Record in Family Planning, Center for Global Development, Washington DC, USA

15) 2015년까지 모자보건 증진을 위한 73억불 추가 확보를 위해 G8 회원국 50억불, 비 G8 회원국(한국, 네덜란드, 뉴질랜드, 노르웨이, 스페인, 스위스 등) 23억불을 지원공약하고 이를 통해 모성, 신생아, 5세 미만 아동 보건증진에 기여하고 이를 위해 개도국 보건체계 강화 및 가족계획을 중점 지원하고자 함.

16) UN 사무총장의 주도로 발표되었으며 모자보건 부분이 MDG 달성에 가장 미약한 부분임을 인식하고 이를 위해 재원의 효율적 사용과 추가적인 재원이 필요한 것을 주장함. 최빈국의 모자보건증진을 위해 2015년까지

구하였다. 이러한 노력 가운데 모자보건의 향상에 있어 핵심적인 가족계획 및 인구 생식 보건에 대한 중요성은 점차 더욱 크게 부각되게 되었다.

최근 2012년 7월에는 영국의 DFID와 빌게이츠 재단이 주도하여 ‘London Summit on Family Planning’(런던 국제가족계획 서밋)이 개최되었다. 본 회의는 개발 도상국의 보건이슈 중 모자보건 주제 중에서도 그동안 큰 주목을 받지 못하고 있던 가족계획에 대한 회의였으며, 이 회의에서 2020년까지 개발도상국 내 1억 2천만 명 이상의 여성과 여아가 피임약을 사용할 수 있도록 지원할 것이 약속되었다. 이를 위해 게이츠 재단 및 영국 정부의 지원을 통해 총 26억 달러의 재원이 가족계획 분야에 약정되었다. 회의에서 논의된 지원방안에는 공급 체계와 서비스 조달 모델(service delivery models)을 개선하고, 개발도상국 내 가족계획에 대한 수요 및 역량에 대해 예측함과 동시에, 다양하고 양질의 가족계획 방법을 제공하여 선택의 폭을 넓혀주는 등 시장(민간 부문)의 측면을 향상시켰다. 또한 모니터링과 평가를 강화하여 국가 및 전 세계적인 차원에서 책무성을 향상시키는 것 등이 포함되었다.

이 런던 국제가족계획 서밋은 가족계획 및 인구보건 이슈를 다시 국제보건개발분야의 핵심으로 가져오기 위한 회의였으며, 특히 본 회의를 통해서 가족계획 및 피임서비스에 대한 접근성의 확보는 보건의료 이슈를 넘어 여성의 가족계획과 피임에 대한 ‘선택의 권리(right for choice)’라는 인식으로 자리잡을 수 있게 되었다.

2) 가족계획 및 생식보건 향상을 위한 국제기구 전략

가. WHO

WHO는 포괄적인 모자보건분야의 지원과 함께 가족계획을 포함한 인구생식보건에도 집중하고 있다. WHO의 가족계획 관련 전략은 2015년까지 생식보건 서비스에 대한 보편적인 접근(universal access)을 확보하고자 노력하고 있다. 이를 위해 피임법의 활용율(contraceptive prevalence rate)을 대폭적으로 높이고자 하고 있으며 가족계획의 미충족 수요(unmet need for family planning)를 감소시키고자 많은 노력을 기울이고 있

추가적으로 880억불이 필요함을 설명하고 40여개국, 70여개 기업, 단체 등이 참여하여 400억불 규모의 기여 공약을 이끌어냄.

다. 이를 위하여 WHO는 집중해야 할 분야로서 네가지 분야를 제시하고 있는데 이는 ① 가족계획의 사회적, 경제적, 보건적인 이득과 관련된 생식건강과 연계된 지역 대민접근 활동과 교육, ② 피임법과 이를 활용한 후 발생하는 흔한 부작용에 대한 교육, ③ 편리하고 경제적으로 감당이 가능한 높은 수준의 가족계획 서비스의 제공, ④ 여성과 남성, 커플과 청소년들의 필요에 대응하는 상담 등이 있으며, 이들 분야에 대한 노력을 집중하고 있다.

나. UNFPA

UNFPA는 모자보건과 관련한 성평등 증진, 생식 건강과 권리 향상, 인구와 개발에 역점을 두고 사업을 하고 있다. 특히 생식권리 향상을 위한 많은 노력을 기울이고 있으며, 이를 위해 기초적인 성생식 보건서비스 제공, 모성건강 및 가족계획, HIV/AIDS, 정신보건, 청소년을 위한 보건이슈에 대하여 많은 노력을 기울이고 있다. 특히 모자보건에 있어서는 모성의 건강과 가족계획을 위해서 1차 보건의료 수준에서 성과 생식보건 서비스 기초 패키지를 구성하여 제공하고 있다. 이 패키지에는 가족계획 관련 필수 서비스 항목과 함께 모성건강 및 출산 시 숙련된 조산서비스 지원, 분만시 응급 서비스 및 임신중절 관리 제공이 포함되어 있으며, 성병 및 HIV 예방과 치료 관련 필수 서비스가 통합적으로 제공되도록 구성되어 있다.

최근 들어 분만 시 응급관리를 위한 보건 인프라 및 전원체계의 구축이 주요 과제로 제시되고 있으며, 안전하지 않은 낙태로 인한 사망이 모성사망에 큰 부분을 차지하기에 안전한 낙태서비스의 제공이 주요하게 다루어지고 있다.

다. 국제가족계획연맹 (IPPF)

IPPF는 국제가족계획연맹 (International Planned Parenthood Federation)의 약자로서 영국에 본부를 두고 전세계를 6개 지역으로 구분하여 관리하고 있다. IPPF는 비정치적, 비영리 민간단체로서 151개의 생식보건관련 협회로 구성, 183개국에서 활동하고 있으며, 현재 가족계획과 인구 생식보건 개선을 통해 인류의 건강 및 복지향상을 목표로 하고 있는 생식보건분야의 가장 큰 국제 NGO이다. IPPF는 성생식보건분야 서비스 개선을 통해 인류의 건강을 증진하며 효과적인 가족계획 수혜를 통한 부모와 어린이 및 청소년들의

정신적, 신체적 건강 도모 및 빈곤퇴치 등을 위해 노력하고 있다. 주요 사업분야로는 성 및 생식보건 일반, 여성의 권리 증대, 청소년 생식보건 서비스 지원, 생식보건 권리 보호 증대 및 가족계획의 혜택을 받지 못하는 사회계층에 대한 욕구충족 등을 위해 일하고 있다.

한국은 1961년 한국의 가족계획분야 법정단체인 인구보건복지협회가 IPPF 회원협회로 가입하였으며 IPPF는 1960년대부터 인구협회를 통해 한국의 가족계획 및 성생식보건 서비스 개선을 후원하여 1961년에서 2005간 총 28백만불을 지원하였다. 한국은 보건복지부를 통해 1976년부터 총 1.43백만불을 IPPF에 지원하였으며, 최근에는 자발적 기여금형태로 매년 약 10만불 지원중이다. KOICA는 쓰나미의 발생이 계기가 되어 IPPF에 50만불을 지원하였고, 2007년부터 2008 사이 IPPF 아프리카 3개국(우간다, 레소토, 부르키나 파소)에 대한 100만불 규모의 생식보건 및 가족계획 사업 지원을 추진하였다.

3) 각국의 가족계획 및 인구보건 분야 ODA 지원 현황

가. 미국 USAID

미국의 USAID는 40여년이 넘게 가족계획과 생식보건을 중요한 주제로 다루어 지원을 해오고 있으며, 인구보건 이슈를 보건분야 ODA에 있어 핵심적인 주제로 제시하고 있다. 과거에도 한국을 비롯한 많은 아시아와 아프리카 및 중남미 국가에서 가족계획과 인구 및 생식보건분야 지원에 많은 노력을 기울여왔다. 특히 한국에 있어서는 과거 가족계획 캠페인과 피임보급 향상에 있어 많은 지원을 해 왔으며 현재의 보건사회연구원의 전신인 가족계획 연구원의 설립과 발전에 있어 많은 지원을 하기도 하였다.

현재 USAID는 보건분야 ODA 주요전략으로서 HIV와 말라리아 및 소외열대질환 등 전염성 분야, 그리고 보건의료 체계강화와 영양 및 모자보건 등과 함께 가족계획과 생식보건 분야를 독립적인 핵심 보건 ODA 분야로서 제시하며 지속적인 지원을 추진하고 있다. 이를 위해 USAID는 보건분야의 핵심 축인 USAID의 국제보건국(Global Health Bureau) 내에 인구 및 생식보건 부서(Office of Population and Reproductive Health)를 따로 운영하고 있다.

