

발간 등록 번호

11-B260003-000480-01



아프리카지역 보건분야 협력방안 연구 시리즈 1 : 가나 사례

2014. 8

아프리카지역 보건분야
협력방안 연구 시리즈 1 : 가나 사례

2014. 08

한국국제협력단

저자

책임연구원

박 정 한

- (사)글로벌발전연구원 ReDI 보건분야 자문위원
- 대구가톨릭대학교 명예교수

이 태 주

- (사)글로벌발전연구원 ReDI 원장
- 한성대학교 교양학부 교수

국별연구원

▶ 우간다/르완다/모잠비크

홍 문 숙	(사)글로벌발전연구원 ReDI 연구실장
마 연 지	(사)글로벌발전연구원 ReDI 보건연구원
오 수 현	(사)글로벌발전연구원 ReDI 전문연구원

▶ DR콩고/카메룬/에티오피아

서 경	연세대학교 의과대학 교수
민 영 희	(사)글로벌발전연구원 ReDI 보건연구원
신 선 연	(사)글로벌발전연구원 ReDI 연구원

▶ 가나/나이지리아

홍 문 숙	(사)글로벌발전연구원 ReDI 연구실장
이 경 철	(사)글로벌발전연구원 ReDI 전문연구원

본 연구 보고서는 한국국제협력단이 (사)글로벌발전연구원 (Re-shaping Development Institute, ReDI)에 위탁하여 수행한 최종보고서로 본 연구 보고서의 내용은 한국국제협력단의 공식적인 입장과 일치하지 않을 수도 있습니다.

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

목 차

제1장. 국가 현황 분석

1. 개 요	1
2. 보건 문제 분석	3
가. 주요 개발 정책 및 보건 정책	3
1) 개발정책	3
2) 국가 보건 정책 및 전략	5
나. 보건의료시스템	11
1) 개요	12
2) 리더십과 거버넌스 (Leadership & Governance)	13
3) 보건의료 재정 (Health Financing)	16
4) 보건의료서비스 전달체계(Health Service Delivery System)	21
5) 보건의료 인력 (Human Resources)	26
6) 의약품 및 기자재 (Medical products, Vaccines and Technologies)	31
7) 보건의료 정보 (Information)	33
다. 건강 및 질병 현황	38
1) 일반보건현황	39
2) 모성 및 신생아 보건	42
3) 영·유아 보건 및 영양	46
4) 주요 전염성 질병	49
라. 보건과 불평등	54
1) 교육 및 소득에 따른 불평등	55
2) 지역별 격차	57

제2장. 타공여기관 보건분야 지원 현황

1. 대 협력국 보건분야 지원 현황.....	60
가. 개요.....	61
1) 대 협력국 전체 ODA 지원 현황.....	61
2) 대 협력국 전체 보건 ODA 지원 현황.....	63
나. 보건분야 내 주요 공여기관 및 지원 분야.....	66
1) 주요 양자기관.....	66
2) 주요 다자기관.....	67
3) KOICA.....	67
2. 주요 공여기관의 보건분야 협력.....	69
가. 개요.....	69
나. 양자기관 (Bilateral organizations).....	70
1) JICA.....	71
2) USAID.....	79
다. 다자기관 (Multilateral organizations).....	86
1) UNICEF.....	86
라. 민간분야 보건분야 협력 사례.....	90
1) Ghana Coalitions of NGOs in Health.....	90

제3장. 종합제언

1. 요약 및 시사점.....	93
2. 가나 보건전략의 기본방향.....	98
3. 가나 보건사업의 수행전략.....	102
4. 맺음말.....	109

참고 문헌.....	111
-------------------	------------

부 록.....	114
-----------------	------------

표 목차

<표 1-1> 보건분야 중기개발전략 목표 및 활동전략(2010-2013)	6
<표 1-2> MDG 달성을 위한 국가행동계획	8
<표 1-3> 보건분야 예산의 변화추이(2007-2011)	16
<표 1-4> 2012년 상반기 보건분야 예산 집행내역	18
<표 1-5> 가나 보건의료기관 현황	21
<표 1-6> 형태와 소유권에 따른 의료기관 현황(2009)	22
<표 1-7> 의사 수 및 인구 대비 의사 비율 변화 추이	27
<표 1-8> 간호사 수 및 인구 대비 간호사 비율 변화 추이	28
<표 1-9> 가임기 여성인구 대비 조산사 비율	29
<표 1-10> 10대 주요사망원인	39
<표 1-11> 가나 병원에 보고된 질병(2009)	40
<표 1-12> 세계적 질병부담(Global Burden of Disease)	40
<표 1-13> HIV/AIDS 유병률 추이(1999-2009)	52
<표 2-1> 가나 ODA 공여 현황(2010-2012)	61
<표 2-2> 가나 ODA 지원 공여기관 현황(2011-2012년 평균)	62
<표 2-3> 주요 양자기관 보건분야 지원 순위 및 규모(2009-2010)	66
<표 2-4> 주요 다자기구 보건분야 지원 순위 및 규모(2009-2010)	67
<표 2-5> KOICA의 가나 보건 분야 지원 (2012년 기준)	68
<표 2-6> JICA가 수행 중인 보건 분야 무상원조 사업	73
<표 2-7> JICA가 수행 중인 보건 분야 기술 협력	74
<표 2-8> 국가별 MCHIP 접근법 및 참여 유형	83
<표 3-1> 가나 보건분야 프로젝트형 사업 현황(2003-2012)	97
<표 3-2> 보건전략 기본 방향 및 수행전략 프레임워크 (가나)	107
<표 3-3> 가나 통합적 프로그램 사업 사례 (예시)	108

그림 목차

<그림 1-1> HSMTDP의 프레임워크(2010-2013)	5
<그림 1-2> MOH/GHS 조직도	14
<그림 1-3> 보건분야 정부 예산의 비중(2009-11)	17
<그림 1-4> 외래진료의 추이(2001-2009)	19
<그림 1-5> CHPS의 증가추이	23
<그림 1-6> CHPS의 범위확대(2009-2011)	24
<그림 1-7> 국제기준과 비교한 가나의 인구 당 의사 및 간호사 비율	26
<그림 1-8> 보건인력의 증감추이(1995-2009)	27
<그림 1-9> 5세 미만 아동 중 출생신고가 된 아동의 수와 비율(2011)	34
<그림 1-10> 질병 및 부상으로 인한 손실연수(2012)	41
<그림 1-11> 모성사망비 달성 목표현황(2015)	43
<그림 1-12> 아동 사망률의 변화추이	43
<그림 1-13> 가나 신생아 사망원인	44
<그림 1-14> 5세 미만 아동 사망률 변화추이	46
<그림 1-15> 백신 접종 현황	47
<그림 1-16> 가나 아동의 영양상태 관련 현황	48
<그림 1-17> 6-59개월 아동 말라리아 지역별 유병률	50
<그림 1-18> ITN에서 자는 5세 미만 아동의 비율	51
<그림 1-19> 5세 미만 아동사망률의 불평등 현황	55
<그림 1-20> 사회경제적 그룹에 따른 NHIS 가입률	56
<그림 1-21> 북부지역의 5세 미만 아동 사망률	57
<그림 1-22> 신생아 사망률의 지역별 편차	58
<그림 1-23> 지역별 숙련인력에 의한 출산비율(2008, 2011)	58
<그림 2-1> 가나 양자 ODA 지원 분야 현황	62
<그림 2-2> 가나 보건분야에 대한 ODA 지원	63
<그림 2-3> 가나 보건분야 지원 세부분야	63

<그림 2-4> 보건분야 공여국 및 기구(2009-2010)	64
<그림 2-5> 주요 공여기관의 지원 지역	65
<그림 2-6> JICA의 가나 지원 6대 분야	72
<그림 2-7> JICA 대 가나 지원 전략 및 현황	78
<그림 2-8> 가나 Global Health Initiative 성과 프레임워크	80
<그림 2-9> USAID 대 가나 지원 전략 및 현황	85
<그림 2-10> UNICEF 대 가나 지원 전략 및 현황	89

글상자 목차

<Box 1> JICA의 사업사례	74
<Box 2> USAID의 사업사례	81
<Box 3> UNICEF의 사업사례	87
<Box 4> Ghana Coalition of NGOs in Health NGO 맵핑 사례	91

제1장. 국가 현황 분석

1. 개 요

<요약. 가나의 정치, 경제, 사회, 문화적 배경>

- (정치·경제적 배경) 가나는 1957년 3월 아프리카 국가 중 최초로 영국으로부터 독립하였음. 이후 사회주의 노선을 취하면서 1980년대 초까지 정치적 혼란 및 경제 불안이 지속되었으나, 2000년과 2008년 두 차례의 민주적 선거를 통해 대통령제가 정착됨. 원유생산 및 수출이 본격화되면서 지속적인 경제성장을 통해 2011년 중저개발국에 진입하였음. 그러나 사회경제적/지역적 불평등이 북부지방을 중심으로 여전히 심각함.
- (사회·문화적 배경) 가나의 인간개발지수(Human Development Index: HDI)는 꾸준히 증가하여, 2012년 기준으로 187개 국가 중 135위를 기록함. 가나를 구성하는 주요 민족으로 아칸족(45.4%)과 몰-다그바미족(15.2%), 에워족(11.7%) 등이 있으며, 기독교와 이슬람, 토속신앙이 모두 존재함.

- (지리적 특성) 가나의 국토면적은 약 239 천 km²로 한반도의 약 1.1배에 해당한다. 서부 아프리카 기니만 연안에 위치하며 북쪽 지방은 사바나 기후, 중부 지방은 열대기후, 남부는 해안기후의 영향권에 속하는 지리적 특징을 가지고 있다. 국토는 10개의 행정구역으로 구분되며, 2010년 기준으로 인구는 2천 4백만 명으로 추산된다. (수도 아크라 4.01백만 명)
- (정치·역사적 특성) 가나는 아프리카 국가 중 가장 먼저 식민지배에서 독립한 국가이다. 1957년 영국으로부터의 독립은 가나를 아프리카 독립의 상징으로 만들었으며, 이후 범아프리카주의운동(Pan-Africanism)에 큰 영향을 미쳤다. 독립

이후 다른 아프리카 국가와 같이 군부독재 등으로 인한 정치적 혼란 및 경제 불안이 지속되었으나, 2000년과 2008년 두 차례의 민주적 선거를 통해 대통령제가 정착되었다.

- (경제적 특성) 가나는 주빌리 유전의 원유생산 및 수출에 힘입어 2010년부터 2013년 동안 상당한 경제성장을 이룩하였다. 이에 2011년 7월 세계은행으로부터 중저개발국(Low Middle Income Countries: LMICs)의 지위를 부여받았다. 경제성장과 함께 가나의 빈곤률은 1991/1992년 52%에서 1998/1999년 40%, 2005/2006년 28.5%로 꾸준히 감소하고 있으며, 절대 빈곤선 이하 생활인구 역시 같은 기간 36.5%에서 18.2%로 감소하였다. 그러나 전반적인 빈곤수준의 향상과 달리 북부 3개 지역(Northern, Upper West, Upper East)의 빈곤률은 국가 평균을 크게 상회하며, 도농 간의 빈 부차 역시 큰 것으로 조사되었다.
- (사회문화적 특성) 가나의 민족은 아칸족(Akan 45.3%), 몰-다그바니족(Mole-Dagbani, 15.2%), 에위족(Ewe, 11.7%) 등으로 이루어지며, 주요 언어는 영어(공용어), 튀어, 판티어 등이 사용된다. 2012년 가나의 인간개발지수(Human Development Index: HDI)는 0.558로¹⁾ 187개 국가 중 135위로 조사되었다. 1980년대 이후로 가나의 HDI는 수명, 교육, GNI의 모든 측면에서 꾸준히 증가하고 있는 추세를 보이고 있다.
- (교육 현황) 2014년도 기준으로 가나의 15세 이상 인구 중 글을 읽고 쓸 수 있는 인구의 비율은 71.5%로 2007년도의 61.7%에 비해 10% 정도 증가하였다. 4-5세 아동의 취학률(gross enrolment ratio: GER)은 2011/12년 기준으로 99.4%, 초등학교 수준은 96.5%, 그리고 중·고등학교(Junior High School: JHS)에서는 80%로 조사되었다 (Government of Ghana, 2014).

1) 사하라 이남 아프리카 국가 평균: 0.475 (2012)

2. 보건 문제 분석

가. 주요 개발 정책 및 보건 정책

<요약. 가나의 주요 개발 정책 및 보건 정책>

- (가나의 성장과 개발정책) 가나는 2020년까지 중소득국가 진입을 목표로 가나 Vision 2020을 수립하고, 이를 위한 정책 프레임워크로서 GSGDA(Ghana Shared Growth and Development Agenda)를 발표하고 있음. 현재 제 5차 GSGDA가 수립되었으며, 7개의 핵심 분야에 대한 도전과제와 정책적 개입요소를 제시함.
- (국가 보건 정책 및 주요 전략) GSGDA와 연계되는 섹터별 전략의 일환으로 보건분야 중기계획인 HSMTDP(Health Sector Medium Term Development Plan)가 운영되고 있으며, 5가지 전략적 목표를 통해 보건서비스의 접근성 향상, 거버넌스의 강화, 그리고 모자보건의 지표 향상에 집중하고 있음.

1) 개발정책

○ (Ghana Vision 2020) 가나 정부는 1995년 ‘Ghana: Vision 2020’을 수립하고, 2020년까지 중소득국(Middle-income Country)의 지위 획득과 균형경제의 달성, 그리고 생활수준의 향상을 목표로 하였다. 그리고 이러한 비전을 달성하기 위해 단계별로 국가개발전략 및 계획을 수립하여 시행하고 있다.

- 1단계: 경제 및 사회개발정책에 관한 프로그램(Co-ordinated Programme of Economic and Social Development Policies, CPESDP, 1996-2000)
- 2단계: 제1차 가나 빈곤감소전략(Ghana Poverty Reduction Strategy, GPRS I, 2003-2005)

- 3단계: 제2차 가나 빈곤감소전략(Ghana Poverty Reduction Strategy, GPRS II, 2006-2009)
- 4단계: 가나 동반성장 개발계획(Ghana Shared Growth and Development Agenda, GSGDA, 2010-2013)
- 5단계: 가나 동반성장 개발계획(Ghana Shared Growth and Development Agenda, GSGDA II, 2014-2013)

○ (GSGDA II) 현재 제 5차 가나 동반성장 개발계획이 수립 중에 있으며, 현지조사를 통해 동 계획의 초안을 수집하였다. GSGDA II는 기존의 GSGDA 7대 핵심주제²⁾별로 그 성과를 확인하고, 새로운 중기전략을 위한 도전과제와 정책적 개입요소(Policy Intervention Point)를 제시하고 있다. 특히, 7대 핵심주제인 Human Development, Productivity and Employment에서 가나 보건 분야에 대한 향후 전략적 방향을 다음과 같이 설정하고 있다 (Government of Ghana, 2014).

- 질 높은 보건서비스에의 접근성 향상(Access to quality health care)
- HIV and AIDS/STI 예방 및 퇴치(HIV and AIDS/STI)
- 영양과 식량안보(Nutrition and Food security)

○ (GSGDA II의 전략적 방향) GSGDA II 지금까지의 성과를 분석하며 보건 분야의 정책적 개입요소를 위한 주요한 도전과제로 계속해서 높은 모성사망률을 꼽고 있으며, 보건서비스에 대한 접근성 향상을 위한 방안으로 The Community-based Health Planning and Services: CHPS Initiative의 리뷰 및 강화와 ICT의 활용, 민관협력(Public and Private Partnership: PPP)을 이용한 민간자원 활용 등을 꼽고 있다. 또한 관계 부처들 간의 협의를 통한 가나국민의 영양상태 개선 또한 전략적 방향에 포함되어 있다.

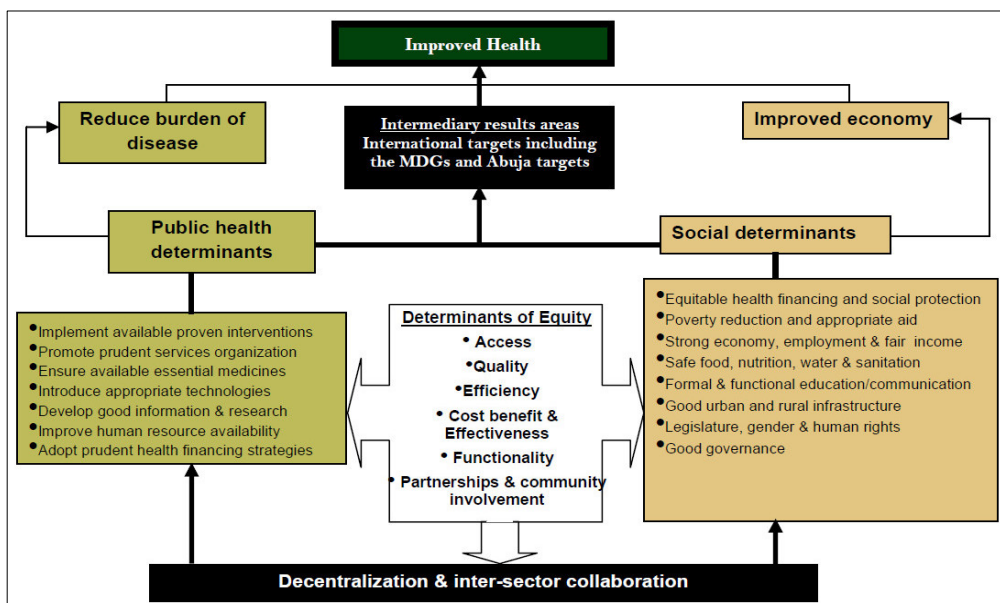
2) ① 지속적인 거시경제 안정 ② 민간부문 경쟁력 강화 ③ 농업 현대화 촉진 및 지속가능한 천연자원관리 ④ 석유 및 가스 개발 ⑤ 인프라, 에너지, 거주지 개발, ⑥ 인적개발, 생산성, 고용 ⑦ 투명하고 책임성 있는 거버넌스

2) 국가 보건 정책 및 전략

가) 보건분야 중기 개발계획 (Health Sector Medium Term Development Plan: HSMTDP)

○ (수립배경) 2009년과 2010년 가나 보건부, 관계부처 그리고 보건분야 개발 파트너들(Development Partners: DP)은 4년 기간의 가나 보건분야 중기 개발계획을 수립하였다. 이는 가나 비전 2020의 목표 하에 섹터별로 수립되는 전략의 일환으로, 지난 HSMTDP 2010-2013에 이어 현재 HSMTDP 2014-2017이 작성 중에 있다. 현지조사에서 확인한 결과 새로운 HSMTDP는 예산(Costing)을 제외한 부분이 완료된 상태로 금년도 상반기 중에 완성될 예정이다.³⁾ 따라서 동 보고서에서는 우선적으로 2010-2013년도 계획을 중심으로 살펴보고, 향후 새로운 계획이 발표될 때 관련내용을 보강하도록 하겠다.

<그림 1-1> HSMTDP의 프레임워크(2010-2013)



출처: Ministry of Health (2010). Ghana Health Sector Medium-Term Development Plan 2010-2013

3) 2014년 4월 현지조사 보건부 관계자 면담

○ (HSMTDP의 전략적 목표) 위 그림과 같이 HSMTDP는 지방분권화와 섹터간 연계를 바탕으로 보건서비스의 형평성(Equity)을 향상하기 위한 공공보건의 측면과 사회적 측면을 모두 고려한 프레임워크를 가지고 있다. 이를 바탕으로 HSMTDP는 다음의 5가지 전략적 목표(Health Policy Objectives)를 가지고 있다.

- 보건서비스 접근성에 대한 불평등의 차이를 줄이고, 빈곤층을 보호하는 지속가능한 재정을 확보하는 것
- 보건 서비스 전달의 거버넌스를 향상하고, 효율성과 효과성을 강화하는 것
- 모성, 신생아, 아동, 청소년에 대한 보건 서비스의 접근성을 향상하는 것
- 전염성/비전염성 질환을 예방하고 치료하며, 건강을 증진하는 것
- 정신보건서비스를 포함하여 시설진료를 강화하는 것

○ (전략적 목표의 예산 및 활동전략) 다섯 가지 목표 중 모자보건개선에 프로그램 예산의 30%가 배정되었으며, 차례로 시설진료 개선(23%), 질병예방 및 건강증진(23%), 거버넌스 강화(16%), 형평성 개선(8%)에 예산이 투입된 것을 확인할 수 있다.

<표 1-1> 보건분야 중기개발전략 목표 및 활동전략 (2010-2013)>

목표	예산 (GH¢ 백만,%)	전략 및 우선순위
1. 형평성 개선	526.75 (8%)	1.1 일차보건의료 중심의 지역보건체계 강화 1.2 빈곤층과 취약계층을 위한 지속가능한 재정전략 수립 1.3 보건의료인력의 활용 및 적정성 확대
2. 거버넌스 강화	1,055.96 (16%)	2.1 성과개선을 위한 역량강화 2.2 정책 및 규정 2.3 공공-민간협력을 포함하여 분야내 협력강화 2.4 정책개발 및 연구를 위한 체계 강화
3. 모자보건 개선	1,970.47 (30%)	3.1 모성 및 신생아사망률 개선 3.2 아동사망률 개선 3.3 청소년보건 개선 3.4 여성, 아동영양개선
4. 질병예방 및 건강증진	1,475.88 (23%)	4.1 전염성질환의 조기발견, 예방 및 관리 개선 4.2 비전염성 질환의 조기발견, 예방 및 관리 개선 - 금연 및 절주정책

5. 시설진료 개선	1,480.40 (23%)	5.1 시설진료 및 응급서비스 개선 5.2 의료기기 및 기술, 수혈 등 5.3 정신보건사업 개선
총 소요예산	6,509.46	

출처: Ministry of Health (2010). Ghana Health Sector Medium-Term Development Plan

○ (전략적 방향성 및 의의) HSMTDP 2010-2013은 모성사망률(315명/10만 명)과 5세 이하 아동사망률(56명/1,000명)을 약 30% 낮추고, 국민건강보험 가입인구를 75%까지 증진하고 그리고 가족계획수용률은 40%까지 향상시키기 위한 목적으로 추진되었다. 특히, MDG 1, 4, 5, 6, 그리고 7의 목표를 달성하기 위한 성과들을 명료하게 제시하고 있고 지리적/사회경제적으로 자원의 평등한 배분을 강조하고 있다고 평가받았다 (IHP+, 2010). 다만, 아직까지 이에 대한 리뷰나 평가 보고서는 공식적으로 발표되지는 않아 계획의 성과나 한계에 대한 정확한 분석에는 한계가 있다.

나) MDG 달성을 위한 국가행동계획 (MDG Acceleration Framework Country Action Plan)

○ (배경) 가나는 2015년까지 새천년개발목표 달성을 국정목표로 정책을 추진 중에 있으며 사하라 이남 아프리카에서 MDG 1(빈곤탈피)을 달성한 첫 번째 나라가 되었다. 그러나 MDG 중 5번째 목표인 모성건강부문이 가장 성과가 지지부진하여 2015년까지 달성이 어려울 것으로 평가됨에 따라 2010년 8월 ‘MDG 달성을 위한 국가행동계획’을 수립하고 ‘모성보건’을 최우선 과제로 선정하였다 (KOICA & KIDI, 2012).

○ (목표 및 우선순위) 동 계획은 2015년까지 75%의 모성사망 감소를 목표로 하고 있으며, 이를 달성하기 위한 핵심적으로 달성되어야 할 항목으로 3가지 핵심 항목과 1가지 범분야 항목을 선정하고 있다.

- 가족계획을 개선
- 숙련된 의료인력에 의한 분만을 개선
- 응급산과처치 및 신생아관리 개선

○ (핵심항목 및 주요활동) 핵심항목별 목표와 주요 활동계획은 다음과 같다.

<표 1-2> MDG 달성을 위한 국가행동계획

항 목	목 표	주 요 활 동
1. 가족계획을 개선	-피임율 28% -가족계획수용률 45%	1.1 가족계획물품의 안정적 공급 1.2 보건인력(조산사 및 지역사회간호사) 훈련
2. 숙련된 의료인력에 의한 분만을 개선	-숙련 인력에 의한 분만을 80%	2.1 산전진찰서비스 확대 2.2 분만 전후 모니터링 강화
3. 응급산과처치 및 신생아관리 개선	-기초 및 포괄적 응급분만케어 (B/CEmONC)의 접근성 60%	3.1 응급보수훈련 강화 3.2 응급분만을 위한 장비 및 인프라 개선 3.3 후송체계 개선 3.4 가정 내 구급서비스 런칭 3.5 신생아 관리 개선 3.6 모성사망 조사시스템 도입
4. 범분야(Cross-cutting)		4.1 리더쉽 강화 - 국가실행위원회 구성 및 운영 - 국가 및 지역조산사포럼 개최 4.2 보건인력 - 조산사 양성 및 배치 확대 4.3 캠페인 및 옹호활동 4.4 가족보건팀 강화 4.5 관리 및 평가 개선

출처: MoH (2012). Ghana MDG-5 Acceleration Framework and Country operational plan

다) 기타 전략 및 계획

- (세부 보건 분야별 전략 및 계획) HSMTDP과 MDG 달성을 위한 국가행동계획 외에도 가나는 세부 보건 분야별로 관련 전략 및 계획을 수립하고 있다. 예를 들어 신생아 보건에 대한 Ghana National Strategy and Action Plan for Newborn Health, 모성 및 생식보건에 대한 maternal health initiatives such as the Reproductive Health Policy, 보건인력 양성을 위한 Human Resource Development Plan 등이 있다.

라) 도전과제

- (국가보건전략의 약점) HSMTDP는 공여기관들에 의한 합동 리뷰 및 전문가들에게 다음과 같은 한계를 비판받고 있다. 첫째, 전략 내에서 뚜렷한 우선순위가 없이 단순히 보건의슈들이 모두 나열되어 있고, 둘째, 기초보건서비스와 디스트릭트 레벨의 보건서비스를 강조했음에도 불구하고 시스템적인 접근이 이루어지지 못하고 있으며, 셋째, 보건부와 GHS(Ghana Health Service)의 리더십과 관리기능 및 역할에 중복과 혼선이 있어 전략의 수행에 한계가 있다.
- 이에 대해 현지조사 시 면담한 가나 대학교 공공보건 대학원의 총장은 새로운 HSMTDP 2014-2017 역시 정신건강(Mental Care)을 제외한 부분이 기존의 계획과 크게 다르지 않은 한계를 노정하고 있다고 비판하며, 가나 보건분야의 우선순위로 보건재정, 보건인력, 보건시스템 및 거버넌스의 이슈가 전략에서 강조되어야한다는 의견을 제시하였다.⁴⁾

4) 2014년 4월 현지조사 가나 대학교 공공보건대학원 총장 면담

<주요개발정책 및 보건정책의 현황과 과제>

A. 보건서비스의 질 향상 강조 및 영양과 식량위기 등의 새로운 정책과제 부각

- 비전 2020의 목표 하에 현재 제 5차 가나 동반성장 개발계획이 수립 중에 있으며, 보건 분야에 대한 전략적 방향으로 1) 질 높은 보건서비스에의 접근성 향상, 2) HIV/AIDS와 STI의 예방 및 퇴치, 3) 영양과 식량안보를 설정함.
- 보건 분야의 정책적 개입요소를 위한 주요한 도전과제로 높은 모성사망률을 꼽고 있음. 보건서비스에 대한 접근성 향상을 위한 방안으로 CHPS의 리뷰 및 강화와 ICT의 활용, 민관협력을 이용한 민간자원 활용 등을 강조함.

B. 지방분권화의 강조와 자원의 배분

- (의의) MDGs의 주요 목표를 달성하기 위한 성과를 모성사망비 감소, 아동사망률 감소, 가족계획의 실시 등으로 명료하게 제시하고 있음. 또한, 지리적/사회경제적으로 자원의 평등한 배분을 강조하고 있음. 특히 지방분권화를 통한 지방 단위의 기초보건서비스의 강화에 우선순위를 두고 있으며, 이를 위한 근거 기반의 목표(Evidence-based)를 구체적으로 제시하고 있음.
- (한계) 그러나 전략의 우선순위가 명확히 명시되지 않으며, 리더십 및 제도적 기반이 약하여 지방정부를 통한 보건서비스 제공에는 현실적인 한계가 있음. HSM TDP 2014-2017는 현재 수립 중에 있으며 기존의 계획 대비 정신 건강을 제외하고 큰 차이가 없을 것으로 파악됨.

나. 보건의료시스템

<요약. 가나의 보건시스템 현황과 과제>

- (탈중앙화와 지방분권화) 가나 정부는 보건부가 보건정책을 총괄하되, 보건서비스의 제공은 가나 보건서비스청과 각 지방 정부차원으로 분권화함. 그러나 서비스 전달 구조 및 지방 정부의 역량부족으로 인해 보건서비스의 균등한 전달에 한계가 있음.
- (CHPS) 커뮤니티 단위의 가장 기초적인 보건서비스를 제공하는 CHPS를 확대하여 취약계층에 대한 보건서비스 접근을 높이려 하고 있음. 그러나 CHPS의 확대와 함께 이를 위한 인력, 공간, 기자재의 확보 역시 함께 이루어져야 하는 과제가 있음.
- (보건분야 재정) 가나의 보건부문 예산은 전체 국가예산의 12.8%(2009년) 수준으로 아프리카 국가 중 높은 수준(11위)이며, 국가건강보험 서비스의 제공을 통해 보다 많은 국민에게 보건서비스에 대한 접근성을 증진하고 있음. 그러나 정부 예산 중 보건분야에 대한 예산이 적으며(아부자 선언의 15%에 미치지 못함), 아직까지 환자의 부담비용이 큰 한계가 있음.

1) 개요

- (가나 보건시스템 구성요소 분석) 가나의 보건시스템 분석을 위해 WHO(2007)에서 제시하고 있는 여섯 가지 요소(Building Block)를 활용하였다. 이는 리더십 및 거버넌스, 보건의료 서비스 전달, 의약품 및 기술, 보건의료인력, 보건의료재정, 보건의료정보로 이루어져 있으며, 구성 요소별로 가나의 현황 및 당면한 주요 문제점들을 통합적으로 파악하였다.

- (가나 보건시스템의 주요 문제점) 가나 보건 시스템의 문제로는 정책과 서비스 전달의 이원화가 이루어졌음에도 불구하고 보건 거버넌스 구조에 중복과 비효율성이 존재하는 점, 전반적인 보건서비스의 전달에 지역적, 사회경제적인 불평등, 보건분야에 대한 정부 재정이 점차 감소하고, 의료보험시스템이 시행되고 있지만 재정확보에 대한 보완이 필요한 점, 보건인력의 질과 양, 체계적이지 못한 보건정보시스템 등이 발견되었다. 전반적으로 보건시스템 분석을 위한 여섯 가지 측면에서 모두 개선이 필요하며, 특히 보건 시스템의 체계적인 구축과 이를 위한 건전한 재정의 확보와 전달이 가장 중요한 것으로 판단되었다.

2) 리더십과 거버넌스 (Leadership & Governance)

가) 보건부(Ministry of Health)

- (가나 보건의료체계의 특징) 가나 보건의료체계의 특징으로는 탈중앙화와 지방분권화를 꼽을 수 있다. 가나 정부는 1996년 ‘The Ghana Health Service and Teaching Hospital Act(Act 525)’을 통해 보건정책 기능과 보건 서비스의 제공기능을 분리하고, 이를 통해 보건부가 보건정책을 총괄하되, 보건서비스의 제공은 가나 보건서비스청과 각 지방 정부차원으로 분권화하였다.
- (보건부의 역할) 이에 따라 가나 보건부는 보건의료 정책의 기능을 담당하며 정책형성과 그에 따른 규정을 마련하고 보건분야의 층위별로 통합적인 보건 서비스 패키지를 제공할 수 있도록 조율 및 감독한다. 또한, ODA 사업을 실시할 때는 각 정부기관과 개발협력파트너들과의 협력 및 조정업무를 담당하고 정책평가와 자원배분업무를 수행한다.
- (보건부의 구조) 보건부는 산하에 가나 보건서비스청, National Health Insurance Authority, Food and Drug Authority, Ghana Registered Nurse and Midwives 등과 같은 특정한 목적을 위한 산하기관⁵⁾들을 가지고 있다. 또한, 3차 의료기관인 아크라, 쿠마시, 타말레 3개 교육병원의 경우 보건부로부터 예산지원과 관리감독을 받지만, 준자치정부기관들로서 독립적인 예산관리부서를 두고 운영이 되고 있다.

나) 가나 보건서비스청(Ghana Health Service)

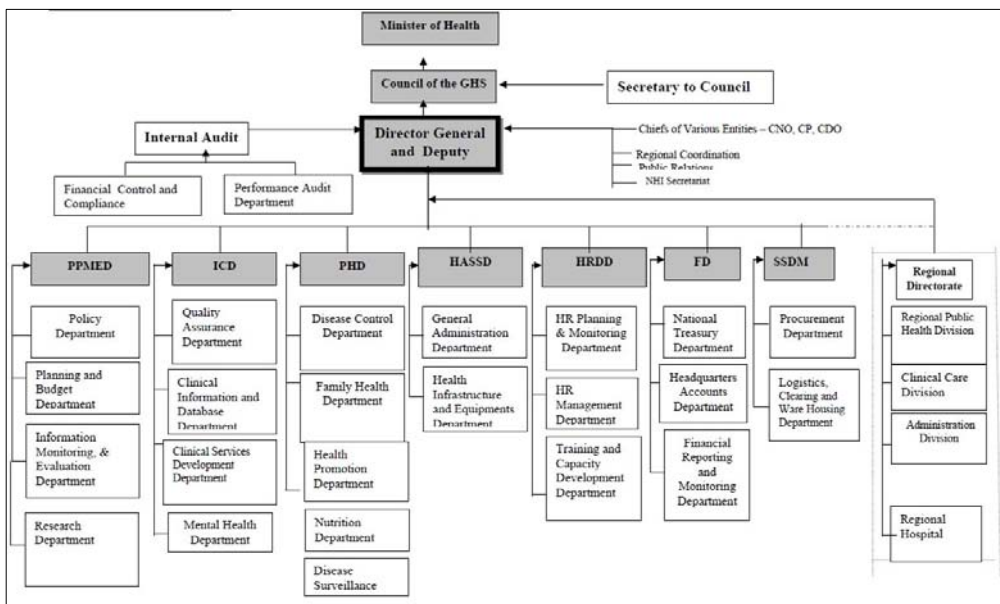
- (GHS의 설립 배경) GHS는 1996년 Act 525에 의해 설립된 보건부 산하의 독립된 기관이다. 공공보건서비스의 제공기능을 맡고 있는 GHS는 1, 2차 보건의료서

5) The Pharmacy Council, Ghana Registered Nurses and Midwives, Alternative Medicine Council, Food and Drug Authority, Private Hospitals and Maternity Homes Board, National Health Insurance Authority, Ghana Health Service

비스의 제공과 관리기능을 담당하고 있으며, GHS 소속의 보건시설은 2009년 기준으로, 9개 도립병원(regional hospitals), 96개 군립병원(district hospitals), 1,106개 보건소(Health centres)와 1,760개 CHPS가 있는 것으로 파악된다(KOICA & KIDI, 2012).

- (GHS의 목표) GHS의 목표는 첫째 국가 보건정책에 따라 보건의료 서비스를 제공하고, 둘째, 질 높은 보건 서비스에 대한 접근성을 향상하고, 셋째, 보건 서비스를 위한 자원 관리와 감독을 신중하게 하는 것이다.

<그림 1-2> MOH/GHS 조직도



출처: GHS 홈페이지

- (보건부와 GHS의 관계) 분권화의 원칙하에 보건부와 GHS의 역할분담이 이루어졌음에도 불구하고, 여전히 두 기관 사이의 역할중복, 보고체계, 리더십 등의 문제가 노정되고 있다. 특히 GHS는 자체적인 기획 및 평가시스템을 가지고 있어 보건부와의 역할 중복과 의견충돌로 조화로운 협응이 잘 이루어지지 못하는 것으로 분석되었다(KOICA & KIDI, 2012).

다) 도전과제

- (보건부의 리더십) 가나 보건분야 거버넌스 구조 상 보건부의 산하에 특정한 목표를 가진 에이전시들이 구성되어 있음에도 불구하고, 이를 관리 감독하는 보건부의 역량과 리더십에 한계가 있다고 분석된다(IHP+, 2010). 실제로 가나 보건부 관계자와 면담 시⁶⁾ 보건부가 산하기관들의 활동을 모니터링 할 수 있는 시스템이 부재한 것을 지목되었으며, 가나 대학교 공공보건대학원 총장과의 인터뷰⁷⁾에서도 보건부의 리더십의 한계가 동일하게 노정되었다.
- (보건부의 리더십) 이를 해결하기 위해서는 보건부가 주어진 역할을 적절하게 수행할 수 있는 보건분야의 통합적인 M&E 프레임워크가 수립되어야 하며, 보건부와 산하 기구들 간의 실질적인 의사소통이 강화되어야 할 것이다. 특히, KOICA가 개발 사업을 수행 시에 보건사업의 특성에 맞는 기관과 협력하되, 보건부와의 지속적인 의사소통을 통해 보건부가 관리 및 조정 역할을 수행할 수 있어야 할 것이다.
- (지방정부의 역량) 가나 보건분야 리더십 및 거버넌스와 관련된 다른 문제는 가나 정부가 탈중앙화와 지방분권화를 추구하고 있음에도 불구하고 여전히 지방정부의 역량이 부족하고, 이로 인해 중앙과 지방의 보건정책을 연계하는 데에 어려움이 있다는 것이다. 우선적으로 기초보건 서비스를 위한 지방정부의 재원이 부족하고, 보건분야 행정 및 경영 관련 인프라, 인적자원, 정보 인프라 및 M&E 부문 역시 취약한 것으로 조사된다.

