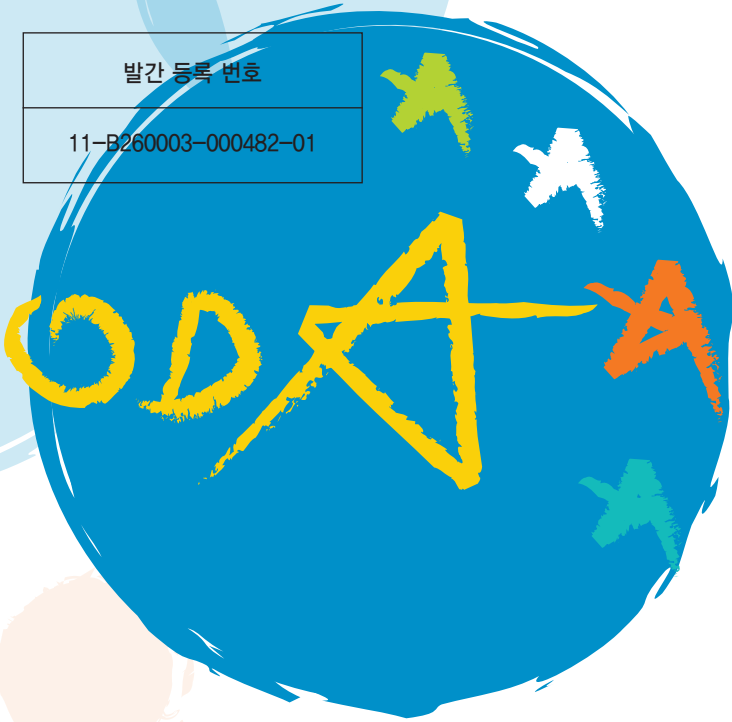


발간 등록 번호

11-B260003-000482-01



아프리카지역 보건분야 협력방안 연구 시리즈 3 : 르완다 사례

2014. 8



아프리카지역 보건분야
협력방안 연구 시리즈 3 : 르완다 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 보건의료 현황 분석

1. 개 요	1
2. 보건 문제 분석	4
가. 주요 개발 정책 및 보건 정책	4
1) 개발정책	5
2) 국가 보건 정책 및 전략	6
나. 보건의료시스템	12
1) 개요	13
2) 리더십과 거버넌스 (Leadership & Governance)	13
3) 보건의료재정 (Health Financing)	17
4) 보건의료서비스 전달 체계 (Health Service Delivery System)	23
5) 보건의료인력 (Human Resources)	29
6) 의약품 및 기자재 (Medical products, Vaccines and Technologies)	34
7) 보건의료정보 체계 (Information System)	40
다. 건강 및 질병 현황	45
1) 일반 보건현황	45
2) 모성 및 신생아보건	47
3) 아동보건 및 영양	51
4) 주요 전염성 질병	56
라. 보건과 불평등	62
1) 지역간 격차	62
2) 경제수준에 따른 불평등	64
3) 교육수준에 따른 불평등	65
4) 취약계층에 대한 불평등	66

제2장. 타공여기관 보건분야 지원 현황

1. 대 협력국 보건분야 지원 현황.....	69
가. 개요.....	70
1) 대 협력국 전체 ODA 지원 현황.....	70
2) 대 협력국 전체 보건 ODA 지원 현황.....	73
나. 보건분야 내 주요 공여기관 및 지원 분야.....	77
1) 주요 양자기관.....	77
2) 주요 다자기구.....	78
2. 보건분야 공여협의체 현황.....	79
가. 원조분업의 시행.....	79
나. 보건분야 공여협의체.....	82
3. 주요 공여기관의 보건분야 협력.....	86
가. 개요.....	86
나. 양자기관 (Bilateral organisations).....	87
1) USAID.....	88
2) BTC.....	95
3) SDC.....	101
4) GIZ.....	106
다. 다자기구 (Multilateral organisations).....	111
1) UNICEF.....	111
4. 민간부문 보건분야 협력사례.....	118
가. 사례1: MSH(Management Science for Health).....	118
나. 사례2: FHI360(Family Health International 360).....	120