USAID는 개발도상국의 부부가 아이를 가질지 말지, 언제, 얼마나 자주 가질지를 결정

할 수 있도록 돕는 것이 모성건강과 건강한 가족의 형성에 중요한 요소로 생각하고 있다. USAID의 인구 및 생식보건분야의 우선순위 기술 분야로는 적기에 적정 터울을 둔 건강한 임신, 지역사회 기반의 접근, 피임 안전성(Contraceptive security), 장기 피임방법의 보급 활성화, HIV 프로그램과의 연계, 그리고 모자보건 프로그램과의 연계가 있다. 현재 USAID는 24개의 중점국가에서 가족계획과 생식보건 프로그램 사업을 진행하고 있으며 2002년부터 2012년 사이 재정 규모가 134백만불에서 437백만불로 늘어난 현황이다. 이외에도 총 45개 국가에서 생식보건 및 가족계획 사업을 추진해 왔다.

현재 USAID는 자체적인 프로그램 이외에도 영국과 호주, 프랑스 및 게이트스 재단과 연계하여 ‘생식보건, 모성 및 신생아 보건을 위한 연합(Alliance for Reproductive, Maternal and Newborn Health)’의 파트너십을 형성하여 추진하고 있으며, 본 파트너십을 통하여 향후 2015년까지 100만명의 추가적인 사용자를 달성하는 것을 위해 기여하고자 한다. 또한 USAID는 최근 영국의 DFID와 게이트스재단이 주도한 Family Planning 2020 이니셔티브에도 함께 참여하고 있다. 2013년에는 USAID와 UNFPA의 지원으로 에티오피아에서 Family Planning 국제회의(International Conference on Family Planning)가 에티오피아의 아디스 아바바에서 열리기도 하였다.

나. 영국 DFID

DFID는 현재 모자보건을 개발도상국 보건분야 지원의 최우선 과제로 제시하고 있으며 특히 여성과 관련된 생식보건 이슈는 젠더적 관점에서 더욱 중요하게 여기고 있다. 특히 DFID는 2010년 “Choices for women: planned pregnancies, safe births and healthy newborns”¹⁷⁾이라는 이니셔티브를 제시했다. 이에 따라 1)여성들에게 자녀 임신에 대한 선택을 가능케 함으로써 원치 않는 임신의 감소와 2) 안전한 분만 및 신생아 사망 감소 두가지의 중점적인 목표를 제시하고 있다. 이를 통해 DFID는 다음과 같은 성과 목표를 제시하고 있다.

17) Choices for women: planned pregnancies, safe births and healthy newborns
https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/67640/RMNH-framework-for-results.pdf

- 임신과 출산과정의 산모 50,000명을 살리고 250,000명의 신생아를 살림.
- 적어도 천만명의 여성이 현대적 피임방법을 사용할 수 있도록 지원
- 5백만건의 원치않는 임신 방지
- 특히 가장 가난한 40%의 인구에게 최소한 2백만건의 안전한 분만을 지원

이와 같은 목표를 달성하기 위해 ① 건강한 생식건강 방식의 선택에 대한 여성과 소녀들의 권리를 강화시키고(Empowerment), ② 질적 서비스에 대한 장벽을 제고하고, ③ 양질의 비용 효과적인 가족계획과 안전한 낙태, 산전관리, 안전한 출산과 응급산과 관리, 산후관리와 신생아 관리가 건실한 보건의료 서비스 체계를 통해 제공되도록 하며, ④ 지원의 모든 단계에서의 성과에 대한 책무성을 강화하도록 하고 있다.

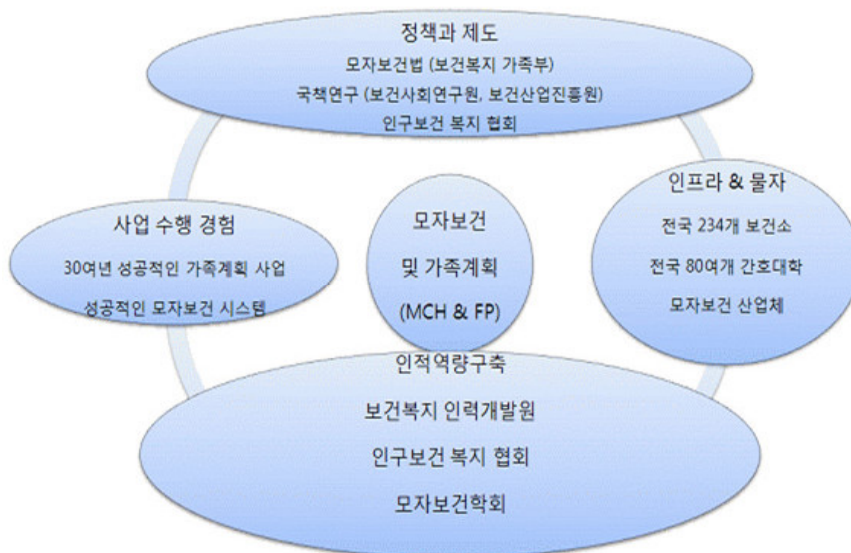
이를 위해 DFID는 ① 수원국의 국가 프로그램을 통해서 지원을 확산시키고, ②국제적인 대응의 효과를 향상시키며, ③ 국제적 공공재인 시장효율성, 관련분야 연구 등을 강화하고, ④ 이와 관련된 영국 국내의 전문성을 학계 및 타 부처 등과의 파트너십을 통해서 강화하고자 하고 있다.

최근 영국은 빌게이츠재단과 함께 국제가족계획 런던서밋 (London Summit on Family Planning)을 2012년 7월 11월에 개최하였고 이를 통해 2020년까지 1억 2천만명의 여성과 소녀에게 생명을 구할 수 있는 피임도구와 관련 정보, 가족계획 서비스를 제공하자는 목표를 제시하였다. 현재 이는 FP2020 (Family Planning 2020) 이니셔티브로 지속적으로 이어지고 있는 중이며, 영국의 DFID는 FP2020의 지속적인 추진을 통해 국제적으로 가족계획에 대한 지지를 끌어내고 인식을 향상시키기 위해 지속적으로 노력해나갈 예정이다.

London Summit on Family Planning (런던 국제가족계획 서밋)

2012년 7월 11일, 영국의 DFID와 게이트 재단이 주도가 되어 ‘London Summit on Family Planning’(런던 국제가족계획 서밋)을 개최하였다. 이 회담에는 28개의 개발도상국 및 공여국과 관련 국제기구, NGO들이 참여하였으며 한국은 회의에 참여하는 공여국 중 한 국가로 외교통상부가 영국 대사를 통해 참석하였다. 본 회의 주체자들은 2020년까지 개발도상국 내 1억 2천만 명이상의 여성과 여아가 피임약을 사용할 수 있게 하고 더불어 현재 피임약을 사용하고 있는 국가를 계속적으로 지원할 것에 정치적인 책임을 약속하고, 260억 달러를 추가적으로 지원하기로 하였다. 회의에서 가장 강조되었던 부분은 이 런던 국제가족계획 서밋이 추가 지원금만을 모으기 위한 자리가 아니며, 혁신적인 방법을 통해 개발도상국과 관계자를 지원할 것이라는 점이었다. 회의에서 논의된 지원방안에는 공급 체계와 서비스 조달 모델(service delivery models)을 개선하고, (improve market dynamics, including country forecasting capabilities and increased availability and quality of a range of family planning methods), 모니터링과 평가를 강화하여 국가 및 전 세계적인 차원에서 책무성을 향상시키는 것 등이 있었다. 특히, 모니터링과 평가를 강화하기 위해 UN 사무총장이 행하는 Every Woman Every Child(EWEC) 책무 과정과 연계하여 회의에 참여한 공여국, 개도국, 다자 원조기관, 민간 분야가 약속했던 사항이 잘 이행되고 있는지 계속 보고하는 등의 방안이 제시되었다. 회의 후에는 패널 토론이 진행되었으며 HIV와 가족계획을 통합하는 방안, 여성과 여아에 대한 역량 강화, 젊은 사람들에게 가족계획에 대한 접근성을 향상시키는 방안 등에 대한 논의가 이루어졌다.