6) 2014년 4월 현지조사 보건부 담당자 면담

7) 2014년 4월 현지조사 가나 공공보건대학교 총장 면담

3) 보건의료 재정 (Health Financing)

가) 보건분야 국가 예산

○ (보건분야 재원) 가나 보건분야의 재정은 크게 정부의 예산지원과 개발파트너들의 자금지원, 그리고 민간재원으로 이루어진다. 정부의 예산지원은 보건부를 통한 연간 예산배정과 국가건강보험 펀드(National Health Insurance Fund)가 있다. 개발파트너들을 통해 지원되는 재원은 무상원조, 유상원조, 혼합신용 등이 있으며, 분야별 자금지원(Sector Budget Support: SBS)이나 Global Health Initiatives를 포함하는 각종 프로그램과 프로젝트로 이루어진다. 마지막으로 민간영역은 보건의료서비스에 대한 개인의 비용지출로 이루어진다 (Ministry of Health Ghana, 2010).

○ (예산의 변화추이) 보건분야에 대한 예산은 지난 몇 년 동안 계속해서 증가하는 추세를 보이고 있다. GHS의 2011년 연간보고서에 의하면 보건 분야 재정은 2007년 약 581,183 달러에서 2011년 1,598,438 달러로 증가하였으며, 특히 2009년에서 2010년 사이에 40.7%로 큰 폭의 보건분야 재정의 확대가 있었다.

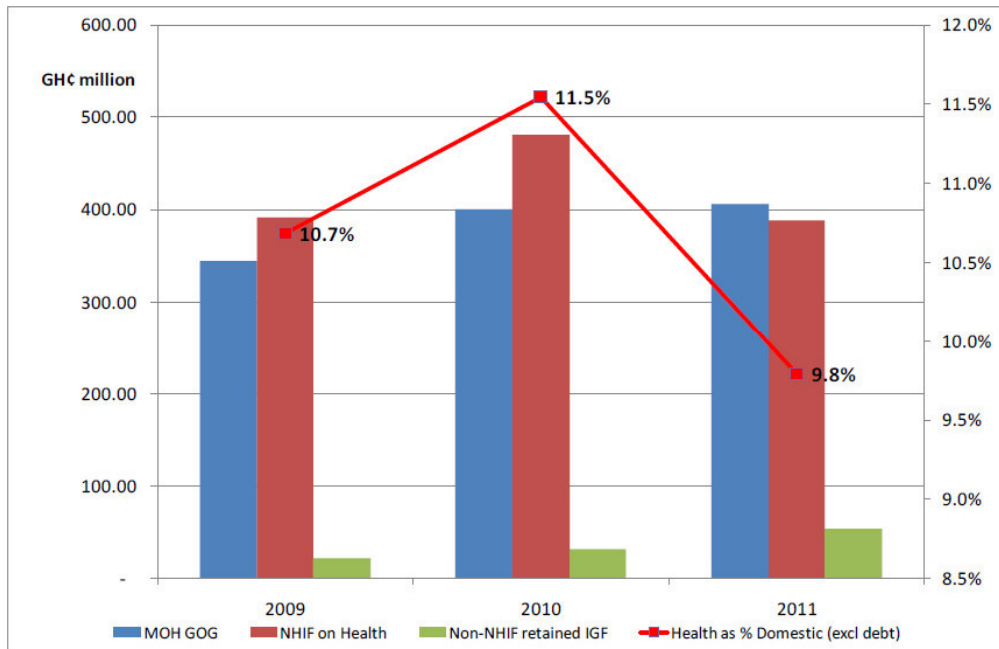
<표 1-3> 보건분야 예산의 변화추이(2007-2011)

TOTAL HEALTH SECTOR BUDGET	2007	2008	2009	2010	2011
SOURCE	BUDGET (000)	BUDGET	BUDGET	BUDGET ("000)	BUDGET ("000)
GOG	248,190.00	268,517.00	344,398.00	400,451.00	406,642.00
HEALTH FUND/SBS	18,900.00	126,731.00	63,981.00	79,823.00	70,660.00
EARMARKED FUNDS	78,583.50	92,191.00	18,602.00	243,294.00	135,970.00
IGF	52,100.00	115,070.00	108,312.00	208,180.00	507,493.00
NHIF	175,909.70	235,430.00	462,940.00	480,908.00	477,673.00
HIPC	9,500.00	6,485.00	11,427.00	8,000.00	
TOTAL HEALTH SECTOR BUDGET	583,183.20	844,424.00	1,009,660.00	1,420,656.00	1,598,438.00

출처: GHS 2011 Annual Report

- (세부 분야별 변화추이) 세부 분야별로 살펴보면 개발 파트너들에 의해 제공되는 보건 펀드와 분야별 자금지원은 2009년까지 감소하였으나 이후 일정수준을 유지하고 있으며, 국가건강보험펀드의 경우 2007년부터 2011년까지 꾸준히 증가하고 있다. 그러나 전체 국가 예산 중 보건분야에 대한 예산은 지난 GPRS II 기간 동안 감소한 것을 확인할 수 있다.

<그림 1-3> 보건분야 정부 예산의 비중(2009-11)



출처: HSMDP, Various annual Budget statements, MOH PPME calculations

- (보건분야 예산 중 국가예산의 비율) 실제로 위의 그래프와 같이 전체 국가 예산에 대한 보건분야 예산의 비중은 2009년의 10.7%에서 2010년에는 11.5%로 증가하였으나 2011년 다시 9.8%로 감소하였다. 이는 보건분야에 국가 예산의 최소 15% 이상을 배정하기로 한 아부자 선언에 못 미치는 수치이다.
- (보건분야 예산 집행내역) 보건분야의 예산은 주로 인건비에 사용되며, 그 외에 물품과 서비스 구입 등에 사용되는 것으로 파악된다. 실제로 2012년 상반기의 보

건분야 예산 집행내역을 살펴보면 인건비가 400.60 백만 세디스로 전체 예산의 약 80%를 차지하고 있다.

<표 1-4> 2012년 상반기 보건분야 예산 집행내역

(단위: 가나 세디스)

분류	승인	집행	%
인건비	400.60	355.47	88.7
상품과 서비스	95.26	90.17	94.7
자산	76.68	53.30	69.5
총합	572.54	498.94	87.1

출처: Ministry of Health (2012), Half-year report January-June 2012

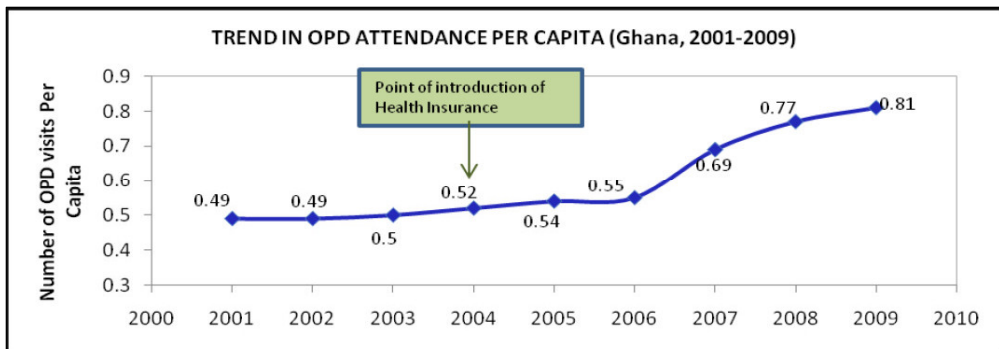
- (보건재정의 어려움) 가나 보건재정의 문제 중 하나는 동 분야에 투자되는 정부 예산의 비중이 감소하고 있다는 것이다. 또한, 가나가 중저소득국의 지위를 획득함에 따라 개발파트너들의 가나 보건분야에 대한 꾸준한 지원을 예측하기 어려운 점도 가나 또 다른 어려움으로 제시되고 있다.

나) 국가의료보험제도 (National Health Insurance Scheme: NHIS)

- (NHIS의 배경) NHIS는 가나의 빈곤감소 전략(Poverty Reduction Programme of the Government of Ghana)의 일환으로 2003년 National Health Insurance Act, (Act 650)을 기반으로 하여 수립되었다. 특히 빈곤층과 취약계층에게 보건 의료서비스에 대한 재정적 접근성을 확대하기 위한 목적으로 시행되었다.
- (NHIS의 현황) 2010년 중반까지 NHIS의 가입자는 천오백만 명으로, 인구의 약 66%를 커버하고 있다. 2011년 발표된 MICS에 의하면 전국적으로 15세에서 49세 사이 여성의 69%, 15-59세 남성의 56%, 5세 미만 아동의 54%가 NHIS에 가입된 것으로 조사되었으며, 유효한 의료보험카드를 소지한 비율은 각각 40%, 34%, 51%로 조사되었다 (Ghana Statistics Service, 2012).

- (외래환자의 증가) 국민건강보험의 도입 이후 보편적인 보건서비스 제공이 이루어짐에 따라 민간의료시설들 역시 점차 증가하고 있으며, 국민들의 양질의 서비스 제공에 대한 요구들도 증가하고 있다. 특히, 의료보험의 수혜자가 대부분 외래환자들로 2009년 총 359,401,208 달러의 보험 중 29%가 내원객에게, 71%가 외래에 지출된 것으로 파악된다.

<그림 1-4> 외래진료의 추이(2001-2009)



출처: Ghana Health Service (2010). Facts and Figures

- (NHIS의 한계) 비록 NHIS를 통해 의료보험서비스에 대한 접근성이 확대되었지만 보다 근본적인 문제는 제공되는 서비스의 질과 투명성인 것으로 파악된다. 현재 8%의 여성만이 NHIS를 통한 무상의 모성보건 서비스(Maternal Care Service)를 제공받았으며, 20%의 여성이 NHIS 가입자에게 제공되는 서비스의 질이 나쁘다고 답했다. 또한, 10%의 여성과 18%의 남성이 NHIS에 가입한 후 이를 이용한 보건서비스를 이용하지 않는 등 (Ghana Statistics Service, 2012) NHIS이 확대되고 있음에도 불구하고, 그 서비스의 질과 만족도에 대해서는 개선의 여지가 많은 것으로 분석되었다.

- (지역별 편차) NHIS의 가입률에도 지역별 가입편차가 존재한다. Brong Ahafo 지역의 경우 보험에 가입한 적 있는 여성의 비율이 84%이고 남성이 72%인데 비해, Greater Accra의 경우 같은 항목에 대해 여성이 56%, Central과 Greater Accra 지역의 남성은 44%로 낮게 조사되었다 (Ghana Statistics Service, 2012).

다) 도전과제

- (가나 보건분야 재정의 한계) 가나의 보건부문 예산은 전체 국가예산의 12.8%('09년) 수준으로 아프리카 국가 중 높은 수준(11위)이며, 국가건강보험 서비스의 제공을 통해 보다 많은 국민에게 보건서비스에 대한 접근성을 증진하고 있다. 그러나 정부 예산 중 보건분야에 대한 예산이 적으며(아부자 선언의 15%에 미치지 못함), 아직까지 환자의 부담비용에 큰 한계가 있다. 특히 공공 보건재정 관리(Public Financing Management)가 전략적으로 이루어져, 의료보험의 혜택이 취약층 및 빈곤층에 가장 먼저 돌아가야 한다는 분석이 이루어지고 있다 (IHP+, 2010).
- (가나 보건분야 재정의 한계) 실제로 연구팀이 현지조사 시 수행한 많은 면담에서 보건분야 재정은 가나 보건분야의 가장 시급한 문제 중 하나로 언급되었다. 국민건강보험 재정의 안정화를 위한 방안으로 현재는 행위별 수가제(fee for service)와 포괄수가제(DRG)를 섞어서 시행하고 있으나, 향후 인두제(Capitation)로 전환하는 것이 고려되고 있는 것을 확인하였다.⁸⁾

8) 2014년 4월 현지조사 USAID 담당자 면담

4) 보건의료서비스 전달 (Health Service Delivery)

가. 보건의료서비스의 전달 구조

- (보건의료서비스 전달의 구조) 가나의 보건서비스는 국가수준(National), 지역수준(Regional), 주 수준(District)의 세 수준으로 나뉘어 전달되고, 주 단위에서 Sub-district와 Community Health Delivery로 나뉘어져 지역별 편차가 존재한다. 따라서 보건의료 서비스의 접근성 향상을 위해서는 보건의료 개입이 패키지화 되어 보건소, 주 단위 의료기관, 지역단위 의료기관, 3차 의료기관, 교육의료기관으로 전달될 수 있어야 한다.
- (구조별 의료기관) Ghana Global Health Initiative Strategy에 의하면 가장 상위의 보건서비스를 제공하는 3차 의료기관은 12곳이 있으며, 2차 의료기관은 283개, 1차 의료기관은 2,700여개로 조사된다. 또한, 커뮤니티 보건인력(Community Health Officer)에 의해 운영되는 CHPS는 1,024개인 것으로 조사된다.⁹⁾ 의학학교(Medical schools)가 3곳(Korle-bu Teaching Hospital, Komfo Anokye Teaching Hospital, 그리고 Tamale Teaching Hospital), Nursing School은 28곳, 조산사 학교는 21곳이 있는 것으로 조사되었다.

〈표 1-5〉 가나 보건의료기관 현황

종류	개수
3차 의료기관	12
2차 의료기관	283
1차 의료기관	2700
의학학교(Medical schools)	3
간호사 학교	28
조산사 학교	21
인구 1,000명 당 숙련 보건인력의 비율	의사: 0.1 간호사: 0.6 약사: 0.05
CHPS	1,034 (목표는 4,000)

출처: Global Health Initiative (n.d). Ghana Global Health Initiative Strategy 2012-2017

9) 단, CHPS의 숫자는 조사의 시기와 주체, 방법에 따라 그 숫자가 상이하게 나타나며, 지역 차원의 보건정보 시스템이 열악하여 그 정확한 숫자를 파악하는데 어려움이 있음.

- (지역별 의료기관 현황) 지역별로 살펴보면 가장 많은 의료기관을 가지고 있는 상위 세 개 지역은 Ashanti, Greater Accra, Western 이고, 가장 적은 수의 기관이 분포된 곳은 Upper East와 West 타 지역에 비해 의료기관의 수에 많은 차이를 보이고 있다.

<표 1-6> 형태와 소유권에 따른 의료기관 현황(2009)

REGION	TEACHING HOSPITALS	REGIONAL HOSPITALS	PSYCHIATRIC HOSPITALS	HOSPITALS					POLY CLINIC	HEALTH CENTRE AND CLINICS					MATERNITY HOMES	CHPS	GRAND TOTAL
	GOVT	GOVT	GOVT	CHAG	ISLAMIC	GOVT	PRIVATE	QUASI GOVT	GOVT	CHAG	ISLAMIC	GOVT	PRIVATE	QUASI GOVT	PRIVATE	GOVT	
ASHANTI	1	0	0	17	3	22	48	2	0	32	2	141	161	9	106	4	548
BRONG AHAFI	0	1	0	10	1	8	6	1	1	11	0	149	24	2	46	8	268
CENTRAL	0	1	1	4	1	9	7	1	0	9	0	80	75	2	34	43	267
EASTERN	0	1	0	5	0	12	5	3	0	19	0	166	63	7	47	44	372
GREATER ACCRA	1	1	2	3	2	7	79	6	7	5	1	44	232	17	55	4	466
NORTHERN	1	1	0	6	0	9	0	2	0	33	0	122	20	3	8	96	300
UPPER EAST	0	1	0	1	0	4	0	0	0	15	0	54	11	1	2	55	144
UPPER WEST	0	1	0	2	2	3	1	0	0	14	3	60	4	0	6	39	136
VOLTA	0	1	0	8	0	11	7	1	1	9	0	192	23	0	24	19	296
WESTERN	0	1	0	3	1	11	3	6	2	21	2	98	119	28	61	65	421
GRAND TOTAL	3	9	3	59	10	96	166	22	11	168	8	1106	732	69	389	379	3217

출처: 2014년 4월 현지조사 수집자료, GSS 제공자료

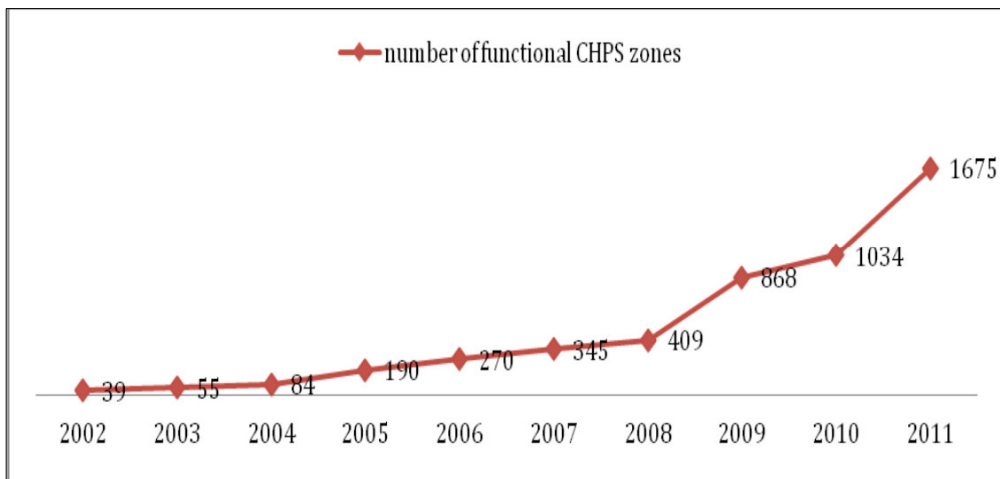
- (지역별 편차) 특히, 가나 전 지역에 걸쳐 54개의 주에 공공 병원이 없는 것으로 조사되어 지역 간 보건서비스의 격차가 있는 것으로 파악된다. Volta 지역의 경우 18개 주 중에 3곳에 병원이 없고, Central 지역의 17개 주 중에 10개 주에 병원이 없다. 공공병원이 없는 주 중 21개의 주는 대신 비정부 병원을 가지고 있는 것으로 조사되었다 (Ministry of Health Ghana, 2010).

나) CHPS(Community-based Health Planning & Service)

- (CHPS의 배경) CHPS는 소구역(sub-district) 내의 커뮤니티 레벨에서 지역사회 보건인력(CHO)에 의해 운영되며 커뮤니티 내에 기초보건서비스를 제공하고, Sub-district 레벨로의 후송서비스를 제공한다. 보건시설과 의료인력 등 보건자원이 절대적으로 부족한 상황에서 가나정부는 시골외곽지역의 보건서비스 접근성 개선을 위해 CHPS를 확대하는 전략을 추진하고 있다.

- (CHPS의 현황) 실제로 2012년 상반기 동안 209개의 새로운 CHPS 존이 확대되어 총 수가 1,994개로 증가하였으며 (Ministry of Health Ghana, 2012), 지난 십여 년간 CHPS의 수는 꾸준히 증가해왔다.

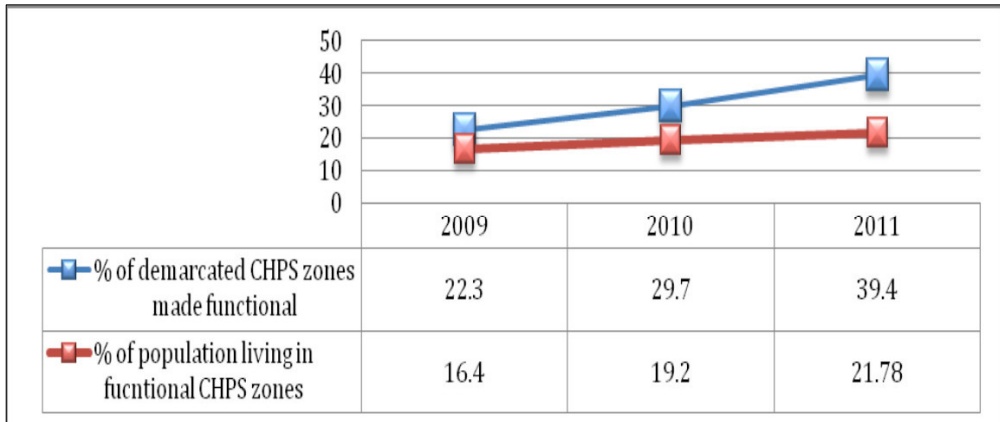
<그림 1-5> CHPS의 증가추이



출처: GHS (2011). Annual Report Final

- (CHPS의 증가) 특히, CHPS의 수는 2009년 868개에서 2011년 1,675개로 두 배 가량 증가하였고, CHPS의 증가와 함께 지역사회보건인력(CHO)의 숫자도 증가한 것으로 파악된다. 이러한 CHPS의 확대와 함께 CHPS에 의한 서비스 제공을 받는 인구의 비율은 2009년의 16.4%에서 2011년 21.78%로 증가하였다.

<그림 1-6> CHPS의 범위확대(2009-2011)



출처: GHS (2011). Annual Report Final

○ (지역별 차이) 지역별로 살펴보면, CHPS가 가장 많이 확대된 곳은 Ashanti 지역으로 2010년 36개에서 2011년 136개로 1년 사이에 100개의 CHPS zone이 새로 설립되었다. 볼타 지역 역시 2009년 50개, 2010년 71개, 2011년 225개로 빠른 증가세를 보이고 있다. 그러나 아산티와 볼타의 2개 지역만이 새로 증가하는 CHPS의 통계를 내기 위한 전담팀을 가지고 있다고 보고했다는 점에서 타 지역들의 CHPS 수에 대해서는 향후 보다 면밀한 조사가 필요할 것으로 보인다.

다) 도전과제

○ (보건의료서비스의 접근성) 1997년 보건분야 개혁이후 전국에 1,131개 기초보건 시설(Community-based Health Planning and Services: CHPS)을 확충하고, 2003년 의료보험제도를 제정하는 등, 가나 보건분야 서비스의 질과 양은 전반적으로 확충되는 추세이다 (KOICA & KIDI, 2012). 그러나 지방분권화로 인한 중앙과 지방의 보건서비스의 수준차이와 사회경제적 계층에 따른 보건서비스에 대한 접근성, 부족한 의료기관 및 열악한 인프라는 향후 개선되어야 할 과제로 남아있다.

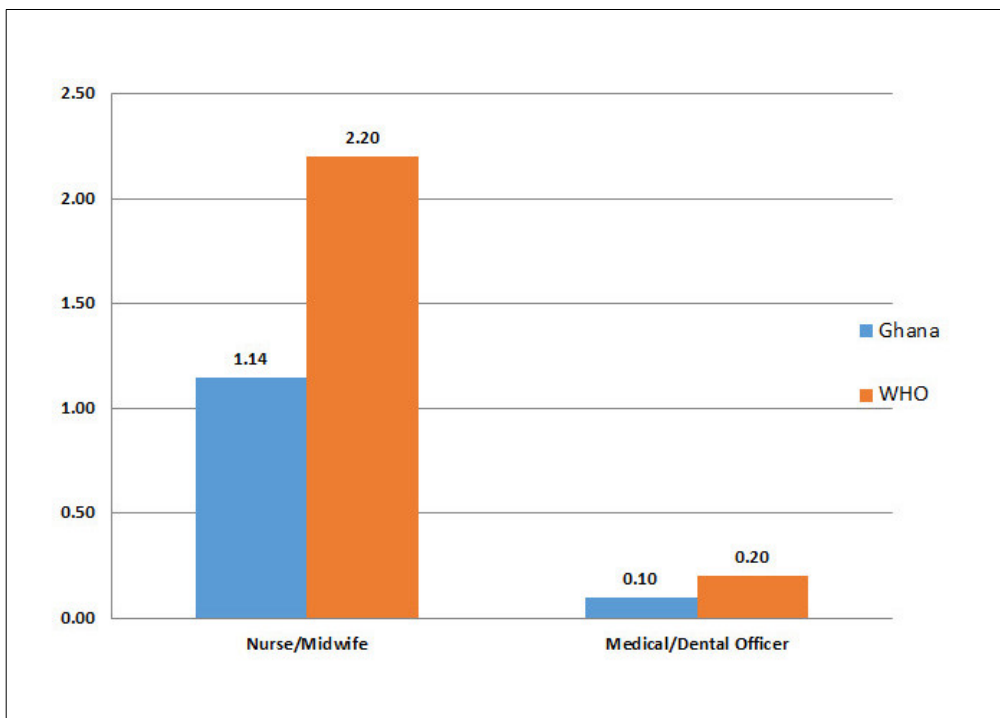
○ (기초보건서비스 제공을 위한 CHPS 확대) 특히, 기초보건서비스의 확대를 위해 CHPS를 확대하고 있지만 지역 간 격차가 존재하며, 증가하는 CHPS의 수와 함께

CHPS에서 근무할 수 있는 지역보건의료인력(CHO)의 양성, 그리고 이들이 활동할 수 있는 CHPS의 공간과 기자재가 확보되어야 할 것이다. 특히 현재 KOICA가 진행하고 있는 볼타지역의 모자보건 사업에서 조산사 양성의 효과성이 보장되기 위해서는 이러한 CHIPS의 문제와 연계된 사업기획이 요구될 것으로 판단된다.

5) 보건의료 인력 (Human Resources)

- (가나 인력개발계획) 가나는 2003년 인적 자원 개발정책을 수립하고, 이에 기반을 한 보건 분야의 인적자원개발 전략인 Human Resource Development Strategy를 수립한다. 동 전략은 2012년에서 2016년까지 5년 동안 보건분야 전문가를 양성하고, 보건인력을 평등하게 제공하며, 궁극적으로 인구대비 보건의료 인력의 비율을 증진하는 목적을 가지고 있다.
- (가나 보건인력 현황) 2010년도 조사자료에 의하면 가나의 인구 1,000명 대비 의사(Physician)와 간호사 비율은 각각 0.1과 1.14로 국제 기준에 절반 정도 모자라다.

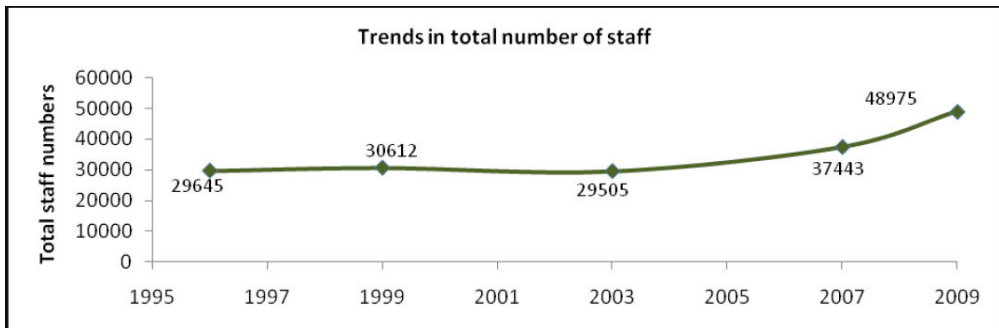
<그림 1-7> 국제기준과 비교한 가나의 인구 당 의사 및 간호사 비율



출처: 2014년 4월 현지조사 UNICEF 수집자료(Global Health Workforce Alliance, 2010)

- (가나 보건인력 증감추이) 연도별 보건인력의 변화 추이를 살펴보면 1995년부터 2003년까지 보건인력의 수는 크게 증가하지 못했으며, 2007년 이후부터 수치가 조금씩 향상되는 것을 확인할 수 있다.

<그림 1-8> 보건인력의 증감추이(1995-2009)



출처: MOH (2010). The Health Sector Medium Term Development Plan 2010-2013

- (직군별 보건인력 현황: 의사) 현지조사 시 통해 가나 통계청(GSS)에서 수집한 자료에 의하면 의사 현황은 전국적으로 조금씩 증가하고 있지만 그 폭이 크지 않다. 특히 지역별 의사 및 간호사의 수가 차이가 있어 Upper West 지역의 경우 2008년 15명에서 2012년 18명으로 증가하였으며, 인구 4만 명 당 의사 1명의 비율로 전국 평균을 크게 미치지 못하고 있다.

<표 1-7> 의사 수 및 인구 대비 의사 비율 변화 추이

지역	2008		2009		2010	2011	2012	
	의사수	의사 1인당 인구수	의사수	의사 1인당 인구수	의사수	의사수	의사수	의사 1인당 인구수
Western	78	32,761	77	33,187	91	91	89	27,775
Central	72	26,689	84	22,877	88	106	104	22,505
Greater Accra	827	5,177	839	5,103	876	1085	1204	3,540
Volta	68	28,490	73	26,538	80	91	90	24,728

Eastern	134	17,817	148	16,132	155	165	139	19,748
Ashanti	495	9,861	589	8,288	562	630	519	9,715
Brong Ahafo	103	21,474	134	16,919	141	145	154	15,705
Northern	33	70,744	46	50,751	72	117	137	19,163
Upper East	30	33,843	29	35,010	29	27	27	39,697
Upper West	15	44,736	14	47,932	14	18	18	40,502
National	1,855	13,074	2,033	11,929	2108	2475	2481	10,452

출처: 2014년 4월 현지조사 Ghana Statistical Service(GSS)수집자료, Centre for Health Information Management (MOH)

○ (직군별 보건인력 현황: 간호사) 전국적으로 인구수 대비 간호사 비율은 계속적으로 증가하고 있다. 흥미로운 것은 Upper West와 East 지역에서 지난 2년 간 인구 대비 간호사 비율이 향상되고 있는 것이다. 이는 한 지역에서 훈련받은 인력을 같은 지역으로 파견하는 정책이 실시되었기 때문으로 파악된다. 실제로 Upper West와 East의 두 지역은 이 정책을 엄격히 지킨 것으로 조사되었고, 그렇지 못한 Western Region과 Greater Accra의 경우 간호사 타 지역의 의료기관으로 이동하여 인구 대비 간호사 비율이 나빠진 것을 확인할 수 있다.

<표 1-8> 간호사 수 및 인구 대비 간호사 비율 변화 추이

지역	2008		2009		2010	2011	2012	
	간호사 수	간호사 1인당 인구수	간호사 수	간호사 1인당 인구수	간호사 수	간호사 수	간호사 수	간호사 1인당 인구수
Western	1,753	1,458	916	2,309	1376	1,712	1,739	1,422
Central	2,104	913	990	1,713	1,370	1,655	1,873	1,250
Greater Accra	4,656	919	3,605	917	3,846	4,502	4,649	917
Volta	2,132	909	1,202	1,440	1,477	1,733	1,789	1,244
Eastern	2,454	973	1,650	1,331	1914	2,259	2,219	1,237

Ashanti	3,533	1,382	1,781	2,243	2,397	3,096	3,253	1,550
Brong Ahafo	1,940	1,169	679	2,879	1,207	1,562	1,645	1,470
Northern	1,480	1,577	831	2,380	1,194	1,645	1,640	1,601
Upper East	1,051	966	469	2,027	904	1,142	1,152	930
Upper West	758	885	326	1,860	583	725	775	941
National	21,861	1,109,916	12,449	1,649	16268	20,031	20,734	1,251

출처: 2014년 4월 현지조사 Ghana Statistical Service(GSS)수집자료, Centre for Health Information Management (MOH)

- (직군별 보건인력 현황: 조산사) 가임기 여성 대비 조산사의 비율은 2010년의 1,538명 당 한 명에서 2011년 1,478명 당 한명으로 증가하였다. 이는 조산사 학교가 전국적으로 세워지고 있고, 많은 조산사가 훈련되고 있기 때문이다. 그러나 Eastern, Northern, Upper West, Volta, 그리고 Western 지역의 경우 수치가 악화되었는데 이는 나이든 조산사의 퇴직에 큰 영향을 받은 것으로 파악된다.

<표 1-9> 가임기 여성인구 대비 조산사 비율

지역	2010년	2011년
ADH	1,800	1,545
BAR	1,539	1,515
CR	1,781	1,688
ER	1,349	1,801
GAR	1,197	1,160
NR	1,981	2,050
UER	1,303	1,265
UWR	1,063	1,122
VR	1,428	1,224
WR	2,015	2,039
전국 평균	1,538	1,478

출처: GHS (2011). Annual Report Final

- (조산사 양성) 조산사의 경우 조산사 학교로의 유입율은 2007년과 2010년 사이에 60.93% 증가하였다 (Dr. Isabella Sagoe, n.d). 그러나 전국적으로 조산사 학

교의 교사 수에 불균형이 존재하고, 교사 당 학생비율 역시 31.1로 14명의 기준을 초과하는 것으로 조사되었다. 이러한 내용은 현지조사 시 JPHIEGO 관계자와의 인터뷰 시 사실로 확인되었다.¹⁰⁾

- (도전과제) 가나 보건인력과 관련된 가장 큰 문제는 소외지역의 보건의료인력이 적게 분포되어 있는 불평등 이슈이다. 의사, 약사, 간호사, 보건행정인력 모두 국가 남부 지역의 도심에 집중 되어 있다. 이를 해결하기 위해서는 조산사의 배치와 같이 한 지역에서 훈련된 인력은 일정 기간 동일 지역에서 근무하게 하는 정책의 확산과 이를 위한 인센티브의 제공 등이 필요할 것이다.

10) 2014년 4월 현지조사 JPHIEGO 담당자 인터뷰

6) 의약품 및 기자재 (Medical products, Vaccines and Technologies)

○ (국가 의약품 공급관련 정책 및 전략) 가나는 국가 의약품 공급 관련하여 가나 국가 의약품 정책(Ghana National Medicines Policy)을 수립하여 시행하고 있으며, 이 정책의 4가지 핵심 요소는 다음과 같다.

- 정책 개발(National Essential Medicines List, Therapeutic Guidelines)
- 규율(Quality Assurance; medicines registration; inspection; local production; TRIPS)
- 보급 관리(Procurement of Commodities; distribution)
- 적절한 사용(Prescribers, consumers)

○ (국가 의약품 공급관련 프로그램) 가나 국가 의약품 프로그램(Ghana National Drugs Programme)을 통해 의약품의 평등하고, 안전하며, 질과 효율적 사용을 위한 프레임워크가 개발되었다. 또한, NHIS에 의해 국가 필수 의약품 리스트의 리스트를 개발되었으며, 평균적으로 Tracer Drug의 활용 가능 정도는 전국적으로 약 70% 정도이다.

○ (의약품의 공급과 관리) 공중보건 분야에서 Center Medical Store(CMS)가 의약품의 주요 보관기관으로서 기능하고 있다. 그러나 공공보건 분야에서 CMS는 주 보관(warehousing) 기관으로서 한계를 노정하고 있으며, 그 결과 많은 양의 의약품과 제약이 오픈 마켓(open market)과 암시장(unregulated market)에서 조달되고 있다고 파악되었다.

○ (의약품의 공급과 관리) 의약품 관련하여 또 다른 도전과제는 관련 법규와 의약품을 효과적으로 공급하고 관리하는 것이다. 그러나 HMTDP에 의하면 의약품 위원회(Pharmacy Council)와 식품의약품위원회(Foods and Drugs Board)는 제약 분야의 관리와 모니터링에 한계를 가지고 있는 것으로 분석되었으며, Port and Customs authorities와 Ghana Standards Board와의 협력이 이루어지지 못해 가나로 기준 미달의 의약품이 유입되는 결과를 낳고 있다 (Ministry of

Health Ghana, 2010). 이는 현지조사 시 USAID와의 면담에서 동일하게 발견된 문제로 특히 말라리아 치료약과 자궁 수축제(Oxytoxics) 등이 발견되어 사업을 수행할 때 의약품의 조달에 주의해야 한다는 점이 제시되었다.¹¹⁾

- (의약품의 전달) 가나의 의약품 분야는 서비스 전달과 관리를 위한 교통의 측면에서도 한계를 가지고 있다. HMDP에 의하면 약 50%의 차량과 65%의 오토바이가 노후하여 교체가 필요하며, 이는 주 차원에서의 유지보수 비용과 운영비를 상승시키는 것으로 분석되었다. 이러한 문제의 발생원인은 노후된 차량의 교체를 위한 적절한 재정분담의 계획이 없기 때문이다 (Ministry of Health Ghana, 2010)
- (도전과제) 가나는 국가 의약품 정책의 실행과 관련된 모든 측면, 단순히 공급측면만 의미하는 것이 아닌 전략과 수행구조 상에 문제가 있는 것으로 파악된다. 의약품의 유지와 교체를 고려한 재원확보를 위한 계획이 부재하고, 의약품의 조달에 대해 관계기관과의 연계가 적절히 이루어지지 못하며, 이를 전국에 보급할 인프라 역시 열악하다. 이를 개선하기 위해서는 우선적으로 관련 정책 및 전략을 보완하고, 구체적인 비용에 대한 재원조달의 방안이 마련되어야 할 것이다.

11) 2014년 4월 현지조사 USAID 담당자 면담

7) 보건의료 정보 (Information)

○ (주요 보건관련 지표수집)¹²⁾ 가나는 주요한 보건관련 지표로 1) Population Census, 2) Demographic Health Survey(DHS), 3) Multiple Indicator Cluster Survey(MICS), 4) Ghana Living Standard Survey, 5) Hospital Administrative Data 등을 수집하고 활용하고 있다.

- Population Census: 10년을 주기로 행해지고 있으며, 2010년에 마지막으로 시행된 것이 가장 최근 자료임.
- Demographic Health Survey: 5년 주기로 행해지며, 지난 DHS는 2008년에 수행됨. 2013년에 수행될 예정이었으나 재정부족 등의 이유로 2014년 현재 수행되고 있으며 11월에 완료될 예정임.
- Multiple Indicator Cluster Survey: DHS가 수행되는 중간중간 실시되며, 수집되는 자료는 DHS와 중복되는 경우가 많음. MICS의 경우 특히 MDG 데이터의 모니터링에 초점을 맞추고 있음. 2011년에 수행됨.
- Ghana Living Standard Survey: 가나 국민들의 생활수준에 대한 총체적인 서베이로 보건과 빈곤에 대한 지표도 포함되어 있음. 온라인으로 지난 서베이(2005-6)를 다운받을 수 있으며, 최근 서베이(2013)는 아직 배포되지 않은 것으로 파악됨.
- Hospital Administrative Data: 의료기관에서 수집되는 자료로 보건인력, 보건기자재, 시설에 대한 자료가 매년 수집됨.