제3장. 종합제언

1. 요약 및 시사점.....	124
2. 르완다 보건전략의 기본방향.....	128
3. 르완다 보건사업의 수행전략.....	132
4. 맺음말.....	139
참고문헌.....	141
부 록.....	145

표 목차

<표 1-1> 시행 중인 보건분야 정책 및 전략 (2011년)	9
<표 1-2> FY 2012/13 보건분야 내 기관별 예산집행 내역	17
<표 1-3> FY 2012/13 보건분야 내 프로그램 별 예산집행 내역	18
<표 1-4> 행정구역 단위와 각 단위별 보건의료시설 현황	24
<표 1-5> 군(district)별 보건의료시설 현황 (2012)	25
<표 1-6> CBHI의 년도별 커버리지 추이	28
<표 1-7> 인구 대비 보건의료인력 수, 2011-2012	30
<표 1-8> 간호사 자격별 수 현황 (시설별)	30
<표 1-9> 르완다 간호대학 현황	32
<표 1-10> 의약품 및 관련 지표 현황 및 목표치	35
<표 1-11> 보건의료시설 주요 전력공급원 추세 (2011-2012년)	37
<표 1-12> 보건의료시설 내 수원 종류 현황 (2011-2012년)	37
<표 1-13> District hospital 및 보건소 보유 운송수단 현황, 2012.	38
<표 1-14> 보건정보관리 관련 지표 현황 및 목표치	41
<표 1-15> 르완다의 주요사망원인	45
<표 1-16> 르완다의 질병부담(Global Burden of Disease)	46
<표 1-17> 의사결정에 대한 참여	66
<표 1-18> 여아와 남아의 보건의료 이용률	67
<표 2-1> 2010-2012년 르완다 ODA 지원 현황	70
<표 2-2> 르완다의 ODA 지원 공여기관 현황 (2011-2012년 평균)	73
<표 2-3> 르완다 보건분야 양자 공여기관별 지원 규모 (2009-2010년)	77
<표 2-4> 르완다 보건분야 다자기구별 지원 규모 (2009-2010년)	78
<표 2-5> 새로운 HSTWG(Health Sector Technical Working Group) 의장/ 부의장 조직도 (2013-2018년)	85
<표 2-6> IHSSP를 구성하는 5개 목표 및 각 하위 목표	92
<표 2-7> 보건분야 자금지원을 통해 달성하고자 하는 기대 결과	98
<표 2-8> 역량강화 공동기금의 투자 우선순위 분야	98
<표 2-9> 협력 전략 기간 중 시행되는 보건분야 프로그램들	99
<표 2-10> 르완다 내 시행 중인 MSH 프로젝트 개요	119

그림 목차

<그림 1-1> HSSPⅢ의 전략적 프레임워크	8
<그림 1-2> 르완다 보건부 조직도	14
<그림 1-3> RBC 조직도	15
<그림 1-4> 르완다 내 인구당 보건지출 추이 (1998-2010년)	19
<그림 1-5> 전체 보건분야 지출 중 외부재정 비율	20
<그림 1-6> 2006년과 2010년 CBHI의 재원 추이	21
<그림 1-7> 재난적 의료비 지출	21
<그림 1-8> 공공 보건의료서비스 전달체계 (2014년 1월)	24
<그림 1-9> 르완다 국립대의 의과대학 배출 학생수 (1994-2010년)	31
<그림 1-10> 모성사망비 및 출산을 추세 (1990-2012년)	47
<그림 1-11> 산전관리 및 분만 관리 현황	48
<그림 1-12> 기혼 여성의 가족계획 서비스 수혜율 (1990-2010년)	49
<그림 1-13> 르완다의 아동사망률 추이 (2005-2010년)	51
<그림 1-14> 5세 미만 아동의 사망원인 (2010년)	52
<그림 1-15> 예방접종률 현황 (2012년)	53
<그림 1-16> 5세 미만 아동의 영양상태 추이	54
<그림 1-17> 모유수유 상태 관련한 IYCH(Infant & Young Child Feeding) 지표 현황	55
<그림 1-18> HIV 유병률 (성별, 지역별)	56
<그림 1-19> HIV 유병률 (결혼 상태별)	56
<그림 1-20> HIV 검사율 추이	57
<그림 1-21> HIV 수직감염 예방을 위해 ART 받은 임산부 비율	58
<그림 1-22> 5세 미만 아동과 그 이상 인구의 말라리아 사망률 (2005-2008년)	59
<그림 1-23> 5세 미만 아동 및 5세 이상 인구의 말라리아 이환율 (2005-2008년)	59
<그림 1-24> 장기살충모기장(LLIN) 보유 및 사용 현황	60
<그림 1-25> 프로빈스(province) 별 현대적 피임법 이용률	63
<그림 1-26> 프로빈스(province) 별 아동의 발육부진 비율	63