2. 국내의 가족계획 및 생식보건 관련 ODA 역량기반 분석



1) 한국적 경험의 요소

국내의 가족계획 및 생식보건 ODA와 관련하여 가장 중요한 것은 한국 자체의 경험 그 자체일 것이다. 우선 한국은 전 세계적으로 가장 성공한 가족계획 사례로 인정받고 있다. 과거 1962년 모자보건법을 통해 체계적인 시스템 하에서 가족계획이 시행되어 다양한 차원에서의 가족계획을 위한 노력이 추진되어 온 경험을 가지고 있는 것이다. 또한 정책과 제도적 기반으로서 모자보건법의 제도 구축 사례 및 다양한 국가 정책 연구 사례 등을 가지고 있으며 30여년 넘게 국내에서 가족계획 사업을 성공적으로 추진해온 경험을 가지고 있다. 아울러 전국에 234개의 보건소와 80여개 의대 및 간호대학 및 보건대학 등의 기반이 갖추어져 있으며, 이와 함께 인적역량의 측면에서 보건복지 인력개발원, 인구보건복지협회 및 모자보건학회 등의 기관과 협회의 인적 자원의 풀을 보유하고 있다.

이를 기관별로 보면 정부기관으로서는 보건복지부, 국책연구기관으로서는 보건사회연구원, 사업 수행기관으로서는 인구보건복지협회 및 학교 기관들과 해외 인력 연수기관으로서는 보건복지 인력개발원, 사업 수행에 있어 기반이 되는 인프라로서 전국 234개 보건소와 간호대 및 보건대학 등의 기관을 갖추고 있다.

3. 한국형 ODA 모델로서의 비교우위분석

1) 비교우위

가. 정책입안 및 실행자의 역량활용 가능

한국에는 과거 실제 가족계획 및 모자보건사업을 입안한 정책입안자나 실무자들이 의과대학과 보건대학 및 간호대학, 그리고 보건복지부에 현존하고 있어 이러한 노하우와 역량을 활용할 수 있는 기반이 갖추어져 있다.

나. 가족계획에 활용할 기술 보유

한국은 과거 가족계획의 성공 사례가 널리 알려지면서 국내의 콘돔생산업체, 임플란트 등의 피임기구 및 약품의 국산 업체 등의 수준이 세계적인 수준에 있으며 UNFPA 등 국

제기구에 보급되어 있는 등 가족계획과 피임과 관련된 피임도구의 기술력 및 피임에 대한 높은 의료역량을 확보하고 있다.

다. 가족계획 교육 및 시행기관 활용 가능

현재 우리나라에는 인구보건복지협회, 보건복지 인력개발원을 통하여 가족계획 및 모자보건 서비스에 대해 해외 인력을 교육시킬 노하우와 기관이 체계적으로 구축되어 있으며, 해외 사업 시행 시 참여가 가능할 수 있는 기관들을 갖추고 있다.

라. 잠재적인 가족계획 활용 인력의 풍부함.

특히 이러한 모자보건 및 가족계획을 위해 필수 인력인 간호인력은 봉사단 파견 시 가장 수요가 많으면서도 지원자가 많아 가장 많이 파견되는 분야 중 하나이다.

2) 우리나라만의 차별화 가능성

다양한 형태의 모자보건 사업이 개발도상국에서 시행되고 있지만 대부분의 지원이 HIV/AIDS 에 연관된 Top down 형식의 사업이므로 가족계획 사업을 동반한 모자보건센터(영유아 예방접종, 영유아 및 임산부 건강검진)지원 사업을 패키지 형태의 사업으로 만들어 Bottom up 방식(가족계획 요원제도 등)으로 추진할 시에 한국적 차별성을 가질 수 있다.

KOICA에 가족계획 또는 모자보건에 관련된 지원요청이 적은 것은 그 수요가 적거나 한국형 사업으로서의 차별성이 적은 것이 아니라 한국이 이러한 사업을 수행할 수 있다는 것을 수원국 측에서 인지를 하지 못하고 있는 경우가 많으므로 가족계획 및 생식보건 모델이 제대로 정립될 시 사업수요가 충분히 만들어질 수 있을 것으로 보여진다.

4. 가족계획 및 생식보건 ODA 프로그램 개발 사례 분석 및 시사점

1) 기존 가족계획 사업 추진 사례

사업명	사업기간 및 예산	사업목적
에티오피아 지역사회기반 가족계획 및 모자보건 향상 사업	2007~2009 /300만불	지역사회를 기반으로 가족계획과 모자보건사업을 시행하여 지역의 피임에 대한 인식 개선 및 피임실천율 향상을 이루도록 함

에티오피아에서 추진되었던 지역사회기반 가족계획 및 모자보건 향상사업은 KOICA가 추진했던 최초의 가족계획 사업으로서, 특히 지역사회를 기반으로 사업을 구성함으로써 의미가 큰 사업이라 할 수 있다. 본 사업은 2007년에서 2009년의 3년간 300만불의 규모로 추진되었던 사업으로서, 연세대학교 간호대학이 사업 주관 수행기관으로서 추진되었던 사업이다.

2) 기존 가족계획 사업 추진 사례 분석

가. 성공요인

i. 에티오피아 농촌 현실에 가장 필요한 프로그램 개발

사업지역인 에티오피아 무슬림 지역의 농촌은 합계출산율이 5.6이상이 되고, 가족계획 및 터울조절을 원하는 여성이 많으나 Unmet need for family planning 이 30%이상 되는 가족계획 및 터울조절의 수요가 높은 곳에서 사업을 수행하였다.

ii. 에티오피아 정부의 정책 및 제도에 적극적인 부합

에티오피아 정부는 높은 출산율로 인한 현실을 타개하고자 적극적인 가족계획 정책 및 제도를 펼치고 있으며 에티오피아 정부의 보건분야 우선순위에서 가족계획은 가장 높은 정책적 우선순위를 차지하고 있는 상황이었다.

iii. 국내외 NGO와의 적극적인 연계

동 프로그램을 시행하기 전 사업지역에서 가족계획 및 터울조절을 위해 활동하고 있는 GO, NGO, 관계기관과의 수차례 미팅을 통해 한국이 그 지역에서 할 Activity를 명확히 하고 나머지 부분은 적극적인 파트너십을 통해 서로 협력하였다. (간호사 교육 위탁, 피임도구 무상공급, 가족계획 홍보 리플렛 사용, 통계자료 활용 등)

iv. 주민 참여형 프로그램 설계

한국인력 및 에티오피아 정부인력이 주도적으로 프로그램을 실행하는 것이 아니라 주민들이 직접 참여해서 교육을 받고 교육을 받은 주민들이 직접 다른 주민들을 교육하는 활동을 시행하였다.

v. 종교 및 주민지도자를 통한 지역사회 리더그룹 활용

특히 무슬림 지역에서 가족계획 프로그램을 운용하기 위해 마을 종교지도자를 먼저 설득하는 작업을 시행하고 이들을 사업에 적극적으로 참여시켰다.

나. 보완요인

i. 중앙정부와 지방정부의 의사소통 부족

에티오피아는 중앙정부와 지방정부의 분권화가 종족별로 되어 있으며 중앙정부와 지방정부 상호간의 협조가 쉽지 않아 프로그램 진행에 어려움을 겪기도 하였다.

ii. 근접지역에서 시행하는 한국의 개발협력 사업과의 연계부족.

사업지역 인근지역에서 행해지는 농어촌개발사업과 교육사업과 연계가 되었으면 더 큰 시너지를 볼 수 있었을 것이나 이러한 교육프로그램이 연계되지 못하고 따로 운영되게 되었다.

3) 기존 가족계획 사업 추진 사례의 시사점

i. 에티오피아의 지역사회기반의 가족계획 및 모자보건 사업의 경우 철저한 사전타당성 조사 및 사업지역에 대한 보건체계 평가(Health system assessment)를 통해 동 지역에

가족계획 및 터울조절에 대한 니즈가 있는 것인지 또한 니즈가 있을 때 이것이 충족되지 못하고 있는 이유가 무엇인지 철저한 조사가 필요하다.

ii. 한국의 인력이 사업지역에서 가족계획에 관련된 모든 활동을 할 수 없으므로 가족 계획 및 터울조절에 관여하는 관련기관과의 워크샵을 통해 적절한 업무 분장 및 협조를 이끌어 내는 것이 필요하다.

iii. 가족계획에서 가장 중요한 것은 지역사회 여성들의 자발적인 참여가 가장 중요하고 이를 위해서 지역사회 위원회를 조직하는 것이 필요하며, 특히 무슬림 지역에선 종교지도자 및 남성의 교육도 필수적으로 시행하여야 한다.

iv. 초기 국가협력전략 (CPS) 수립 시 가족계획 프로그램의 니즈가 파악이 되는 경우 이와 연계가 가능한 농촌개발 사업, 교육사업, 다른 보건의로 프로그램과 연계될 수 있도록 전략을 세워야 하며, 이를 통해 상호 연계시키는 것이 필요하다.

v. 향후 가족계획 사업의 가장 중요한 점은 프로그램의 Exit Plan 이며 이를 위해 계획 초기에 수원국 정부의 시스템을 접목시키려는 노력이 필요하다.