○ (데이터 수집의 어려움: 보건부와와의 협력) 질병관련 데이터는 보건부로부터 GSS로 제공된다. 이를 위해 보건부 내에 Health Information Directorate 및 Health Statistic Section이 있으며, 이곳에서 가나의 질병률과 사망률 등에 대한 자료를 처리한다. 그러나 보건부에서 통계청으로 자료가 제대로 전달되지 않는 경우가 있어 자료의 정확한 처리에 어려움이 있는 것으로 파악된다.¹³⁾

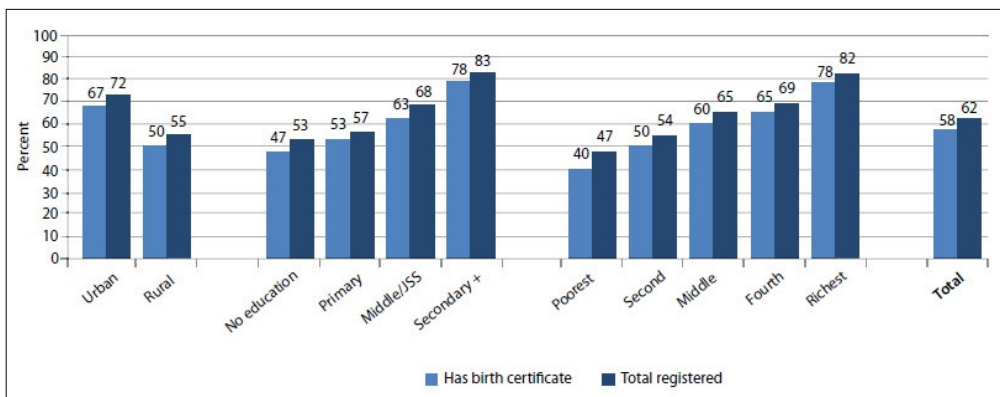
12) 2014년 4월 현지조사 GSS 담당자 면담결과

13) 2014년 4월 현지조사 GSS 담당자 면담결과

○ (부정확한 출생 및 사망신고로 인한 데이터 오류) 또한, 정확한 보건데이터를 수집하기 위해서는 출생신고와 사망신고 등의 기본적인 보건정보가 정확하고, 시간 내에 등록되는 것이 중요하다. 그러나 가나의 경우 출생신고가 제대로 이루어지지 않아서, 기초적인 보건데이터의 확보에 한계가 있다. 실제로 출생신고를 기반으로 집계되는 지표인 출생아 수(Live Birth)는 영아 사망률, 모성사망비, 그리고 5세 미만 아동 사망률에 기반이 되며, 따라서 출생아 수가 정확히 집계되지 않는다면, 모자보건과 관련된 주요 지표들에 오류가 발생할 수 있다. 특히, 사업을 진행하면서 보다 정확한 데이터가 수집됨에 따라 사업지역의 보건환경이 개선되었음에도 불구하고, 보건지표 자체는 사업 이전보다 낮게 나타나는 역현상이 발생할 수도 있다.

○ (출생신고 현황) 가나는 1965년 출생과 사망신고에 대한 법(Registration of Births and Deaths Act (301))을 통해 출생신고와 사망신고를 의무화하고 있다. 그러나 여전히 매년 35%의 아동이 출생신고가 되지 않고 있다. 특히 도농 간의 차이가 심해서 도시는 72%, 지방은 55%의 출생신고가 이루어지고 있다.

<그림 1-9> 5세 미만 아동 중 출생신고가 된 아동의 수와 비율(2011)



출처: Ghana Statistic Service (2012). Multiple Indicator Cluster Survey with an enhanced Malaria Module and Biomarker

○ (낮은 출생신고의 이유) 현지조사 시 수행된 다양한 이해관계자와의 면담결과 가나에서 신생아의 출생신고가 제대로 이루어지지 않는 이유로는 집에서 출산할 경

우가 많고, 등록소가 집 근처에 없거나 멀고, 출생등록이 이루어지지 않아도 유아에 대한 예방접종이나 기초 교육이 가능한 점 등이 발견되었다.

- (도전과제) 가나의 보건정보 시스템의 주요한 도전과제는 보건서비스의 접근성을 개선하고, 보건 자원의 효과적인 관리를 위한 통합적인 보건정보시스템을 개발하고 운용하는 것이다. 특히 독립적 산하기관들을 관리하도록 되어 있는 보건부의 정보관리 시스템이 잘 구축되어 있지 못한 상황이다. 그러나 재원의 부족으로 보건정보 관리를 위한 많은 개발 계획 및 전략이 실제로 수행되지 못했으며, 국가 보건중기전략에서도 M&E가 높은 우선순위를 가지지 못한 것도 가나 보건정보 시스템의 약점인 것으로 평가된다.

<보건시스템 현황과 과제>		
분야	구분	내용
리더십과 거버넌스	도전 과제	- MOH는 정책수립, GHS는 보건서비스 전달로 업무분장이 되었음에도 불구하고, 두 기관 사이의 역할과 책임에 대한 구분이 모호함. - 지방분권화를 꾀하고 있지만, 지역 보건시스템의 역량이 취약함. 서비스를 위한 지방의 재원이 부족하고, 주요 의사 결정과정에서 지역 단위의 리더십이 중요하게 작동함. - 보건부의 관리 역할과 리더십의 문제가 있으며, 이를 강화하기 위해서는 통합적인 M&E 프레임워크가 필요함.
보건 의료 재정	강점	가나의 보건부문 예산은 전체 국가예산의 12.8%('09년) 수준으로 아프리카 국가 중 높은 수준(11위)임.
	도전 과제	- 보건 분야에 투자되는 정부 예산의 비중이 감소하고 있음. - 의료보험의 혜택이 취약층 및 빈곤층에 돌아가지 못함. - 의료보험제도의 재정안정화가 시급함.
보건의료 서비스 전달	강점	기초보건서비스의 제공을 위해 CHPS가 확충되고 있고, 2003년 의료보험제도가 제정되어 보건서비스에 대한 접근성이 향상되었음.
	도전 과제	- 북부 3개 지역의 경우 보건서비스의 전달이 미약함. - 지방 분권화에도 불구하고, 지방정부의 권한이 약하여 지역차원에서 기초보건서비스의 전달에 한계가 있음. - 의료보험제도가 시행되고 있음에도 불구하고, 8%의 여성만이 NHIS를 통한 모성관리 서비스를 받는 등 그 커버리지가 제한됨.
보건 의료 인력	강점	- 최근 전체 보건인력의 수가 점진적으로 증가하고 있음. - 전국적으로 조산사 학교의 수가 증가하고 있음.
	도전 과제	- 소외지역에 보건인력이 적게 배치되는 불평등이 심각함. - 보건인력 양성에서 교사/학생의 비율이 낮아서 질 높은 교육을 제공하는데 한계가 있음.
의약품 및 기자재	도전 과제	- 부처 간 협력 부족으로 인한 기준미달의 약품이 암시장 등을 통해 국내로 반입되는 심각한 문제가 발생함. - 재원확보를 위한 계획이 없고, 교통 인프라 역시 열악함.

보건 의료 정보	강점	인구조사(2010), DHS(2008), MICS(2011), 의료기관 제공 자료 등 주요한 보건데이터가 존재함.
	도전 과제	- 보건부가 산하기관 및 지방정부로부터 정보를 수집 및 관리하기 위한 시스템을 보유하고 있지 않음. - 낮은 출생 신고율로 인해 정확한 데이터 수집의 어려움.

다. 건강 및 질병 현황

<요약. 가나 건강 및 질병 현황과 과제>

- (일반보건현황) 가나의 사망원인 첫째는 말라리아로서 전체 사망의 13%를 차지하고, 하기도 감염과 HIV/AIDS가 9%로 그 뒤를 이음. 인근 국가와 비교한 특이점은 말라리아가 사망원인 1위인 것이며, 비전염성 질환이 많은 것임.
- (모성 및 신생아 보건) 많은 노력에도 불구하고 가나의 모자보건지표는 정체를 보이고 있음. 시설에서의 모성사망률은 출생아 10만 명 당 190명으로 크게 개선되지 않은 상태이며 숙련 인력에 의한 출산율은 57% 수준으로 목표치인 70%를 달성하고 있지 못함. MDG 5목표인 모성사망비 감소는 2015년까지 달성 불가능할 것으로 예측됨.
- (아동보건 및 영양) 가나의 5세 미만 아동 사망률은 천 명당 82명으로, 아프리카 인근국가의 평균보다 양호함. 모든 종류의 예방접종 비율은 역시 84.4%로 높게 나타남. 그러나 사회경제적 그룹과 지역적 그룹 사이에 보건과 영양 관련 지표가 상이하게 존재함.
- (주요 전염성 질병) 말라리아는 외래환자(outpatient illnesses)의 44.5%를 차지하고 입원환자(admissions)의 36.9%, 의료기관에서의 사망원인의 19%를 차지함. 말라리아로 인한 경제적 손해는 GDP의 약 10%로 추산됨. HIV/AIDS의 경우 낮은 유병률을 보이고 있으나 35-39세 인구를 대상으로 유병률이 높게 조사됨.

1) 일반보건현황

- (현황) 정부의 집중적인 투자 및 주요 공여국의 지원으로 기초 의료보건시설이 확대되고, 의료보험 등 관련 제도가 일부 정비되었으나 가나의 주요 보건지표는 여전히 열악한 수준이다. 주목할 점은 빠른 경제성장 및 도시화로 인한 인구사회학적 변화(인구증가 및 노령화 등)로 인해 보건의료 서비스 혜택에 대한 계층지역 간 격차가 심화되고 있다는 점이다.
- (10대 주요사망원인) 가나의 주요 사망원인으로는 말라리아가 13%를 차지하고, 하기도 감염과 HIV/AIDS가 9%로 뒤를 이었다. 인근 국가와 비교한 특이점은 말라리아가 사망원인 1위인 것이며, 비전염성 질환이 많은 것이다. 이에 대한 이유로는 말라리아 발병 확률을 높이는 가나의 지리적/기후적 특성과, 경제수준이 발전함에 따라 도시화로 파악된다.

<표 1-10> 10대 주요사망원인

순위	사망원인	비율(%)
1	말라리아	13
2	하기도 감염	9
3	HIV/AIDS	9
4	뇌졸중	8
5	암	6
6	허혈심장병	5
7	패혈증	4
8	단백질 관련 영양부족	3
9	교통사고	3
10	뇌수막염	3

출처: GBD Compare, 2010

- (주요 질병) 2009년 가나 병원에 보고된 주요 질병은 말라리아가 가장 높은 비율을 보였고, 이어 급성 호흡기 감염(ARI), 피부질환, 설사, 고혈압 등의 순으로 많은 수가 보고되었다.

<표 1-11> 가나 병원에 보고된 질병(2009)

	질병	보고 건수	비율(%)
1	말라리아	6,146,523	44.55
2	급성 호흡기감염	1,151,132	8.34
3	피부질환 및 궤양	576,040	4.16
4	설사병	536,846	3.89
5	고혈압	494,125	3.58
6	류마티즘과 관절염	416,416	3.02
7	안구 질환	264,042	1.91
8	장내 기생충	249,812	1.81
9	빈혈	203,906	1.48
10	임신 관련 합병증	176,888	1.28
11	기타 질병	3,582,264	25.96
	총합	13,796,558	100.00

출처: GHS (2009). CHIM

- (가나 질병부담) WHO 통계자료에 의하면 가나의 질병부담 순위는 말라리아가 1위로 12.3%를 차지했으며, 2위는 HIV/AIDS(7.6%), 3위는 설사관련 질환(6%)으로 조사되었다. 10위까지의 순위는 다음의 표와 같다.

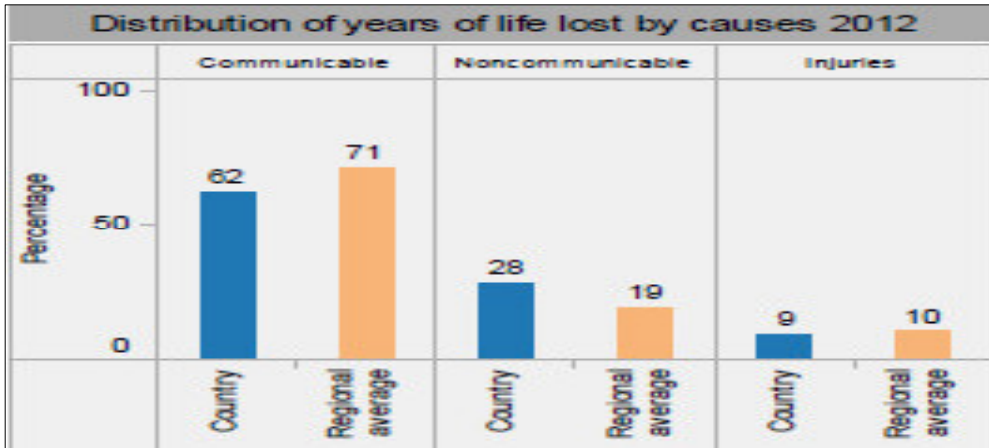
<표 1-12> 세계적 질병부담(Global Burden of Disease)

순위	질병부담의 원인	비율(%)
1	말라리아	12.3
2	HIV/AIDS	7.6
3	설사병	6.0
4	하기도 감염	5.5
5	신생아 감염과 그 외 질환	5.2
6	출생시 질식, 출산시 장애	4.4
7	조숙, 출생시 체중미달	4.0
8	모성건강상태	3.5
9	결핵	3.2
10	부상	2.2

출처: WHO (2010). health Statistics Profile

- (NCD의 증가) 특이한 점은 가나가 전염성 질병, 모성과 주산기 건강상태 및 영양 부족의 비율이 아프리카 평균보다 적고, 대신 비전염성 질병의 비율이 높아지는 추세를 보이고 있다는 점이다.

<그림 1-10> 질병 및 부상으로 인한 손실연수(2012)



출처: WHO (2014). Ghana Statistical Factsheet

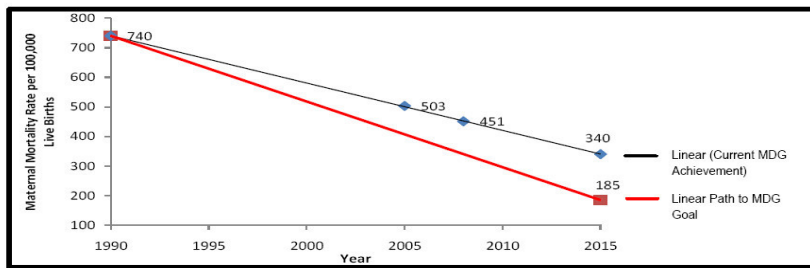
- (MDG 목표달성 추이) 그러나 아프리카 다른 국가들에 비해 말라리아 발병률이 상대적으로 높으며, 특히 MDGs 4번 목표(아동사망률 감소)는 2015년까지 MDG 목표 달성이 불확실하며, MDGs 5번(모성 사망비 감소)와 6번(말라리아/에이즈 퇴치) 목표 역시 2015년까지 달성이 어려울 것으로 전망된다.

2) 모성 및 신생아 보건

- (모성 및 신생아 보건관련 정책 및 전략) 가나는 모성, 어린이, 신생아 보건을 위한 법적 정책적 프레임이 잘 구축되어 있으며, 헌법, The Growth and Poverty Reduction Strategy 2006–2009(GPRS), The Ghana Shared Growth and Development Agenda (GSGDA) of 2010 (GSGDA) 등에 이러한 점들이 잘 명시되어 있다. 또한, 가나는 아동 보호에 관한 많은 국제 협약(Conventions and Treaties)에 서명하고 가입하고 있다.¹⁴⁾
- (모성 및 신생아 보건관련 기관) 특히 가나 정부는 2002년 Ministry of Women and Children Affairs를 설립하고 2009년부터 동 조직을 Ministry for Gender, Children and Social Protection으로 개명하여 여성과 아동에 대한 관심을 표방하였다. 또한, 신생아 보건의 보건분야의 HSMTDP 2010–2013의 주요 목표로 포함되어 있다.
- (모성 보건 현황) 그러나 많은 노력에도 불구하고 모자보건지표는 정체를 보이고 있다. 시설에서의 모성사망비는 출생아 10만 명 당 190명으로 크게 개선되지 않은 상태이며 숙련 인력에 의한 출산율은 57% 수준으로 목표치인 70%를 달성하고 있지 못하다. 조산인력의 확대와 국가무료모성보건서비스 시행에도 불구하고 시설에서의 분만율은 크게 증가하고 있지 못하다. 이는 보건기관의 열악한 장비, 서비스 질에 대한 불만족과 지리적 거리로 인해 적절한 시기에 적절한 서비스를 받지 못하고 가정 내 응급 분만율이 높은 것이 그 이유로 파악되고 있다 (KOICA & KIDI, 2012).
- (MDG 목표 5) 특히, MDG 5목표인 모성사망비 감소는 2015년까지 달성 불가능할 것으로 예측된다.

14) The Convention on the Rights of the Child and associated policies (Early Childhood Care and Development policy), The Children's Act 560, Gender and Child Policy 2004, Orphans and Vulnerable Children's Policy 2005

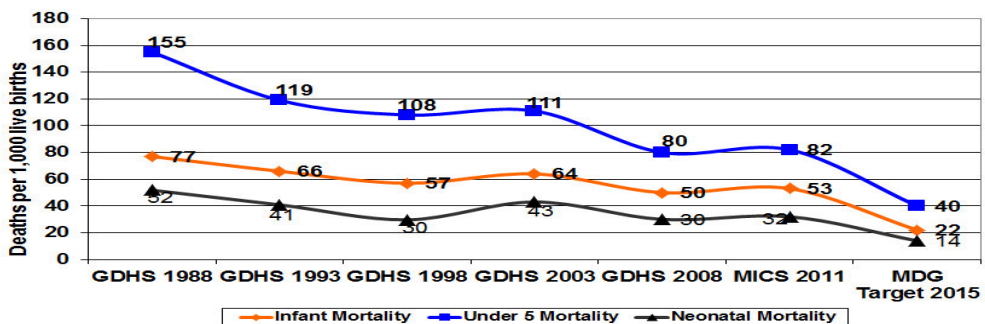
<그림 1-11> 모성사망비 달성 목표현황(2015)



Source: Ghana MAF Action Plan (CAP) (August 2010)

- (아동 생존 현황) 1998년과 2003년 사이 아동 생존과 관련된 주요 지표들은 크게 개선되지 않았다. 영아사망률(Infant Mortality Rate)은 1998년의 57명에서 2003년에 64명(1000명당)으로 증가하였다. 이는 2006년 다시 71명으로 증가하였다가 2008년 50명으로 감소하였다. 모성 사망비의 경우 1990년 십만 명당 740명에서 2005년 503명으로, 그리고 2008년 451명로, 그리고 2012년에는 380명으로 감소한 것으로 조사되었다. 이는 아프리카 지역평균인 500명보다 좋은 수치이다 (WHO, 2014).

<그림 1-12> 아동 사망률의 변화추이

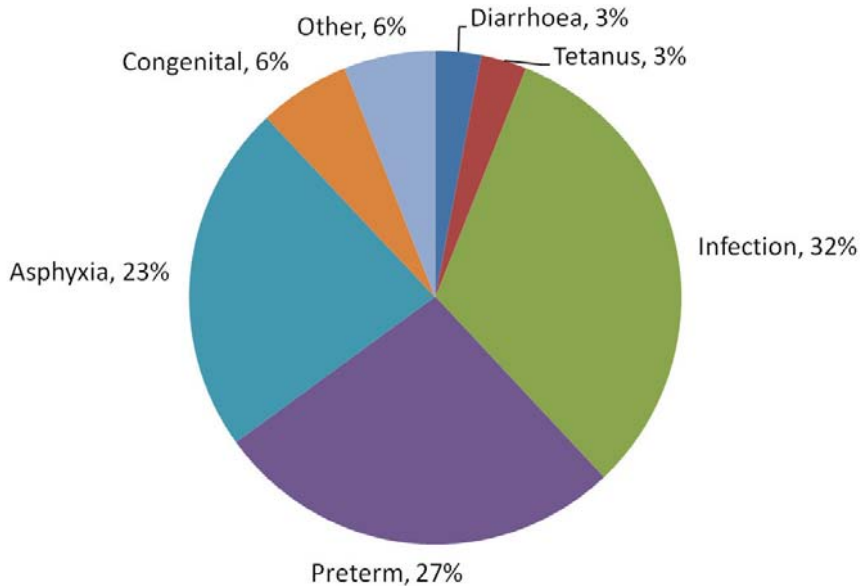


출처: 2014년 4월 UNICEF 현지조사 수집자료, GDHS/MICS

- (아동 생존 현황) 5세 미만 아동 사망률, 영아 사망률, 신생아 사망률 모두 조금씩 감소하고 있지만 2008년 들어 정체되고 있다. 특히 신생아 사망률은 5세 미만 사망률과 영유아 사망률의 개선에 비해 정체되어 있다.

- (신생아 사망 원인) 가나의 신생아 사망원인은 주로 감염(32%), 조산(27%), 그리고 질식(23%) 순인 것으로 조사된다.

<그림 1-13> 가나 신생아 사망원인



출처: 2014년 4월 UNICEF 현지조사 수집자료(Revitalizing Efforts to Address Neonatal Mortality)

- (영양부족) 특히 저자원국가(low resource country)들의 경우 신생아 사망의 주된 원인이 미숙아(Prematurity)이며, 이러한 신생아의 경우 전염성 질환 등의 합병증에 취약하고 분만 시 질식 등에 노출될 가능성이 높다.
- (신생아 보건에 영향을 끼치는 사회/문화적 요인) 또한, 커뮤니티의 문화적 풍습, 믿음, 행동양식이 신생아 보건에 영향을 주는 요인으로 분석된다. 예를 들어 출산 초기 7일 동안 전통의약품만을 사용하는 것, 기존의 보건시설에 대한 부정적 경험, 재정적 이유, 물리적 접근성 등등이 즉각적이고 순차적인 산후관리에 어려움을 겪게 한다. 그러나 불행하게도 이러한 사회문화적 장벽을 제거하고 주민들의 행동변화와 인식개선을 꾀하여 가족 및 신생아에 대한 역량강화를 할 수 있는 홍보와 커뮤니케이션이 부족하고 상황이다.

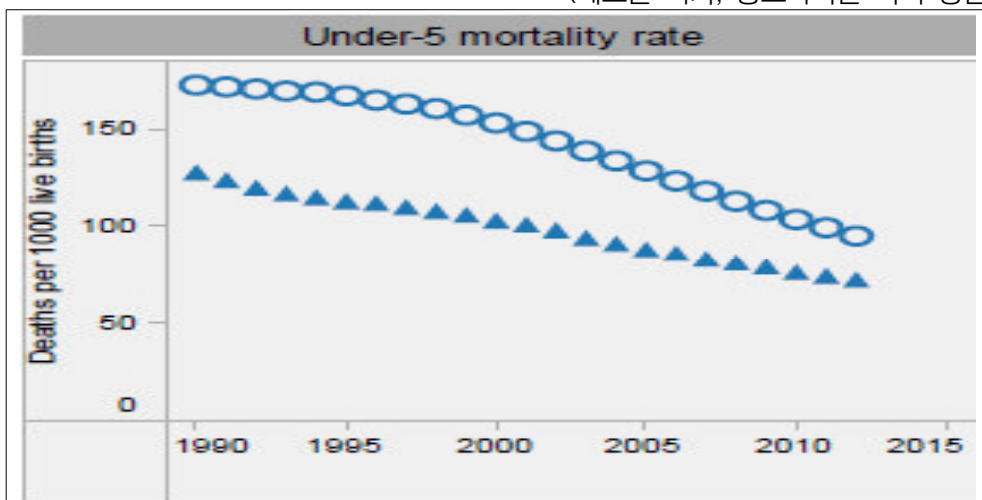
- (모성사망과 신생아 보건 도전과제) NHIS에서 임산부와 신생아를 포함한 19세 미만 청소년에 대한 모든 서비스를 커버하고 있음에도 불구하고, 신생아를 위한 서비스들이 충분히 제공되지 못하고 있다. 그 이유는 신생아 케어에 필요한 필수 의약품이 필수약품 리스트(Essential Drug List)에 포함되어 있지 않기 때문이며, 2차 산전 관리도 NHIS에 포함되어 있지 않기 때문이다. 또한, 신생아 관련 필수 보건지표가 국가 보건정보시스템이 적절하게 포함되지 않은 것도 가나의 낮은 모자보건지표의 원인 중 하나로 분석된다.

3) 영유아 보건 및 영양

- (영유아 보건에 대한 개괄적 설명) 가나의 5세 미만 아동 사망률은 82명(출생아 1,000명 당)으로, 이는 12명의 아이 중 한 명은 5세 생일 전에 죽는다는 것을 의미한다. 신생아의 사망률은 31명(출생아 1,000명 당)으로 추정되며, 영아 사망률은 53명(출생아 1,000명 당)으로 조사된다 (Ghana Statistic Service, 2012).

<그림 1-14> 5세 미만 아동 사망률 변화추이

(세모는 국가, 동그라미는 지역 평균)

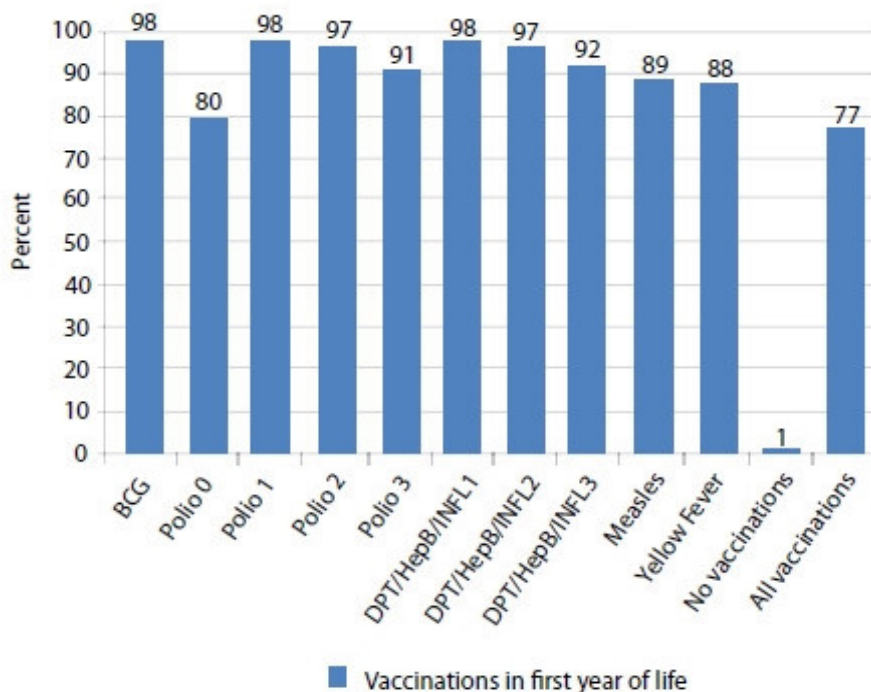


출처: WHO (2014). Ghana Health Profile

- (아동의 질병 예방 관련 현황) 2011년 가나 MICS에 의하면 전국적으로 주요한 백신인 BCG(98.1%), Polio3(91.2%), Penta3(92.9%), Measles(93.7%) 와 같은 예방접종률을 가지고 있으며, 모든 종류의 예방접종 비율은 84.4%로 아프리카 인근국가의 평균에 비해 높은 편이다 (Ghana Statistic Service & UNICEF, 2011).

- (백신 현황) UNICEF와 WHO 가이드라인에 따르면 아동은 결핵을 예방할 수 있는 BCG 백신과 디프테리아, 백일해, 그리고 파상풍을 예방하기 위한 DPT 백신, 그리고 폴리오 백신, 그리고 홍역 백신을 12개월까지 접종해야 한다. 가나 MICS에 의하면 12-23개월의 아동 77%가 첫 번째 생일 전에 완전하게 면역되는 것으로 조사되었다. 그리고 12-23개월 아동의 경우 모든 백신에 대한 접종률이 84%에 달해 (Ghana Statistic Service, 2012), 가나는 아동의 백신 보급률이 양호한 것으로 파악된다.

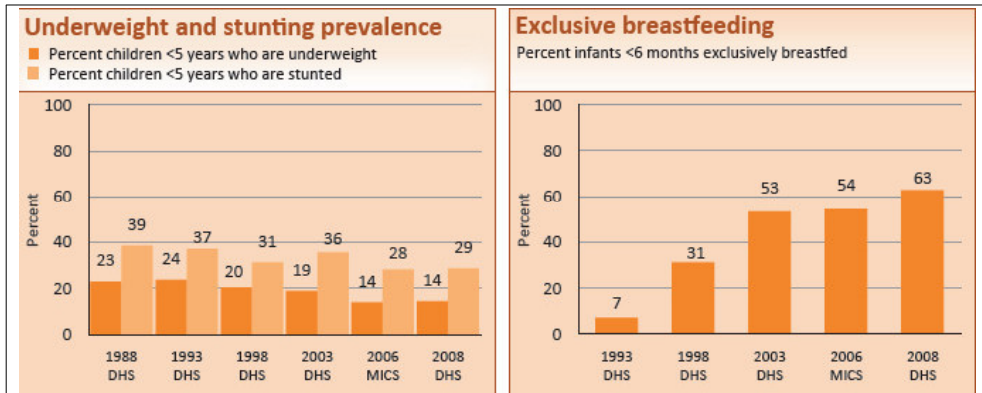
<그림 1-15> 백신 접종 현황



출처: Ghana Statistic Service (2012). Multiple Indicator Cluster Survey with an enhanced Malaria Module and Biomarker

- (영양 상태 및 모유수유) 2008년 DHS에 의하면 5세 미만 아동의 약 14%가 저체중이고, 29%는 발육부진인 것으로 조사되었다. 한편 6개월 미만 아동의 완전 모유수유율은 2008년 68%로 1998년의 31%에 비해 두 배 가량 증가하였다.

<그림 1-16> 가나 아동의 영양상태 관련 현황



출처: WHO & UNICEF (2012). Countdown to 2015

- (아동보건과 영양 도전과제) 아동 보건과 영양과 관계된 도전이슈는 여전히 사회경제적 그룹과 지역적 그룹 사이에 상이하게 존재하는 편차이다. Eastern, Upper East, Central, 그리고 Northern 지역의 발육부진 성장을 겪는 아동 비율은 2008년 각각 38%, 36%, 34%, 그리고 32%였던 반면 전국 평균은 28%였다. 부적절한 연구조사, 관련 섹터에서 영양 이슈의 부조화, 그리고 통합적인 국가 영양 정책이 부족한 점과 외국 식제품(micro-nutrients로 제한된), 그리고 변화하는 생활양식 등이 가나 내의 영양문제를 악화시키는 것으로 분석된다.

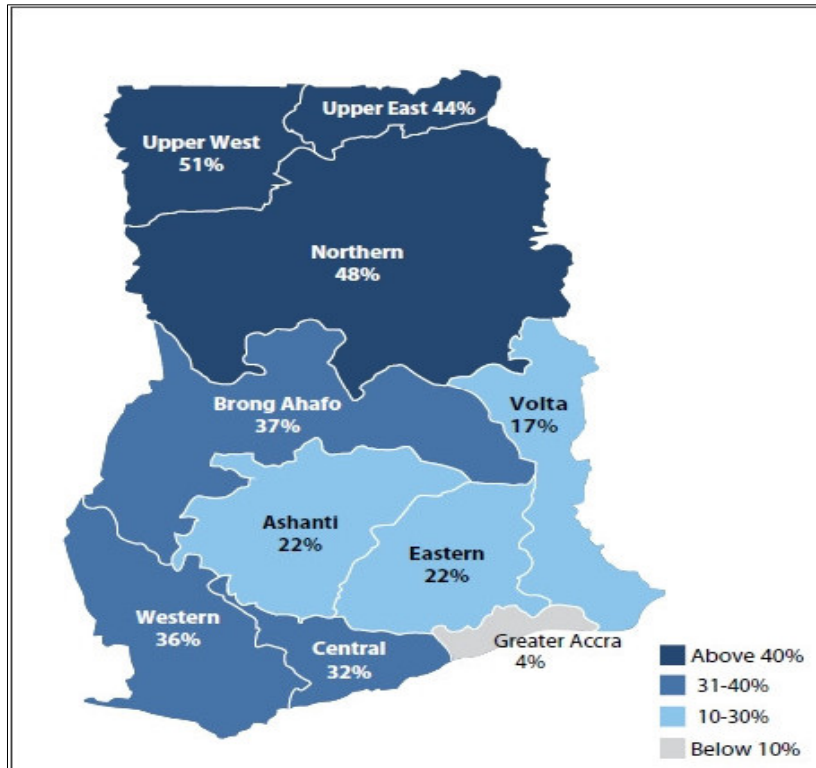
4) 주요 전염성 질병

가) 말라리아

- (현황) 가나에서 말라리아는 사망 및 질환의 주요 원인이다. 특히 취약계층인 5세 미만 아동과 임산부에게 특히 위험하다. 말라리아는 왜래(outpatient illnesses)의 44.5%를 차지하고 36.9%의 입원(admissions)과 19%의 의료기관에서의 사망원인을 차지했다. 또한, 말라리아는 유산과 저체중 출산의 주원인이다. 5세 미만 아동과 임산부의 경우 외래진료의 약 13.8%가 말라리아 때문이고, 약 2만 명의 아동이 5세 미만에 말라리아로 매년 죽고 있다. 보건의로 비용과 생산력 감소, 그리고 다른 이유로 추산되는 말라리아로 인한 경제적 손해는 GDP의 약 10%로 추산된다 (Government of Ghana, 2014).
- (유병률) 가나의 국가 말라리아 유병률¹⁵⁾은 6-59개월 아동 사이에서 28%로 추정된다. 여기에 지역별로 편차가 크다. Greater Accra는 4%로 낮은 반면, Upper West 지역은 51%로 유병률이 높게 나타난다. 또한, 사하라 기후지역(44%)은 해안지역(14%)에 비해 더 높은 유병률을 보이며, 도시 지역(13%)과 지방(39%)도 유병률 차이가 크다 (Ghana Statistic Service, 2012).

15) 임상테스트를 통해 진단된 말라리아의 유병률을 의미함

<그림 1-17> 6-59개월 아동 말라리아 지역별 유병률

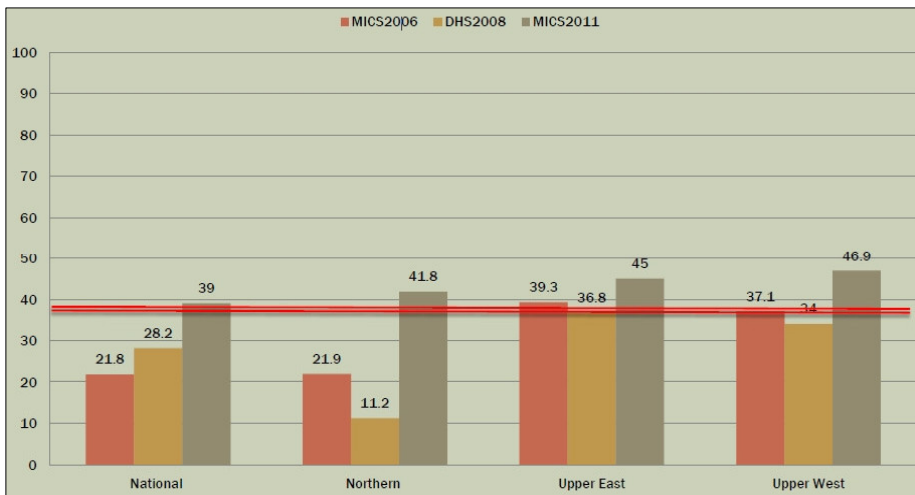


출처: Ghana Statistic Service (2012). Multiple Indicator Cluster Survey with an enhanced Malaria Module and Biomarker

- (가나 내 말라리아 관련 전략) 가나 내에서 말라리아 관련 전략으로 National Malaria Control Strategy 2008-2015가 있다. 동 전략은 National Malaria Control Program(NMCP)에서 GHS와 MOH의 관리 하에서 개발되었으며, 목표는 2015년까지 말라리아로 인한 사망률(malaria mortality)을 75% 감소시키는 것이다.
- (5세 미만 아동의 ITN에서 자는 비율) 5세 미만 아동이 ITN에서 자는 비율은 점차 향상되고 있다. MICS, DHS를 활용하여 지난 10년간의 추이를 분석해 보면, 2006년 21.8%, 2008년 28.2%, 2011년 39%로 거의 목표치인 40%에 육박한 것을 알 수 있다. 특히 말라리아에 의한 피해가 큰 북부 3개 지역의 경우 이 비율은 더 높은 것으로 드러난다.(북부: 41.8%, upper east: 45%, upper west:

46.9%). 그러나 이러한 비율이 전국 평균보다 높음에도 불구하고, 실질적인 5세 미만 아동들의 말라리아 감염율이 이 지역에서 높은 이유는 프로젝트로 인한 단기적인 지표의 개선은 발견되나 이것이 지속적인 임팩트를 도출하고 있지 못하다는 결론을 도출할 수 있다.

<그림 1-18> ITN에서 자는 5세 미만 아동의 비율



출처: 2014년 4월 현지조사 수집자료, Ghana Statistic Service, UNICEF (2011). Snapshot of Key Indicators From Ghana MICS 2011, Northern Regions

나) HIV/AIDS

- (전략) 가나 정부는 HIV/AIDS에 대응하여 국가 HIV/AIDS 전략 프레임워크 (HIV/AIDS National Strategic Framework: NSF)을 수립하고, 새로운 감염을 억제하고, HIV/AIDS로 인한 사회경제적 영향을 줄이기 위해 노력하고 있다.
- (현황) 가나에서 HIV/AIDS는 낮은 유병률의 전염병으로 분류된다. 이는 일부 지역과 인구 그룹에서 높은 유병률을 보인다. 가나의 성인 HIV/AIDS 유병률 (prevalence)는 2003년의 3.6%에서 2012년 1.37%로 계속해서 감소하는 것으로 기록되었다. 이러한 감소추세는 전국적으로 모든 인구그룹에서 발견되었다. 그러나 15-19세 인구에서는 0.7%로 낮게 나타나는 것에 비해 35-39세 인구에

서는 유병률이 3.3%로 높게 조사되었다. 15-19세 인구에서는 0.7%로 낮게 나타나는 것에 비해, 임산부의 HIV 유병률(Median 값)은 2009년 2.9%에서 2011년 2.1%로 다소 정체되어 있다. 새로운 감염은 지난 5년 간 65% 감소하였으며, HIV/AIDS 환자는 전국적으로 235,982명으로 추산된다 (Government of Ghana, 2014).