<그림 1-27> 프로빈스(province) 별 예방접종률.....	63
<그림 1-28> 프로빈스(province) 별 장기살충모기장 보유율.....	63
<그림 1-29> 경제수준별 가족계획 미충족 수요 비율.....	64
<그림 1-30> 모성 교육수준별 5세 미만 아동 사망률.....	65
<그림 1-31> 교육수준별 청소년 임신율.....	65
<그림 2-1> 전체 협력국들 및 르완다의 ODA 지원 형태별 규모.....	71
<그림 2-2> 르완다의 총 ODA 분야별 지원 현황, 2011년.....	72
<그림 2-3> 르완다 보건분야 ODA 지원 추이 (일인당 규모).....	73
<그림 2-4> 르완다 보건분야 ODA 지원분야별 규모 추세.....	74
<그림 2-5> 2009-2010년 주요 공여기관 보건분야 지원 규모.....	75
<그림 2-6> 주요 공여기관의 지원 대상 지역.....	76
<그림 2-7> 르완다 EDPRS 2 분야들 내 원조분업 현황.....	81
<그림 2-8> 이전의 보건분야 공여협의체(HSWG) 및 TWG 조직도.....	83
<그림 2-9> 새로운 보건분야 공여협의체(HSWG) 및 TWG 조직도 (2014년 3월 개정).....	84
<그림 2-10> USAID 대 르완다 지원 전략 및 현황.....	94
<그림 2-11> 벨기에의 대 르완다 분야별 지원 규모 (2011-2014년).....	96
<그림 2-12> BTC 대 르완다 지원 전략 및 현황.....	100
<그림 2-13> 스위스 공공지출의 분포 추이 (1961-2011년).....	102
<그림 2-14> SDC 대 르완다 지원 전략 및 현황.....	105
<그림 2-15> 독일-르완다 보건 프로그램(The Health Programme)의 구성요소들.....	108
<그림 2-16> 독일의 파트너 DH(District Hospital) 지도.....	109
<그림 2-17> 키갈리에서 한 시간 정도 떨어진 기소지(Gisozi) 지역에서 실제로 쓰이고 있는 RapidSMS 매뉴얼).....	116
<그림 2-18> 키갈리에서 한 시간 정도 떨어진 기소지(Gisozi) 지역에서RapidSMS를 실제로 활용하는 보건요원들 모습.....	116
<그림 2-19> UNICEF 대 르완다 지원 전략 및 현황.....	117
<그림 2-20> 프로그램 시행 분야.....	121
<그림 2-21> PROGRESS 프로그램의 접근법.....	122

글상자 목차

<Box 2-1> 통합 보건의료시스템 강화 프로젝트 (IHSSP)	91
<Box 2-2> 무니니 군(Munini district) 병원에서의 캥거루 마더 케어(Kangaroo Mother Care)를 통한 신생아 사망률 감소...	110
<Box 2-3> RapidSMS 시스템의 도입과 활용	113
<Box 2-4> PROGRESS in Rwanda	121