IV. 가족계획 및 생식보건 ODA 프로그램 개발

1. 프로그램 모델 개발 목적 및 방향

프로그램 모델을 제시하는 것은, 피임율을 향상시켜 출산을 감소라는 목적과 아울러, 안전하지 않은 성행태를 감소시키는 목적을 달성하기 위함이다.

특히 가족계획 프로그램의 중요한 측면은 개발도상국의 여성들에게 출산시기, 자녀의 수, 출산간격(터울) 등을 결정할 수 있는 권리(right for choice)를 부여하는 것이다. 이를 가능하게 하기 위해서는 가족계획에 대한 서비스 접근성(accessibility)을 향상시키는 것이 중요하다.

여기서 가족계획과 생식보건에 대한 기본적인 인식을 증대시키는 것이 중요한 요소라고 할 수 있는데, 이러한 가족계획에 대한 인식을 향상시키기 위한 중요한 방안으로 범 국가적인 가족계획 캠페인이 있다.

이러한 보건 커뮤니케이션의 일환으로 IEC/BCC (Information Education Communication / Behavior Change Communication)를 중심으로 한 ‘정보의 전달을 통한 커뮤니케이션’과 ‘행태 변화를 유도하기 위한 커뮤니케이션’을 들 수 있다.

가족계획 및 생식보건 프로그램은 더욱 큰 틀에서는 인구보건(Population Health)의 일환으로 이루어진다. 보다 광의로는 출산율과 관련된 국가의 인구정책 및 제도적 역량강화를 까지 포함할 수 있다.

본 연구는 가족계획 서비스의 보급과 생식보건의 향상에 중점을 두고, 실질적인 프로그램 수립을 위한 모델을 제시하고자 한다.

2. 프로그램 모델 분류 체계 구성

1) 프로그램 모델 분류

본 연구에서는 현재 KOICA 보건의료전략 2011-2015에서 제시하는 전략인 ‘모자보건 및 가족계획 향상’의 목표 중 중점 프로그램으로 다루어진 ‘가족계획 보급 및 생식보건 향상’의 내용을 바탕으로, 그 모델을 제시하였다.

전략 목표(Objective) 모자보건 및 가족계획 향상		
중점 프로그램 (Output)	실행과제 (Activity)	
1. 가족 계획 보급 및 생식보건 향상	1-1 가족계획 인식도 개선	가족계획의 중요성에 대한 인식 향상 및 피임법 활용 등에 대한 인식개선을 통해 계획된 출산 및 태아 조절에 대한 필요성에 대한 인식을 확산시키고 피임에 대한 부정적 인식을 개선하도록 하며, 가족계획 상담 및 피임에 대한 수요를 증가시키도록 함.
	1-2 가족계획율 증가 및 불안정한 낙태 개선	출산을 저하, 첫아이 출산연령 지연, 원치 않는 임신 감소 및 자녀 출산태아 관리 등을 돕기 위해 가족계획 상담과 서비스 제공, 피임법 교육 및 피임 시술 등을 통해 다양한 종류의 피임법 활용률을 증가시키도록 한다. 또한 미충족 가족계획 수요 (un-met need for family planning)를 감소시키도록 하며 안전한 낙태 시술을 제공함으로써 불안정한 낙태로 인한 모성사망율을 감소시키도록 함.
	1-3 청소년기 안전하지 않은 성행동양식 감소	청소년기의 불안정한 성행동으로 인해 일어나는 청소년 출산율을 낮추고 첫 출산 연령의 감소에 기여하기 위하여 안전하지 않은 청소년기 성행동 양식을 감소하기 위한 활동과 프로그램을 지원하도록 함.

3. ‘가족계획을 증가 및 불안정한 낙태 개선사업’ 세부 프로그램 모델 개발

1) 가족계획을 증가 및 불안정한 낙태 개선사업의 주요내용 및 고려사항

가. 가족계획 인식도 개선

i. 주요 내용

가족계획의 중요성에 대한 인식 및 피임법 활용 등에 대한 인식개선을 통해 계획된 출산 및 터울 조절을 확산시키고, 피임에 대한 부정적 인식을 개선하며, 가족계획 상담 및 피임에 대한 수요를 증가시킨다.

ii. 고려 사항

- 사업지역의 종교 고려

일부 지역, 특히 이슬람국가에서의 가족계획은 종교적으로 마찰을 일으킬 수 있으므로 각별한 주의가 필요하다. 인식개선을 위해서 종교지도자와 함께 프로그램을 기획하고 수행하는 것도 좋은 방법이 될 수 있다.

- 주요 홍보 대상 선정

가족계획 및 생식건강의 주요홍보 대상은 가임기 여성이다. 그러나 동시에, 지역사회 남성들에게 홍보가 되지 않으면 실제로 사업 효과를 거두기 어렵다. 또한 장기적인 사업 효과를 위해서는 청소년들을 대상으로 한 교육도 중요하다.

- 홍보의 방법

교육 외에도 라디오, 신문, 방송 등 다양한 홍보방법 중에서 해당 지역적 상황을 고려하여 가장 효과적인 방법을 찾는 것이 중요하다.

나. 가족계획 실천율 증가 및 불안정한 낙태 개선

i. 주요 내용

출산을 저하, 첫아이 출산연령 지연, 원치 않는 임신 감소 및 자녀 출산터를 관리 등을 실천하기 위해 가족계획 상담과 서비스를 제공하고, 피임법 교육 및 피임 시술 등을 실시한다. 또한 안전한 낙태 시술을 제공함으로써 낙태로 인한 모성사망을 감소시킨다.

ii. 고려 사항

- 보건소 시스템과의 연결 고려

지역 내에 가족계획 프로그램이 정착하려면 수원국의 보건시스템과 연계되어야 하므로 사업 초기부터 지역보건의료체계와 연계시킨다.

- 교육의 주체

가족계획 시술을 위한 교육은 현지어로 진행되어야 하며 공여국 기관이 하는 것 보다는 현지에서 이러한 활동을 하고 있는 NGO 또는 수원국 기관을 통하여 하는 것이 더욱 효과적이다.

- 아웃리치 서비스 제공

시술을 위한 방문서비스(outreach)는 독자적으로 실시하지 않고, 현지의 보건당국과 같이 실시한다.

다. 지역사회 가족계획 파트너십 구축

i. 주요 내용

가족계획은 외부 기관의 일방적인 방식으로 정착될 수 있으며 그 목적과 내용에 공감하는 내부의 지역사회 공동체가 만들어질 때만이 효과적으로 뿌리내릴 수 있다. 지역사회 가족계획 공동체를 구성하고 자율적으로 운영하는 것을 지원한다.

ii. 고려 사항

- 가족계획 주민위원회 구성 및 운영

가족계획 주민위원회는 마을단위로 구성되는 것이 바람직하며 실질적인 협의를 위해 서 남성의 참여를 적극적으로 유도한다.

- 국제기구 및 NGO와의 협력

가족계획에 대하여 UNFPA, UNICEF, UNAIDS 기구 등 다양한 국제기구, 국제 NGO, 현지 NGO등이 활동을 하고 있다. 따라서 사업지역에서 이러한 기구의 활동 현황을 파악하는 것이 필수적이며, 이들과 적극적으로 연계해서 활동의 중복을 방지 하고, 공동으로 사업을 구상하여 시너지를 얻는다.