<표 1-13> HIV/AIDS 유병률 추이(1999-2009)

연도	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
HIV/AIDS 유병률(%)	1.5	2.3	2.9	3.4	3.6	3.1	2.7	3.2	2.6	2.2	2.9

출처: HIV Sentinel Survey Report 2009

- (HIV/AIDS에 대한 인식) 위와 같은 감소추세는 예방과 사람들에 대한 인식개선 등이 잘 이루어진 결과이다. 2011년 MICS에 의하면 98%의 여성과 99%의 남성이 AIDS에 대해 접했으며, 특히 42%의 여성과 47%의 남성이 에이즈에 대한 대표적인 오해에 대해 정확히 인지하고 있는 것으로 조사되었다.

다) 주요 전염성 질병 도전과제

- (주요 전염성 질병 도전과제) HIV/AIDS의 경우 유병률이 점차 감소하고 있으며, 사람들의 인식도 개선되고 있다. 그러나 말라리아는 국내외의 많은 지원에도 불구하고 여전히 가나의 주요 질병 및 사망원인의 1위로 사회경제적으로 국가에 큰 부담이 되고 있는 상황이다.

<건강 및 질병 현황과 과제>

A. 개선되지 않는 모자보건 지표 현황

- 모자보건 관련 정책이 잘 구축되어 있으나, 실제 지표는 더디게 개선되고 있음. 이는 보건기관의 열악한 장비, 서비스 질에 대한 불만족과 지리적 접근성 문제로 인해 적절한 시기에 적절한 서비스를 받지 못하고 가정 내 응급 분만율이 높기 때문으로 파악됨.
- 신생아 사망률의 경우 5세 미만 아동 사망률과 영유아 사망률에 비해 상대적으로 더디게 개선되고 있음. 이는 영양부족과 조산, 그리고 일부 지역에서의 사회·문화적 관습으로 인해 적절한 산후 관리를 받지 못하기 때문임.

B. 영유아의 건강 및 영양 문제

- 저체중과 체중미달, 발육부진인 아동의 비율은 계속해서 감소하고 있음. 그러나 저체중과 체중미달에 비해 발육부진의 경우 더디게 개선되고 있으며, 이는 모유수유 비율, 국가의 영양정책, 변화하는 식습관 등에 영향을 받는 것으로 파악됨.

C. 취약계층의 말라리아로 인한 높은 피해

- 말라리아로 인한 가장 취약계층은 아동과 임산부임. 5세 미만 아동과 임산부의 경우 외래진료의 약 13.8%가 말라리아 때문으로 보고되고, 약 2만 명의 아동이 5세 이전에 말라리아로 매년 사망함. 이러한 말라리아로 인한 경제적 손해는 GDP의 약 10%로 추산됨.

라. 보건과 불평등

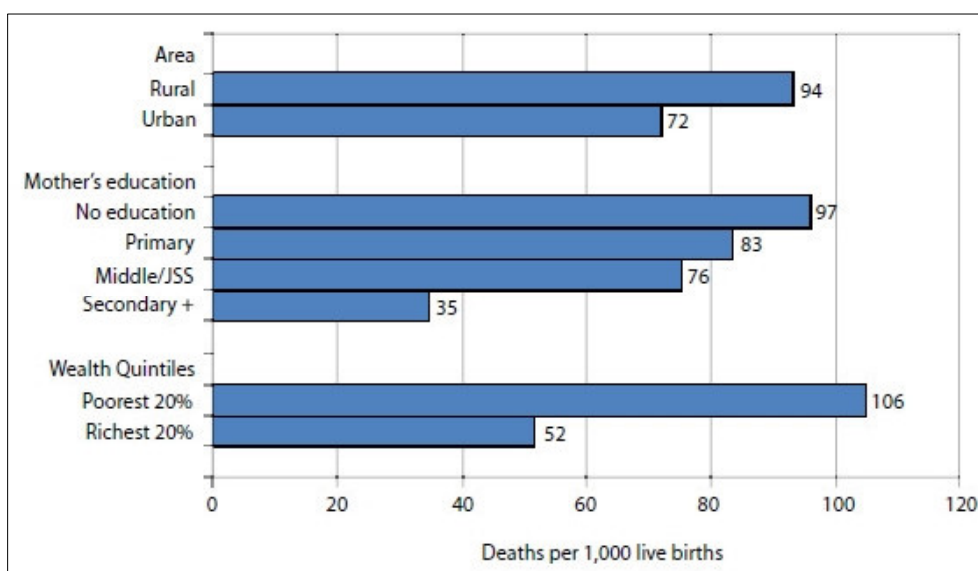
<요약. 빈곤과 불평등>

- (교육 및 소득에 따른 불평등) 가나의 높은 아동 사망률은 모성 교육상태와 소득상태에 따라 불평등이 존재함. 모성의 교육상태가 높을수록 5세 미만 아동의 사망률이 낮아졌으며, 가계 소득이 높을수록 NHIS에의 가입률이 높은 것으로 조사되었음.
- (지역별 격차) 보건 지표의 지역적 편차는 특히 북부지방인 Northern, Upper West, Upper East에서 크게 발견되며, 5세 미만 아동 사망률 역시 이 세 지역에서 국가 평균보다 높게 조사되고 있다.

1) 교육 및 소득에 따른 불평등

- (모성 교육 상태와 소득격차에 따른 아동사망 현황) 가나 MICS에 의하면 도시와 농촌, 모성의 교육 수준에 따른 5세 미만 아동 사망률의 차이를 확인할 수 있다. 전반적으로 지방에 비해 도시의 경우가 아동 사망률이 낮았으며, 모성의 교육 수준이 높아질수록 아동 사망률이 감소하였다. 또한 소득수준에 따른 편차를 확인할 수 있다.

<그림 1-19> 5세 미만 아동사망률의 불평등 현황

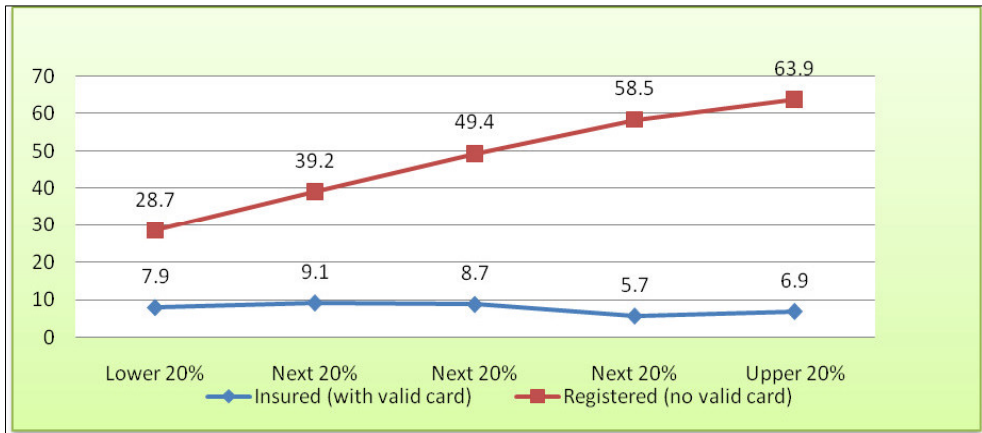


출처: Ghana Statistic Service (2012). Multiple Indicator Cluster Survey with an enhanced Malaria Module and Biomarker

- (모성 교육 상태와 소득격차에 따른 아동사망 현황) 특이한 점은 모성의 교육 수준이 중등교육 이상인 경우 5세 미만 아동 사망률이 급격히 떨어지는 것을 확인할 수 있다. 또한 소득 수준 상위 20%와 하위 20% 사이의 격차도 2배 이상으로 발견되어 이들 그룹간의 보건서비스의 접근성에 심각한 편차가 존재하는 것을 확인할 수 있다.

- (의료보험의 가입률) 또한, 의료보험의 가입률도 소득수준에 따라 차이를 보인다. 소득 상위 20%는 의료보험에 등록된 비율이 63.9%인데 비해, 하위 20%의 경우 28.7%에 불과하다. 이는 의료보험 비용이 가계에 부담이 되기 때문으로 파악된다.

<그림 1-20> 사회경제적 그룹에 따른 NHIS 가입률

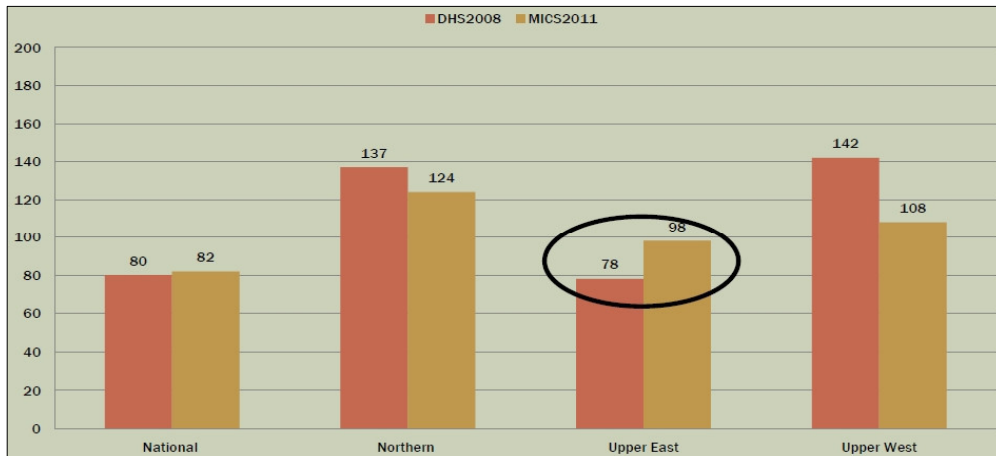


출처: NDPC (2008). PM&E Survey

2) 지역별 격차

- (아동사망의 지역 간 불평등) 전문 인력에 의한 분만 비율 등 주요 서비스 혜택이 도시지역 및 고소득 계층에 집중되어 있다. 농촌지역에 사는 아동은 도시 지역 아동에 비해 더 높은 유아 및 5세 미만 아동 사망률을 보인다. 농촌의 경우 1000명 당 유아 사망률은 56명, 5세 미만 사망률은 94명인데 도시는 각각 46명과 72명이다.
- (5세 미만 아동 사망률) 지역적 편차는 특히 북부, Upper West, Upper East에서 크게 발견되며, 5세 미만 아동 사망률 역시 이 세 지역에서 국가 평균보다 높게 조사되고 있다. MIC 2011의 자료를 활용하여 분석한 결과 5세 미만 아동 사망률(출생아 1,000명 당)이 국가 평균적으로 82명인데 비해, 북부는 124, Upper East는 98, Upper West는 108명인 것을 확인할 수 있다.

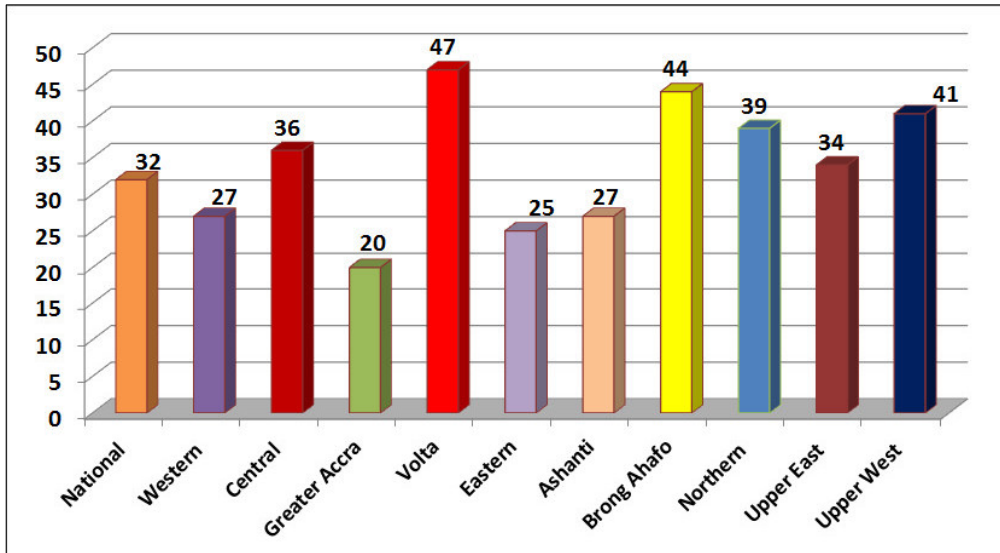
<그림 1-21> 북부지역의 5세 미만 아동 사망률



출처: 2014년 4월 현지조사 수집자료, Ghana Statistic Service, UNICEF (2011). Snapshot of Key Indicators From Ghana MICS 2011, Northern Regions

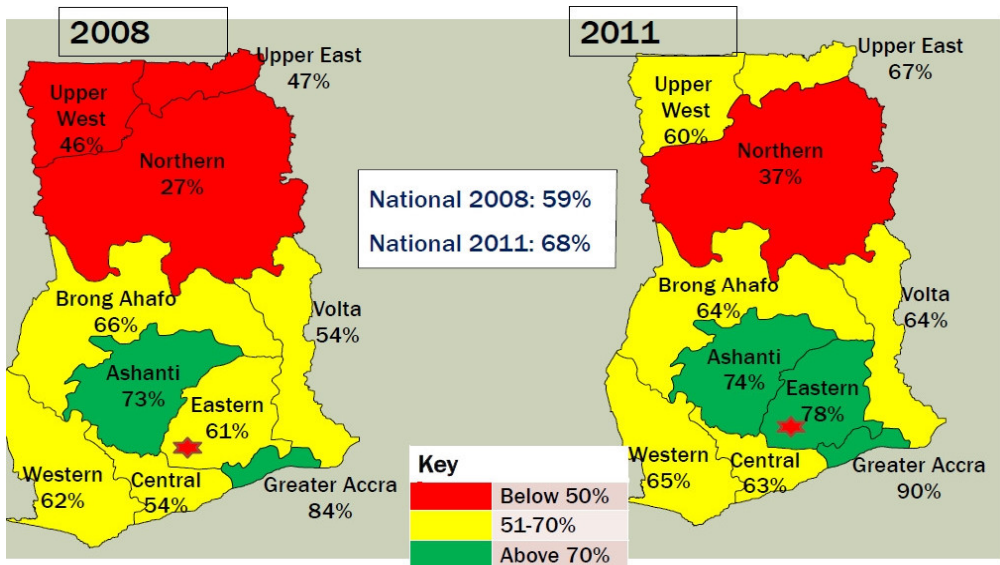
- (신생아 사망률과 숙련인력에 의한 출산 비율) 신생아 사망률 역시 지역별로 차이를 보이며, 숙련된 인력에 의한 출산도 북부지방과 전국 평균 사이에 차이가 존재한다.

<그림 1-22> 신생아 사망률의 지역별 편차



출처: 2014년 4월 UNICEF 현지조사 수집자료(MICS 2011)

<그림 1-23> 지역별 숙련인력에 의한 출산비율(2008, 2011)



출처: 2014년 4월 현지조사 수집자료, Ghana Statistic Service, UNICEF (2011). Snapshot of Key Indicators From Ghana MICS 2011, Northern Regions

- (NHIS의 가입) NHIS의 가입률에도 지역별 가입편차가 존재한다. Brong Ahafo 지역의 경우 보험에 가입한 적 있는 여성의 비율이 84%이고 남성이 72%인데 비해, Greater Accra의 경우 같은 항목에 대해 여성이 56%, Central과 Greater Accra 지역의 남성은 44%로 낮게 조사되었다 (Ghana Statistic Service, 2012).

<빈곤과 불평등 현황과 과제>

A. 교육과 소득수준에 따른 불평등과 모자보건에의 영향

- 가나에서 모성의 교육 수준에 따라, 가계의 소득 수준에 따라 5세 미만 아동의 사망률에 큰 차이를 보임. 모성의 교육 수준이 낮을수록, 소득이 적은 가정일수록, 아동 사망률이 높았음. 이는 저소득층과 취약계층에 대한 보편적인 보건 의료서비스를 제공하는 시스템이 아직 확립되지 못하여 의료보건서비스에 대한 접근성에 사회경제집단 간 차이가 있음을 보이고 있음.

B. 도농 및 지역 간의 심각한 보건 불균형

- 신생아 사망률, 보건인력의 비율, 아동 영양 상태 등 보건 분야의 전 지표에 걸쳐 도농 및 지역 간의 격차가 크며, 특히 북부 3개 지역(Northern, Upper West, Upper East)의 지표가 저조하게 나타나, 이들 지역에 대한 보건서비스의 확대 및 불평등에 대한 개선이 필요함.

제2장. 타공여기관 보건분야 지원 현황

1. 대 협력국 보건분야 지원 현황

<요약. 가나 보건분야 ODA 지원 현황 및 특징>

- (ODA 지원 규모 및 특징) 가나에 대한 국제사회의 지원은 2010년 16.9 억 달러, 2011년 18.1 억 달러, 2012년 18.0 억 달러로 일정 수준의 지원규모가 유지되고 있음. 분야별로는 보건 및 인구 분야, 경제 인프라 및 서비스, 부채 탕감 등의 분야에 많은 지원이 이루어짐. 주요 공여기관은 2011년에서 2012년 사이의 지원액수 기준으로 IDA, 미국, IMF, AfDF 등이며, IMF의 경우 부채 탕감이 큰 비중을 차지함.
- (보건분야 ODA 지원 규모 및 특징) 가나 보건분야에 대한 ODA 지원 약조액은 2008년 이후로 감소하고 있으나, 실제 집행금액은 연평균 2억 달러 수준을 유지함. 보건세부분야 중에서는 성병관리(23.7%), 생식보건(13.1%), 보건정책(12%), 기본보건치료(11%)의 순으로 ODA 재원이 배분됨.
- (양자 공여기관) 가나 보건분야의 주요 양자기관은 2009-2010년을 기준으로 미국이 0.82 억 달러로 가장 많은 지원을 하고 있으며, 그 뒤를 영국(0.57억 달러), 네덜란드(0.51억 달러), 덴마크(0.47억 달러), 캐나다(0.19억 달러)의 순으로 지원하고 있음. 미국은 기초보건 및 생식보건 분야에 대해, Greater Accra, Central Region, Western Region의 3개 지역에 집중하고 있음. 영국은 가나 보건분야에 대한 자금지원을 하는 특징을 가지고 있으며, 일본은 모자보건에 주력하고 있음.
- (다자 공여기관) 가나 보건분야의 주요 다자기관은 2009-2010년 Global Fund로 1.29억 불을 지원하고 있으며, HIV/AIDS, 말라리아, 결핵 부분으로 질병 퇴치에 많은 지원이 되고 있음. 그 외에 UNICEF는 아동과 모성에 초점을 두고, 생애주기 접근법(life cycle approach)에 기반을 둔 사업을 진행하고 있음.

가. 개요

1) 대 협력국 전체 ODA 지원현황

○ (가나의 수원현황 체계) 가나는 재정경제기획부와 국가개발계획위원회(NDPC) 주도로 다양한 원조기관 및 개발파트너와의 협력을 통해 원조조화에 노력하고 있다. 특히, 비교적 안정된 정치체제, 높은 성장잠재력 및 우수한 원조협력 체제로 인해 역내 국가 중 비교적 많은 원조를 받고 있는 것으로 판단되고 있다.

○ (대 협력국 ODA 지원 현황) 가나에 대한 국제사회의 지원은 2010년 16.9 억 달러, 2011년 18.1 억 달러, 2012년 18.0 억 달러가 이루어져, 지원규모가 일정 수준 유지되고 있는 것을 알 수 있다. GNI 대비 ODA 비중은 2010년의 5.4%에서 2012년의 4.7%로 감소하여 국가에서 ODA의 비중이 점차 감소하고 있는 것을 알 수 있다. 이는 2011년 중저소득국에 진입한 가나의 경제성장과 연관이 있는 것으로 파악된다.

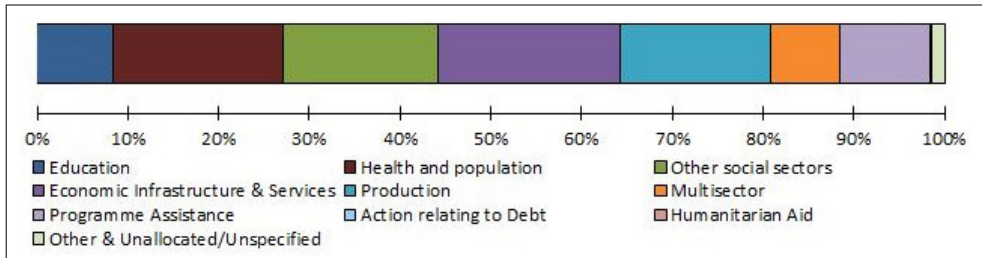
<표 2-1> 가나 ODA 공여 현황(2010-2012)

구분	2010	2011	2012
순수 ODA (백만 달러)	1693	1810	1808
양자간 ODA 비율	53%	49%	48%
GNI 대비 ODA	5.3%	4.8%	4.7%

출처: OECD-DAC, World Bank; www.oecd.org/dac/stats

○ (대 협력국 ODA 지원 분야) 가나의 양자 ODA 지원의 분야별 현황을 살펴보면, 보건 및 인구 분야, 경제 인프라 및 서비스, 부채 탕감 등의 분야에 많은 지원이 이루어진 것을 알 수 있다.

<그림 2-1> 가나 양자 ODA 지원 분야 현황



출처: OECD-DAC, World Bank; www.oecd.org/dac/stats

- (대 협력국 주요 공여기관 지원 현황) 2011년에서 2012년 간 지원규모로 살펴본 가나의 주요 공여국 및 기관은 IDA, 미국, IMF, AfDF, 영국, 독일 등이 있는 것으로 파악되었다. 이 중 IDA는 401 백만 달러를 지원하여 가나에 가장 많은 지원을 한 개발 파트너였다. 185 백만 달러를 지원한 IMF의 경우 부채 탕감이 주된 지원이었던 것으로 파악된다.

<표 2-2> 가나 ODA 지원 공여기관 현황(2011-2012년 평균)

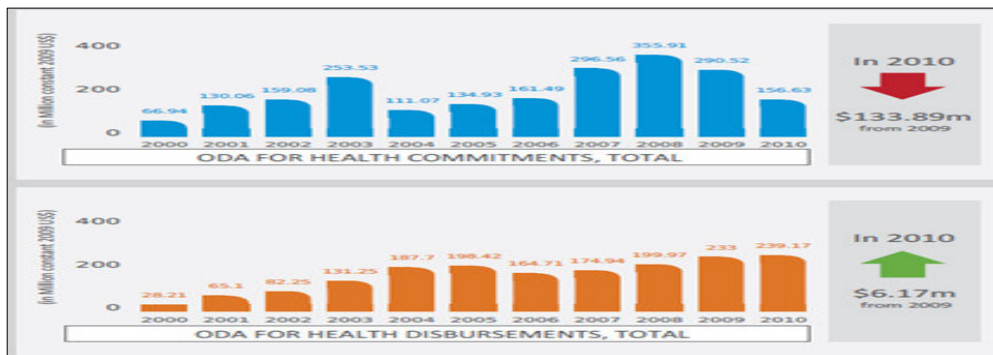
순위	공여기관	규모 (백만 달러)
1	IDA	401
2	미국	268
3	IMF (Concessional Trust Funds)	185
4	AfDF	171
5	영국	129
6	독일	89
7	EU	89
8	캐나다	86
9	일본	81
10	덴마크	80

출처: OECD-DAC, World Bank; www.oecd.org/dac/stats

2) 대 협력국 전체 보건 ODA 지원 현황

- (보건분야 ODA 지원 추이) 가나 보건분야에 대한 지원 약조는 2008년부터 조금씩 감소하는 추세를 보이고 있다. 이 역시 가나가 중저소득국으로 진입함에 따라 도너들이 가나에 대한 지원을 점차 감소하는 움직임으로 파악될 수 있다.

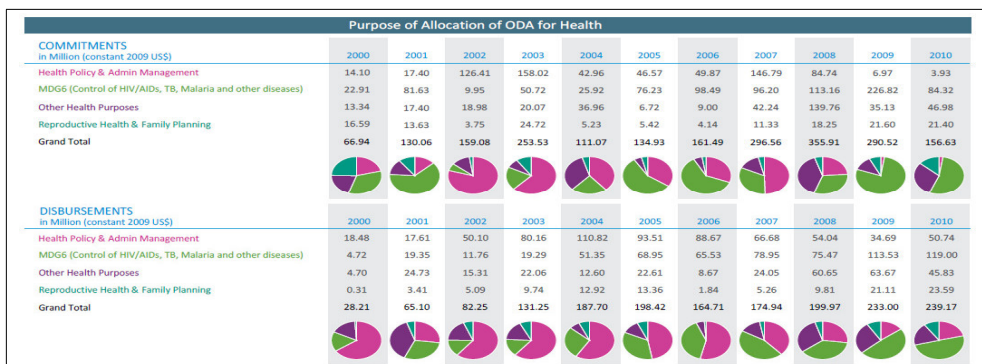
<그림 2-2> 가나 보건분야에 대한 ODA 지원



출처: WHO (2012). ODA for Health to Ghana

- (보건분야 ODA 주요 지원 분야) 보건세부분야 중에서는 2007년 이후로 MDG 6인 전염성 질환에 대한 지원이 많은 비중을 차지하고 있으며, 보건정책 및 행정 관리에 대한 지원도 꾸준히 이루어지고 있는 것으로 파악된다.

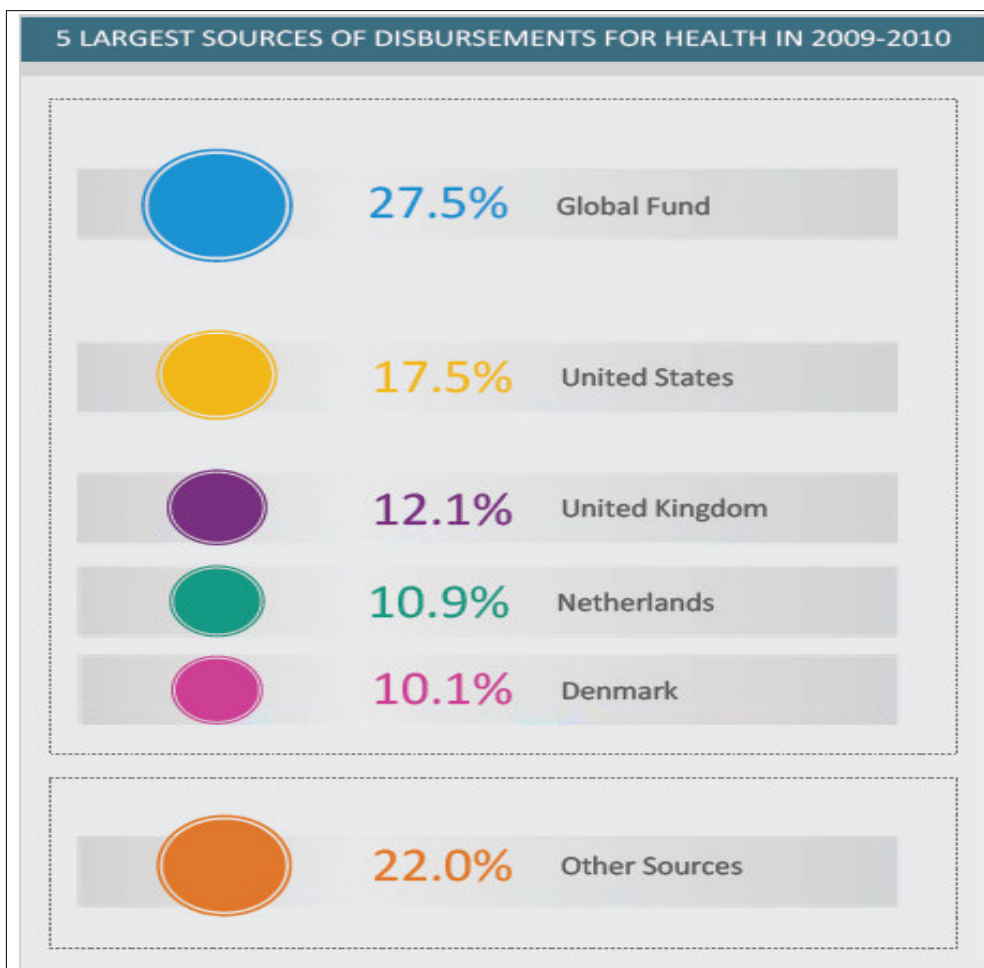
<그림 2-3> 가나 보건분야 지원 세부분야



출처: WHO (2012). ODA for Health to Ghana

- (보건분야 ODA 주요 공여기관 및 기구) 가나 보건분야의 주요 공여국으로는 Global Fund가 27.5%, 미국이 17.5%, 영국이 12.1%, 네덜란드가 10.9%, 덴마크가 10.1%의 순으로 지원하고 있다. 글로벌 펀드의 경우 가나에서 가장 심각한 질환인 말라리아의 퇴치와 관련하여 중점적인 지원을 하고 있는 것으로 파악되며, 미국 역시 말라리아, HIV/AIDS와 생식보건 등의 분야에 대한 많은 지원을 하고 있다.

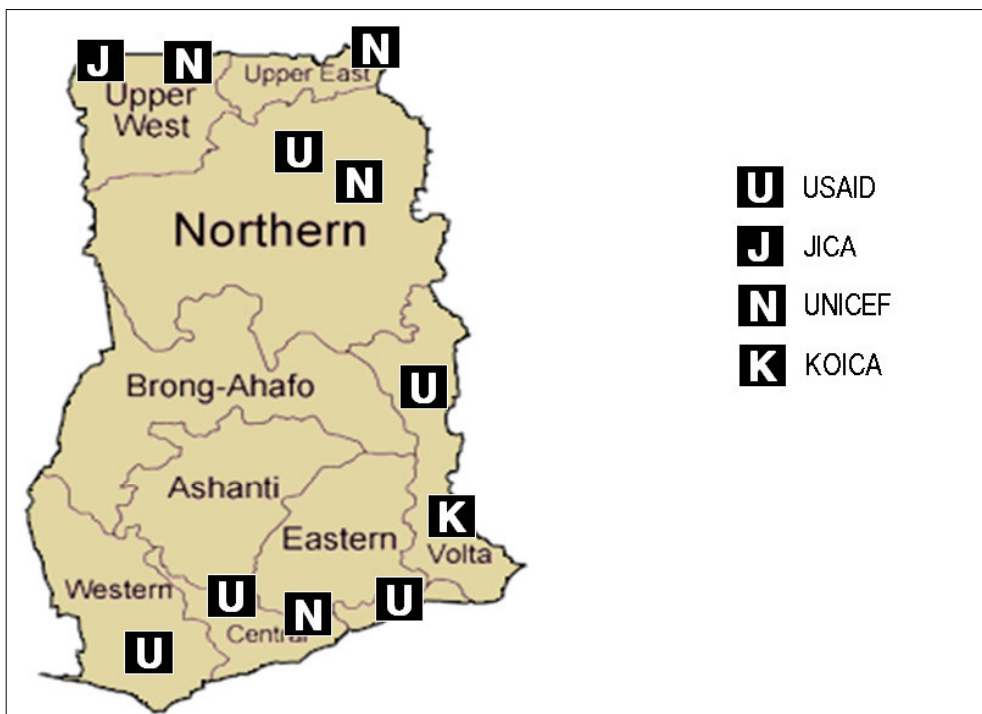
〈그림 2-4〉 보건분야 공여국 및 기구(2009-2010)



출처: WHO (2012). ODA for Health to Ghana

- 가나의 주요 공여기관들은 보건지표가 상대적으로 저조한 북부 3개 지역과 동부의 볼타지역에 집중적으로 지원하는 것으로 파악되었다. 또한, 각 공여기관들의 전략적 방향성도 중점지원지역의 선정에 영향을 끼치는 것으로 분석되었다. 실제로 미국의 경우 기존의 성과중심(MDG 지표 달성에 가깝다고 판단되는 분야 및 지역지원, 정부채널을 통하기보다 직접 딜리버리 강조) 지원 전략에서 정부채널을 존중하면서 형평성을 강조하는 전략(소외지역, 지표 달성 요원한 지역 및 계층지원)으로 변화하면서, 현재 보건분야 사업은 5개 지역(northern, volta, greater Accra, central, western)에서 지원 집중되고 있었다. JICA의 경우 북서부 지역에서 모자보건 프로그램을 운영하고 있으며, UNICEF 對 가나 지원 프로그램은 4개의 가장 소외된 지역 (북부지역 3개, 중앙지역 1개)을 중심으로 이루어지고 있다. DFID의 경우 지역별 지원의 우선순위는 부여하지 않는 것으로 파악되었다.

<그림 2-5> 주요 공여기관의 지원 지역



출처: 저자작성

나. 보건분야 내 주요 공여기관 및 지원 분야

1) 주요 양자기관

- (가나 보건분야 주요 양자기관) 가나 보건분야의 주요 양자지원 기관은 미국, 영국, 네덜란드 등이 있다.

<표 2-3> 주요 양자기관 보건분야 지원 순위 및 규모(2009-2010)

순위	공여기관	규모 (백만 달러)
1	미국	82.46
2	영국	57.13
3	네덜란드	51.38
4	덴마크	47.65
5	캐나다	19.17
6	일본	9.22
7	스페인	1.24
8	아일랜드	0.96
9	독일	0.86
10	오스트리아	0.49

출처: WHO (2012). ODA for Health to Ghana

- (미국) 양자기관 중 사업의 규모나 숫자 면에서 가나 보건보건 분야의 가장 큰 공여국이다. 미국은 국가개발협력전략(Country Development Cooperation Strategy)을 통해 가나 보건분야의 고른 개선을 목표로 삼고 있으며, 기초보건 인구 및 생식보건 분야에 집중지원하고 있다. 기초 보건분야에서는 말라리아 퇴치에 가장 주력하고 있으며, 지원형태별 특징으로 NGO를 통한 지원이 절반이상을 차지하는 것으로 파악된다.

- (영국) 보건분야 중 기초보건(Basic Health), 인구 및 생식 보건 정책/프로그램, 보건(일반) 순으로 지원하고 있다. 가나 보건분야 ODA 중 12.1% (2009-2010년 기준)를 차지했다 보건 일반 분야에 Sector Budget Support for Ghana Health Sector Support Programme을 통한 보건분야 자금지원을 실행하고 있다.

- (네덜란드) 젠더 및 생식보건과 권리에 집중하고 있는 것으로 파악된다. 특히 보건분야에 대한 자금지원인 ACC SBS Health 2008-2012를 통한 지원이 전체 규모의 대부분을 차지한다.

2) 주요 다자기관

- (가나 보건분야 주요 다자기관) 가나 보건분야에 지원하는 주요 양자기구로는 Global Fund, GAVI, EU, IDA, UNICEF 등이 있다. 2009년에서 2010년 기준으로 Global Fund는 약 130 밀리언 달러를 지원해 양자 및 다자를 합쳐 가나 보건분야에 대한 최대 공여기구이다. GAVI 역시 각종 백신을 제공하고 있다.(가나 전체 지원의 86%)

<표 2-4> 주요 다자기구 보건분야 지원 순위 및 규모(2009-2010)

순위	다자기구	규모 (USD mil)
1	Global Fund	129.84
2	GAVI	20.27
3	EU	10.10
4	IDA	9.58
5	AfDF	9.21
6	UNFPA	8.60
7	UNICEF	5.54
8	OFID	5.00
9	UNAIDS	1.42
10	WFP	0.22

출처: WHO (2012). ODA for Health to Ghana

3) KOICA

- (지원 현황) KOICA는 양자지원 (2012년 기준 약 18억 원)만을 통해서 가나 보건 분야를 지원하고 있으며, 주요 지원 분야는 기초보건, 보건 일반, 인구정책/시책 및 생식보건분야이다. 기초 보건 분야의 경우 프로젝트형 원조를 통해 가나 동부 볼타지역 수인성 전염병 관리 사업을 하고 있으며, 이는 전체 보건 분야 지원액 중 85%를 차지한다. 나머지 15%의 경우는 전문가 및 봉사단 파견 (6.3%), 연수생 초청 (9.1%)이 해당된다.

<표 2-5> KOICA의 가나 보건 분야 지원 (2012년 기준)

사업 유형	보건 분야	사업명	사업 내용	지원금액(원)
프로젝트형 사업	기초 보건	가나 동부 볼타지역 수인성 전염병 관리사업	소득 증대 시설 확충, 주민 생활여건 개선, 주민 역량 강화	1,600,122,236
전문가 및 봉사단 파견	보건 일반	이주영, 정진용, 한우식	내, 외과 관련 진료 및 보건 위생 교육 등 의료서비스 제공	118,341,629
기타 기술 원조	인구정책/시 책 및 생식 보건	가나 가족 계획 및 모자보건 향상	강의 및 현장 학습	142,501,093
		모자보건 증진	참가국 공무원이 국내의 모자보건 증진에 기여할 수 있는 프로그램 기획 및 실행 지원	30,169,826

출처: KOICA 통계 사이트

2. 주요 공여기관의 보건분야 협력

가. 개요

- (주요 공여기관 선정 요인) 가나는 기존에 보건분야의 사업을 수행한 경험이 있고, 또한 1차 국가협력전략에 보건분야가 선정이 되어 있는 국가로서 한국이 현재 모자보건사업을 볼타지역에서 수행하고 있다. 따라서 주요 공여기관 선정에 있어 한국이 진행하는 사업에 고려사항 및 교훈을 얻기 위해, 모자보건 사업을 진행하고 있는 기관들을 고려하여 선정하였다. 그 외에도 모자보건과 관련하여 KOICA와 협력하여 생애 주기적 접근법이라는 중요한 접근을 취하고 있는 UNICEF와 가나 내 보건분야 NGO 연합의 사례를 통해 KOICA 보건사업을 위한 시사점을 도출하고자 하였다.