제1장. 국가 보건의료 현황 분석

1. 개 요

<요약. 르완다의 정치, 경제, 사회, 문화적 특성>

- (정치·경제적 특성) 르완다는 1994년 종족갈등으로 인한 대학살을 경험하였으나 이후 대통령의 리더십 및 정치적 의지와 함께 국가 개발을 추구해 오고 있음. 3차 산업 비율이 절반이상을 차지하고 1차·2차 산업의 비율은 감소하고 있지만 여전히 노동 인구의 80%가 농업에 종사하고 있다. 또한 국가 재정의 45%가 해외원조에 의존하고 있음.
- (사회·문화적 특성) 르완다는 사하라이남 아프리카 국가 중 유일하게 MDG 목표의 대부분을 달성할 것으로 보이는 국가이며 15세 이상 인구 문해율(2009년)은 71.2%로 사하라이남 아프리카 평균인 62.6%보다 높으며, 빈곤선 이하 인구 비율은 2006/07년 56.9%에서 2010/11년 44.9%까지 감소하였음. 그러나 높은 인구증가율로 주거 및 일자리 문제와 사회서비스 제공 부담이 증가되고 있으며, 지역 간 문해율 및 빈곤격차가 심각하여 빈곤층의 90% 이상이 농촌 지역에 거주하고 있는 실정임.

- (일반적 특성) 르완다는 아프리카 중동부 내륙에 위치하며 탄자니아, DR콩고, 부룬디 및 우간다와 접경하고 있다. 국토는 남한의 1/4 크기(26,338km²)이며 인구는 약 1200만 명이다. 수도는 키갈리이며 키갈리 외에 북부 도, 남부 도, 서부 도, 동부 도의 4개 도(province)를 두고 그 아래 40개 군(district)을 두고 있다. 군 아래에는 면(sector), 리(cell), 마을(village) 단위가 차례로 있다.

- (정치·역사적 특성) 르완다는 1차 세계대전 이후 벨기에의 식민 지배를 받았으며 1962년 독립하였다. 그러나 독립 이후에는 1990년대까지 르완다 내 후투족과 투치족 간에 지속적인 갈등이 있어왔다. 1994년 후투족 출신 대통령이 전용기 격추사고로 숨진 것을 계기로 인구의 85%에 해당하는 후투족 강경파가 100여 일 동안 인구의 14%인 투치족과 후투족 온건파 등 전체 인구의 10%에 달하는 80만 명 이상을 학살한 사건이다. 이는 1994년 7월 투치족의 르완다 애국전선(RPF)이 수도 키갈리를 점령하면서 종료되었다. 이후 투치족 출신인 폴 카가메(Paul Kagame) 대통령이 2000년부터 집권하고 있다. 카가메 대통령은 강력한 정치적 의지와 리더십을 소유하였으며 취임 이후 국내 정세 안정을 바탕으로 국가 경제발전 및 개혁 정책에 집중해오고 있다. 국가 발전을 위해 지방 자치 및 시민 참여를 장려하며 2006년 행정개편을 통해 행정구역을 축소하기도 하였다. 정치적 권리 및 안정 부문에서는 사하라이남 아프리카 평균보다 우수한 것으로 평가되지만 시민의 자유권 향상 측면에는 여전히 개선이 필요한 것으로 나타난다.
- (경제적 특성) 르완다의 1인당 GDP는 1,500불(PPP, 2012년)이며 2012년 GDP 성장률은 8%였고 2000년대 중반부터 GDP 성장률이 아프리카 평균 성장률을 상회하고 있다. 3차 산업이 차지하는 비율이 52.3%로 1차 및 2차 산업의 비율은 점차 감소하고 있는 추세이지만 여전히 노동 인구의 80%가 농업을 통해 생계를 유지하고 있다. 국가재정의 45%를 해외원조에 의존하고 있다.
- (사회·문화적 특성) 르완다는 크게 2개의 종족이 주를 이루며 후투족이 84%, 투치족이 15%를 차지한다. 공식언어는 영어와 프랑스어, 킨야르완다어(Kinyarwanda)이다. 가톨릭이 56%로 가장 많은 비율을 차지하며, 기독교(26%), 이슬람교(4%)로 구성되어 있다. 르완다의 인간개발지수(HDI)는 꾸준히 개선되어 왔으나 2012년 0.434로 187개국 중 167위로 나타났다. 사하라이남 아프리카 국가 중 유일하게 대부분의 MDG를 달성할 것으로 보이는 국가로서 목표 2(보편적 초등교육의 달성), 목표 3(성 평등과 여성 능력의 고양), 목표 6(HIV/AIDS, 말라리아 및 질병 퇴치), 목표 7(지속가능한 환경 보장)은 달성이 가능할 것으로 보인다. 반면 목표 1(절대 빈곤과 기아 퇴치)는 2015년까지 목표 달성이 어려울 것으로 보인다.