4. 가족계획을 증가 및 불안정한 낙태 개선사업' 세부 프로그램 가이드라인

1) 상황분석 (Situation Analysis)

i. 수원국의 보건 개발 현황 분석

- 수원국의 보건의료체계 분석

- 보건부 조직 구성체계
- 국가 가족계획 및 생식보건 관리 체계 구조 분석
- 국가 및 지역사회의 가족계획 및 생식보건 관리 운영분석

- 수원국의 보건 및 가족계획/생식보건 통계 자료 분석

- 기초 인구보건 및 가족계획 통계현황 분석
- 가족계획 및 생식보건 관련 보건통계현황 분석
 - ▶ 합계출산율 (Total Fertility Rate)
 - ▶ 모성사망율 (Maternal Mortality Rate)
 - ▶ 피임실천율 (Contraceptive Prevalance Rate)
 - ▶ 미충족 가족계획 수요 (Unmet Need for Family Planning)

- 수원국의 가족계획 및 생식보건 정책 분석

- 수원국 보건의료 전략 및 주요 핵심 보건 정책 분석
- 수원국 국가 가족계획 및 생식보건 관리체계와 정책방향 분석

2) 이해관계자분석 (Stakeholder Analysis)

이해관계자	이해득실	영향력추정	장벽제거전략
가임기 여성	높음	낮음	인식개선
지역사회 주민	중간	중간	인식개선
지역사회 보건요원	중간	높음	역량강화
보건소 가족계획 관계자	중간	높음	역량강화
수원국 보건부	중간	높음	역량강화
지역보건 당국	중간	높음	역량강화
지역 시 책임자	중간	높음	인식개선 및 역량강화
KOICA 지역 사무소	중간	높음	사업기획
KOICA 본부	중간	높음	사업기획
보건분야 지원 중인 국제기구	중간	중간	협력추진
보건분야 지원 중인 각국 공여기관	중간	중간	협력추진

3) 문제분석과 목표분석

가. 문제분석 (Problem Analysis)

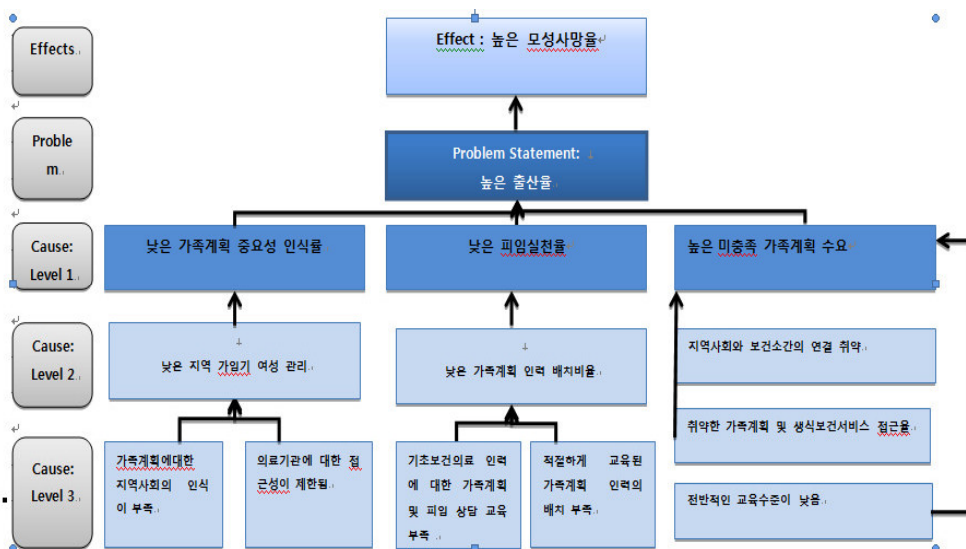
i. 주요 문제점 확인

- 가족계획 및 생식보건 상담 및 서비스 제공 접근성 제한
- 보건시설의 부족
- 보건시설에 대한 접근성 부족
- 보건시설과 마을 등 지역사회와의 연계 부재

- 낮은 피임실천율
- 높은 미충족 가족계획 수요
- 보건인력의 질 저하
- 보건인력의 가족계획 및 생식보건 관련 서비스 제공 역량 부족
- 보건소 및 병원의 피임관련 용품 구비 부족
- 낮은 피임에 대한 중요성 인식
- 높은 피임에 대한 부정적인 인식
- 가족계획 및 생식보건 교육 및 주민홍보 방법의 낙후
- 기타 질병 및 영양부족

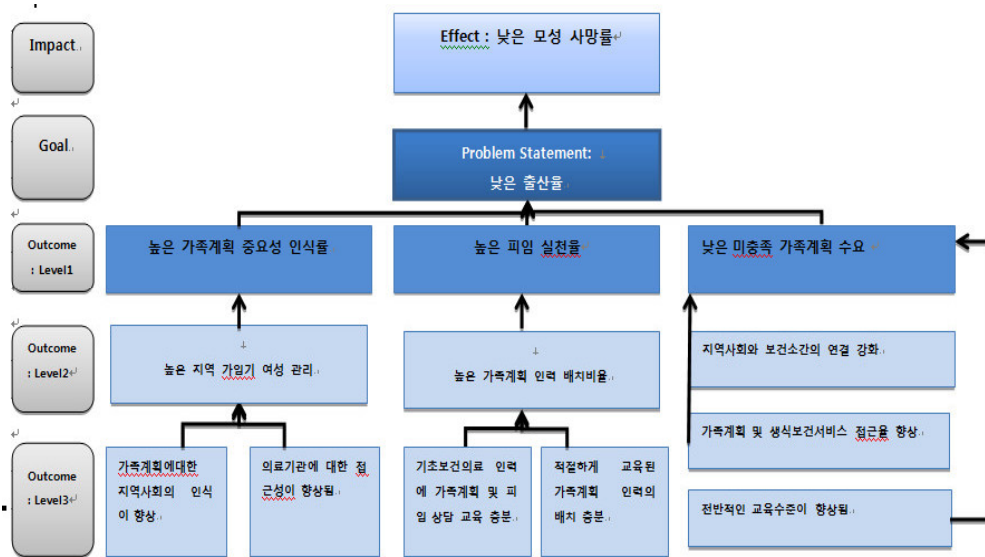
ii. 문제 나무 (Problem Tree) 작성(안)

그림 1. 문제나무 작성 (안)



나. 목표 분석(Objective Analysis)

그림 2. 목표나무 작성 (안)



4) PDM 작성

Narrative Summary (프로젝트요약)	Verifiable Indicators(지표)	Means of Verification (지표 데이터 입수단)	Important Assumptions (외부조건)
Overall Goal(상위목표) 1. 사업지역의 출산율 감소	1. 사업지역의 출산율	1. 보건청 통계자료 (Impact evaluation을 위해 대조군 설정)	
Project Purpose(사업목표)	1. 사업지역 가족계획실천율을 사업 종료 시까지 00%로 상승한다.	1. 주민가구조사(사전/사후)	1. 사업지역의 내전, 부족 간 전쟁이 벌어지지 않는다.
Intermediate Outcome (중기성과)	2. 사업지역 가족계획서비스 이용율을 사업전의 100% 이상 증가시킨다.	2. 가족계획 서비스 제공 리스트(사전/사후)	2. 사업지역에 전염병이 발생하지 않는다.
1. 사업지역 주민들이 안전하고 지속적인 가족계획 서비스를 받는다.	3. 사업지역 미충족 가족계획수요를 사업 종료 시까지 00 %로 감소시킨다.	3 주민기구 조사(사전/사후)	
Immediate Outcome (단기성과)	1. ①지역주민의 가족계획 필요성 인식을 사업 종료 시까지 00%로 상승시킨다.	1. - ①주민기구 설문조사(사전/사후/대조군)	1. 사업수행 관련 수원국측정부(관계기관)과 유가적 협조관계를 구축한다.
1. 사업지역 주민들의 가족계획에 대한 지식 및 태도향상	②지역주민의 정확한 피임법에 대한 정보를 가진 비율을 00%로 상승시킨다.	- ②주민기구 설문조사(사전/사후/대조군)	2. 사업지역 주민들이 적극적으로 협력한다.
2. 보건의로 인력의 가족계획서비스 역량강화	③건강보조요원과 주민지도자의 가족계획 교육참여율을 00%이상으로 유지한다.	- ③가족계획 교육 참여자 리스트	
3. 적절한 가족계획 서비스를 지속적으로 제공	2. ①가족계획 상담을 시행할 수 있는 건강보조요원, 조산사, 간호사를 00 명 양성한다.	2. - ①가족계획 워크숍 졸업자 리스트	
4. 지역사회 가족계획 파트너십 구축	②가족계획 기술을 할 수 있는 조산사, 간호사를 00 명 양성한다.	②가족계획 기술 트레이닝 이수자 리스트	
	2. ①가족계획 상담을 시행할 수 있다.	3. ①사업지역 보건소 평가(사전/사후/대조군)	