나. 양자기관 (Bilateral organisations)

<요약. 가나의 보건분야 양자기관의 전략 및 특징>

- (JICA 보건 전략과 사업의 특징) JICA는 가나에 인프라, 농업, 보건, 교육, 민간부문, 거버넌스 등 6개 분야에 지원하고 있으며, 이 중에서 인프라, 농업 및 보건 분야 우선순위를 둬. JICA의 가나 보건 분야 지원은 주로 보건 서비스 공급자의 역량 강화 및 보건 시스템 강화 확립을 위한 모자 보건 의료에 중점을 두고 있으며, HIV/AIDS 진단 및 예방뿐만 아니라 기니벌레병 퇴치와 같은 감염 질병 통제에도 지원함.
- (USAID 보건전략과 사업의 특징) USAID 대 가나 보건분야 지원은 미국 Global Health Initiative와의 연계를 근간에 두고 있으며, 보건분야 내에서 중점적으로 지원하는 세부 분야는 크게 네 가지로 HIV/AIDs, 말라리아, 모성 및 아동 보건, 그리고 보건시스템임. 이 중 모자보건 사업으로 MCHIP(Maternal & Child Health Integrated Program)을 6년 동안 수행해 왔으며, 올해부터 신생아에 대한 지원을 강화한 RMNCH(Reproductive Maternal and Newborn Child Health) 사업을 계속해서 진행할 계획임.

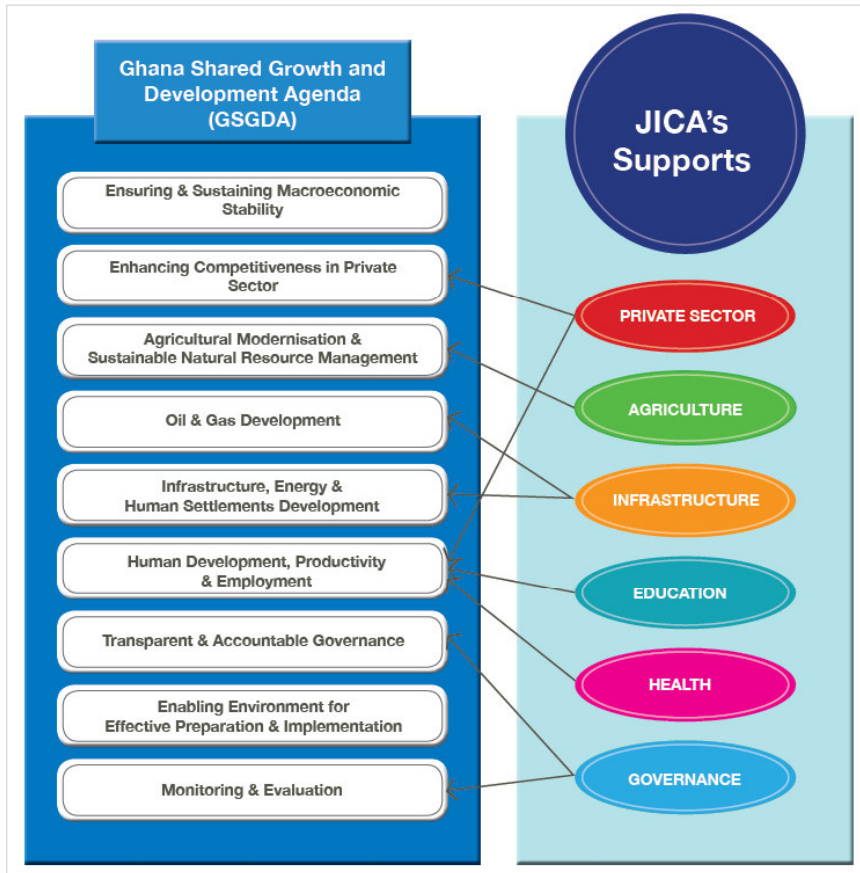
1) JICA

가) JICA의 전략 16)

- (JICA의 대 가나 ODA 지원전략) JICA는 가나 정부의 중기 국가 개발 정책 프레임워크인 ‘가나 균형성장 및 개발 아젠다(Ghana Shared Growth and Development Agenda; GSGDA), 일본의 국가지원프로그램(Country Assistance Programme; CAP), 아프리카 개발에 대한 도쿄 국제회의(Tyoko International Conference on African Development; TICAD)등 에 근거를 두어 인프라, 농업, 보건, 교육, 민간부문, 거버넌스 등 6개의 지원 분야를 제시하였다. 특히, 이 중에서도 JICA는 인프라, 농업 및 보건 분야에 우선순위를 두고 있다.
- (JICA의 대 가나 지원 유형) JICA는 가나에 무상 원조 (grant aid)와 기술 협력 (technical cooperation)을 주로 수행하고 있으며, 다양한 분야에 걸쳐 행정관 교육 및 봉사단 파견을 실시한다. 또한, 2010년에는 정부 간 정상회담을 통하여 양허성 차관(ODA Loan)을 재개할 것을 합의함에 따라 현재는 차관 도입을 위한 프로젝트를 모색하고 있는 중이다.
- (JICA의 대 가나 지원 규모) JICA는 2010년을 기준으로 가나에 무상원조(grant aid)를 총 44.65 백만 달러(약 3,386 백만 엔)를 지원하였으며, 이 중 보건분야의 빈곤 감소 지원을 위한 원조가 2.64 백만 달러, 일반 재정 지원을 통한 원조가 4.48 백만 달러 등에 해당한다.
- (JICA의 가나 지원 지역) 2011년 1월 1일을 기준으로 JICA는 가나 북서쪽 지역(Upper West), 북쪽 지역(Northern), 아산티(Ashanti)지역, 동쪽(Eastern) 지역, 중앙지역(Central), 아크라 등에 걸쳐 지원을 하고 있다.

16) 2014년 4월 현지조사 수집자료, JICA Ghana Brochure

<그림 2-6> JICA의 가나 지원 6대 분야



출처: 2014년 4월 현지조사 수집자료, JICA Ghana Brochure

나) JICA의 보건분야 지원 현황¹⁷⁾

- (JICA의 대 가나 보건분야 지원) JICA의 가나 보건 분야 지원은 주로 보건 서비스 공급자의 역량 강화 및 보건 시스템 강화 확립을 위한 모자 보건 의료에 중점을 두고 있다. 또한, HIV/AIDS 진단 및 예방뿐만 아니라 기니벌레병 퇴치와 같은 감염 질병 통제에도 지원한다.

17) 2014년 4월 현지조사 수집자료, JICA Ghana Brochure

○ (주요 프로그램 및 프로젝트) JICA가 지원하는 모성 신생아 보건 혹은 보건 시스템 관련 주요 보건 프로그램 및 프로젝트로는 2012-2013년에 수행된 ‘북서쪽 지역 내 CHPS 인프라 개발 프로젝트(Project for the development of CHPS infrastructure in the Upper West Region)’ 와 2011년에 착수하여 2016년까지 예정된 ‘북서쪽 지역 내 커뮤니티 보건 계획 및 서비스(CHPS)를 활용한 모성 신생아 보건 서비스 향상 프로그램(Improvement of Maternal and Neonatal Health Services utilising CHPS (Community Health Planning and Services) system in the Upper West Region)’ 가 있다. 또한, 감염 질병 분야에 있어서는 ‘Studies on Anti-viral/Anti-parasitic Compounds from Selected Ghanaian Medicinal Plants’ 연구프로젝트를 2010~2015년까지 5년 단위로 수행 중에 있으며 ‘기니벌레 퇴치 프로그램을 위한 지원(Support for Guinea Worm Eradication Program)’을 2010년부터 실시하고 있다.

<표 2-6> JICA가 수행 중인 보건 분야 무상원조 사업

사업명	연도	금액 (백만 엔)	구성요소
Upper West 지역에서 CHPS 인프라 개발 사업	2012	980	- 73개의 CHPS 건설 - 80개 CHPS에 기자재 제공
보건분야 자금지원	2011 2012 2013 2014	200 (매년)	-
인적자원 개발사업	2012 2013 2014	3인 (매년)	- 일본 내에서 보건행정 석사과정 지원

출처: 현지조사 수집 자료

〈표 2-7〉 JICA가 수행 중인 보건 분야 기술 협력

사업명	기간	구성요소
EMBRACE 모델을 활용한 모성과 신생아, 아동 보건에 관한 연구	2011-2014 (3년)	- 연속적인 보건관리(Continuum of Care)가 가나 정책에 반영될 수 있도록 근거 제공
이유식 기간 중 영양식에 대한 BOP 비즈니스의 타당성 조사	2011-2014 (3년)	- Ajinomoto 사업에 대한 재정적 지원
일본 해외파견 봉사단 (JOCV)		- 기초적 보건 증진을 위한 일본 봉사단의 파견 - 2013년 7월 기준으로 17명의 봉사단이 가나 보건분야에서 일하고 있음.
일본에서의 단기훈련 프로그램		2014년 훈련과정: - 모성 보건의 증진 (MDG5에 초점) - 모성과 아동 영양의 증진 - 학교 보건 - 지역사회 보건자원 개발 - 주정부와 지방정부 보건관리 담당자를 위한 보건시스템 관리 교육 - 아프리카 국가들을 위한 통합적 모자보건관리

출처: 현지조사 수집 자료

〈Box1. JICA의 사업사례〉

[프로그램 사례] 북서쪽 지역 내 모자보건 서비스 강화 프로그램 (UWR MCH Services Strengthening Programme)

- (프로그램의 배경) 기초 보건 의료 서비스 접근성에 있어서의 지역적 불평등, 보건인력의 부족 및 보건 행정 역량의 결핍, 열악한 보건 시스템, MDG4(아동 사망률 감소)와 MDG5(모성 보건 향상) 성취에 있어서의 어려움 등과 관련하여 가나 정부는 2015년까지 5세 미만 아동 사망률과 모성 사망률을 2008년 1,000명당 80명에서 2015년 40명까지, 100,000명당 451명에서 185명으로 각각 감소하려는 계획을 가지고 있으며, 이에 따라 1,706개의 CHPS 컴파운드를 건설하고 모든 사람들이 CHPS를 통한 의료서비스를 받을 수 있도록 하려는 목표를 설정하였다.

- (프로그램 목표) 본 프로그램의 주요 목표는 북서쪽지역 내 모자보건 서비스의 향상에 기여하는 것으로서, 프로그램 착수 전인 2010년을 기준으로 하여 2016년까지 달성해야할 목표로 다음 3가지를 제시하였다. 첫째, 산전 관리 수진율 증대 (2010년 88% → 2016년 93%), 둘째, 숙련된 출산 도우미에 의한 출산 비율 증대 (2010년 46% → 2016년 63%), 셋째, 산후 관리를 받는 어머니와 신생아 비율 증대 (2010년 69% → 2016년 74%) 등이다.
- (프로그램 성과 결과) 프로그램 목표 달성을 위해 3가지의 성과 결과를 제시하였으며, 다음의 성과 결과를 달성하기 위해 각 성과 결과별로 다양한 유형의 협력 프로젝트를 실시하였다.
 1. PHC 서비스의 접근성 향상: 기능적인 CHPS 지역과 컴파운드의 수를 증대하고, 도로 접근성을 향상한다.
 2. 커뮤니티 보건 워커의 역량 개발: 시설에 기반 한 출산의 품질과 기능을 강화하고, 산전관리 및 산후관리의 품질과 기능을 향상한다.
 3. 보건 시스템 강화: 리퍼럴 시스템을 강화하고, 아웃리치 서비스를 향상하며, 보건 시설 레벨 간의 협력을 강화한다.
- (프로그램 내 세부 프로젝트) 본 프로그램은 성과 결과에 따라서 다음과 같은 세부 프로젝트들로 구성되는데 해당 프로젝트들은 무상 원조, 기술협력, 다자기구 지원 등의 다양한 유형으로 구성되어 있다. 첫째, PHC 서비스의 접근성 향상을 위해서는 북서쪽 지역 내 CHPS 인프라 개발 프로젝트(Project for the Development of CHPS Infrastructure in the UWR)를 실시하였으며, 둘째, 커뮤니티 보건 워커의 역량 개발을 위해서는 인력 자원 개발 장학금(Human Resource Development Scholarship; JDS), 보건 분야 예산 지원(Health Sector Budget Support, 2011-2012), UNICEF와의 협력 (2011년 9월~2012년 8월), 커뮤니티 보건 정책을 위한 기술 자문(Technical Adviser for Community Health Policy, 2011년 11월~2013년 11월)을 수행하였다. 마지막으로, 보건 시스템 강화 달성을 위해서는 북서쪽 지역 내 CHPS 시스템을 활용한 모성 신생아 보건 서비스 향상

(Improvement of Maternal & Neonatal Health Services Utilising CHPS System in the UWR), 북서쪽 지역을 위한 커뮤니티 보건 봉사단 파견 (Community Health for the UWR; Japanese Overseas Cooperation Volunteers)을 실시하였다. 이 가운데서 하나의 프로젝트를 선정하여 다음에서 자세하게 살펴보도록 한다.

[프로젝트 사례 북서쪽 지역 내 커뮤니티 보건 기획 및 서비스(CHPS)를 활용한 모성 신생아 보건 서비스 향상 프로젝트(Project for Improvement of Maternal and Neonatal Health Services utilising CHPS system in the Upper West Region)]

- 프로그램 기간: 2011년 9월~2016년 9월 (5년)
- 프로그램 유형: 프로젝트
- 집행 담당 기관: 가나 보건서비스청 (Ghana Health Service)
- 수혜대상자: 북서쪽지역(Upper West Region)의 어머니와 아동
- (사업의 개요) 본 프로젝트는 북서쪽 지역의 모자보건 서비스 향상 프로그램의 일환으로 북서쪽지역의 9개군(Jirapa, Lambussie, Lawra, Nadowli, Sissala East, Sissala West, Wa East, Wa Municipal, Wa West)에서 실시되었으며, 실행기관은 가나 보건 기구(Ghana Health Service)로 보건부 산하 정부 기관이다. 본 프로그램의 목적은 북서쪽 지역 내 커뮤니티 보건 기획 및 서비스(CHPS) 시스템을 활용하여 모자보건 서비스를 향상시키는 데 있다.
- (주요 사업 목표 및 내용) 본 프로젝트는 산전 관리(ANC)의 범위, 숙련된 출산 및 산후 관리(PNC)의 향상에 기여하는 것을 기대하고 있으며, 북서쪽 지역의 보건서비스의 향상을 가져오기 위해 2016년 8월까지 다음의 산출물을 성과로 예상하고 있다.

1. 조산사, 커뮤니티 보건 담당자(Community Health Officers; CHOs), 커뮤니티 보건 간호사 (Community Health Nurses; CHNs)의 모자 신생아 의료에 대한 역량을 품질 높은 훈련을 통해 강화한다.
2. 커뮤니티의 행동 변화 증진에 있어 CHO와 CHN의 역량을 강화한다.
3. 산전관리, 숙련된 출산 및 산후 관리 증대를 위한 커뮤니티 기반의 보건

활동을 숙련된 CHO에 의해 향상된 촉진 활동을 통해 강화한다.

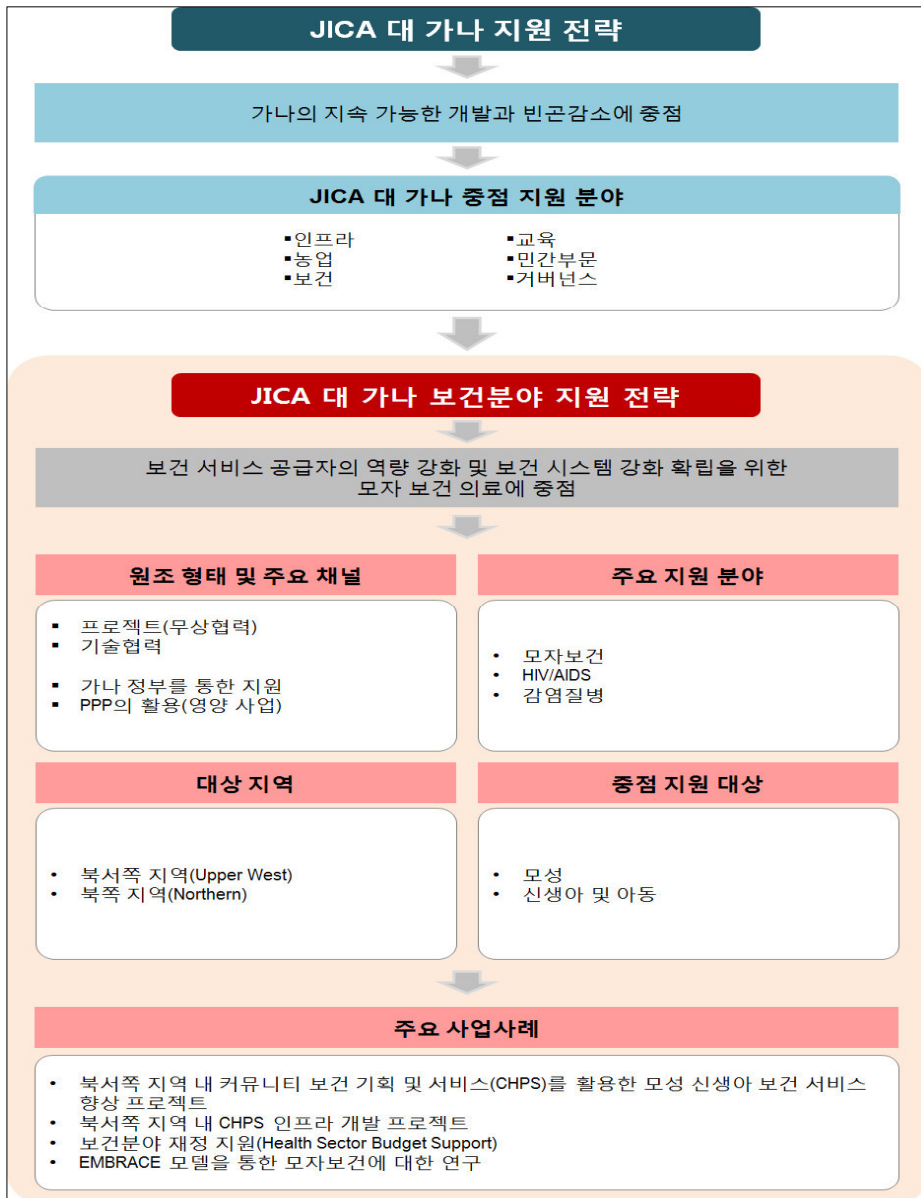
4. 기초응급센터 및 신생아 의료(BEmONC)를 제공하는 보건 센터의 역량을 강화한다.

5. CHO, 보건 센터 및 병원 간의 리퍼럴과 피드백을 강화한다.

6. 모성 신생아 의료에 관한 업무를 표준화 하고 지속적으로 촉진하는 감독(FSV)을 통하여 향상한다.

- (시사점) 본 사례는 모자보건이라는 보건 이슈와 시스템 강화라는 수평적 접근법을 결합한 프로그램으로서 KOICA의 보건 분야가 추구하는 접근법과도 맥락이 일치하는 부분이 있다고 판단된다. 또한, 모자보건 향상이라는 큰 목적 아래 현재 JICA가 수행하고 있는 여러 유형 (프로젝트형 사업, 기술 협력, 다자 지원 등)의 사업 구성요소를 포함한 프로그램형 사업으로서, JICA와 유사한 사업 모델을 가지고 있으며, 원조 효과성 제고방안으로 프로그램형 사업 발굴에 대한 필요성을 인식하고 있는 KOICA에게 주는 시사점이 있다고 판단된다.

<그림 2-7> JICA 대 가나 지원 전략 및 현황



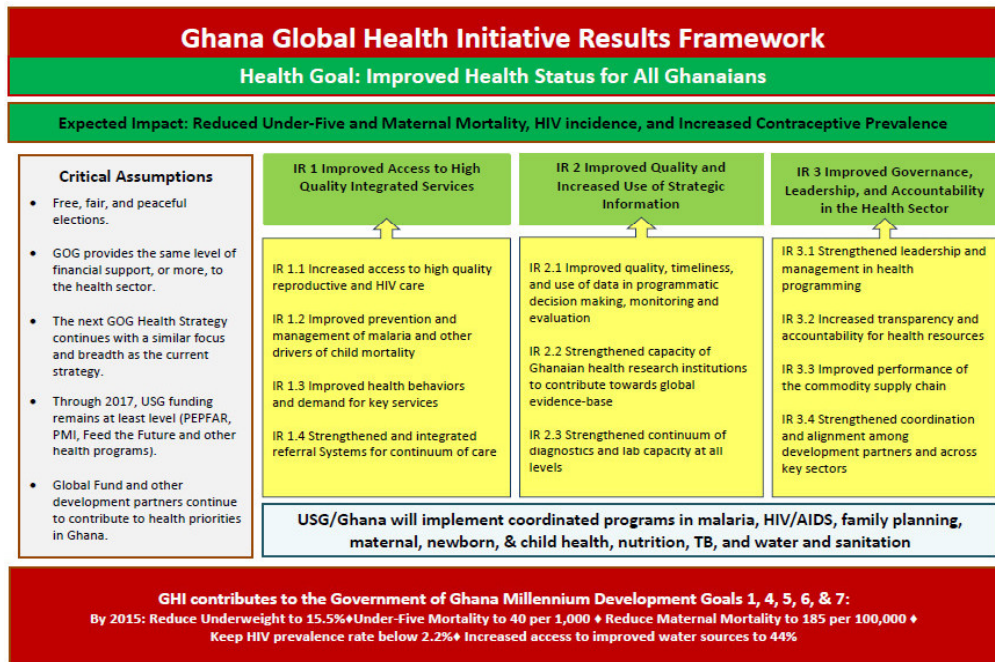
출처: 저자구성

2) USAID

가) USAID의 전략

- (USAID 대 가나 지원 전략) USAID 대 가나 지원전략인 Country Development Cooperation Strategy 2013-2017, CDCS의 주요 목표는 가나의 중소득국으로의 전환이다. 중점 개발목표는 1) 민주주의, 권리 및 거버넌스 강화; 2) 지속가능한 경제 성장; 3) 건강 상태의 형평성 증진; 4) 초등교육 내 읽기역량 증진 이다 (USAID, 2012).
- (CDCS 내 보건분야 활동) 중점 개발목표 네 가지 중 하나로 건강상태의 형평성 증진을 포함하고 있으며 주요 지원대상은 아동과 여성이다. 관련하여 통합보건서비스 접근성 개선, 지역사회 중심으로 보건자원의 유용성 증가, 보건체계의 반응성 강화(연구력 향상 및 보건정보의 수집 및 활용 개선 등), 보건분야 거버넌스 및 책임성 개선을 위한 활동계획을 수립하고 있다.
- (USAID 대 가나 보건 분야 지원전략) 2009-2013 USAID/가나 보건분야 지원전략의 전략적 목표는 건강상태 증진이다. 이에 대해 기대되는 중간효과(Intermediate Result, IR)은 크게 다섯 가지 이다. 첫 번째는 가족계획, 모성 및 아동보건 서비스의 질과 접근성 증대, 두 번째는 주요 말라리아 관련 서비스들의 커버율과 사용 증진, 세 번째는 HIV/AIDS 예방, 치료, 관리, 지원에 대한 대상자 확대, 식수 공급 및 위생 개선과 감염성질환 감소, 다섯 번째는 주요 지원지역 내 지역(region), 구역(district), 지역사회(communitiy)의 관리 및 시스템강화이다 (USAID, n.d).
- (보건분야 지원 전략 근거 및 주요 지역) USAID 대 가나 보건분야 지원은 미국 Global Health Initiative와의 연계를 근간에 두고 있다. 이에 따라 보건분야 지원은 3개 지역(Greater Accra, Central Region, Western Region)에 중점적으로 지원하고 있다 (USAID 홈페이지).

<그림 2-8> 가나 Global Health Initiative 성과 프레임워크



출처: Global Health Initiative (n.d). Ghana Global Health Initiative Strategy 2012-2017

나) USAID의 보건분야 지원 현황

○ (주요 지원 세부분야) USAID 대 가나 보건분야 지원 내 중점적으로 지원하는 세부 분야는 크게 네 가지로, HIV/AIDS, 말라리아, 모성 및 아동 보건, 그리고 보건 시스템 이다. 첫 번째로 HIV/AIDS의 경우 PEPFAR과 함께 HIV/AIDS 경감을 위한 긴급계획 (President's Emergency Plan for HIV/AIDS Relief)를 통해 여성 성매매 종사자, MSM(Men who have Sex with Men), 그들의 여성 및 남성 파트너들을 대상으로 프로젝트를 수행중이다. 두 번째로 말라리아 분야와 관련하여서는 President's Malaria Initiative (PMI)를 통해 아동과 임산부를 대상으로 170 만개 이상의 모기장을 지원하였다. 세 번째인 모성 및 아동 보건과 관련하여서는 임신, 분만, 분만 후의 모성 및 아동 건강상태 증진을 위한 활동을 중심으로 31개 구역(district)내 약 6000명의 아동들의 급성영양실조에 대한 지원활동을 하였으며, 가족계획에 관한 인식증진 프로젝트도 수행 중이다. 마지막은 보건시스템과

관련하여서 USAID는 보건의료서비스 전달, 질 보장, 데이터 관리 및 보고(reporting)를 개선하기 위해 보건의료인력 훈련 활동을 실시하며, 지방 및 지역 수준에서의 관리 및 개선을 위한 역량강화 프로그램을 수행한다 (USAID 홈페이지).

- (주요 보건 프로그램 및 프로젝트) 미국 USAID는 가나에서 모자보건 관련하여 통합적 프로그램을 수행하고 있다. 모자보건 통합프로그램(Mother and Child Health Integrated Program; MCHIP)은 미국 USAID가 Jhpiego를 리딩기관으로 하여 세이브더칠드런, 협력국 정부 및 관련기관과 함께 수행하고 있는 프로그램으로서 자세한 사항은 아래 사례를 통해 살펴보도록 한다.

〈Box 2. USAID의 사업사례〉

[프로그램명] 모자보건 통합프로그램 (Mother and Child Health Integrated Program; MCHIP)

- 프로그램 기간: 2010년~2013년
- 프로그램 예산규모: 200 Million USD
- 프로그램 유형: 프로그램(Program)
- 집행 담당 기관: Jhpiego, Save the Children, 보건부, HRHD, Nursing and Midwifery Council, Ghana Health Services
- (사업 개요) 가나의 MCHIP 프로그램은 2010년에 시작하였으며, 리딩 기관은 Jhpiego이 맡고 있으며 Save the Children이 파트너로 참여하고 있다. 국가 내 주요 파트너로는 보건부, 보건인력자원(HRHD), Nursing and Midwifery Council, 가나 보건서비스청(Ghana Health Service)등이 있다.
- (사업 접근법) 미국 USAID가 시행하는 모자보건통합프로그램(MCHIP)은 높은 효과를 낼 수 있는 증거에 기반한 사업의 확대(scaling-up)라는 전략적 접근법을 취하고 있다. 프로그램의 성과를 위해 취하는 전반적인 전략적 접근 방법으로는 다음의 5가지 원칙이 있다 (USAID, 2009).

1. 입증된 사업의 확대 (예시. Acceleration Framework)
2. 통합프로그램의 성과 달성을 위해 단계별국가접근법(a phased-country approach)와 함께 핵심 자원의 활용을 최대화
3. 기존의 양자 기관, 국가 프로그램, 글로벌 및 지역 파트너와의 노력 수립
4. 프로그램 학습과 지식 관리를 통한 증거 생성에 중점
5. 글로벌 커뮤니티에서 MCHIP가 독특한 니체를 차지한 지역에서 글로벌 리더 역할을 담당.

- 가나는 미국 USAID의 MCHIP가 분류한 3개의 국가 중에서 3번째 단계의 국가에 해당하며, 이는 MCHIP의 역할이 보다 간접적이고 증거에 기반한 좋은 사례(best practice)의 유포를 촉진한다는 의미이다. 이는 글로벌 파트너의 어젠다 및 common protocol, 표준화된 지표 및 측정도구, 입증될 수 있는 사업에 관한 정보의 유포에 시의 적절하게 영향을 주는 것을 통해 일어날 수 있다. 다음은 3단계 국가에서 MCHIP가 참여 수준을 보여준다.

1. 프로그램 학습 혹은 모자보건 관련 국가 어젠다에 영향을 주는데 중점
2. 1회성(One-off)의 기술 지원 혹은 이벤트 지원
3. common protocol, 표준화된 지표, 측정 도구 배포
4. 입증된 사업 관련 정보 공유

〈표 2-8〉 국가별 MCHIP 접근법 및 참여 유형

	MCHIP Level of Engagement	Countries ²
Intensive Focus Countries	- Multi-year core and field funds - Integrated MNCH work - Close partnership with USAID Mission, bilateral projects, MOH and other key partners - Demonstrable change in coverage of package of interventions - Significant scope (either directly or through partners) to impact national outcomes (or state outcomes if a large country) - Strong evaluation component	Bangladesh, DRC, Kenya, Malawi and potentially Nepal, Mozambique, Indonesia, Mali and Rwanda
2nd Phase Countries	- Limited core or field funding; limited timeframe - One or two interventions only - Targeted TA to support USAID bilateral or other partner programs - Assessment, policy, strategy and plan development, includes program reviews and evaluations - Dissemination of common protocols, and standardized indicators and measurement tools - Sharing information about proven interventions - MCHIP/USAID to galvanize support to facilitate movement of some countries to focus country status	Benin, Nigeria, Madagascar, Liberia, Ethiopia, Burkina Faso, Bolivia and India
3rd Phase Countries	- Program learning/OR focus to influence the national agenda on MNCH - One-off technical assistance or support for events - Dissemination of common protocols, and standardized indicators and measurement tools - Sharing information about proven interventions	Azerbaijan, Zambia, S. Sudan, Rwanda, Senegal, Uganda, Ghana, Tanzania, Peru, Dominican Republic, Nicaragua, Lesotho, Paraguay, Guatemala, Haiti, Cambodia, Philippines, Afghanistan, Tajikistan and Pakistan

출처: USAID (2009) Maternal and Child Health Integrated Program Year Two Annual Implementation Plan – Part A revised

- **(사업 내용)** HIV, 결핵, 말라리아, Helping Babies Breathe, 가족계획, 표준에 근거한 관리 및 인식, 예비교육 등을 기술적 범위에 포함하고 있으며, 가나의 국가적 규모의 MCHIP는 17개의 산파 학교, 9개의 커뮤니티 보건 간호 학교, 1개의 공공 보건 학교 내에 말라리아, HIV, 결핵, 가족계획 및 모성 신생아 보건 관련 예비 교육을 강화하여 교수, 지도의사, 졸업생들의 역량을 보장하였다.
- **(사업 성과)** 첫째, 산파, 커뮤니티 보건 간호, 공공 보건 간호, 의료 지원 및 대학을 포함한 36개의 학교에 예비 교육 역량을 향상시켰으며, 구체적인 내용은 아래와 같다.

- 보건부 보건 인력 자원부(Human Resources for Health; HRHD)와 협력하여 2가지의 자원 매뉴얼 개발.
- 교사를 위한 지식 및 역량 향상: 결핵, 말라리아, 가족 계획에 대한 172번의 기술 업데이트를 받았으며, 모든 참석자의 33%의 평균 지식 향상.
- 기초 응급 조산 모성 신생아 의료에 있는 28명의 교사 및 42명의 임상 산파에 대한 교육 . 또한, 36명의 교사와 1명의 지도 의사에게 신생아 소생에 대한 기술 향상을 위해 Helping Babies Breathe 기술을 교육.

둘째, job aid, 140개 이상의 신생아 모델을 포함한 학교에 필요한 장비와 제품을 제공하였다. 셋째, 현장 방문을 통해 계속되는 감독 및 교사 멘토링을 실시하였다. 또한 신생아 소생에 있어서 필요한 기술을 커버하는 m-Mentoring 시범 프로그램을 수행하면서 SMS 리마인더, 퀴즈, structured call 등을 실시하였다.

- **(시사점)** 동 사업을 통해 모성과 아동의 한 가지 측면만 보는 것이 아니라 아동 건강, 모성 건강, 가족계획 등을 모두 연계한 통합적 프로그램이다. 또한, 통합적 프로그램을 개발한 후 이를 협력국의 상황과 맥락을 고려하여 국가를 3단계로 분류한 후 다른 접근 방식으로 사업을 수행했다는 점에서 향후 보건 분야에 있어 모자보건 사업에 중점을 두고 있는 KOICA가 관련 프로그램을 개발하고 국가별로 차별화를 두어 접근할 수 있다는 점에서 시사점을 제공한다 (USAID, 2009).

<그림 2-9> USAID 대 가나 지원 전략 및 현황



출처: 저자구성

다. 다자기관 (Multilateral organisations)

<요약. 가나의 보건분야 다자기관의 전략 및 특징>

- (UNICEF 보건 전략과 사업의 특징) UNICEF 가나 지원 프로그램은 북부지역 3개, 중앙지역 1개 총 4개의 가장 소외된 지역을 중심으로 수행되며 중점 분야인 보건 및 영양, 식수 및 위생, 교육, 아동보호, 옹호, 홍보 및 모니터링과 평가 분석 등 크게 5가지를 중심으로 수행됨. 그 중 보건 및 영양 분야는 여성과 아동, 신생아 보건서비스에 대한 개선과 이에 대한 평등한 접근, 그리고 모성 및 아동의 영양결핍 감소에 초점을 맞추고 있음.

1) UNICEF

가) UNICEF의 전략

- (UNICEF 대 가나 지원 프로그램) UNICEF 대 가나 지원 프로그램의 주요 목적은 가나 정부가 아동의 생존, 발달, 보호를 평등하고 지속적인 방법으로 실현할 수 있도록 돕는 것이다. 또한 아동의 삶에 영향을 끼치는 의사결정에 참여할 수 있도록 하는 권리기반 환경을 마련하는 것을 주요 목표로 하고 있다. 또한, UNICEF 대 가나 지원 프로그램은 4개의 가장 소외된 지역 (북부지역 3개, 중앙지역 1개)을 중심으로 이루어지고 있다 (UNICEF, 2011).
- (UNICEF 대 가나 중점지원 분야) UNICEF 대 가나 중점지원분야는 크게 5가지로 1)보건 및 영양 (Health and Nutrition); 2)식수 및 위생 (Water, Sanitation and Hygiene); 3) 교육(Education); 4) 아동 보호(Child Protection); 5) 옹호, 홍보, 모니터링과 평가, 분석 (Advocacy, Communications, Monitoring and Evaluation and Analysis) 이다 (UNICEF 홈페이지).

- (UNICEF 대 가나 보건 분야 지원 프로그램) 위 5가지 중점지원분야 중 보건 및 영양은 두 가지의 전략적 방향성을 가지고 있으며 5개의 지역에서 집중적으로 수행되고 있다. 첫 번째 전략적 방향성은 여성과 아동의 질 높고 영향력이 큰 모성, 신생아 및 아동 보건서비스에 대한 개선된 사용과 이에 대한 평등한 접근이다. 두 번째는 모성 및 아동의 영양결핍 감소이다 (UNICEF, 2011).
- (UNICEF 대 가나 보건 분야 주요 활동)¹⁸⁾ UNICEF 보건 분야 지원의 주요 목적은 아동과 모성의 생존을 돕는 것이다. 이에 따라 UNICEF는 국가 수준에서는 보건부와 함께 정책을 개발 및 수립하며, 이를 바탕으로 지역 수준에서는 수립된 정책이 실행될 수 있도록 지원하고 있다. 재정 지원, 또는 모성 지원, 정부 시스템과 조사(survey)를 통한 보건데이터 생성 및 모니터링과 평가 또한 포함된다.