- (교육 현황) 15세 이상 인구 문해율 (2009년)은 71.2%로 사하라이남 아프리카 평균인 62.6%보다 높은 수준이다. 그러나 도시 지역 인구의 문해율은 89%, 농촌 지역은 78%로 지역 간 격차가 크게 나타난다. 르완다 정부는 인적자원개발을 국가 발전의 최우선 전략으로 삼아 타 아프리카 국가들에 비해 교육에 대한 투자에 많은 예산을 사용해 오고 있으며 국가 공공 지출의 25%가 교육 분야에 사용되고 있다. 9년간의 기초교육(초등 6년+중등전반 3년)을 의무화하여 초등학교 입학률 및 수료율이 모두 증가하여 2010/11년 초등교육 수료율은 81%로 2005/06년 51.7%에 비해 대폭 개선되었다.

- (빈곤 문제) 르완다의 빈곤선 이하 인구비율은 2006/07년 56.9%에서 2010/11년 44.9%까지 감소하였으며 2020년 목표 빈곤 인구 비율을 30%에서 20%로 하향 조정 한 바 있다. 그러나 인구증가율이 세계 17위로 매년 3%씩 인구가 증가하고 있어 주거 및 일자리 문제와 교육 및 보건의료 등 사회서비스 제공 부담이 증가하고 있다. 지역 간 빈부격차가 심각해 키갈리의 빈곤률은 20%, 도시 지역은 42%에 비해 농촌 지역의 빈곤률은 63%이며 빈곤층의 90% 이상이 농촌 지역에 거주하고 있다.

2. 보건 문제 분석

가. 주요 개발 정책 및 보건 정책

<요약. 르완다의 주요 개발 정책 및 보건 정책>

- (르완다의 개발정책) 중소득국으로의 전환을 비전으로 하는 VISION 2020을 2000년도에 수립하였고, 이를 기반으로 7개년 정부 프로그램(2010-2017년)을 시행하고 있음. 2002-2005년 제1차 빈곤감소전략을 시작으로 현재 경제개발 및 빈곤감소 전략Ⅱ(2013-2018년)을 이행하고 있음. 경제개발 및 빈곤감소 전략Ⅱ의 4대 중점분야는 1)빠른 경제 성장을 위한 경제체제 전환, 2)농촌개발, 3)생산성 증대 및 청년고용 창출, 4)책임성 있는 거버넌스임.
- (국가 보건 정책 및 주요 전략) 보건 분야 전략계획(HSSP) Ⅲ은 2012년부터 시행되어 2018년에 종료될 예정이며, 모든 르완다 국민들에게 양질의 보건의료 서비스에 대한 지리적·경제적인 보편적 접근성을 보장하는 것을 목적으로 삼음. 보건의료서비스 접근성을 향상하고 보건의료서비스 질을 향상하고 제도를 강화하며 보건의료인력을 수적·질적으로 향상함으로써 모자보건·감염성질환·비감염성질환 예방 및 통제(MDG 4,5,6) 분야의 개선을 비롯해 르완다 국민의 건강을 증진하고자 함.