Outputs(산출) 1. 사업지역 주민들의 가족계획에 대한 지식 및 태도향상 2. 보건의료 인력의 가족계획 서비스 역량강화	[가족계획인식향상] 1-a 가족계획 필요성에 대한 지역사회 홍보활동 ①라디오를 통한 가족계획 홍보횟수	는 건강보조요원, 조산사, 간호사를 00 명 양성한다. ②가족계획 시술을 할 수 있는 조산사, 간호사를 00명 양성한다. 3. ①사업지역 보건소 00 중 가족계획 상담 및 시술을 할 수 있는 보건소가 00개 이상이 되도록 한다. ②보건소 및 아웃리치를통해서 콘돔 및 경구피임약에 접근할 수 있는 비율을 00%이상이 되도록 한다. ③장기피임 시술율과 영구 피임시술율을 사업 전에 비해서 00%이상 증가하도록 한다. 4.①사업지역의 모든 마을에 가족계획 주민위원회 구성을 00% 이상한다. ②사업지역에서 활동하는 NGO와 미팅을 통해 정보교환을 한다. (간담회 횟수/월별 1회) ③사업지역 보건시스템과 정기 간담회를 개최한다. (간담회 횟수/분기별 1회)	②주민기구 설문조사(사전/사후/대조군) ③주민기구 설문조사(사전/사후/대조군) 4. ①주민위원회 구성조기도	1.사업수행 관련 수원국 측정부(관계기관)와 유기적 협조 관계를 구축한다. 2. 사업지역 주민들이 적극적으로 협력한다.
		1. -①주민기구 설문조사(사전/사후/대조군) -②주민기구 설문조사(사전/사후/대조군) -③가족계획 교육참여자 리스트		

3. 적절한 가족계획 서비스를 지속적으로 제공	②지역사회 장터에서 홍보포스터 배포	2. -①가족계획 워크숍 졸업자 리스트
4. 지역사회 가족계획 파트너십을 구축	③신문을 통한 지역사회 가족계획 홍보	-②가족계획 시뮬레이션 이수자 리스트
	1-b 건강보조요원을 활용한 지역사회 교육 실시	3. -①사업지역 보건소 평가(사전/사후/대조군)
	①건강보조요원 가족계획 워크숍 실시	-②주민가구 설문조사(사전/사후/대조군)
	②건강보조요원 가족계획 교육 이수/참석 인원	-③주민가구 설문조사(사전/사후/대조군)
	1-c 주민지도자를 활용한 교육 실시	
	①주민지도자 대상 TOT 실시 이수 및 참석 인원	
	②주민지도자 분기별 교육 평균 참석 인원	
	1-d 주민대상 교육	
	①가족계획을 위한 미혼 남녀 교육 이수	
	②가족계획을 위한 미혼 여성 교육 이수	
	③건강보조요원 가정방문을 통한 주민 교육 이수	
	④주민지도자를 활용한 주민 교육 이수	
	[가족계획 서비스 역량 강화]	
	2-a 간호사 및 조산사 가족계획 서비스 역량 강화	
	①가족계획 서비스 교육 워크숍 이수	
	②가족계획 서비스 상담 매뉴얼 교육 이수	
	③가족계획 시뮬레이션 및 실습 이수	
	2-b 건강보조요원의 가족계획 서비스	

	스 역량강화 ①가족계획 서비스 교육워크샵 횡수 ②가족계획 서비스 상담매뉴얼 교육횟수 [적절한가족계획서비스제공] 3-a 보건소에 가족계획 서비스 상담/시술센터 운영 ①보건소에 가족계획 서비스전담요원 수 ②보건소에 가족계획 시술장비 배치개수 ③가족계획 시술서비스 제공건수	
	3-b 마을별 가족계획 아웃리치 서비스 제공 ①분기별 마을별 가족계획아웃리치 서비스(임플라논등) 횟수 ②보건소별 아웃리치 팀활동횟수 3-c 가족계획 서비스를 위한물품제공 ①단기피임을 위한 콘돔및페미돈, 호르몬제제공개수 ②중기피임을 위한 임플라논등 주사용 피임기 제공개수 ③가족계획 서비스 안내를위한 리플렛 및 홍보물 제작, 배포개수 [지역사회 가족계획 파트너쉽구축] 4-a 마을별 가족계획주 민위원회 구성 및운영 ①주민위원회 운영횟수 ②주민위원회 주최의 가족계획 워크	4. -①주민위원회 구성 조직도 -②사업지역 NGO 간담회회의록 -③사업지역 보건시스템 간담회 회의록

	삼 개최수 4-b 사업지역에서 활동하는 NGO 및 가족계획 기구와의 연계 ① 사업지역 가족계획 관계기관 회의 횟수 ② 기관별 서비스 공유 건수 및 가 족 계획 물품 공유 횟수 4-c 사업지역 보건시스템과의 연계 ① 지역 보건시스템(지역병원-보건소-보건지소)과의 연계여부 ② 가족계획 서비스의 사전관리와 출 산관리로 연계여부	
Activities(활동) [가족계획 인식향상] 1-a 가족계획 필요성에 대한 지역사회 홍보활동 실시 ① 라디오를 활용한 정기적인 가족계획홍보 ② 지역사회 장터에서의 홍보 퍼포먼스 실행 ③ 신문을 통한 지역사회 가족계획 홍보 1-b 건강보조요원을 활용한 지역사회 교육 실시 ① 건강보조요원 가족계획 초기 워크샵 실행 ② 건강보조요원 분기별 교육 실행 1-c 주민지도자를 활용한 교육 실시 ① 주민지도자 대상으로 TOT 실시 ② 주민지도자 분기별 교육 실행 1-d 주민대상 교육 실시	<한국측> I 자금 ① PMC 운용비용 10만불 ① 서울사무소 인건비 10만불 ① 현장사무소 인건비 30만불 ① 가족계획 홍보비용 20만불 ① 건강보조요원 교육비용 20만불 ① 주민지도자 교육비용 20만불 ① 주민교육비용 10만불 ① 간호사, 조산사 가족계획 서비스 워크샵 10만불 ① 보건소 가족계획 전담요원 운영 20만불 ① 보건소 가족계획 기자재 제공 40만불 ① 가족계획 시술비 대납 10만불	1. 적격 사업 참여 인력 및 기관을 확보한다. 2. 기자재 지원 관련 비용의 급격한 상승 요인 (예: 자재 또는 물류비 상승)이 발생하지 않는다. 3. 가족계획 서비스에 대한 종교적, 문화적인 갈등이 원만히 포용된다.

①가족계획을 위한 마을별 남성교육 실시 ②가족계획을 위한 마을별 여성교육 실시 ③건강보조원 가정방문을 통한 주민교육 실행 (방문복지원) ④주민지도자를 활용한 주민교육 실행(교육복지원) [가족계획서비스역량강화] 2-a 간호사 및 조산사의 가족계획 서비스 역량강화 ①가족계획 서비스의 필요성 교육 워크샵 실행 ②가족계획 서비스의 종류 및 장,단점교육워크 샵 실행 ③가족계획 서비스상담 매뉴얼교 육실행 ④가족계획 시술교육 및 실습. 2-b 건강보조요원의 가족계획 서비스 역량강화 ①가족계획서비스의 필요성 교육워크샵 실행 ②가족계획서비스의 종류 및 장,단점 교육 워크 샵실행 ③가족계획서비스 상담매뉴얼교 육실행	①아웃리치 서비스 제공비용 20만불 ①가족계획 서비스물 품(콘돔, 경구피임 약, 임플라논등) 25만불 ①주민위원회 운영10만불 ① NGO 간담회3만불 ①보건관계기관 간담회 2만불 ①사전조사 및 Baseline Survey 20만불 ①사후평가 및 Endline Survey 20만불 1 인력 ①서울사무소 PMC 총책 임자 1인 가족계획 관련 4급 전문가 1인 행정처리요원1인 ①현장사무소 현장 총책임자 1인 현장 관리운영자 1인 현지인 관리운영자 2인	Pre-Condition(전제조건) 1.사업지역에 가족계획에 대한 UNMETNEED가 존재한다.
---	---	---

5) 평가지표

가. 본 프로그램에서 활용할 수 있는 주요 평가 지표는 아래와 같음

- 합계출산율
- 피임실천율
- 미충족 가족계획 수요
- 가족계획 및 생식보건인력 배치 비율
- 가족계획 및 생식보건 상담서비스 수혜비율
- 가족계획 및 생식보건 서비스 수혜비율

나. 합계출산율 (Total Fertility Rate)

- 정의 : 한 여성이 가임기(15~49세) 동안 낳을 수 있는 평균자녀 수
- 계산식
연령별 출산율의 합
연령별출산율
$$\text{분자} = \text{여성의 연령별로 발생한 출생아수} \times 1,000$$
$$\text{분모} = \text{당해연령별 여자인구}$$
- 자료 확보 방법 : 국가 통계청 및 보건당국 통계