〈Box 3. UNICEF의 사업사례〉

- 프로그램 명: Human Development through Life Cycle Approach
- 프로그램 기간: 2013년-2015년
- 프로그램 예산규모: 450만 달러
- 프로그램 유형: 프로젝트(Project)

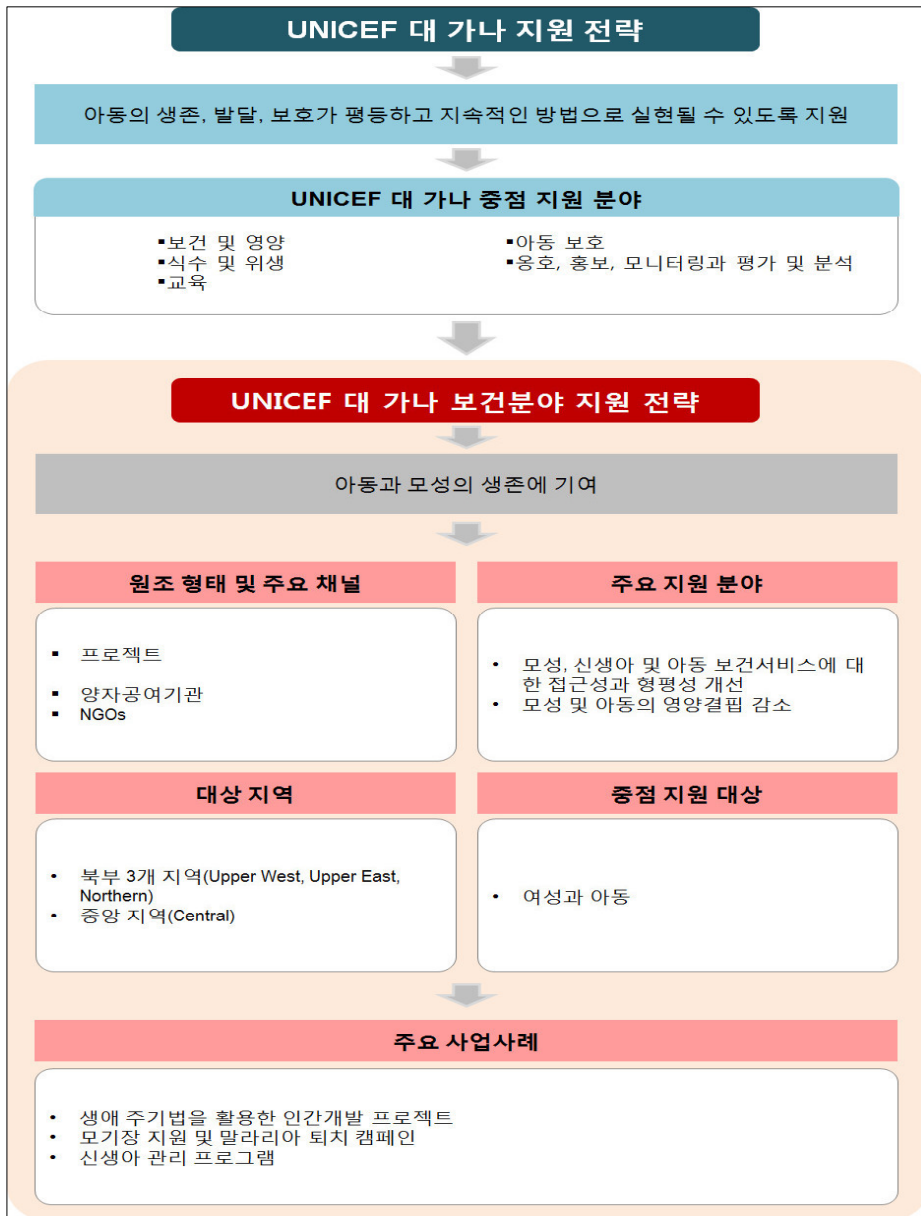
(사업의 개요) UNICEF 가나의 Human Development through Life Cycle Approach 프로젝트는 가나 북부 및 극 동부 지역 내 아동의 생애주기에 따른 교육 및 보건 서비스 접근을 개선하기 위해 수립되었다. 2013년부터 2015년까지 약 3년간 가나 북부 및 극 동부 지역 내 6개의 구역(district)에서 수행된다.

(사업의 목적) 본 프로젝트의 목적은 영양부족 영·유아, 교육받지 못한 아동, 소외된 성인, 불안정한 모성상태를 야기하는 빈곤의 악순환을 근절하기 위한 것이다.

18) 2014년 4월 현지조사 면담을 통해 확인된 내용임.

(사업의 특징) 본 프로젝트는 UNICEF가 취하고 있는 ‘생애주기 접근법(life cycle approach)’에 기반을 둔다. 생애주기 접근법은 인간개발의 지속적 진보를 이끌 수 있을 뿐 아니라 아동의 생애주기별 각 단계에 맞는 중요한 단계를 실행할 수 있는 긍정적 역할을 할 수 있을 것이라고 판단되기 때문이다. 특히 가나의 북부 및 극 동부 지방은 교육 및 보건의 질 측면에서 가장 소외된 지역이다. 이 지역에 지원함으로써 유아교육과 초등교육에 대한 접근성을 증대할 뿐 아니라 교육과 학습(learning)을 개선하고, HIV/AIDS 예방과 생식보건 증진을 포함하는 활동을 수행한다 (UNICEF 홈페이지).

<그림 2-10> UNICEF 대 가나 지원 전략 및 현황



출처: 저자구성

라. 민간기구(NGO) 보건분야 협력 사례

<요약. 가나의 보건 분야 민간기구 협력의 특징>

- (Ghana Coalitions of NGOs in Health) Ghana Coalitions of NGOs in Health는 모든 사람이 질 높은 보건의료 서비스에 접근할 수 있도록 관련 기관들의 역량강화를 돕는 것을 주요 목적으로 하고 있다. 주요 활동으로는 NGO들 간의 정보 공유 및 네트워킹, 질 높은 보건의료서비스 제공을 위한 옹호 및 캠페인 활동, 기관들의 역량강화 프로그램 등이다.

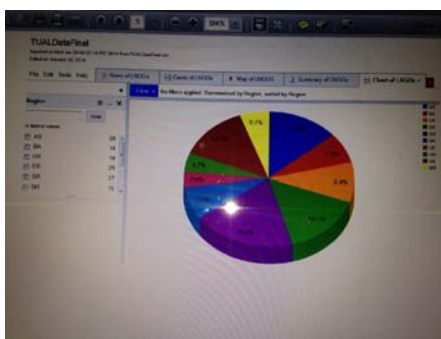
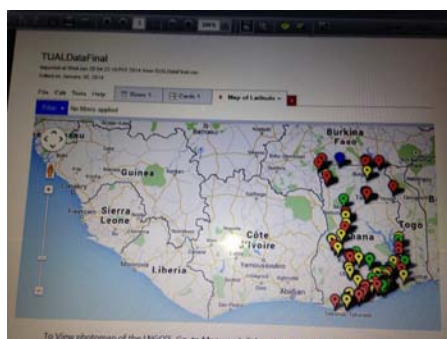
1) Ghana Coalitions of NGOs in Health

- (Ghana Coalition of NGOs in Health 배경) 1998년 지역사회에서 내 NGO들의 역할이 커짐에 따라, 세네갈 다카에서 정부, NGOs, WHO 3자간의 협력을 위한 회의를 개최하였으며, 이에 이어 1999년 다카에서 설정된 아젠다를 실행하기 위한 국제회의가 아크라에서 개최되었다. 이와 같은 국제적 파트너십에 대한 움직임에 이어 2000년 3월 Ghana Coalition of NGOs in Health 가 설립되었다 (Ghana Coalition of NGOs in Health, 2008).
- (Ghana Coalition of NGOs in Health 비전 및 목표) 본 기관의 핵심 비전은 모든 사람이 질 높은 보건의료 서비스에 접근할 수 있도록 보건 정책 및 실행에 긍정적인 영향을 미치고 관련 기관들의 역량강화를 돕는 것이다. 이에 따른 주요 목표로는 가나에 있는 보건 분야 NGO들 간의 정보 공유 및 네트워킹을 통한 연대 강화, 모두를 위한 질 높은 보건의료서비스 제공을 위한 옹호 및 캠페인 활동지지, 보건정책 및 의사결정에 영향, Ghana Coalition of NGOs in Health에 속한 기관들의 역량 강화, 보건증진을 위한 연구 개발 등이다 (Ghana Coalition of NGOs in Health, 2008).

- (Ghana Coalition of NGOs in Health 주요 활동) Ghana Coalition of NGOs in Health에 속한 NGO들은 보건의료서비스 제공의 증진을 위해 다양한 활동을 수행하고 있다. 관련 활동은 정보, 교육, 홍보 프로그램, 생식 보건 및 가족계획 프로그램, 결핵 지원 프로그램, 기관 역량강화 프로그램 등이다 (Ghana Coalition of NGOs in Health, 2008).

〈Box 4. Ghana Coalition of NGOs in Health NGO 맵핑 사례〉

(가나 NGO 맵핑 개요)¹⁹⁾ 2014년 4월 본 기관과의 면담에 따르면, Ghana Coalition of NGOs in Health는 가나 보건분야에서 활동하는 NGO들에 대한 맵핑 및 분석을 실시하였다. 그 결과 가나에는 약 500개의 NGO가 존재하며, 그 중 200개에 대한 조사가 실행되었다. NGO들의 위치, 인력 규모 등의 1차적인 정보 뿐 아니라 강점, 활동내역, 보건분야 및 그 외 활동에 대한 분석이 이루어졌음을 알 수 있었다.



(사례의 시사점)²⁰⁾ 본 기관이 실시한 가나 내 보건 관련 NGOs에 대한 맵핑 및 분석은 현장 사업 수행 시 지역 NGO와의 협력을 통한 사업 수행이 긍정적이라는 점을 시사한다. 본 기관과의 면담에 따르면, 일부는 지역 NGO의 경우 전문성이 없음을 비판하는 경우도 있으나, 가나 내 보건분야 NGO들의 특징 및 주요 활동을 파악하고 가나 및 사업 지역에 대한 이해를 높일 수 있다. 이를 바탕으로 현장에서 사업하는 데 긍정적인 영향을 끼칠 수 있으며, 지역 NGO는 주민동원 및 인식변화에 상당한 기여를 할 수 있다는 점을 강조하였다.

(KOICA 사업수행 채널에 대한 제언)²¹⁾ 현지조사 면담을 통해 발견한 본 보건 분야 NGO 맵핑 사례는 KOICA의 현장중심 사업 수행 시 활용할 수 있는 점이 있음을 Ghana Coalition of NGOs in Health는 강조하였다. 현재까지는 ODA사업 대부분이 현지 시스템 또는 기관을 이용하지 않는 방식으로 이루어졌으나, 점차 ODA사업의 트렌드가 변함에 따라 현지의 시스템 또는 기관을 효과적으로 활용할 수 있는 방안을 모색 중이다. 공여국이 수원국 뿐 아니라 사업 지역에 대한 관련 정보를 모두 파악하기 힘드므로 지역사회, 지역 NGO와의 지속적인 협력을 통한 사업 발굴 및 시행이 중요하다는 점이다. 이에 따라, KOICA가 사업을 수행할 시 본 Ghana Coalition of NGOs in Health를 통해 가나 내 보건 분야 지역 NGO의 맵핑 자료를 활용하여 선별하고, 파트너십 구축을 추진할 수 있을 것으로 판단된다.

19) 2014년 4월 현지조사 면담을 통해 확인된 내용임.

20) 2014년 4월 현지조사 면담을 통해 확인된 내용임.

21) 2014년 4월 현지조사 면담을 통해 확인된 내용임.

제3장. 종합제언

1. 요약 및 시사점

가나 보건분야 협력방안은 문헌조사 결과와 현지조사에서 수집된 현지 자료의 분석 결과를 중심으로, a) 협력국의 보건 분야 정책 우선순위와 아국의 CPS 및 KOICA의 보건전략과의 일치, b) 협력국의 보건과 질병 문제 및 보건의료 시스템의 제약요인, c) 가나 내 공여기관들의 보건 분야 지원 전략과 특징, 그리고 d) KOICA의 대 가나 보건 분야 전략과 현황을 종합적으로 고려하여 제시하였음.

가. 협력국의 보건정책 우선순위와 CPS 및 KOICA 보건전략과의 일치

- (HSMTDP 전략 목표) 본문에서 분석된 바와 같이 가나 정부는 현재 보건분야 중기 개발계획(HSMTDP)을 통해 지방분권화와 섹터 간 연계를 바탕으로 한 보건서비스의 형평성을 향상하기 위한 프레임워크를 구축하고 있다. HSMTDP는 아래와 같은 5대 전략적 목표를 가지고 있으며, 향후 이를 KOICA의 보건사업의 핵심 정책적 기반으로 활용하여야 한다.
 - 전략목표 1 : 보건서비스 접근성에 대한 불평등의 감소 및 빈곤층을 보호하는 지속 가능한 재정 확보
 - 전략목표 2 : 보건 서비스 전달의 거버넌스 향상 및 효율성 제고
 - 전략목표 3 : 모성, 신생아, 아동, 청소년에 대한 보건 서비스의 접근성 향상
 - 전략목표 4 : 전염성/비전염성 질환의 예방 및 치료, 건강 증진
 - 전략목표 5 : 정신보건서비스를 포함한 시설진료를 강화
- (모성보건에 대한 전략적 강조) 또한, 가나 보건분야 정책은 보건 정책의 우선순위와 MDGs의 성과 달성을 적절히 연계하려는 노력을 보여 왔으며, ‘MDG 달성을 위한 국가행동계획’ 등을 통해 모성보건을 보건 분야 최우선 과제로 선정하고 있다. 실제로 가나 현지조사를 통해 모성보건에 대한 가나 보건부 및 전문가들의 공통된 문

제의식을 발견 할 수 있었으며, 이 외에도 국민건강보험, 보건정보 시스템, 영·유아 및 영양 등에 대한 전략적 개입의 필요성을 확인할 수 있었다.

○ (CPS의 중점분야) 한편, 우리정부의 가나 국별협력전략(CPS)에서는 첫째, 전력인프라의 확충, 둘째, 보건 및 위생환경의 개선, 그리고 셋째, 기초교육환경의 개선을 우선지원분야로 선정하고 있다. 이 중 두 번째 우선순위로 포함되어 있는 보건 및 위생환경을 개선하기 위한 주요 방안으로 모자보건에 대한 집중적인 지원과 계획이 수립되어 있다. 실제로 모성 및 영유아 사망률 감소가 상기 분야에 대한 지원목표로 구체적으로 제시되어 있으며, Greater Accra지역 및 Volta지역을 중심으로 보건소 등 지역 내 보건의료시스템의 역량강화를 목표로 통합적 프로그램이 KOICA를 통해 현재 진행 중에 있다. 따라서 CPS 상의 우선지원 분야, 특히 모자보건에 대한 전략적 연계가 KOICA 대 가나 보건분야 협력방안 도출 시에 고려되어야 할 것이다.

○ (KOICA 보건분야 5대 목표) 마지막으로 KOICA의 보건분야 지원전략과 연계된 대가나 보건분야 협력방안을 수립하는 것이 중요할 것이다. KOICA는 <KOICA 보건 분야 전략 2011-2015>를 통해 보건분야 사업에 대한 KOICA의 전략적 방향성을 제시하고 있으며, 주요 5대 목표는 아래와 같다.

- 전략목표 1 : 보건의료 인적역량강화
- 전략목표 2 : 보건의료 제도적 역량강화
- 전략목표 3 : 보건의료 서비스접근성 강화
- 전략목표 4 : 모자보건 및 가족계획 향상
- 전략목표 5 : 전염성 및 질병 관리 강화

나. 협력국의 보건의료 시스템 및 건강/질병 문제의 심각성

○ (보건서비스 주체 간 역할의 중복과 비효율성) 본문에서 분석된 바와 같이 가나 보건 시스템의 가장 큰 문제는 정책과 서비스 전달의 이원화가 이루어졌음에도 불구하고 여전히 보건 거버넌스 구조에 중복과 비효율성이 존재하고, 이로 인해 보건서비스가 불균등하게 전달된다는 점이다. 이렇게 여러 이해관계자들 사이에 역할과 책임이 중복되어 있는 상황에서는 사업의 목적과 활동에 맞는 적절한 파트너와 협력하여 사

업의 효과성을 담보하는 것이 필요할 것이다. 또한, 보다 근본적으로 가나 정부의 보건시스템에 대한 역량강화가 필요할 것으로 사료되며, 이를 위해 보건부의 모니터링 및 관리 역량의 강화, 보건의료정보시스템의 구축, 그리고 국가의료보험제도의 개선 등이 고려될 수 있을 것이다.

○ **(심각한 전염성 질환 및 모자보건 현황)** 가나의 가장 큰 사망원인은 본문에서 분석된 바와 같이 말라리아(사망원인의 13%)와 하기도 감염, 그리고 HIV/AIDS(각각 사망원인의 9%)인 것으로 조사되었다. 특히, 말라리아로 인한 경제적 손해는 GDP의 약 10%로 추산되었다. 또한, 모성보건 관련 지표들이 전반적으로 열악하여 모성사망비는 출생아 10만 명 당 190명으로 크게 개선되지 않은 상태이고, 숙련 인력에 의한 출산율은 57% 수준으로 목표치인 70%를 달성하고 있지 못하고 있다. 이로 인해 MDG 5목표인 모성사망비 감소는 2015년까지 달성 불가능할 것으로 예측되는 등 모성보건 분야에 대한 우선적인 지원의 필요성을 확인할 수 있다.

○ **(새롭게 대두되고 영양 이슈)** 마지막으로 가나 내에서 영·유아 및 아동에 대한 영양 이슈가 새롭게 대두되고 있는 것을 확인할 수 있었다. 2008년 DHS에 의하면 5세 미만 아동의 약 14%가 저체중이고, 29%는 발육부진인 것으로 조사되었으며, 특히 사회경제적 그룹과 지역적 그룹 사이에 아동 영양에 대한 격차가 큰 것을 발견할 수 있었다. 실제로 현지 조사 결과 영유아 생존 및 영양에 관한 문제가 2013년 하반기부터 핵심 문제로 부각되었으며, 현재 MoF의 NDPS가 주도권을 가지고 여러 부처와 함께 영양 관련 정책을 개발하고 있는 것을 확인할 수 있었다.

다. 가나 내 주요 공여기관들의 보건 분야 지원 전략과 특징

○ **(경제성장 및 ODA 동향)** 가나는 2011년부터 2013년에 걸쳐 주빌리 유전의 원유생산 및 수출에 힘입어 중저개발국으로 도약하면서 빈곤율 및 절대 빈곤선 이하 인구 역시 감소하는 동향을 보이고 있다. 이에 따라 최근 대다수 공여국들이 수원국 자체의 역량의 강화가 필요하다는 판단 하에 가나 정부의 주도적인 정책

결정, 예산 배분, 효과적인 사업이행을 강조하고 있다. 따라서 향후 가나에 대한 한국의 협력 전략은 변화하고 있는 가나의 경제성장을 고려하고, 이에 부합하는 차별화된 지원 전략 혹은 필요시 장기적인 관점에서 협력국의 역량개발을 고려하는 것이 중요할 것이다.

○ **(주요 전염성 질환 및 모자보건에 대한 지원)** 가나 보건분야의 주요 공여기관들은 주로 MDG 6인 HIV/AIDS, 말라리아, 결핵 등의 감염성 질환에 대한 지원에 많은 금액을 투자하고 있는 것으로 파악된다. 또한, 모성 및 아동 보건 관련한 지원도 정책 층위와 사업 층위에서 골고루 이루어지고 있는 것을 확인할 수 있었다. 한편 보건정책 및 시스템 개선에 대한 지원은 2007년 이후 점차 감소하는 경향을 보이고 있는데, 가나의 보건 시스템 및 거버넌스가 아직까지 한계가 많다는 점을 고려해 볼 때 동 분야에 대한 추가적인 지원도 고려해 볼 수 있을 것이다. 지원형태를 살펴보면 많은 공여기관들이 가나의 국가 및 지역 NGO를 통한 지원을 하고 있는 점과 분야별 자금지원이 이루어지고 있다는 점이 특징으로 발견된다.

○ **(여러 보건이슈를 연계하는 통합적 접근)** 앞서 주요 양자 및 다자 공여기관 분석에서 살펴본 바와 같이, 가나 보건분야의 주요 사업들은 여러 가지 구성요소들이 하나의 프로그램 하에 통합되어 추진되는 특징을 발견할 수 있다. 실제로 JICA의 경우 ‘북서쪽 지역 내 모자보건 서비스 강화 프로그램’을 통해 ‘PHC 서비스의 접근성 향상’, ‘커뮤니티 보건인력의 역량 개발’, 그리고 ‘보건 시스템 강화’의 세 가지 요소를 무상원조, 기술협력, 다자기구 지원 등의 다양한 방법을 통해 지원하고 있었다.²²⁾ 또한, USAID는 모자보건 통합프로그램을 통해 HIV, 결핵, 말라리아, 가족계획, 표준에 근거한 관리 및 인식, 예비교육 등의 세부 보건요소들을 모자보건의 향상이라는 목적 하에 실시하고 있었다.²³⁾ 이는 가나의 보건분야 이슈가 복잡하고 서로 연계되어 있으며, 이를 궁극적으로 개선하기 위해서는 여러 가지 이슈들을 동시에 관리할 수 있는 통합적인 접근이 필요하다는 사실을 시사하고 있다.

22) 보고서 본문 2장 참조.

23) 보고서 본문 2장 참조.

라. KOICA의 대 가나 보건 분야 지원전략과 현황

- 앞서 제시된 바와 같이 가나 CPS의 3대 우선지원분야는 첫째, 전력인프라의 확충, 둘째, 보건위생 및 의료 환경의 개선, 셋째, 기술교육환경개선이며 KOICA의 대 가나 지원도 이러한 전략적 방향에 맞추어 이루어지고 있다. 보건 분야의 전략적 목적은 모자보건의 증진으로 현재 KOICA는 가나 볼타 지역에서 모자보건 개선 사업을 진행하고 있다. 동 사업의 목적은 모자보건 서비스를 증진하고, 모자보건에 대한 지역사회의 인식을 개선하고, 모자보건 인력을 양성하는 것으로 USAID와 협력 사업으로 진행되고 있다.
- 프로젝트의 경우 2003년부터 현재까지 4건의 보건프로젝트가 진행되고 있는 것으로 파악된다. 주요 지원 분야는 모자보건, 수인성 전염병 관리, 병원 현대화지원으로 현재 USAID와 함께 대규모의 모자보건사업을 실시 중에 있다. 지역별로 살펴보면 동부 및 볼타지역에서 사업이 집중되어 왔던 것을 확인할 수 있으며, 주요 지원채널은 정부를 통한 지원이 이루어져 왔다. 프로젝트들을 통한 중점지원대상은 별도로 확인되지 않으나, 모자보건사업을 통해 모성과 아동에 대한 지원이 우선적으로 이루어졌음을 확인할 수 있다.

<표 3-1> 가나 보건분야 프로젝트형 사업 현황(2003-2012)

사업명	기간	지원금액(USD)
가나 테마병원 현대화 지원사업	2003	30만 불
동부지역 아동 및 모성사망률 감소 지원 사업	2008-2009	200만 불
동부 볼타지역 수인성 전염병 관리사업	2011-2013	400만 불
볼타지역 모자보건 개선 사업	2013-2017	600만 불

출처: KOICA 통계 사이트

2. 가나 보건전략의 기본방향

1, 2, 3장에 제시된 연구의 시사점을 바탕으로 a) 모자보건을 중심으로 신생아 보건 및 영양, 생식보건 및 가족계획을 포괄하는 통합적 지원과 b) 중장기적으로 보건이슈 해결을 위해 가나 보건시스템 개선에 집중하는 Two-track 전략을 제시함.

가. (협력방안) 통합 프로그램 지원형

○ 가나의 보건전략 및 질병현황, 주요 공여기관들의 지원전략 및 활동의 특징, KOICA의 전략 및 제반환경을 종합적으로 고려해 보았을 때, 가나에 대한 KOICA의 협력방안은 ‘통합 보건 프로그램 형(CP형, Partnership for Comprehensive Health Program)’²⁴⁾이 적절할 것으로 판단된다. 총괄 보고서에서 상세히 서술되어 있는 바와 같이, CP형의 협력방안은 협력국 내에서 기 시행되고 있는 보건 분야 활동을 확대하고, 이를 중심으로 세부 보건 분야 및 타 분야 활동들을 통합적으로 연계하여 사업의 효과성과 영향력을 극대화하는 것이다. 가나의 경우 이러한 프로그램을 위한 대표 사업으로 모자보건을 중심으로 조산사 양성, 아동 영양, 그리고 생식보건 및 가족계획을 포괄하는 통합적 지원이 가능할 것으로 사료된다. 또한, 가나의 국가개발 배경 및 취약한 보건시스템 역량을 고려하여, 장기적인 관점에서 시스템 개선을 함께 지원하는 Tow-track 전략을 취할 수 있을 것이다.

나. (중점지원 분야) 조산사 양성, 아동 영양, 생식보건 및 가족계획

○ (조산사 양성을 통한 숙련인력에 의한 출산율 개선) 숙련된 조산사의 양성을 통해 모자보건 관련 인력을 확보하고, 모자보건 서비스의 질과 양을 개선해야 한다. 2010년 가나의 인구 1,000명 대비 간호사 및 조산사의 비율은 1.14로 WHO 기준에 절반 정도 모자란 수준이며, 숙련 인력에 의한 출산율은 57% 수준으로 목표치인 70%를 달성하고 있지 못하다. 그리고 일부 지역의 경우 나이트 조산사의

24) 국가별 보건의료 협력의 유형 구분은 총괄보고서를 참고.

은퇴로 인해 조산사 비율은 더욱 내려가고 있다. 최근 조산사 학교로의 학생 유입률은 증가하고 있으나 전국적으로 학생 수에 비해 교사의 수가 부족하여 교육의 질과 양에 문제가 제기되고 있다. 따라서 모자보건 사업의 일환으로 조산사를 양성하여 시설에서의 출산을 장려하고, 산전관리 및 산후관리의 품질과 기능을 향상해야 할 것이다. 특히, 조산사를 양성 시 장기적으로는 조산사가 지역사회 보건인력 및 산모를 대상으로 교육을 수행할 수 있는 역량 강화를 위한 교육(TOT)이 필요하며, 그 내용은 설사에 대한 ORS 요법, 말라리아 치료 등에 대한 기본적인 교육과 함께 출생 및 사망신고의 장려도 포함될 수 있을 것이다.

○ **(아동 영양상태의 개선)** 2008년 가나 DHS에 의하면 5세 미만 아동의 약 14%가 저체중이고, 29%는 발육부진인 것으로 조사되어, 아동에 대한 영양이슈가 모자보건사업 시에 함께 고려되어야 할 것이다. 본문에서 살펴보았듯이 부적절한 연구조사, 관련 섹터에서 영양 이슈의 부조화, 그리고 통합적인 국가 영양 정책이 부족한 점과 외국 식제품, 그리고 변화하는 생활양식 등이 가나 내의 영양문제를 악화시키는 것으로 분석된다. 또한, 커뮤니티의 문화적 풍습, 믿음, 행동양식이 신생아 보건에 영향을 주는 요인으로 분석되며 이러한 사회문화적 장벽을 제거하고 주민들의 행동변화와 인식개선을 꾀하여 가족 및 신생아에 대한 역량강화를 할 수 있는 홍보와 커뮤니케이션이 부족하고 상황이다. 따라서 KOICA의 경우 아동의 저체중 및 발육부진에 대해 영양제를 직접 공급하는 것보다는 주민인식교육을 통해 올바른 영양섭취에 대한 지식을 확산하는 전략으로 아동 영양상태 개선에 기여할 수 있다.

○ **(CHPS의 강화)** 앞서 분석된 바와 같이 가나는 중앙에서 지역사회 수준으로 내려갈수록 보건서비스가 적절히 제공되지 않으며, 의료 기관 및 인프라 역시 중앙에 비해 지방에서 매우 열악하다. 특히, 기초보건서비스의 확대를 위해 CHPS가 지속적으로 확대되고 있는 추세이지만, CHPS의 역할에 대한 정립, CHPS에서 근무할 수 있는 지역보건의료인력(CHO)의 양성, 그리고 이들이 활동할 수 있는 CHPS의 공간과 기자재의 확보는 함께 해결되어야 이슈로 남아있다. 따라서 가나에서 보건사업을 효과적으로 수행하기 위해서는 CHPS와 연계하여 지역사회에서 기초보건서비스를 확대할 수 있는 접근이 필요할 것이다. 이를 위해 CHPS에 대한 증설과

기자재의 제공, 또는 CHPS에서 상위 의료기관으로 이송을 위한 도로 인프라 개선 등의 지원이 가능하다.

다. (시스템 개선) 보건의료시스템에 대한 관리역량 강화

○ (보건재정의 구조와 집행 개선) 공공 보건재정을 전략적으로 관리하고, 이를 효율적으로 집행할 수 있는 제도적/기술적 지원이 필요하다. 연구팀이 현지조사 시 수행한 많은 면담에서 재정의 효율적인 관리는 가나 보건 분야의 가장 시급한 문제 중 하나로 언급되었다. 특히 중앙에서 지방으로 필요한 재원의 늦게 배분되어 사업성과가 의도한 기간 내에 도출되지 못하는 문제가 발생하고 있다. 국가의료보험의 경우 환자가 의료보험을 통해 진료를 받은 경우에도 정부에서 의료기관으로 보험료가 제때에 지급되지 못해 의료기관들이 운영에 어려움을 겪는 경우가 있고, 공여기관들이 가나 정부를 통한 지원을 한 경우에도 지원자금이 사업지에 도달하기까지 몇 개월 이상 지연되는 경우도 발견되었다. 따라서 공공 보건재정 관리가 전략적으로 이루어질 수 있도록 하고, 이를 통해 의료보험 등의 보건서비스가 취약계층 및 빈곤층에게 우선적으로 돌아갈 수 있게끔 지원해야 할 것이다. 또한 현재 가나 의료보험제도는 행위별 수가제(fee for service)와 포괄 수가제(DRG)에서 향후 인두제(Capitation)로 전환하는 것을 고려하고 있으므로, 이와 관련하여 보편적 의료보험의 확대 및 CHPS와 연계한 의료보험제도의 적용 등에 대한 기술적 지원이 이루어질 수 있다.

○ (인력개발: 인력의 양성과 배치에 대한 제도적 개선) 전국적으로 부족한 보건인력을 양성하고, 지역별로 불균등한 보건인력의 배치를 완화하기 위한 제도적 지원이 필요하다. 가나 보건인력과 관련된 가장 큰 문제는 소외지역일수록 보건인력이 적게 분포되어 있는 점으로 의사, 약사, 간호사, 보건행정인력 모두 국가 남부 지역의 도심에 집중되어 있다는 점이다. 이는 보건지표가 열악한 북부 및 불타지역의 경우 근무환경이 열악하여 많은 수의 보건인력이 이곳에서의 근무를 기피하는 것으로 파악된다. 따라서 보건인력의 양성과 함께 한 지역에서 훈련된 인력은 일정 기간 동일 지역에서 근무하게 하는 정책의 확산과 이를 위한 인센티브의 제공 등이 필요할 것이다. 한편 보건인력의 양성 시에는 결핵, 말라리아, 가족 계획 등

의 지식과 조산 및 신생아 소생 등에 대한 임상교육을 모두 제공하여 보건인력의 지식과 역량을 함께 증진해야 할 것이다.

- **(보건정보 관리 및 M&E 시스템)** 보건 자원의 효과적인 관리를 위한 통합적인 보건정보시스템을 개발하고 운영하는 것이 필요하며, 특히 보건부의 정보관리 시스템을 구축하여 독립적 산하기관들에 대한 조율 및 조정역할을 강화해야 한다. 가나의 경우 재원의 부족으로 보건정보 관리를 위한 많은 개발 계획 및 전략이 실제로 수행되지 못하고 있으며, 보건부가 보건정책을 총괄하고 있음에도 불구하고 각각의 산하기관들의 활동과 성과에 대한 통합적인 정보관리 시스템이 부재한 상황이다. 실제로 연구팀의 보건부 관계자 미팅에서도 이러한 관리시스템에 대한 KOICA의 지원이 요청된 바 있다. 따라서 보건정보의 체계적인 관리와 보건사업에 대한 정확한 M&E 체계 구축을 통해 장기적으로 가나 보건지표의 개선에 기여할 수 있을 것이다.

3. 가나 보건사업의 수행전략

보건사업의 수행전략은 위에 제시된 기본방향의 틀 안에서 향후 KOICA의 보건사업의 이행전략(Operational Strategy)을 마련하는데 기여할 수 있는 요소로 a) 유형별/형태별 지원방향, b) 중점지역, c) 우선지원 대상 및 범분야 이슈, d) 효과적인 보건사업 수행을 위한 환경조성을 중심으로 전략을 제시하였음.

가. 원조 유형별 지원 방안

- **(양자 지원 사업 발굴)** 현재 가나의 보건분야에 대한 정부의 수요와 보건문제의 심각성, 보건시스템 강화를 위한 지원의 필요성을 고려할 때, 가나 정책에 일치되고 조화된 지원이 지속되는 것이 중요하다. 특히 보건전략의 기본방향으로 제시된 모자보건을 중심으로 한 프로그램형의 통합적 접근을 위해서는 기존의 양자 지원 사업을 사업을 통한 지속적인 사업 발굴이 필요할 것이다. 양자 지원 사업의 발굴 시 고려해야 할 점은 가나의 보건시스템이 분절화 되어 있는 상황에서, 사업의 목적에 따라 가나 보건부, 가나 보건서비스청, 기타 부처 등의 다양한 이해관계자들과 적절히 협력하여 사업을 발굴하는 것이 필요할 것이다.
- **(멀티바이 지원사업)** 가나의 다자 공여기관들은 주요 전염성 질병에 대한 지원이나 예방접종 및 영양사업에 주력하는 것으로 파악된다. 또한 양자기관들이 특정 사업지역에 집중하는 것에 반해 다자기구들의 경우 보다 넓은 지역에서 보건서비스를 제공하고 있다. 따라서 KOICA가 강점이 있는 모자 보건 분야는 양자사업으로 진행하되, 그 외에 가나의 주요 질병인 말라리아나 예방접종 등 다자기구가 강점을 가지고 있는 분야에 대해서는 멀티바이 사업을 고려해 볼 수 있을 것이다. 실제로 KOICA가 UNICEF에 지원하고 있는 생애주기 접근법을 활용한 인간개발 프로젝트가 대표적인 사례가 될 수 있을 것이다.

나. 사업유형별 지원 방안

○ **(프로그램 및 프로젝트)** 가나에 대한 지원에서 주요한 점은 KOICA가 강점을 가지는 대표적인 사업을 중심으로 여러 가지 프로젝트들이 연계된 프로그램형 사업의 발굴이 가능하다는 점이다. 앞서 언급된 바와 같이 보건문제 해결을 위해서는 통합적인 접근이 중요하며, 특히 모자보건의 경우 위생과 관련된 식수, 모성 및 아동의 건강상태와 관련되는 영양, 이를 제공할 수 있는 농업 등의 다양한 분야에 대한 고려가 필요할 것이다. 프로그램형 사업을 개발하기 위해서는 기존에 수행되던 여러 가지 사업유형들을 결합할 수 있을 것이며, 하나의 프로그램 하에 기술지원, 건축, 보건인력 양성 등이 포함될 수 있을 것이다. 또한, 가나 지역사회에서 사업의 효과성을 담보하기 위해서는 CHPS와 긴밀히 연계된 사업구성이 필요할 것으로 사료된다. 실제로 JICA와 USAID의 사업사례 모두 CHPS에 대한 지원과 역량강화가 포함되어 있으며, CHPS 보건 인력의 역량강화, CHPS에서 보건소나 병원으로의 이송 시스템 개선 및 강화 등이 사업의 구성요소로 고려되어야 할 것이다.

○ **(개발컨설팅)** 한국이 강점을 가지고 있는 ICT기술을 활용한 보건정보 시스템의 구축, 또는 의료보험제도 사업에 대한 기술지원이 가능할 것으로 판단된다. 앞서 분석된 바와 같이 가나의 경우 보건정보시스템이 열악하여 여러 보건지표들이 통합적으로 관리되지 못하고 있으며, 특히 보건부의 산하기관에 대한 관리역량이 부족한 것으로 파악되었다. 또한 의료보험제도에 대한 정책적 자문을 통해 보다 보편적인 의료서비스 제공에 기여할 수 있을 것이다. 이와 같은 개발컨설팅은 KOICA 보건 전략목표 2번에 제시되어 있는 보건의료 정보체계 강화를 위한 목표와 연계되어야 하며, 별도의 Stand-alone activity로 추진되는 것을 지양하고, 중장기적으로는 프로그램형 사업으로 발전 될 수 있도록 노력해야 할 것이다.

다. 전달 채널별 지원 방안

○ **(분야별 자금지원)** 가나는 일반 자금지원과 분야별 자금지원을 모두 받고 있으며,

현재 많은 공여기관들이 일반 자금지원보다는 분야별 자금지원으로 전환하고 있는 추세로 파악된다. 행정시스템과 부패정도를 고려할 때 가나는 아프리카 타 국가들에 비해 분야별 자금지원의 가능성이 높은 것으로 판단되나, 자금의 투입에서 사업 지역까지의 전달까지 오랜 시간이 걸리는 문제가 있었다. 이를 고려할 때 KOICA는 가나 보건분야에 대한 자금지원을 고려해볼 수 있을 것으로 파악되며, 이 경우 특정한 지원목표 및 분야에 대해 지정(earmark)하여 자금의 흐름을 명확히 추적하는 것이 필요할 것이다.

라. 중점지원 지역

- 앞서 본문에서 기술된 바와 같이 가나는 신생아 사망률, 보건인력의 비율, 아동 영양 상태 등 보건 분야의 전 지표에 걸쳐 도농 및 지역 간의 격차가 크다. 이 중 보건 지표의 현황을 살펴볼 때, 북부 3개 지역(Northern, Upper West, Upper East)과 동부(Volta)지역의 지표가 특히 낮게 나타났다. 이와 같은 4개 지역에 대한 보건지원은 양자, 시민사회 및 기업과의 협력사업 및 국제기구를 통한 멀티바이 등의 다양한 유형과 채널을 통해 지역별 딜리버리에 강점이 있는 기관들과 협력하여 지원함으로써 가장 소외된 지역에 대한 보건서비스의 확대 및 불평등 개선에 기여할 수 있을 것이다.
- KOICA의 중점지역으로는 타 지역에 비해 보건지표가 열악한 북부 3개 지역과 동부의 볼타 지역이 지원 우선순위가 될 수 있다. 사업지역의 선정은 위해서는 사업수행을 위한 목표 지역의 지리적 여건, 사회/문화적 여건, 치안 이슈 등도 함께 고려되어야 할 것이다. 또한, KOICA에서 기 수행 중인 사업과의 연계를 고려한 사업지역 및 대상 선정이 필요하며, 이를 종합해 볼 때 현재 진행 중인 볼타 지역을 중심으로 사업의 범위를 확대할 수 있을 것으로 판단된다.

마. 우선 지원 대상

- (여성 및 취약계층) 가나의 경우, 여성들의 교육, 소득, 지역별 격차가 큰 것으로 조사되었다. 본 연구에서 모성의 교육 수준에 따라 5세 미만 아동의 사망률에 큰

차이를 보임을 발견했으며, 모성의 교육 수준이 낮을수록, 아동 사망률이 높게 조사되었다. 이는 저소득층과 취약계층에 대한 보편적인 보건 의료서비스를 제공하는 시스템이 아직 구비되지 못하여 의료보건서비스에 대한 접근성에 사회경제집단 간 차이가 있음을 보이고 있다는 반증이다. 따라서 보건분야 지원의 우선지원 대상을 선정함에 있어 여성에 대한 지원에 초점을 맞출 것을 제안하며, 특히 여성 중에서도 사회·경제적 취약계층에 대한 지원이 선행되어야 할 것이다.