1) 개발정책

- (르완다의 국가개발전략들) 르완다 정부는 2000년에 다음 20년간의 국가개발을 이끌어 갈 VISION 2020을 수립하였고, 이를 기반으로 한 개발전략들을 수립하여 이행해 오고 있다. 카가메(Paul Kagame) 대통령의 두 번째 임기를 맞아서, 2010-2017년 동안에는 VISION 2020을 바탕으로 하는 7개년 정부 프로그램(Seven Year Government Programme, 7YGP)을 수립해 시행해 오고 있다. 2002-2005년에는 제 1차 빈곤감소전략(Poverty Reduction Strategy paper, PRSP)를 이행한 바 있으며, 2008-2012년에는 경제개발 및 빈곤감소 전략 I (Economic Development and Poverty Reduction Strategy, EDPRS)을 이행하였고, 이어서 2013-2018년에는 경제개발 및 빈곤감소 전략 II (Economic Development and Poverty Reduction Strategy, EDPRS)를 도입하여 시행 중에 있다.
- (VISION 2020) VISION 2020의 기본 목표는 국가 통합 및 종합적인 성장을 기반으로 국가 경쟁력을 신장함으로써 2020년까지 중소득국으로 전환하는 것이다. 단기목표는 거시경제 안정화와 원조 의존을 줄이기 위한 부의 창출로 수립하였으며 중기 목표는 농업기반경제에서 지식기반경제로 전환하는 것으로 삼고 있다. 생산적인 중산층을 양성하고 기업가를 육성하는 것을 장기목표로 한다. 6개 주요 분야는 1)굿 거버넌스 및 능력 있는 국가, 2)인적 자원 개발 및 지식 기반의 경제, 3)민간부문 주도의 경제, 4)사회기반시설 발전, 5)생산성있는 시장 중심의 농업, 6)지역 및 국제 경제 통합으로 구성되어 있다. 범분야 이슈는 성평등, 환경, 과학/기술/ICT이다 (관계부처합동, 2013).
- (7개년 정부 프로그램) 2010년에 수립되어 2017년까지 시행될 예정이며, VISION 2020과 동일한 목표인 ‘중소득국으로의 전환’을 목표로 두고 있다. 굿거버넌스, 사법, 경제, 사회복지의 4개 분야를 우선 순위 분야로 삼아 각 분야 내에 달성하고자 하는 목표들을 수립하였다 (관계부처합동, 2013).
- (경제개발 및 빈곤감소 전략 II 2013-2018) 2008-2012년 이행된 1차 경제개발 및 빈곤감소 전략의 85% 이상의 목표달성률, 정책 실행율 96%를 기반으로 2차 경제

개발 및 빈곤감소 전략이 수립되었다. 해당 전략은 연평균 경제성장률 11.5%를 목표치로 하는 경제성장과 빈곤선 이하 인구 30%를 목표치로 하는 빈곤감소를 달성하는 것을 기본적 목표로 하고 있다. 4대 중점분야는 1)빠른 경제 성장을 위한 경제체제 전환, 2)농촌개발, 3)생산성 증대 및 청년고용 창출, 4)책임성있는 거버넌스 로 삼고 있으며, 5대 원칙으로는 1)혁신, 2)새로운 우선순위, 3)포괄성과 참여, 4)지역주도의 개발, 5)지속가능성을 두고 있다(Government of Rwanda, 2013).