다. 피임실천율

- 정의 : 해당 지역의 가임기 여성 중 피임하는 비율
- 계산식
$$\text{분자} = \text{피임법을 사용하는 가임기 여성 수(미혼/기혼 포함)}$$
$$\text{분모} = \text{가임기 여성의 수 (미혼/기혼 연합 포함)}$$
- 자료확보 방법 : 지역 보건당국 통계 또는 직접 조사

라. 미충족 가족계획 수요

- 정의 : 가족계획서비스를 원하는 여성 중 제공받지 못하는 비율

－ 계산식

분자 = 가족계획서비스를 받지 못하는 여성 수(미혼/기혼 포함)

분모 = 가임기 여성의 수 (미혼/기혼 포함)

－ 자료 확보 방법 : 지역 보건당국 통계 또는 직접 조사

마. 가족계획 및 생식보건인력 배치 비율

－ 정의 : 병원 및 보건소 가족계획 전문 인력이 1명 이상 배치 비율

－ 계산식

분자 = 가족계획 관련 전문 인력 1명 이상 배치 병원 및 보건소 수

분모 = 해당 지역의 병원 및 보건소 수

－ 자료 확보 방법 : 지역 보건당국 통계 또는 직접 조사

바. 가족계획 및 생식보건 상담서비스 수혜비율

－ 정의 : 가임기 여성이 생식보건 상담서비스를 활용하는 비율

－ 계산식

분자 = 생식보건 상담서비스 활용 수

분모 = 가임기 여성 수

－ 자료 확보 방법 : 지역 보건당국 통계 또는 직접 조사

라. 가족계획 및 생식보건 상담서비스 수혜비율

－ 정의 : 가임기 여성 가족계획/생식보건 상담서비스 활용 비율

－ 계산식

분자 = 생식보건 상담서비스 활용 수

분모 = 가임기 여성 수

－ 자료 확보 방법 : 지역 보건당국 통계 또는 직접 조사

6) 사업 구성 요소 및 활동 내역

가. 가족계획 인식도 개선

1-a 가족계획 필요성에 대한 지역사회 홍보활동 실시

- ① 라디오를 활용한 정기적인 가족계획 홍보
- ② 지역사회 장터에서의 홍보 퍼포먼스 실행
- ③ 신문을 통한 지역사회 가족계획 홍보

1-b 건강보조요원을 활용한 지역사회 교육 실시

- ① 건강보조요원 가족계획 초기 워크샵 실행
- ② 건강보조요원 분기별 교육 실행

1-c 주민지도자를 활용한 교육 실시

- ① 주민지도자 대상으로 TOT 실시
- ② 주민지도자 분기별 교육 실행

1-d 주민 대상 교육실시

- ① 가족계획을 위한 마을별 남성 교육 실시
- ② 가족계획을 위한 마을별 여성 교육 실시
- ③ 건강보조요원 가정방문을 통한 주민 교육 실행(방문비 지원)
- ④ 주민지도자를 활용한 주민 교육 실행(교육비 지원)

나. 가족계획 실천율 증가 및 불안정한 낙태개선

3) 세부 구성요소

2-a 간호사 및 조산사의 가족계획 서비스 역량강화

- ① 가족계획 서비스의 필요성 교육 워크샵 실행
- ② 가족계획 서비스의 종류 및 장,단점 교육 워크샵 실행
- ③ 가족계획 서비스 상담 매뉴얼 교육 실행
- ④ 가족계획 시술 교육 및 실습.

2-b 건강보조요원의 가족계획 서비스 역량강화

- ① 가족계획 서비스의 필요성 교육 워크샵 실행
- ② 가족계획 서비스의 종류 및 장,단점 교육 워크샵 실행
- ③ 가족계획 서비스 상담 매뉴얼 교육 실행

3-a 보건소에 가족계획 서비스 상담 및 시술센터 운영

- ① 보건소에 가족계획 서비스 전담요원 확보
- ② 보건소에 가족계획 시술장비(산과초음파, 산과용 검진대) 제공

③ 가족계획 시술 서비스 제공(시술비 제공)

3-b 마을별 가족계획 아웃리치 서비스 제공

- ① 분기별 1회 마을별 가족계획 아웃리치 서비스(임플라논 등) 제공
- ② 보건소 별 아웃리치 팀 운영

3-c 가족계획 서비스를 위한 물품 제공

- ① 단기 피임을 위한 콘돔 및 페미돈, 호르몬 제제 제공
- ② 중기 피임을 위한 임플라논 등 주사용 피임기 제공
- ③ 가족계획 서비스 안내를 위한 리플렛 및 홍보물 제작 및 제공

다. 지역사회 가족계획 파트너십 구축

4-a 마을별 가족계획 주민위원회 구성 및 운영

- ① 주민위원회 구성 및 주민지도자 옹호
- ② 주민위원회 주최의 가족계획 워크숍 지원

4-b 사업지역에서 활동하는 NGO 및 가족계획 기구와의 연계

- ① 사업지역 가족계획 관계기관 회의를 통한 협력 방안 모색
- ② 기관별 장점 분석을 통해 서비스 공유 및 가족계획 물품 공유

4-c 사업지역 보건시스템과의 연계

- ① 가족계획 영구시술을 위한 보건소와의 협력관계 구축
- ② 보건시스템(지역병원-보건소-보건지소)에 연계될 수 있도록 활동
- ③ 가족계획 서비스가 산전관리와 출산관리로 연계될 수 있도록 지원

7) 사업 발굴과 형성 및 사전조사 시 유의 사항

가. 사업의 선정단계

모든 지역이 가족계획이 필요한 것은 아니므로 다음과 같은 사항에 대해 철저한 조사가 필요하다.

i. 가족계획 관련 지표

－ 합계출산율 TFR(Total Fertility Rate)

： 어느 지역에서 가족계획 사업이 필요한가, 필요하지 않은가를 판단할 때 가장

좋은 지표는 합계 출산율 TFR(Total Fertility Rate) 이다. 합계출산율은 출산 가능한 여성의 나이인 15세부터 49세까지를 기준으로, 한 여성이 평생 동안 낳을 수 있는 자녀의 수를 나타낸다. 합계출산율이 4.0 정도이면 1 가구 당 출산아 수는 보통 6~8명 정도이다.

- Unmet need for Family Planning

: 15세에서 49세의 가임기 여성 중 더 이상의 임신을 원하지 않거나 2년 이상의 터울을 원하는 여성 중에서 실제로 피임을 하지 않는 비율로 이것이 높을수록 가족계획의 필요성이 높다고 할 수 있다.

- 연간 인구증가율(Annual population growth rate)

: 매년 인구 증가율로 국가 단위의 필요성 확인이 가능하다.

ii. 사업 지역의 종교나 문화

- 이슬람 지역에서는 특히 인구증가의 속도가 빠르며 다산을 적극 권장하는 문화가 있음을 고려해야 한다.
- 중남미 지역에서는 청소년기의 출산증가가 사회적인 문제가 되고 있다.

나. 사업의 디자인 단계

i. 파트너십

- 사업 구성 시에는 수원국의 보건 당국과 함께 사업을 구상한다.
- 가족계획은 향후 산전관리, 출산관리 등과 연계되어야 하므로 사업지역에 진행하는 모자보건 프로그램을 파악하는 것이 중요하다.

ii. 훈련센터 및 기자재

- 교육훈련을 위한 훈련센터를 고려할 수 있다.
- 기자재는 검진 기자재, 가족계획 시술 기자재, 홍보 및 교육 기자재 등이 필요하며, 일차적인 피임도구 등은 UNFPA 등 국제 기구나 현지 NGO를 통해 협조를 받을 수 있다.

iii. 사업운영 인력

- 현장에 반드시 사업 모니터링을 위한 인력을 상주시키는 것이 필요하며, 지역 보건당국과 공동으로 사업을 운영하는 것이 중요하다.

V. 결론

1. 시사점

가족계획과 생식보건을 포함하는 인구보건 분야의 지원은 과거 인구를 조절 (population control)하는 방안으로서 추진되었으나, 최근에는 여성이 아이를 임신하고 출산하는 것을 결정하는 생식권(reproductive right)이라는 폭넓은 개념으로 제시되고 있다.

특히 출산 시기, 첫 출산 시점, 태울 등에 대해 여성이 선택할 수 있는 “선택권” 이 더 중요시되고 있다. 또한 가족계획과 생식보건은 개발도상국의 취약집단이라 할 수 있는 여성에게, 교육과 경제활동 기회를 보장하는 사회개발의 측면에서 더욱 중요성이 부각되고 있다.