사. 보건사업을 위한 환경조성

- 상기 제시된 보건분야 수행전략을 이행하기 위해서는 KOICA 현지사무소의 리더십, 인력 보강, 보건 분야 전문성 강화, 국내외 보건사업을 담당하는 전문기관 및 시민사회 단체들과의 긴밀하고 원활한 협력이 필요하다. 특히, 꾸준히 성장하고 있는 가나의 국가개발의 맥락, 비교적 안정적이고 투명한 원조집행 환경, 가나 보건문제의 특이성, 타 공여기관들의 전략 및 사업 등을 종합적으로 파악하면서 보건 사업을 발굴하고 효과적으로 모니터링 할 수 있는 현지사무소의 권한과 역할이 확대되어야 한다. 자연스럽게 해외 현지사무소에는 중점분야별로 1~2인의 전문관이 반드시 상주해야 하며, 보건 분야가 향후 전략분야라고 판단할 시에는 보건전문관 파견과 함께, 사업형성 전문가 혹은 다자전문가 혹은 민관협력분야 발굴전문가가 파견되는 것이 중요할 것이다. 궁극적으로 기관차원에서 정책대화, 국제기구와의 공동 사업 발굴, 프로그램형 사업발굴, 혁신적인 사업 발굴과 이행을 우선시하는 기관차원의 지지가 있다면, 향후 현지사무소의 효과적이고 열린 KOICA의 현지리더십이 더욱 필요해 질 것이며, 이와 함께 우수한 보건인력의 공급이 더욱 중요해 질 것이다.

아. 요약 및 제안 사항

- 아래 <표 3-2>는 가나의 보건 분야 지원의 기본 방향 및 수행 전략 및 향후 협력 방안에 대한 구체적인 제안을 담고 있다. 기본적으로 위에서 다룬 보건 분야 협력 방안의 기본 방향과 수행 전략을 요약하여 1차 시사점으로 도출하였다. 기본 방향으로는 보건 분야 하의 중점 지원 분야 및 세부 지원 분야를 포함하고 있

으며, 세부 수행 전략에 있어서는 유형별/형태별 지원, 중점 지원 지역, 중점 지원 대상, 사업 수행 제반 환경의 내용을 나타내고 있다. 다음 단계로는 현재 KOICA가 가나에서 수행하고 있는 보건 분야 사업에 대해 KOICA가 발간한 사전 타당성 보고서, BDS 보고서 등을 참고하여 사업의 지원 분야, 수행 형태 등을 파악하였다. 이 단계의 목적은 본 연구에서 1차적으로 제시한 보건 전략의 기본 방향의 시사점과 현재 진행 중인 KOICA 사업을 비교함으로써 CP형 국가의 통합적 보건 프로그램을 기획하는 데 있어 향후 추가적으로 지원해야 할 분야(Missing Gap)을 발견 혹은 현재 수행 중인 사업의 방향성 전환 제시하는 데 있다. 또한, 세부 수행 전략까지를 함께 고려하여 가나의 프로그램형 사업에 대한 사례를 <표 3-3>에 제시하였다.

- <표 3-3>에 통합적 프로그램 사업 사례로 제시한 표를 살펴보면, 현재 프로젝트형 사업을 진행 중인 지역에 2개 정도의 프로젝트형 사업을 추가로 발굴함으로써 3개의 프로젝트형 사업이 결합하여 프로그램형 사업 수준의 성과를 만들어 내는데 그 목적이 있다. 이는 현재 KOICA의 사업 수행 체계 및 현황을 반영한 제안으로써 현재 KOICA 진행 사업은 Program Component 1에 표시하고, Program Component 2,3은 통합 프로그램형 사업의 방향으로 가기 위해 추가로 고려해야 하는 프로젝트로써 사선으로 표시하였다.

〈표 3-2〉 보건전략 기본방향 및 수행전략 프레임워크 (가나)

보건 전략	근거 기준 (CP 형)		1차 제안점 도출	KOICA 사업 분석	최종 제안점 도출
	중점 지원 분야	수원국 보건분야 개발전략 우선순위 단기적 접근과 장기적 접근을 모두 고려			
기본 방향	중점 지원 분야	- 기 KOICA 지원분야 - 수원국 보건분야 개발전략 우선순위 - 단기적 접근과 장기적 접근을 모두 고려	통합적 모자보건 프로그램	- KOICA 보건 전략 및 중점 프로그램 - 현재 진행 사업의 중점 및 세부 지원 분야 (사전 타당성 보고서, BDS 보고서 활용)	- 보건 지원 분야의 missing gap 발견을 통한 사업의 확장 - 현재 진행 중인 사업의 방향성 변경 및 축소
	세부 지원 분야	- 수요 미충족(development gap) 분야 - 수원국 요구사항(직접요청) - 타 공여기관 대비 KOICA의 비교우위	- 조산사 양성 - 아동 영양상태의 개선 - CHPS의 강화 - 보건재정의 구조 및 집행 개선 - 인력의 양성과 배치에 대한 제도적 개선		
세부 수행 전략	유형 별/행태별 지원	- 양자지원의 확대 - 정부체널의 적극적 활용(자금 지원) - 다양한 파트너와 협력방안 고려	- 양자 보건 사업 확대 (프로그램형 사업) - 분야별 자금지원의 가능성 - 다자 및 NGO 지원	- 현재 진행 사업의 유형 및 형태/ 중점 지원 지역/중점 지원 대상 (사전 타당성 보고서, BDS 보고서 활용) - 완료 사업의 연계 및 시사점 (평가보고서 활용)	1차 제안점과 KOICA 사업 분석을 통한 수행 전략 도출
	중점 지원 지역	- 기 KOICA 지원지역 - 타 공여기관과 협력 가능성이 높은 곳 - 보건지표가 열악한 곳	- 중장기적으로 복부 3개 지역과 불타 지역 지원 - 단기적으로 사업 중인 불타지역 신 집중		
	중점 지원 대상	의료서비스 접근성에 대한 사회/경제적 취약계층	여성		
	사업 수행 수단 제한 환경	- 현지사무소의 권한과 책임 - 현지사무소 인력구성(보건전문가의 유무)	- 사업형성 및 발굴에 대한 현지사무소의 권한강화 - 보건분야 전문가의 파견		

〈표 3-3〉 가나 통합적 프로그램 사업 사례 (예시)

■ 프로그램명: 가나 통합적 모자 보건 증진 프로그램 (가칭) ■ 지원지역: 볼타 지역 ■ 중점지원대상: 지원 지역 내 빈곤층 여성 및 아동
--

Program Component 1 (현재 KOICA 진행사업)	Program Component 2(*) (향후 KOICA 수행가능사업)	Program Component 3(*) (향후 KOICA 수행가능사업)
볼타지역 모자보건 사업	보건 의료시스템에 대한 관리역량 강화 사업	분야별 자금지원
■ 지역주민 인식증대 ■ CHPS 역량강화 ■ 모자보건인력 역량강화 ■ 조산사 양성학교 건축 ■ 영양상태 개선(*) ■ 출산 및 사망신고 개선 (*)	■ 보건재정의 구조와 집행 개선 ■ 모자보건 인력의 양성과 배치에 대한 제도적 개선 ■ 보건정보 관리 및 M&E 시스템	■ 보건 분야 재정지원 (Sector Budget Support)
형태: 프로젝트	형태: 개발컨설팅	형태: 자금지원

[프로그램의 목표 및 기대성과]

- 볼타지역의 모자보건 지표의 전반적인 개선
 - 모성 사망비의 감소
 - 신생아 및 영유아 사망률의 감소
 - 산모의 산전 및 산후관리 증가
 - 숙련된 인력에 의한 출산 증가

* 사선으로 표시된 부분은 현재 진행 중인 프로젝트 외에 통합 프로그램을 위해 추가로 고려될 수 있는 사업 구성요소임.

4. 맺음말

- 본 연구는 KOICA가 지원하는 모든 국가를 대상으로 하는 상위 보건전략의 내용과 조화를 두면서도, 가나의 개발의 맥락과 보건문제의 특수성을 고려한 국가중심의 맞춤형 보건전략 수립을 위해 기획되었다. 기존의 서울발 섹터전략의 관점을 현지로 돌려, 가나 보건개발의 맥락과 주요 공여기관들의 가나 지원전략에 관련된 연구에 방점을 찍고, 가나 보건전략의 기본방향 및 보건사업의 세부 수행전략을 제시하였다.
- 가나 보건전략의 기본방향은 ‘통합 보건 프로그램 형(CP형, Partnership for Comprehensive Health Program)’으로 첫째, 모자보건을 중심으로 조산사 양성, 영양, 생식보건 및 가족계획을 포괄하는 통합적 프로그램의 개발과 둘째, 중장기적으로 보건이슈 해결을 위해 가나 보건시스템 개선에 집중하는 Two-track 전략을 제시하였다. 특히, 모자 보건 분야는 가나 정부와 우리정부 모두 전략적으로 지원을 집중하고 있으며, 이미 볼타 지역에서 USAID와 함께 대규모 사업이 실시 중이기 때문에 이를 기반으로 점진적인 사업의 확장이 가능할 것이다.
- 가나 보건사업의 세부 수행전략으로 다양한 유형별/형태별 지원방향, 중점지역의 선정, 우선지원 대상 및 범분야 이슈, 타 분야와 연계 그리고 효과적인 보건사업 수행을 위한 환경조성을 제시하였다. 가나의 경우 양자지원사업의 적극적인 발굴과 함께 다자지원을 통한 사업수행도 가능하다. 형태별로는 현재 수행 중인 프로젝트를 중심으로 향후 프로그램으로 발전할 수 있고, 개발컨설팅과 함께 분야별 자금 지원도 고려해볼 수 있다. 지역별 보건분야 지원의 수요, KOICA의 사업수행환경, 타 공여기관들과의 협력 가능성을 고려했을 때 볼타지역을 중점으로 사업을 진행할 수 있으며, 사업 수행 시 우선적으로 고려되어야 할 대상은 여성과 청소년으로 제시하였다.
- 본 연구는 국내 보건분야 ODA 전략 연구들이 기존에 집중적으로 다루지 못했던 아프리카 지역과 섹터의 한 분야를 결합하는 연구이다. 특히, 우리나라 보건 정책

과 사업 층위의 중간 고리인 전략 수준의 내용을 중점적으로 다루면서, 기존의 연구들이 심도 있게 다루지 못한 국가별 특수한 맥락, 보건 시스템의 과제, 보건문제와 불평등에 대한 재조명, 타 원조기관 보건 분야 사업의 최신 전략 및 사례를 종합적으로 연구한 데 본 연구의 의의가 있다. 향후 가나의 모자보건 프로그램에 대한 세부 연구 및 보건의료시스템과 건강의료보험제도를 위한 기술지원에 대한 후속연구가 이루어질 수 있을 것이다. /끝/.

참고 문헌

[국내 문헌]

관계부처 협동 (2011). 가나 협력전략 2011-2015

KOICA (2013). 가나 볼타지역 모자보건 개선사업 사업기본계획수립(BDS) 용역 최종
종결과보고서

KOICA, KIDI (2012) 아프리카 보건의료분야 ODA 전문가 파견 PMC 용역

[국외 문헌]

JICA (2010). New JICA Guidelines for Project Evaluation 1st Edition, JICA,
2010.

Countdown to 2015 (2012) Ghana Report

Dr. Isabella Sagoe (n.d). Moses, National Child Health Coordinator, Revitalising
Efforts to Address Neonatal Mortality

Ghana Coalition of NGOs in Health (2008). The Formation and Background of
the Coalition

Ghana Health Service (2009). GHS Annual Report

_____ (2010). Facts and Figures

_____ (2011). Annual Report

Ministry of Health Ghana (2007). Programme of work, Ministry of Health

_____ (2010). Ghana Health Sector Medium-Term
Development Plan 2010-2013

_____ (2012). Ghana MDG-5 Acceleration Framework and
Country Operational plan

_____ (2012). Half-year report 2012

_____ (2013). Programme of work

Ghana Statistic Service (2005). Ghana National Health Accounts
 _____ (2008). Ghana Demographic and Health Survey
 _____ (2010). Ghana National Health Accounts
 _____ (2012). Multiple Indicator Cluster Survey with an
 enhanced Malaria Module and Biomarker

Ghana Statistic Service & UNICEF (2011). Snapshot of Key Indicators From
 Ghana MICS 2011, Northern Regions

Global Health Initiative (n.d). Ghana Global Health Initiative Strategy
 2012–2017

Government of Ghana (2014). GHANA SHARED GROWTH AND
 DEVELOPMENT AGENDA (GSGDA) II, 2014 – 2017

IHP+ (2010). Joint Assessment (JANS) of Ghana’ s Health Sector Medium Term
 Health Development Plan (HSMTDP) 2010 – 2013 JANS

JANS (2010). Ghana’ s Health Sector Medium Term Health Development Plan
 (HSMTDP) 2010 – 2013

NDPC (2008). PM&E Survey

UNDP & GOG (2012). 2010 GHANA MILLENNIUM DEVELOPMENT GOALS
 REPORT

UNICEF (2011). Ghana Country Programme Document 2012–2016

USAID (2009). Maternal and Child Health Integrated Program Year Two Annual
 Implementation Plan – Part A revised,
 _____ (2012). Country Development Cooperation Strategy 2013–2017
 _____ (n.d.). USAID/Ghana Health Sector Strategy 2009–2013

WHO & UNICEF (2012). Countdown to 2015

WHO (2009). Ghana Country Cooperation Strategy at a glance
 _____ (2010). Health Statistics Profile
 _____ (2013). World Health Statistics, 2013
 _____ (2014). Ghana Statistical Factsheet

_____(n.d). ODA for Health to Ghana

World Bank (2013). The Health Sector in Ghana

[인터넷 웹사이트]

가나 보건서비스청 www.ghanahealthservice.org

KOICA 통계사이트 <http://stat.koica.go.kr/>

OECD DAC www.oecd.org/dac/stats

USAID 가나 홈페이지 www.usaid.gov/ghana/global-health

UNICEF 가나 홈페이지 www.unicef.org/ghana/activities.html

<부 록>

1. 주요 보건지표
2. 지역별 주요 보건지표
3. 최종보고회 발표자료
4. 현지조사 면담자 리스트
5. 현지조사 결과보고서

부록 1. 가나 보건지표

분야	지표	가나	아프리카
일반 보건 지표	기대수명 (년)	64	56
	1) 남성 기대수명 (년)	62	55
	2) 여성 기대수명 (년)	65	58
	조출생율 (인구 1000명 당)	31.1	38
	출산율 (여성 1인당 출산)	4.1	4.8
	사산율 (출산 1000 건당)	222	28
사망률 지표	성인사망률 (인구 1000명당 15-60세 사이)		
	1) 남자	252	362
	2) 여자	217	317
	연령 보정된 원인별 사망률 (인구 10만명당)		
	1) 감염성 질환	608	798
	2) 비감염성 질환	711	779
	3) 부상	91	107
	연령 보정된 원인별 성인 사망률 (인구 10만 명당 30-70세 사이)		
	1) 모든 질병	1452	1716
	2) 암	151	147
모성 보건 지표	모성사망비 (출산 10만 건당)	350	480
	출산시 전문 의료 인력 참여율 (%)	55	49
	가족계획에 대해 미충족 요구를 가진 여성 비율 (%)	36	25
	15-39세 가임여성 중 피임율 (%)	24	27
	임신여성의 산전관리율 (%)		
	1) 1회 이상 방문	87	74
	2) 4회 이상 방문	78	73
아동 보건 지표	5세 이하 아동 사망률 (출산 1000건당)	78	107
	영아 사망률 (출산 1000건당)	52	68
	신생아 사망률 (출산 1000건당)	29	34
	1세 아동(12-23개월)예방접종률 (%)		
	1) 홍역	91	75
	2) DPT	91	71
	3) B형간염	91	71
	5세 이하 체중미달 아동 비율 (%)	10.1	10.4
	5세 이하 저체중 아동 비율 (%)	14.3	25.2
	5세 이하 발육부진 아동 비율 (%)	28.6	40.9
	모유 수유 아동 비율 (%)	46	35

분야	지표	가나	아프리카
질병별 지표	질병별 사망률 (인구 10만 명당)		
	1) HIV/AIDS	61	139
	2) 말라리아	52	72
	3) 결핵 (HIV 음성 인구중)	7.5	26
	발병률 (인구 10만 명당)		
	1) HIV/AIDS	52	205
	2) 말라리아	26,763	20,913
	3) 결핵 (HIV 음성 인구중)	79	262
	유병률 (인구 10만 명당)		
각 질병 관련 지표	1) HIV/AIDS	907	2,725
	2) 결핵	92	293
	살충제 처리된 모기장에서 자는 5세 이하 아동 비율 (%)	38	32
	열증상을 보인 5세 이하 아동 중 항말라리아제를 받은 비율 (%)	52	-
	Advanced HIV 감염자 중 항레트로바이러스 치료 받는 인구 비율 (%)	47	57
	모든 형태의 결핵에 대한 case-detection 비율 (%)	78	61
	결핵의 도말표본검사 양성진단 환자의 치료 성공율 (%)	86	82

출처: World Health Statistics, 2013

부록 2. 지역별 주요일반지표

	1. 생식보건			2. 모성보건		
지역구분	합계 출산율 (15-49세)	청소년 임신율 (15-19세)	현대적 피임법에 의한 피임률	산전 관리율	시설 분만율	숙련된 인력에 의한 분만율
전체	4.0	13	17	95	57	59
Urban	3.1	11	19	98	82	84
Rural	4.9	16	15	94	42	43
(지역별)						
ASHANTI	3.6	11	16	97	70	73
BRONG						
AHAFO	4.1	22	22	96	65	66
CENTRAL	5.4	23	17	92	52	54
EASTERN	3.6	8	17	96	59	61
GREATER						
ACCRA	2.5	7	22	96	84	84
NORTHERN	6.8	23	6	96	26	27
UPPER EAST	4.1	11	14	96	46	47
UPPER WEST	5.0	13	21	98	45	46
VOLTA	3.8	16	21	91	54	54
WESTERN	4.2	7	13	96	58	62

출처: Ghana Statistic Service (2008). Ghana Demographic and Health Survey & Ghana Statistic Service (2012). Multiple Indicator Cluster Survey with an enhanced Malaria Module and Biomarker

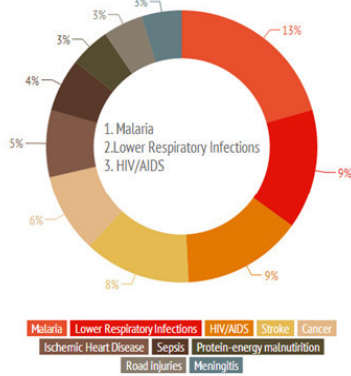
지역구분	3. 아동보건				4. 아동영양			5. HIV/AIDS 및 말라리아	
	5세 미만 아동 사망률 (출생아 1,000명당)	영아 사망률 (출생아 1,000명당)	신생아 사망률 (출생아 1,000명당)	예방접종률 (12-23개월 아동)	5세 미만 아동 발육부진 아 비율	5세 미만 아동 생애아 비율	5세 미만 아동 저체중아 비율	5세 미만 아동 말라리아 이환율 (6-59개월)	5세 미만 아동의 살충제처리모기 장 이용률
전체	80	50	32	84.4	28	9	14	27.5	28
Urban	75	49	30	81.7	21	8	11	13.1	24
Rural	90	56	33	86.5	32	9	16	38.8	31
(지역별)									
ASHANTI	80	54	27	86.8	27	9	12	22.3	25
BRONG AHAFO	76	37	44	94.9	25	5	14	37.3	50
CENTRAL	108	73	36	78.4	34	12	17	32.2	19
EASTERN	81	53	25	88	38	6	9	21.6	36
GREATER ACCRA	50	36	20	78.3	14	6	7	4.1	17
NORTHERN	137	70	39	80.2	32	13	22	48.3	11
UPPER EAST	78	46	34	94.6	36	11	27	44.0	37
UPPER WEST	142	97	41	93.4	25	14	13	51.2	34
VOLTA	50	37	47	71.8	27	5	14	17.3	40
WESTERN	65	51	27	91.4	27	6	10	36.2	36

출처: Ghana Statistic Service (2008). Ghana Demographic and Health Survey & Ghana Statistic Service (2012). Multiple Indicator Cluster Survey with an enhanced Malaria Module and Biomarker

부록 3. 최종보고회 발표 자료

(가나) 일반 보건현황

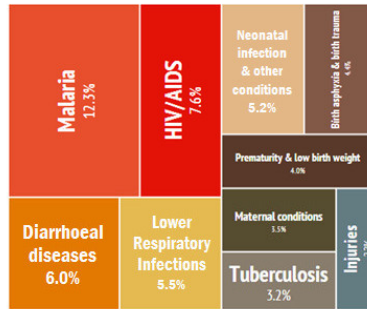
Causes of death



HIV/AIDS

- HIV/AIDS 유병률은 2.9% (2009년)
- 새로운 감염은 지난 5년 간 65% 감소

Global Burden of Diseases (GBD)



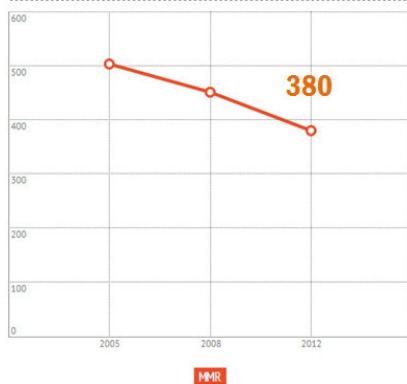
Malaria

- 6-59개월 아동의 말라리아 유병률은 28%
- 지역별 편차가 큼
- Greater Accra (4%) vs. Upper West (51%)

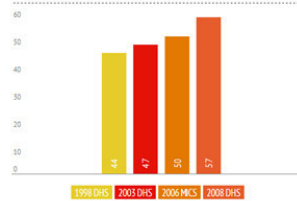
22

(가나) 모성보건 및 생식보건

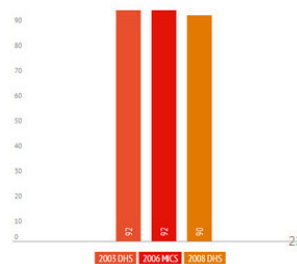
Maternal Mortality Ratio



Skilled Attendant at Delivery



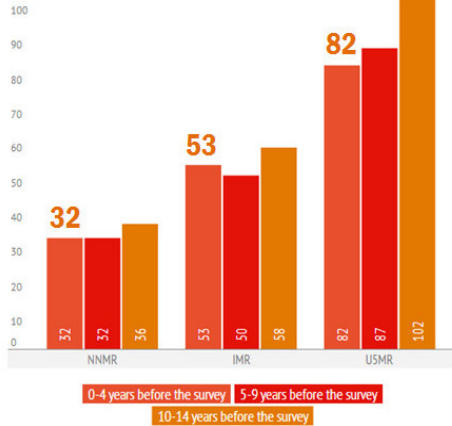
Antenatal care



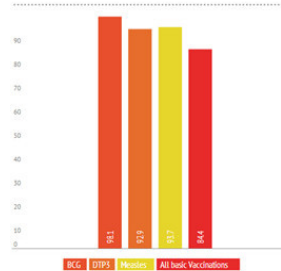
23

(가나) 아동보건 및 영양

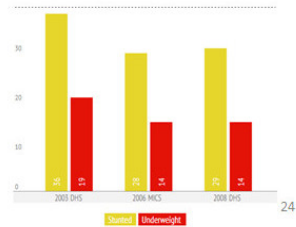
Childhood Mortality Rate



Immunization Coverage



U5 Child Nutritional Status



(가나) 보건 의료 시스템 현황 및 분석

리더십과 거버넌스

- (중복과 비효율성) MOH와 GHS 사이의 역할과 책임에 대한 부분이 모호함.
- (지방분권화) 지방분권화에도 불구하고 지방정부의 보건시스템 역할이 취약함.

보건분야 재정

- (보건재정의 관리) 보건재정의 관리가 효율적으로 이루어지지 못해, 서비스의 전달이 늦음.
- (의료보험제도) 의료보험의 혜택이 취약계층에게 돌아가지 못하고, 보험제도의 재정안정화가 필요함.

보건의료 인력

- (보건인력의 배치) 소외지역에 보건인력이 적게 배치되는 지역 간 인력의 불균형이 심함.
- (교육의 질) 보건인력 양성에서 교사/학생의 비율이 낮아서 질 높은 교육을 제공하는데 한계가 있음.

보건의료시스템의 주요 문제점

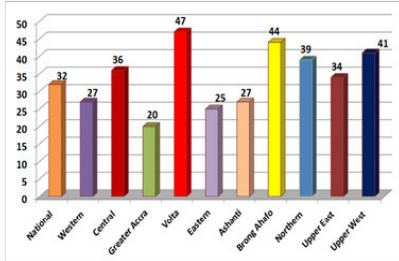
- 보건 거버넌스 구조의 중복과 비효율성
- 지방 분권화에도 불구하고, 지방정부의 역량부족으로 지역차원에서 기초보건서비스의 전달에 한계가 있음.
- 보건재정의 안정화 및 재원의 효과적이고 효율적인 관리가 필요함.

(가나) 보건과 빈곤/불평등과의 연계

교육과 소득수준에 따른 불평등

- (모성의 교육과 소득수준) 모성의 교육 수준이 높아질 수록 5세 미만 아동 사망률이 급격히 떨어지는 것을 확인할 수 있음. 또한 소득 수준 상위 20%와 하위 20% 사이의 격차도 2배 이상으로 발견됨.
- (의료보험의 가입) 소득 상위 20%는 의료보험에 등록된 비율이 63.9%인데 비해, 하위 20%의 경우 28.7%에 불과함.

도농 및 지역간 격차(신생아사망률)



(출처: 가나 MICS 2011)

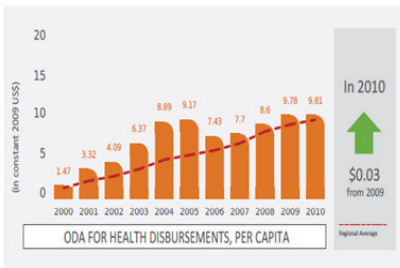
보건과 빈곤/불평등과의 연계

- (사회경제집단 간 보건서비스 접근성) 저소득층과 취약계층에 대한 보편적인 보건 의료서비스를 제공하는 시스템이 아직 확립되지 못하여 의료보건서비스에 대한 접근성에 사회경제집단 간 차이가 있음을 보이고 있음.
- (북부 3개 및 동부지역의 낮은 보건지표) 신생아 사망률, 보건인력의 비율, 아동 영양 상태 등 보건 분야의 전 지표에 걸쳐 도농 및 지역 간의 격차가 큼.

ReDI | 서울글로벌발전연구원
The Global Development Institute

(가나) 주요 공여기관들의 보건 분야 지원 전략과 특징

보건 분야 ODA 지원 현황



COMMITMENTS in Million (constant 2009 US\$)		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Health Policy & Admin Management		24.33	27.40	238.41	238.02	462.96	46.57	49.87	146.79	84.78	6.97	3.93
MOH (Control of HIV/AIDS, TB, Malaria and other diseases)		22.81	81.63	9.95	50.71	25.92	79.23	98.49	96.20	113.16	228.82	84.33
Other Health Purposes		13.34	17.40	18.98	20.07	39.96	6.72	9.00	42.24	139.76	35.13	46.98
Reproductive Health & Family Planning		34.59	13.63	3.75	14.71	5.23	5.42	4.54	11.33	18.25	21.60	21.40
Grand Total		86.94	139.06	259.08	293.51	513.07	134.89	164.49	298.54	355.91	295.52	156.63
DISBURSEMENTS in Million (constant 2009 US\$)		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Health Policy & Admin Management		25.48	27.62	50.39	89.39	123.62	93.51	88.47	85.68	54.04	34.49	30.79
MOH (Control of HIV/AIDS, TB, Malaria and other diseases)		4.70	39.38	11.79	30.39	32.36	48.05	61.52	79.95	71.47	113.03	129.05
Other Health Purposes		4.70	24.70	15.11	22.06	10.80	22.61	8.67	24.05	60.65	63.67	45.83
Reproductive Health & Family Planning		0.01	1.41	1.09	9.79	14.74	14.49	1.44	5.49	9.91	11.11	11.09
Grand Total		28.21	65.30	62.25	132.25	167.70	176.42	164.71	174.94	195.97	219.00	216.77

보건 분야 ODA 지원현황의 특징

- 가나 보건분야에 대한 ODA 지원은 일정 규모를 유지하고 있으며, 1인당 지원액은 꾸준히 증가하고 있음. 다만, 가나 보건분야에 대한 지원에 대한 커미트먼트는 2008년부터 단계적으로 감소하는 추세를 보이고 있음.
- 보건세부분야 중에서는 HIV/AIDS, 말라리아 등 전염성 질병에 대한 지원이 높은 비중을 차지하고 있으며, 보건정책 및 관리에 대한 지원은 2007년 이후로 점차 감소하는 추세를 보이고 있음.
- 생식보건에 대한 지원은 2007년 이후 조금씩 증가하고 있음.

ReDI | 서울글로벌발전연구원
The Global Development Institute

(가나) 주요 공여기관들의 보건 분야 지원 전략과 특징

지원 전략의 기본 방향	원조 형태 및 전달 채널
□ (보건시스템의 강화) 중·저소득국으로 진입한 가나의 경제성장을 고려하여 특정 질병에 대한 지원과 함께, 보건분야 거버넌스 및 책임성 향상을 통한 중장기적인 지원이 이루어짐. □ (CHPS를 중심으로 한 기초보건서비스의 강화) 지역사회 수준에서 일차 보건의료 서비스의 제공에 초점을 둔 사업이 진행되고 있음.	□ (분야별 자금지원) 아프리카 국가 중 분야별 자금지원의 성공 가능성이 높은 나라로 DFID, JICA등에 의한 지원이 이루어지고 있음. □ (정부 및 비 정부채널) 정부채널을 통한 지원과, NGO, 민간 컨설팅 기관, 기업과의 PPP 등 다양한 채널의 지원이 이루어짐. □ (프로그램 및 프로젝트) 다양한 분야와 사업수행방식이 통합된 프로그램형의 지원이 이루어지고 있음.
세부 보건 지원 분야	중점 지원 지역 및 대상
□ (모자보건 및 가족계획) 많은 공여기관들이 모자보건 분야에 대해 지원하고 있으며, 특히 모자보건을 중심으로 한 인력양성, 인프라 개발, 가족계획 등을 통합하여 지원하고 있음. □ (보건인력 개발) 보건인력의 양성과 함께 교육의 질을 향상시키기 위한 노력이 병행되고 있음. □ (아동 영양) 아동의 영양이슈가 새롭게 대두되고 있으며, 이를 위한 연구, 물자지원, 교육 등의 활동이 이루어지고 있음.	□ (북부 3개 지역 및 볼타) 보건지표가 상대적으로 저조한 북부 3개 지역과 동부의 볼타지역에 집중적으로 지원됨. □ 미국의 경우 5개 지역(Northern, Volta, Greater Accra, Central, Western), JICA는 북서부 지역, UNICEF의 경우 북부지역 3개 지역과 중앙 1개 지역을 집중 지원함. □ (중점 지원 대상) 주로 여성과 아동에 대한 우선적인 지원이 이루어짐.

CP 형 : 가나, 에티오피아, DR콩고

이름	국가	협력국 특성	주요 지원 전략
CP 형	가나 에티오피아 DR콩고(*)	▪ 기존 KOICA가 보건 분야 프로젝트형 사업 수행 경험이 있거나 진행 중인 국가 ▪ CPS내 보건 분야가 중점분야로 포함된 국가 ▪ 협력국 내 지원 지역이 선정되어 있어 지역 내 보건 문제 해결을 통합적으로 담당하는 경우	▪ 양자 지원의 확대를 통한 통합 보건 프로그램 유형 ▪ 적극적 지원 국가로써 향후 확대 가능

(가나) KOICA 보건 분야 지원 전략

보건의료시스템 강화+세부 지원분야	사업 유형별+형태별 지원
<보건의료시스템의 강화> - 모자보건 중심의 통합보건 프로그램 강화 - 중장기적 보건이슈 해결을 위한 보건 시스템 개선에 기여 (보건의료 인적역량강화, 보건의료 제도적 역량강화, 보건의료 서비스접근성 강화) - 중앙정부와의 협력을 통한 국민의료보험제도 개선 기여 <보건 세부 지원 분야> - 조산사 양성, 아동 영양, 가족계획 및 생식보건 - 보건시스템 개선	- 양자 보건 사업 확대 - 현재진행 중인 사업의 사업 규모 및 범위 확대 고려 - 멀티바이, 시민사회 및 전문기관과의 협력을 통한 지원 확대
<중점 지원 지역> - 중장기적으로 북부 3개 지역과 동부 불타 지역 지원 - 단기적으로 사업 중인 불타지역 선 집중 <중점 지원 대상> - 여성 및 아동 - 도시빈민 등 취약계층	- 범 분야와의 연계를 통한 보건지표 개선
중점 지원 지역 + 중점 지원 대상	범분야 이슈 및 타 분야와의 연계

부록 4. 현지조사 면담자 리스트 및 연락처

기관	이름	소속 및 직위	연락처
KOICA 현지사무소	조광걸	사무소장	chokko@koica.go.kr +233-30-226-5231~2
재무부	Mr. David Quist	Head of Cooperation (Korea, Japan, China)	dquist@mofep.gov.gh +233 (0) 302 674384
WHO	Mr. Selassi Dalmeida	Health Economics Advisor	dalmeidas@gh.afro.who.int sadalmeida@gmail.com +233 302 763918
Ghana Statistical Service (GSS)	Dr. Philomena Nyarko	Director of GSS	philo141@gmail.com +233 302 664319
DFID	Ms. Susan Elden	Senior Health Adviser	s-elden@dfid.gov.uk +233 (0)302 211525
University of Ghana	Prof. Richard M.K. Adanu	Dean of School of Public Health	rmadanu@ug.edu.gh +233 024 423 8556
JICA	Ms. Itsuko Shirotani	Health Project Formulation Advisor	Shirotani.Itsuko@jica.go.jp +233 (0) 30 2760781/2
	Ms. Akiko Ito	Representative of Health	Ito.Akiko@jica.go.jp +233 (0) 302 760 781/2
보건부(Minist ry of Health)	Dr. Afisah Zakariah	Director of Policy Planning Monitoring & Evaluation	afiyakzak@yahoo.com +233 (0) 243 540606
UNICEF	Dr. Hari Banskota	Health Specialist	hbanskota@unicef.org +233 302 772524
	Dr. Victor Ngongalah	Chief of Health and Nutrition	vnngongalah@unicef.org +233 302 772524
ARHR	Ms. Mary Barnor 외 3인	-	m.barnor@arhr.org.gh 00 233 302 504 468
Ghana Coalition of NGOs in Health	Ms. Milicent Akoto 외 3인	-	mammakoto@gmail.com 054 1180325
JHPIEGO	Ms. Martha	Senior Technical Advisor/Team Leader	Martha.Appiagyei@jhpiego.org +233 (0) 30 254 4575
USAID	Vandana Stapleton	Family Health Team Leader, Office of Health, Population & Nutrition	vstapleton@usaid.gov +233-(0)-302-741-959
	Melanie Luick-Martins	Deputy Office Director, Office of Health, Population & Nutrition	mluick_martins@usaid.gov +233-(0)-302-741-822

**KOICA 아프리카지역 보건분야
협력방안 연구
- 가나 현지조사 결과 보고서**

2014. 5월

I. 가나 현지조사 개요

1 가나 현지조사의 목적

□ 가나 현지조사의 개요

아프리카 8개 중점협력국의 보건 이슈·현황·체계 및 타 해외 공여기관의 아프리카 보건 지원 전략·현황의 분석을 통해 'KOICA 아프리카 보건 분야 지원 전략' 마련을 위한 시사점을 도출하는 것이 본 연구의 목적임. 이를 위해 연구 대상 아프리카 8개국에 해당하는 르완다를 방문하여 각 국가 원조, 보건 관련 정부부처 관계자, 현지 KOICA 사무소 및 전문가, 협력국 내 타 공여기관 보건 사업 담당자 및 현지 보건 전문가 등을 대상으로 개별 혹은 그룹인터뷰를 시행하고자 함.

□ 가나 현지조사의 필요성

첫째, 현장중심 보건부문 협력방안 수립 방안을 마련을 위해서는 8개국 각각의 상황을 고려한 협력국 정부 및 비정부 관계자, KOICA 사무소와의 집중 면담이 요구됨.

둘째, 현지조사를 통해 국내 문헌조사 상에서 파악하기 수집이 어려운, 세부 보건분야별, 지역별 데이터 등의 현장 수집이 필요함.

셋째, 현지 맥락을 고려한 전략을 도출하기 위해서는 현장조사를 중심으로 문헌조사 결과의 시의성 및 적절성을 검토하는 과정이 요구됨.

□ 가나 현지조사의 목적

첫째, 현지의 정부 및 비정부 관계자와의 면담을 통해, 차별화된 KOICA의 보건부문 협력방안을 모색함.

둘째, 국내 문헌조사 상에서 파악하고 수집이 어려운 세부 보건분야별, 지역별 데이터를 수집하고 분석함.

셋째, 국내에서 수행된 문헌조사 결과를 현지 맥락과 비교하여, 협력국의 보건 현황 및 이슈의 시의성과 우선순위를 현장중심으로 재검토함.

넷째, 주요 공여기관의 사업을 조사 분석하여 향후 조사 대상 협력국 내 KOICA 보건 사업 기획에 근거를 제공함.