2) 국가 보건 정책 및 전략

가) 국가보건정책

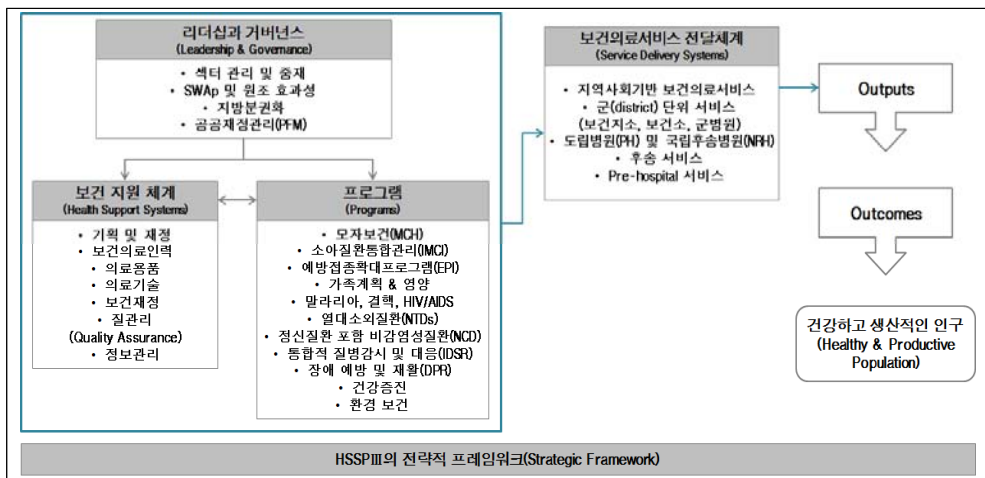
- (르완다 보건분야 정책 2005) 가장 최근의 르완다 보건분야 정책 페이퍼는 2005년 2월 발간된 것이 마지막으로, 이는 보건부가 르완다 인구의 건강을 증진하고 보장하는 것을 미션으로 삼고 있으며, 양질의 예방, 치료, 재활 서비스 및 건강증진 서비스를 제공함으로써 달성하고자 했다. 이러한 미션 하에 다음 7가지 목적을 가지고 정책을 이행하고자 했다. 1)인적자원의 증대, 2)양질의 의약품, 백신 및 용품의 공급 향상, 3)보건의료서비스에 대한 지리적 접근성 향상, 4)보건의료서비스에 대한 경제적 접근성 향상, 5)질병 통제 과정에서 제공되는 서비스에 대한 수요 및 서비스의 질을 개선(to improve the quality of and demand for health services in the control of diseases), 6)환자의뢰체계와 연구 및 치료기관을 강화, 7)제도적 역량을 강화 (Government of Rwanda, 2013).

나) 국가보건전략

- (이전 전략) 첫 번째 보건분야 전략계획(Health Sector Strategic Plan, HSSP)는 2005년부터 2009년까지 시행되었고 2008년에 외부 중간평가를 받은 바 있다. 두 번째 보건분야 전략계획(HSSP)는 2009년에 수립되어 2012년까지 시행되었으며 2011년 중간평가를 거쳤다.
- (보건분야 전략계획(HSSP) III 2012.7-2018.6) 2012년 7월에 도입된 세 번째 보건분야 전략계획은 ‘모든 레벨의 이해관계자들에 의한 조정된 중재 및 개입을 통해 르완다 국민의 건강을 증진하고, 그리하여 국민의 일반적인 복지/안녕을 증진하고 빈곤을 감소하는 것’ 을 비전으로 삼고 있다. 현재 이행 중인 해당 전략 과 MDG 및 그 이후를 포함하는 국가적 우선순위와 세계적 목표를 달성하기 위해서 보건 분야 내에서 경제개발 및 빈곤감소 전략을 운영하는 것을 목표로 한다. 전반적인 목적인 모든 르완다 국민들에게 양질의 보건의료서비스에 대한 지리적·경제적인 보편적 접근성을 보장하는 것이다 (Ministry of Health Rwanda, 2012c).
- (우선 순위) 다음의 5가지를 전략계획 시행의 우선 순위로 삼고 있다. 1)모자보건·감염성질환·비감염성질환 예방 및 통제 (MDG 4,5,6), 2)경제적·지리적·지역사회 내 보건의료서비스 접근성 향상, 3)보건의료서비스 질 향상, 4)(특히 군(district) 단위 보건의료) 시스템 강화, 5)보건의료인력의 수적·질적 향상.
- (전략적 프레임워크) HSSP III에서는 개념적 프레임워크를 통해 성취하고자 하는 영역 내의 세부 분야의 주된 output/outcome/target을 제시하고 있다. HSSP III를 통해서 최종적으로 달성하고자 하는 것은 ‘건강하고 생산적인 인구(Healthy & Productive Population)’이며, 이를 위해 밀접하게 연관된(interrelated) 구성요소들이 함께 작용하여 이에 기여함을 보여주하고자 하였다. 예방·증진·치료·재활 서비스를 제공하는 다양한 프로그램들(Programs)과 이를 전달하는데 지원할 수 있는 지원체계(Support System)와 함께, 다양한 층위(community, district, national)의 보건의

료시설에서 양질의 서비스가 전달될 수 있도록 한다는 것이 프레임워크의 핵심이다. 이 과정에서 거버넌스가 정책 개발이나, 중재, 질관리, 모금, 모니터링에 대한 지침이나 리더십을 제공하는 것도 중요하게 다루졌다.