출산 수와 태울의 조정, 첫 임신과 출산의 지연 등은 아동의 수를 적절하게 조절하여 결국 아동의 사망을 감소시킨다. 또한 과다하게 이루어지는 여성 출산의 횟수를 줄임으로써 모성 사망의 감소에도 큰 기여를 한다. 따라서 가족계획과 생식보건은 모성과 아동 건강의 증진에 있어서도 그 중요성이 크게 부각되고 있는 것이다.

그동안 가족계획과 생식보전에 대한 국제사회의 지원이 주춤하는 듯 하다, 최근들어 영국과 게이트즈재단 및 UNFPA등은 이 분야에 대규모 사업을 추진하고 있다. 개발이슈와 여성을 연계한 접근이 강조되면서, 가족계획과 생식보전에 대한 국제사회의 노력이 다시 증대되고 있는 것이다.

한국의 보건의로 역사에서, 비약적인 출산을 감소 등 가족계획 분야의 성공 사례는 이미 주지의 사실이다. 가족계획연구소 및 가족계획협회가 각각 전신이었던 보건사회연구원 및 인구보건복지협회 등은 여전히 활발히 운용되고 있다.

또한 의과대학과 간호대학 및 보건대학원 등에 과거 한국의 가족계획 사업에 참여했던 인력들이 아직 여전히 활발히 활동하고 있다.

한국이 과거 가족계획과 생식보건 분야에 있어 원조를 받은 경험이 있고, 가족계획 분야 사업이 국내에서 활발하게 시도되었다는 점 등은 가족계획과 생식보건 분야 사업에서 한국이 갖는 장점이 될 수 있다.

그러나 한국이 가진 경험을 개발도상국의 상황에 그대로 적용하기는 어려울 것이다. 특히 과거 60~70년대 강력한 관 주도의 사업으로 추진되었던 한국의 경험은, 여성의 선택권, 생식권을 기반으로 한 참여형 사업의 최근 동향과는 다소 차이가 있는 것도 사실이다. 따라서 한국의 경험을 그대로 전수하려 하기보다는, 한국의 경험을 바탕으로 하되 개발도상국의 현장 상황에 맞는 적절한 적용방법을 현지 보건당국 및 주민과 함께 모색해가는 것이 중요하다.

2. 제언

가족계획 및 생식보건 사업을 위한 ODA 사업을 위해, 한국의 경험을 바탕으로 하되 최근의 국제적인 동향 및 접근방식을 활용하여, 개발도상국에서 실제로 활용될 수 있는 사업을 개발하는 것이 가장 중요하다.

우선 가족계획과 생식보건에 대한 접근성을 여성의 권한 강화(empowerment)라는 측면에서 바라보고, 이에 대한 주민들의 인식을 증진시키는 것이 중요하다.

두 번째로 최근 그 중요성이 더욱 부각되고 있는 지역사회 기반의 접근방식을 강화하

여, 지역사회 보건요원 등을 활용한 지역 기반의 보건사업으로 가족계획과 생식보건사업을 추진한다. 지역사회 보건요원을 활성화 하여, 피임과 가족계획 상담 서비스에 대한 접근성을 높여야 한다.

세 번째로는 다양한 형태의 현대적 피임 방식들을 효과적으로 활용하여 가족계획과 생식보건 서비스를 제공한다. 여성에게 다양한 피임 방식을 제공하여 여성의 선택권을 향상시킨다. 특히 지역 내에 단기 피임 방식 이외 반영구적인 장기 피임 서비스를 확산시킨다.

마지막으로 국제적인 파트너십인 FP2020 (Family Planning 2020) 등과도 함께 연대하여, 개도국 가족계획 및 생식보건 증진을 위해 국제사회와 발맞추어 추진하는 것이 필요하다. 아직은 타 분야에 비해 국제적으로 공여수가 적은 가족계획, 생식보건 분야에서 한국한 국가적인 경험을 바탕으로, 개발도상국의 가족계획 및 생식보건 증진에 의미 있는 기여를 할 수 있을 것이다.

참고 문헌

- 김영경, 윤영옥 (2007), 2007년 IPPF 공여국 협의회 결과 보고, 국제개발협력 2007년 제1호, pg. 147-153
- 대한가족계획협회 (1975). 한국가족계획 십년사, 대한가족계획협회
- 대한가족계획협회 (1991). 한국가족계획 삼십년사, 대한가족계획협회
- 대한가족보건복지협회 (2000), “2000년 사업결과보고서”, 『중국연변조선족자치주 인구/인구·생식보건사업』
- 대한가족보건복지협회 (2000). 인구문제와 국제협력
- 대한가족보건복지협회 (2001). 개발도상국 가족계획 프로그램의 가치
- 송용근 (2007). 한국의 개도국 인구·생식보건 지원전략 개발, 경희대학교 NGO대학원 글로벌 거버넌스 전공
- 오충현 (2011). KOICA 모자보건 프로그램모델연구, 한국국제협력단
- 여성부 (2003). 한국여성정책 관련 사료 체계화 방안에 관한 연구, 여성부
- 이규식, 조남훈, 김성희 (1978). 소비욕구의 변화 및 부인의 경제활동과 출산형태, 가족계획연구원, 1978-05
- 이시백, 조남훈, 이규식 (1978). 인구문제, 가족계획연구원, 1978
- 이시백 (2006). “Family Planning in Korea and Reproductive Health Programmes”, 인구생식보건복지협회, 2006
- 위영 (2011). 기록으로 읽는 인구정책의 어제와 오늘, 국가기록원 기록인(IN) 3호 (8)
- 장현식 (2005). “KOICA & Sexual Reproductive Health”, 한국국제협력단
- 조남훈 (2006) “한국 인구, 생식보건의 과거, 현재와 미래”
- 조남훈, 이규식, 정영일, 이종섭 (1979). 1978년도 가족계획사업평가, 가족계획연구원, 1979-03
- 조남훈, 이규식, 이종섭 (1980). 가족계획사업 경영정보제도개선방안 연구, 가족계획연구원, 1980-12
- 한국국제협력단 (2011). KOICA 보건의료 전략 2011-2015.

- 한국국제보건의료재단. 모자보건 ODA 사업 모형 개발. 2011.10.
- 한국보건사회연구원 (1991). 인구정책 30년, 한국보건사회연구원
- 한국보건사회연구원 (2011). 보건분야 ODA 사업 선진화 방안
- 홍사원 (1978). 한국의 인구와 인구정책
- A. Tinker, “Saving the Babies,” Countdown 2015: Sexual and Reproductive Health and Rights for All (New York: Family Care International, Population Action International, and International Planned Parenthood Federation, 2004)
- Bernhard H. Liese, Liane Schubert(2009). Officail development assistance for health—how neglected are neglected tropical diseases? An analysis of health financing. ELSEVIER, International health Vol.1, pp141–147
- Donabedian A. (1980). Explorations in Quality Assessment & Monitoring Vol 1: The Definition of Quality & Approaches to its assessment. Ann Arbor: Health Administration Press
- Guy Hutton (2001). “Poverty Reduction: What does the Sector-Wide Approach have to offer?”
- PAI, “Trends in International Assistance for Reproductive Health and Population” (Washington D.C.: Population Action International, 2005)
- _____, “How family planning protects the health of women and children” (Washington D.C.: Population Action International, 2006)
- _____, “Why population assistance matter” (Washington D.C.: Population Action International, 2004)
- _____, “Progress and Promises”, 『Trends in International Assistance for Reproductive Health and Population』 (Washington D.C.: Population Action International, 2005)
- Simone Diethrich (2011). The politics of public health aid: why corrupt governments have incentives to implement aid effectively, World Development Vol.39, No. 1, pp.55–63
- UN (2011), The Millennium Development Goals Report 2011: UN
- WB, OECD, WHO (2008). Effective aid for better health

연구자료 사회개발 2013-07-271

가족계획 및 생식보건 ODA 프로그램 현황 연구

발 행 2013년 12월
발 행 인 김 영 목
발 행 처 한국국제협력단
편 집 인 사회개발팀
주 소 경기도 성남시 수정구 대왕판교로 825 (우:461-833)
전 화 031) 740-0114
팩 스 031) 740-0655
홈 페이지 <http://www.koica.go.kr>
인 쇄 동 화

[본 보고서의 저작권은 한국국제협력단에 있으며,
한국국제협력단의 허락없이 무단 전재와 복제를 금합니다.]
발간물 등록번호 11-B260003-000268-14