2 가나 현지조사 일정 및 담당자

가나 현지조사팀 구성

- 전체일정: 2014.04.12.(토) ~ 2014.04.19(토)
- 각 현지조사 팀은 책임연구원 1인+연구원 1인+연구조원 1인으로 구성되었으며, 보건 전문가와 개발협력 전문가로 구성됨.

이름	직위	담당 업무
박정환	책임연구원	현지조사 총괄
홍문숙	연구원	면담/워크샵 및 일일 브리핑 진행
이경철	연구조원	일정 관리 및 자료수집, 현지조사 보고서 작성

가나 현지조사 세부 일정

일정	시간	면담기관	면담 참석자
4/14 (월)	오전	Ministry of Finance	Mr. David Quist, Head of Cooperation (Korea, Japan, China)
		WHO	Mr. Selassi Dalmeida, Health Economics Advisor

	오후	Ghana Statistical Service (GSS) 1차 미팅	Dr. Philomena Nyarko, Director of GSS Mr. Baah Wadieh, ADAS
		DFID	Ms. Susan Elden,
		University of Ghana	Prof. Richard M.K. Adanu, Dean of School of Public Health
4/15 (화)	오전	JICA	Ms. Itsuko Shirotani, Health Project Formulation Advisor Ms. Akiko Ito, Representative of Health
	오후	Ministry of Health(1차 미팅)	Dr. Afisah Zakariah, Director of Policy Planning Monitoring & Evaluation
4/16 (수)	오전	UNICEF	Dr. Hari Banskota, Health Specialist Dr. Victor Ngongalah, Chief of Health and Nutrition
		ARHR(Alliance for Reproductive Health Rights)	Ms. Maru Barnor 외 3인
	오후	Ghana Statistical Service (GSS) 2차 미팅	Dr. Philomena Nyarko, Director of GSS Mr. Baah Wadieh, ADAS
		Ministry of Health (2차 미팅)	Dr. Afisah Zakariah, Director of Policy Planning Monitoring & Evaluation
		Ghana Coalition of NGOs in Health	Ms. Milicent Akoto 외 3인
4/17 (목)	오전	JHPIEGO	Ms. Martha 외 2인
	오후	37 Military Hospital	Tertiary Level 병원
		USAID	Vanda Stapleton 외 1인
4/18 (금)	오전	연구진 내부 디브리핑	
	오후	KOICA 현지사무소 및 사업PM 면담	KOICA 부사무소장 볼타지역 모자보건사업 PM
	저녁	KOICA 디브리핑	KOICA 사무소장 및 부사무소장

II. 현지조사 회의별 내용

1 협력국 정부

가. 재정부

- 일시: 2014년 4월 14일 (월) 10:00-11:20
- 장소: 보건부
- 면담대상자: Mr. David M. A. Quist(Head of Cooperation, Ghana-Japan, China & Korea Unit)

□ 주요 안건

1. 가나의 ODA 수원체계 및 현황

- (MOF의 역할) ODA 사업에 대한 기획 및 조정역할을 MOF가 수행하기 때문에 사업의 초기부터 MOF가 참여하고 정보를 제공받는 것이 필요함.
- (한국, 일본, 중국의 특징) 현재 중국은 가나에서 Heavy Infra에 집중하고 있으며 보건분야의 사업은 없음. 일본의 경우 CHPS(Community-based Health Planning and Services)에 대한 지원과 지역 클리닉에 자원봉사자를 파견하고 있음. 한국은 보건, 교육 등의 사회개발에 집중하고 있으며 한국의 원조를 통해 기술과 지식을 얻고 있음.
- (Budget Support) 가나의 Aid policy에 따른 지원이 이루어지는 것이 중요하며, General/Sector Budget Support의 형태를 선호함.
 - 가나에서 General Budget Support는 Multi Donor Budget Support(MDBS)의 형태로 있으며, MOF를 통한 재정지원이 이루어짐. MDBS의 하위에 여러 섹터를 두고 지원성과에 대한 Result Based Management가 이루어지고 있음.
 - Sector Budget Support의 경우 각 분야의 주관부처에 대한 지원이 이루어

- 지며, MOF를 거쳐 해당부서로의 재정지원이 이루어지는 것으로 파악됨.
- (국가 시스템의 활용) 2002년 조달에 대한 법령이 제정되었으며, Cost-Benefit Analysis, Value for Money 등 시스템의 투명성과 성과관리를 강조하는 정책을 현실화시키고 있음.
 - 몬트리얼, 파리, 아크라, 부산의 연장선 상에서 PfM 활용을 높이는 것이 요구되나, 타공여 기관들이 MDBS에서 SBS로 이동하고 있는 상황을 주시 필요함.
 - (ODA Framework Agreement) KOICA는 아직 가나 정부와 ODA 프레임워크를 체결하지 않아 법적 지위를 획득하는데 어려움이 있음.

2. 한국의 비교우위

- (지식과 기술) 가나 내에서 지원이 필요한 지역에 대한 작지만, 기술(Expertise)과 지식(Knowledge) 전수가 이루어질 수 있을 것임.
 - 한국의 Knowledge Sharing Program(KSP) 사업을 긍정적으로 생각하며, 이를 통한 정책적/제도적 개선을 이룰 수 있을 것임.
- (협력방안) Co financing, Loan Financing, Parallel Financing의 다양한 예산지원 방식을 활용할 수 있음.
- (한국의 민간섹터) 현재 현대자동차가 가나에서 사업을 하고 있는 것으로 알고 있으며, 한국 민간섹터의 참여는 환영함. 특히, E-health의 경우 논의가 많이 되지만 실제 사업은 시행되지 못하고 있으며 E-governance의 경우는 중국이 많이 사업하고 있음.

나. 보건부

- 일시: 2014년 4월 15일 (화) 14:00-14:30 / 2014년 4월 16일 (수) 14:30-15:30
- 장소: 보건부
- 면담대상자: Dr. Afisah Zakariah (Director of Policy Planning Monitoring & Evaluation)

주요 안건

1. 가나 보건분야 현황

- (MoH의 역할) 개발 파트너의 모든 보건사업은 MoH를 통해 조정 및 배분되며, 이 때 MoH는 보건분야의 세부 분야별로 투입되는 총액을 관리/조율함.
 - 특히 MoH는 산하에 22개 기관을 가지고 있으며, 1) GHS, 2) National Health Insurance, 3) 4개의 Teaching Hospital, 4) National Department for Drug and Vaccine, 5) National Blood Bank 등등 굉장히 중요한 기관들이 있음.
 - ODA 프로그램 및 프로젝트를 기획할 때 MoH와 함께 사업의 종류 및 특색에 맞는 적절한 기관과 협력하는 것이 중요함.
- (주요 보건문제) 3대 질병, 모자보건, 영유아 및 아동 보건, 생식보건 및 가족 계획이 중요한 보건 문제임. 현재 영유아 생존에 관한 문제가 핵심 이슈로 강조되고 있으며, 영양 문제에 관한 정부의 전략도 부각 될 예정임.
- (주요 보건 BB 이슈) 보건분야 행정 및 경영 관련 인프라, 인력, 인력, 역량, 정보 인프라 및 M&E 부문이 취약함.

2. 현재 진행 중인 KOICA 사업

- (볼타지역 모자보건 사업) 볼타지역 사업은 KOICA의 중요한 사업 중 하나임. 동 사업의 성과 달성을 위해서는 볼타 지역을 중심으로 좀 더 포괄적인 보건의료 체계의 문제와 과제에 관한 정보 축적이 중요하며, 단기적인 성과보다는 장기성장에 집중하는 전략 필요함.

- (섹터 워킹그룹에의 참여) 사업을 발굴하고 기획할 시 보건분야 섹터그룹에 적극적인 참여가 필요하며, 볼타지역 사업이 성공할 경우 북부 지방에서 비슷한 유형의 사업을 진행하기를 희망함.

3. 한국(KOICA)의 기여방안

- (한국의 기여 가능한 세부 보건분야) 한국이 보건분야에 개입할 수 있는 3대 우선순위 분야로 1) 모자보건, 2) 신생아 및 유아보건, 3) 영양을 제시함. 현재, 3대 질병(HIV/AIDS/결핵 등)도 중요한 보건 문제이나 대형 원조기관이 이미 집중 지원 중임. 단, 영양의 경우, '13년 하반기부터 핵심 문제로 부각되었으나, 현재 MoF의 NDPS가 정책의 주도권을 가지고 있으며, '14년 내로 전략마련이 요원 한 상태임.
- (한국의 차별화된 기여 요청) 1) 보건분야의 SBS(earmark 가능)를 희망하며, 2) MoH의 Knowledge and information management에 대한 기여와, 3) 인프라, 물자지원, 혁신적인 기술접목, 4) 볼타 지역 사업 정착 및 모델화 후, 향후 북부지역에 대한 확대 지원 요청함.

수집자료

- Programme of work, Ministry of Health, 2007
- Programme of work, Ministry of Health, 2013

다. GSS(Ghana Statistical Service)

- 일시: 2014년 4월 14일 (월) 14:00-15:00 / 2014년 4월 16일 (수) 14:00-15:00
- 장소: GSS (Ghana Statistical Service)
- 면담대상자: Dr. Philomena Nyarko (Director of GSS), Baah Wadiel (Deputy Director, ADAS)

□ 주요 안건

1. 보건관련 주요 데이터

○ (주요 보건관련 지표수집) 주요한 보건관련 지표로 1) Population Census, 2) Demographic Health Survey, 3) Multiple Indicator Cluster Survey(MICS), 4) Ghana Living Standard Survey, 5) Hospital Administrative Data 등을 수집하고 활용하고 있음.

- Population Census: 10년을 주기로 행해지고 있으며, 2010년에 마지막으로 시행된 것이 가장 최근 자료임.
- Demographic Health Survey: 5년 주기로 행해지며, 지난 DHS는 2008년에 수행됨. 2013년에 수행될 예정이었으나 재정부족 등의 이유로 2014년 현재 수행되고 있으며 11월에 완료될 예정임.
- Multiple Indicator Cluster Survey: DHS가 수행되는 중간중간 실시되며, 수집되는 자료는 DHS와 중복되는 경우가 많음. MICS의 경우 특히 MDG 데이터의 모니터링에 초점을 맞추고 있음. 2011년에 수행됨.
- Ghana Living Standard Survey: 가나 국민들의 생활수준에 대한 총체적인 서베이로 보건과 빈곤에 대한 지표도 포함되어 있음. 온라인으로 지난 서베이(2005-6)를 다운받을 수 있으며, 최근 서베이(2013)는 아직 배포되지 않은 것으로 파악됨.
- Hospital Administrative Data: 의료기관에서 수집되는 자료로 보건인력, 보건기자재, 시설에 대한 자료가 매년 수집됨.
- 이 외에 아동건강 관련 등 세부 데이터의 경우 별로도 수집되는 경우도 있음.

○ (데이터의 불일치) 국가 내에서 생산되는 데이터들과 유엔기관에서 배포하는 데이터들 사이에 차이가 발생함. 이는 유엔 데이터들의 경우 예측치가 포함되어 있기 때문임. 때문에 GSS와 유엔들의 데이터의 차이에 대해서 어떻게 할지 논의 중에 있음.

2. 보건데이터 수집의 제약요인

○ (보건부와의 협력) 질병관련 데이터는 보건부로부터 제공받음. 보건부 내에

Health Information Directorate 및 Health Statistic Section이 있음. 이곳에서 질병률과 사망률 등에 대한 자료를 처리함.

- 그러나 보건부에서 통계청으로 자료가 제대로 전달되지 않는 경우가 있음.

○ (출생 및 사망신고) 출생과 사망에 대한 정보는 정확한 보건데이터 수집을 위한 필수적이지만 출생 및 사망신고가 제대로 이루어지지 않고 있음.

- 병원이나 전문인력에 의해 출산될 경우 의사나 간호사에 의해 출생신고가 이루어짐. 그러나 집에서 출산할 경우 출생신고가 제대로 이루어지지 않음. 왜냐하면 등록센터가 지리적으로 멀기로 하고, 그곳까지 갈 비용이 없는 경우도 많음. (출생신고율: 약 60%)

○ (데이터의 보완) 병원에서 수집되는 데이터가 부정확하기 때문에 DHS, MICS, Population Census 등을 통해 데이터를 보완함.

3. KOICA에 기대사항

○ (보건정보시스템의 강화) 보건이슈는 항상 정확한 통계자료의 수집과 분석과 함께 고려되어야 함. 이러한 점에서 출생 및 사망신고센터 인프라, 인력, 역량 강화에 대한 한국의 지원을 요청함.

○ (볼타지역 사업) 볼타지역 사업의 경우 출생신고를 위한 Birth Registration Center 및 출생신고를 위한 인식개선 확대를 사업에 포함할 수 있음.

수집자료

○ 엑셀 파일: Activities undertaken at the GSTC to date

○ 엑셀 파일: Hospital Administrative Health Data

○ Health Facilities by Type and Ownership 2009

○ Health Infrastructure Data, 2008~2012

○ Population & Housing Census Report, Women & Men in Ghana, GSS, 2013

○ Ghana National Health Accounts, 2005 & 2010 GSS

가. DFID

- 일시: 2014년 4월 14일 (월) 16:00-17:30
- 장소: British High Commission
- 먼담대상자: Ms. Susan Elden

주요 안건

1. 배경

- (가나의 개발 Context) 가나는 국제원조에서 중요한 아프리카의 사례국가이고, 아프리카 다이내믹스 내에서 상징적인 국가임.
 - 특히, 경제성장의 모델국가로서 가나와 한국의 비교가 꾸준히 논의되고 있기 때문에 한국이 가나를 지원하는 것이 의의가 있을 것임.
- (경제성장에 따른 원조의 유형) 가나는 중저소득국이기 때문에 기존의 최빈국 지원과는 다른 유형의 지원이 필요하며, 향후 불평등의 문제가 심각해질 것으로 예상됨.
 - 영국 정부는 10년 내에 가나에서 더 이상 원조를 시행하지 않겠다고 하지만, 실제로 철수할 가능성은 낮은 것으로 판단함.
- (중국원조의 등장) 미국과 영국이 기존의 원조관행을 바꾸지 않고 있는 동안 중국이 새롭게 들어오면서 미국과 영국의 위치가 가나에서 줄어들고 있음. DFID의 입장에서는 이러한 측면에서 한국과의 협력을 환영함.

2. DFID의 가나 보건분야 지원

- (DFID의 가나 전략적 방향성) DFID는 아동과 여성을 강조하고 있으며, 이는 정치적인 의지가 담겨져 있음.
- (보건분야의 지원방향의 변화) 보건분야의 거버넌스 및 인스티튜션 강화에 초

점을 맞추고 있으며, General Budget Support를 지양하고, Sector Budget Support를 할 것임. DFID의 경우 지역별 지원의 우선순위는 부여하지 않음.

- (원조사업 관리) 효과적인 원조사업 관리를 위한 1) Transparency, 2) Human Rights Assessment, 3) Value for Money, 4) Result-based Management가 중요하며, 이를 위한 Development Tracker, Life Save tool, Transparency International Index를 활용함.

3. KOICA에 대한 제언

- (대표사업의 발굴) 산발적으로 시행되는 Stand-alone 사업을 지양하고, 한두 가지의 의미 있는 사업을 시행하는 것이 바람직할 것임.
- (지식 및 기술의 활용) 재원의 규모보다는 KOICA가 가지고 있는 기술, 리더십을 활용한 구체적인 사례를 발굴해야 함.
- (Sector Budget Support: SBS) 가나의 경우 보건분야 SBS 확대 (earmark)고려해 볼 수 있음.
 - 특히, 아프리카에서 버젓 서포트를 고려할 때에 가나와 르완다가 좋은 시범국가가 될 수 있음.

수집자료

- Summary of DFID's work in Ghana, 2011-2015

나. JICA

- 일시: 2014년 4월 15일 (화) 10:00-11:30
- 장소: JICA
- 면담대상자: Ms. Akiko Ito(Representative, Health), Ms. Itsuko Shirotani(Health Project Formulation Advisor)

□ 주요 안건

1. JICA의 가나 보건분야 지원

- (JICA의 우선순위) JICA는 대 가나 협력분야로 6개 분야 중 인프라, 농업, 그리고 보건이 3대 우선순위 분야임.
- (JICA의 지원사업) 기술협력 사업 4건, 무상원조 3건, 그리고 기타 4건의 총 11개 보건사업이 진행 중에 있음.
- (JICA의 지원형태) 2011년부터 2014년까지 매년 2백만 달러의 SBS를 지원하고 있으며, 일부는 Earmarked 됨. 단, 더 이상 MDBS는 지원하지 않음.
- (JICA 신규 사업의 특징) BOP 비즈니스, EMBRACE 모델을 활용한 리서치 등 실험적인 사업이 진행 중에 있음.
- (모자보건 프로그램 사업의 사례) 북부지역의 모성보건 서비스를 강화하기 위한 통합적인 프로그램을 진행하고 있음. (향후 사례 연구 진행 예정임)

2. PBA(Program Based Approach)를 통한 모자보건 프로그램

- (Conceptual Framework) 사업을 시작할 때 단계별 목표 및 층위에 대한 개념을 정립하는 것임 중요함.
 - 최상층위에 가나 정부의 목표를 두고, 이를 달성하기 위한 도전과제들을 설정함.
 - 상층위에 JICA가 가나 북서부 지역에서 프로그램을 통해 달성하고자 하는 목표를 설정함. (구체적인 타겟들과 함께 베이스라인 대표 목표치가 명확히 있음)
 - 프로그램의 아웃컴으로 개별 프로젝트를 통한 중간단계 목표를 설정함.

3. KOICA에 대한 제언

- (선택과 집중) 여러 개의 사업을 산발적으로 시행하기 보다는 볼타 지역을 중심으로 통합적으로 연계하여 프로그램화 할 필요가 있음.
- JICA 북부지역 사업의 성과와 교훈점을 공유할 수 있는 공동 세미나, 포럼 등을 통해 장보 공유가 가능할 것임.

□ 수집자료

- PPT 파일: Introduction of JICA's Health Cooperation to Ghana 2014
- Conceptual Diagram: "UWR MCH Services Strengthening Programme, 2012

다. USAID

- 일시: 2014년 4월 17일 (목) 14:00-15:30
- 장소:
- 면담대상자: Ms. Susan Elden

□ 주요 안건

1. 배경

- (가나의 개발 Context) 가나의 보건정책 및 전략은 우수한 편이나, 이행의 구조 및 효과성에 문제가 많음. 그러나 아프리카 지역의 인근국가 대비, 부패 및 투명의 문제 심각하지 않다고 판단함.
- (가나의 분권화된 시스템) 가나 보건 시스템의 다양한 액터와 일하는 것이 어려움. 주로 지역 단위에서 Regional health team과 일하고 있으며, 지역이 중앙의 정책과 가이드라인을 따르게 하는 것이 이슈임. Regional health management team이 있고, District health management team이 있음.
- (National health insurance scheme) 정부의 역점 사업이며, 전 인구의 40-60%가 커버되고 있음. 그러나 문제는 제공되는 서비스의 질과 투명성임. 현재는 행위별 수가제(fee for service)와 포괄 수가제(DRG)를 섞어서 시행하고 있으나, 향후 인두제(Capitation)으로 전환하는 것을 고려되고 있음.
- (Quality control of drug: 약품질 관리) 국가 내에서 가짜 약이 많이 유통됨. (말라리아 치료약, Oxytoxics(자궁 수축제) 등) 때문에 사업을 할 때 의약품의 조달에 주의해야 함.

2. USAID의 가나 보건분야 지원

- (USAID의 전략변화) 기존의 성과중심(MDG 지표 달성에 가깝다고 판단되는 분야 및 지역지원, 정부채널보다 직접 딜리버리 강조) 지원 전략에서 정부채널을 존중하면서 형평성을 강조하는 전략(소외지역, 지표 달성 요원한 지역 및 계층지원)으로 변화하고 있음.

- 현재 5개 지역(northern, volta, greater accra, central, western) 지원 집중함.

- (MCHIP, RMNC 프로그램 및 영유아 보건 및 모자보건 문제)조산사 훈련 및 양성 사업의 지속가능성 보장을 위해서는 가나에서 진행된 MCHIP 사업에 관한 사업 사례분석 필요함. Promise Renewed 이니셔티브의 영향으로 영유아 생존(특히 영아) 및 모자보건(산모의 질병문제)에 대한 중요성 더욱 부각되고 있음.

3. 볼타지역 모자보건 사업

- (Volta 지역 프로그램) 조산사 양성 사업의 효과성이 보장되기 위해서는 CHIPS의 문제와 연계된 사업기획이 요구됨.

- CHIPS는 가장 기초적인 보건서비스를 제공하는 단위로 Community Health Nurse에 의해 운영됨.

- (조산사의 배치) 정부에서 CHIPS 건설 계획이 있으므로, 훈련된 조산사가 배출되고, 그들이 CHIPS에서 근무할 수 있게 될 것임. 다만, 조산사가 가서 일할 수 있는 여건(하우징) 이런 것들이 다 갖추어져야만 조산사가 가서 제대로 일할 수 있음.

- 현 대통령에 의해 CHIPS 증설에 대한 공약이 이루어짐.

3. KOICA에 대한 제언

- 향후 National Health Insurance Scheme에 대한 지원이 국가적으로 중요이슈로 부각 될 예정임.

- (임팩트 있는 조산사 교육 사업) 정부의 조산사 전략, 조산사 수요 및 공급 관련 현황, 볼타지역의 질높은 조산사 훈련의 내용, 교육 후 조산사 채용 및 배치계획, 직전 교육 및 직무 교육, 보수 교육에 관해 개입 할 수 있도록 대정부

대상 어드보커시부터 공동계획 작성 등 임팩트 있는 사업 기획이 필요함.

3 다자공여기관 Multilateral Organisation

가. WHO

- 일시: 2014년 4월 14일 (월) 12:00-13:00
- 장소: WHO 가나 사무소
- 면담대상자: Mr. Selassi Amah d'Almeida(Health Economics Advisor)

□ 주요 안건

1. WHO의 역할

- (국제적 규범과 기준의 전달) 보건이슈와 관련하여 국제적으로 합의된 규범과 기준들을 전파하고, 국내에서 받아들일 수 있도록 지원함.
- (Technical Support) 보건 전문성을 기반으로 하여 HIV/AIDS 등의 분야에서 다양한 기술지원을 하고 있으며, 특히 정신보건(Mental Health)분야도 지원하고 있음.
 - 2003년도에 보험제도 정립을 위한 지원, 보건분야 국가전략 개발에 대한 지원 등이 포함됨.
- (Limited Financial Assistance) 물적지원이 적은 곳이나, 꼭 필요한 지원이 필요한 분야에 대해 적은 액수의 재정지원을 함.
- (파트너십 구축) EU 및 USAID와 MDG 4,5의 달성을 위한 파트너십을 구축하여 원조재원을 확보함.
- (플랫폼의 제공) 가나 보건분야에서 활동하는 도너들의 원조협의체를 위한 플랫폼을 제공함.
 - 2010년에는 WHO가 보건분야 워킹그룹의 리더였음.

2. 보건분야 공여기관 협의체

- (세부 분야) 가나 보건분야 공여기관 협의체의 세부 분야는 1) Human Resources, 2) Health Financing, 3) Health Technology, 4) Service Delivery로 구성됨.

나. UNICEF

- 일시: 2014년 4월 16일 (수) 9:00-10:30
- 장소: UNICEF 가나 사무소
- 면담대상자: Dr. Hari Banskota (Health Specialist), Dr. Victor Ngongalah (Chief of Health and Nutrition)

□ 주요 안건

1. UNICEF의 가나 보건분야 지원

- (목적) 원칙적으로 UNICEF는 아동과 모성의 생존을 서포트 하는 것이 주요 목적임. 아동은 신생아와 5세 미만 아동에 집중하고 있으며, 여성은 임산부가 주요 타겟층임.
- (초점) 주요 타겟층의 사망원인에 초점을 맞추고 있음. 가나의 경우 어린이 사망률의 주요 원인으로는 1) 홍역, 2) 말라리아, 3) 급성 호흡기 감염, 4) 설사, 5) 급성 및 만성 영양부족 등이 있음.
- (활동) 국가 차원에서는 주로 보건부와 함께 정책 개발(Policy Development)을 지원하며, 전략문서의 개발에도 지원함. 지역 차원에서는 국가 차원에서 수립된 정책이 실행레벨로 실현될 수 있도록 함. 이를 위한 Financial Support, Maternal Support, 그리고 정부 시스템과 서베이를 활용한 보건데이터 생성 및 M&E를 지원함.

2. 가나 보건분야 이슈

- (국가 보건분야 개발계획) 가나 HMTDP(Health Medium Term Development

Plan)은 현재 마지막 단계(Costing)에 있으며, 6월에 나올 것으로 예상됨. 새로운 계획은 멘탈 케어가 포함될 것 외에는 13년 플랜과 크게 다르지 않음. Institutional mortality 가 높아지는데, 이에 대한 원인들이 재조명되고 있음. 가나 내에서 보건상 취약하다고 생각하는 지역은 Upper east, Upper West, Northern의 3개 지역으로 크게 변하지 않음.

- 위 지역 중 KOICA는 Upper East의 2개 District과 Northern의 4개 District의 취약지역을 지원하고 있음.

○ (보건 시스템의 문제) 가나 보건 시스템의 문제로는 1) 보건인프라가 취약하고, 2) 보건인력의 질과 양이 모두 문제이며, 3) 이러한 보건인력이 불균등하게 배포되어 있고(특히 북부지역은 인력이 없음), 4) 행정 매니지먼트가 약하여 인력의 턱오버가 많음.

- 공급 측면: 기술적인 면에서 보건인력이 부족하며, 이는 자원의 관리와 연계가 됨. 특히 샬러리나 인센티브가 형편이 없어서 브레인 드레인 현상이 발생

- 수요의 측면: 보건서비스를 받기 위한 인프라(도로와 교통)가 없거나 열악하고, 문화적 배리어 역시 존재함.

○ (문화적 이슈) 북부지방의 경우 출산 이후 일정기간 동안 외부인과의 접촉을 금하고, 초유를 먹이지 않는 등의 문화적 이슈로 인한 영양결핍이 발생함.

○ (영양 이슈) 현재 가나에서 영양 관련 이슈는 NDPC가 주도하고 있으며, 이를 위한 Multisector Nutrition Policy가 작성 중에 있음. 다음의 세 가지가 주로 논의되고 있음.

- Acute Malnutrition under 5
- Chronic Malnutrition Infant and Young Child
- Micro Nutrient

3. KOICA에 대한 제언

○ 보건시설을 위한 인프라도 필요하지만, KOICA가 건물만 지어준다고 해서 해결되는 문제는 아님. 보건인력의 수급과 제공의 문제가 결국은 지속가능성과 연계되는 문제임.

○ 또한, 문화적 요인들을 프로그램을 기획할 때 고려해야 함. 시설에 많은 돈을

투자하기 보다는 주민들에 대한 인식개선 및 행동변화를 유도하는 것이 필요할 것임.

수집자료

- PDF 파일: Abridged MICS Presentation_Three Northern Regions_ snapshot of key issues - November 2012
- Ghana_MICS_Final_Uicef 2011
- Revitalising Efforts to Address Neonatal Mortality, UNICEF Ghana
- Ghana, A Picture of Mental Health, 2010

4 학계 및 시민사회

가. University of Ghana

- 일시: 2014년 4월 14일 (월) 16:30-18:00
- 장소: 공공보건대학, 가나 대학교
- 면담대상자: Prof. Richard M.K. Adanu (Dean of School of Public Health)

주요 안건

1. 가나의 주요 보건이슈

- (주요 보건분야 이슈) 주요 보건이슈로 1)말라리아(5세 미만 아동 사망률과 관계됨), 2) 모성사망률, 3) Water & Sanitation, 4) NCD(중산층에게), 5) 교통사고 등이 있으며, 이 모든 것은 결국 Health Financing과 밀접한 관계가 있음.
- (Health Financing) 첫째로 개인이 돈이 없어서 보건서비스를 이용하지 못하고 있으며, 두 번째로 정부가 정부 예산의 15%를 보건에 배정하기로 되어 있는

데, 지금 목표를 달성하지 못하고 있음(12%).

- 의료 보험이 적용되면 원칙적으로는 공짜여야 하지만, 실제로는 환자들이 비용을 부담하고 있음. 이는 정부가 의료비에 대한 상환을 다 안 해주기 때문임. 민간 의료보험도 있지만, 중산층이 주로 이용함.

○ (Health System) 1) 환자 후송 시스템, 2) 질병 감시 시스템, 3) Preventive Health Service, 4) Curative Health Service의 네 개 영역 모두 인프라가 부족함.

○ (Health Medium Term Development Plan의 리뷰) HMTDP가 전략계획임에도 불구하고, 계획 하에서 모든 보건분야 세부영역을 다 포함하고 있음. 전략이라면 주요 우선순위 영역에 집중해야 하는데 그렇지 못함. 결과적으로 진행(Progress)가 매우 느린 단점이 있음. 개인적으로 제시하는 가나 보건분야 우선순위는 1) 보건 재정(addressing disparity 특히 가난한 사람들이 보건서비스의 접근성 강화), 2) 보건인력 개발, 3) 보건시스템을 위한 역량개발, 4) Emergency Response, 5) MCH, 6) NCD를 제시함.

2. 도너들의 활동

○ (다양한 도너들의 ODA) 조금의 비효율(leakage)이 있기는 하지만 가나 보건분야에 대한 ODA 지원은 잘 되고 있음.

○ (지원방식) 섹터 버짓 서포트를 하는게 좋음. 문제는 돈이 제 때 공급되지 않는 것임. 가나에서 버젓 서포트를 할 때 자금이 재정부를 거치게 되어 있는데, 재정부에서 실제 자금이 필요한 곳으로 자금공급이 원활히 이루어지지 않음.

- 한국이 버젓 서포트를 한다면, 우선적으로 보건부와 협의를 하여 지원분야를 정하고, 그 분야에 대한 상호협의 하에 사업을 하는 것이 바람직할 것임.

3. KOICA에 대한 제언

○ (지속가능성의 확보) KOICA가 MCH 사업을 하는데, 이에 대한 지속가능성을 확보하기 위해서는 가나의 보건 시스템과 KOICA 사업이 잘 연계되어야 함. 원칙적으로는 보건부가 정책, GHS가 서비스 제공을 담당하지만, 실제로는 두 개의 부서의 역할이 서로 섞여있음. 따라서 사업을 실시 할 때 MOH와 GHS

모두와 긴밀히 협조하여 진행하는 것이 바람직할 것임.

☐ 수집자료

- 11th Annual General Conference, Ghana physician Assistants Association (Medical), 2013

나. ARHR (Alliance for Reproductive Health Rights)

- 일시: 2014년 4월 16일 (수) 11:00-12:00
- 장소: ARHR 사무소
- 면담대상자: Ms. Maru Barnor 외 3인

☐ 주요 안건

1. 기관 소개

- (배경) 2004년에 수립된 가나 NGO 네트워크로 Integrated Social Development Center(정책 NGO), Center for Action and Development 등의 National NGO와 35개의 Local NGO들로 이루어져 있음.
- (활동 영역) Reproductive Health Rights에 집중하고 있음. 생식권리를 위한 Right Based Approach를 하고 있으며, 모성보건 서비스를 높이기 위한 활동들도 포함 되어 있음. 세부 분야로는 모성보건, 가족계획, 인적자원 개발, 청소년 등이 포함 됨.
- (기관 구조) Accra의 사무실은 National Secretary의 역할을 함. 이는 펀드 레이징, 파트너에게 조달된 펀드의 전달, 그리고 기술지원 등의 활동이 포함됨. 조달된 펀드를 통해 지역 NGO가 사업을 수행하고, 이에 대한 보고를 사무실에 함. 사무실은 이를 다시 도너들에게 제출함.
 - 프로포절: 다 같이 작성
 - 펀드 레이징 및 전달: Accra 사무소
 - 사업 집행: Local NGO

- M&E: Local NGO 및 Accra 사무소

2. 가나 CHIPS(Community-Based Health Planning and Services)

- (가나 보건 시스템) National, Regional, District 레벨로 나뉘며, CHIPS는 가장 하위 단계임.

- National Level: Teaching Hospital
- Regional Level: Regional Hospital
- District Level: 3개로 더 나뉘어짐.

District

Sub-district

CHIPS

- (CHIPS) CHIPS에서는 기초보건서비스를 제공하고, Sub-district 레벨에서 후송서비스를 제공함. 초창기의 CHIPS는 잘 시행되었지만, 지금은 전국적으로 잘 시행되지 못하고 있음. 그 이유는 CHIPS를 잘 정비하고, 인력을 배치하지 못했기 때문이며 현 정부들어 1600 개의 CHIPS를 만들고 예전 시설을 보강하려는 계획을 가지고 있음.

3. ARHR의 주요활동

- (활동) 지역사회에서 보건이슈 및 생식보건 관련하여 Promotion과 Advocacy 활동을 함. 또한 역량개발과 연구 활동도 수행함. 이러한 활동은 주로 GHS와 함께 이루어지며, GHS의 역량에 한계가 있는 부분을 보충하는 역할을 함.
- (주요 도너) 펀드는 국제도너들에게서 옴. HIV/AIDS 분야는 Ghana Aids Commission from Global Fund에서 지원받았으며, 이 외에도 네덜란드, Star Ghana(멀티 펀딩), Results for development institute 등에게 지원을 받음. 현재 진행하고 있는 사업은 Evidence for action by DFID, Oxfarm local fellow foundation 등이 있음.

4. ARHR의 강점 및 비교우위

- (활동) INGO가 사업을 진행한다고 해도, 결국 Local NGO들과 협력하여 사업을 할 수 밖에 없음. UNICEF 역시 Community based NGO를 이용함. 또한 ARHR

은 인권에 기반을 둔 특징이 있으며, 보건분야 사업에 있어 Credibility가 높음.

수집자료

- Realising sexual and reproductive rights and safer motherhood, ARHR
- CD 자료: A documentary about maternal death in Ghana, ARHR
- ARHR 사업소개 팜플렛 다수
- Tracking Health MDGs: Beneficiary Perspectives, ARHR, 2010, 2011

다. Ghana Coalition of NGOs in Health

- 일시: 2014년 4월 16일 (수) 16:00-17:00
- 장소: Ghana Coalition of NGOs in Health 사무소
- 면담대상자: Ms. Milicent Akoto 외 3인

주요 안건

1. 기관 소개

- (구조) 2006년 등록되어 많은 기관들이 Coalition을 형성하였음. 가나 모든 지역에 존재하며 각각의 지역마다 지역팀이 존재함.
- (역할) 가나 보건분야 NGO를 대표함. GHS에서 NGO를 대표하는 역할을 하며, Country Coordination Mechanism 등의 구조에 NGO 대표로 참여함.
 - 이를 위해 보건부, GHS와의 미팅에 주기적으로 참석함.

2. 기관의 특징 및 장점

- (가나 NGO의 매핑) 가나 보건분야에서 활동하는 NGO에 대한 매핑이 이루어졌음. 약 500개의 NGO가 존재하며, 그 중 200개의 NGO에 대해 그들의 위치, 장점, 인력, 활동내역, 보건분야에서의 활동, 보건분야 외의 활동 등에 대한 분

석이 이루어졌음.

- (Local NGO의 장점) 실제 사업지역에 대한 높은 이해를 바탕으로 현장에서 사업 수행이 가능함. 일부 전문가는 NGO가 전문성이 없다고 할 수 있으나, NGO는 주민동원 및 인식변화 등에 강점을 가지며, 기술적인 부분은 다른 파트너가 할 수 있음.

3. KOICA에 대한 제언

- ODA 사업의 트렌드가 바뀌고 있다고 생각함. 도너가 수원국이나 사업지역에 대해 모든 것을 잘 파악하기는 힘들기 때문에 지역사회와 파트너십을 구축하고 협력해야함.

라. JHPIEGO

- 일시: 2014년 4월 17일 (목) 09:00-10:30
- 장소: JHPIEGO 사무소
- 면담대상자: Dr. Martha (MCHIP 사업 담당)

주요 안건

1. 배경

- (역사) 가나에서 여성과 아동, 그리고 가족보건을 향상하기 위해서 1990년대부터 활동하기 시작했음.
- (활동) 전 세계적으로 모성과 신생아 및 아동건강, 가족계획 및 생식보건, HIV/AIDS, 감염예방 및 컨트롤, 말라리아 예방 및 치료 등의 분야에서 활동하고 있으며, 가나에서는 USAID의 지원을 받아 Maternal and Child Health Integrated Program(MCHIP) 사업을 수행하고 있음.

2. 주요활동

- (MCHIP) 동 사업을 통해 Jhpiego는 가나 전국에 위치한 28개 조산사 학교, 10개

의 커뮤니티 간호사 학교 등에서 교육역량을 강화함.

- 교사 및 학생의 역량강화
 - 랩 등의 장비 제공
 - E-learning의 도입
- 동 사업을 통해 모성과 아동의 한 가지 측면만 보는 것이 아니라 아동 건강, 모성 건강, 가족 계획 등을 모두 연계함.
- 프로그램을 통해 핸드폰을 통한 Mobile mentoring과 E-learning을 실시함. 주요 파트너는 보건부의 HRHD(Human Resource for Health Development) 및 Midwives Council 등이 있음.
- (RMNCH) MCHIP 사업은 2009년에서 시작되어 현재 6년차임. MCHIP 이후 올해부터 RMNCH(Reproductive Maternal and Newborn Child Health) 프로그램이 새롭게 시작될 것임.

/끝/.

연구자료 서아프리카 2014-16-213

아프리카지역 보건분야 협력방안 연구 시리즈 1 :
가나 사례

발 행 2014년 8월
발 행 인 김 영 목
발 행 처 한국국제협력단
편 집 인 서아프리카팀
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-B260003-000480-01

연구자료

서아프리카 2014-16-213



아프리카지역 보건분야
협력방안 연구 시리즈 1 : 가나 사례



KOICA

한국국제협력단

461-833 경기도 성남시 수정구 대왕판교로 825

Tel. 031-740-0114 Fax. 031-740-0655

<http://www.koica.go.kr>