<그림 1-1> HSSPⅢ의 개념적 프레임워크(Conceptual Framework)



출처: Ministry of Health Rwanda (2012). Third Health Sector Strategic Plan: July 2012-June 2018. 저자 재구성.

○ (시행중 전략 및 프로그램) 아래의 표는 2011년 당시 시행중인 보건분야 내 정책 및 전략들이다. 현지조사 면담에 따르면 현재 르완다에는 다수의 보건분야 정책, 전략 및 프로그램들이 산재해 있으며, 현재 그들을 효과적으로 재배열하기 위해 정리 작업 중에 있으며 향후 진행과정 및 결과를 지켜보는 것이 중요할 것이다.

<표 1-1> 시행 중인 보건분야 정책 및 전략 (2011년)

POLICY	STATUS	STRATEGIC PLAN	STATUS
HRH Policy	Draft as of December 2011	HRH Strategic Plan	2012-2015
Health sector policy	February 2005	Health sector Strategic plan II	2009-2012
National Reproductive Health policy	July 2003		
National Behavior change communication policy	December 2006		
Health promotion policy	2010		
National HIV/AIDS policy	December 2005	National Strategic plan on HIV/AIDS	2009-2012
TB/HIV policy	August 2005	National Tuberculosis Strategic plan	2009-2012
Community Health policy	2008	Community Health Strategic plan	Draft 2009-2012
Family planning policy	March 2006	Family planning strategy	
Child health policy	April 2009	Plan strategique d'acceleration de la survie de l'enfant	2008-2012
		Multi sectorial Strategy to eliminate Malnutrition	2011-2013
Palliative care policy	July 2010	Palliative care Strategic plan	
National Medical laboratory policy	July 2005	National Reference laboratory strategic plan	2010-2014
Traditional medicine policy	Draft 2010	Strategic plan on Traditional Medicine	2009-2013
Environmental Health policy	July 2008		
National Blood transfusion policy	May 2006		
Health financing policy	December 2009		
Quality policy	August 2010	National Strategy for Quality Management	2008
		District Health Systems Strengthening Framework	September 2008
National Community Health Policy	2007		
		Rwanda Decentralisation Framework	
		E-health Strategic plan	2009-2013
National Health Insurance Policy	April 2010		
Mutual Health Insurance policy	April 2010		
National Pharmaceutical Policy		National Pharmaceutical strategic plan	2009-2011
Mental Health Policy		Mental Health strategic plan	2008-2012

출처: 2014년 2월 현지조사 수집자료 (Rwanda Health Sector TWG. Health sector situation analysis 2011.)

- (가족계획 정책 및 전략) 보건 분야 내 시행중인 세부분야 정책 및 전략의 예시 중 하나로 가족계획 분야를 살펴보았다. 르완다 보건부는 가족계획 분야의 개선을 위해 2012년 가족계획 정책(Family Planning Policy)을 새로이 수립했으며 2012년부터 2016년까지 이행될 가족계획 전략계획(Family Planning Strategic Plan)을 수립하였다. 해당 정책과 전략에서는 르완다 보건분야 전반에 대한 분석을 기반으로 상위 정책들의 분석을 담고 있다. VISION 2020과 EDPRS 2008-2012, 국가 보건정책(2004), 국가 생식보건 정책(2003), 모성 및 신생아 질병과 사망률 감소 촉진을 위한 전략계획(2009-2012), 보건분야 전략계획(HSSP), 청소년 생식보건 정책 및 전략(2011)의 상위 및 관련 정책과 전략들을 분석하였다. 또한 2005년부터 2010년에 걸쳐 이행된 가족계획 프로그램(Family Planning Program)에 대한 평가 또한 분석해 놓았다 (Ministry of Health Rwanda, 2012a)(Ministry of Health Rwanda, 2012b).
- (국가 e-Health 전략계획) 르완다 보건분야의 세부 정책 및 전략 중 하나인 국가 e-Health 전략계획(National e-Health Strategic Plan 2009-2013)이 다른 하나의 예시가 될 수 있다. 해당 전략계획은 르완다 내에서 e-Health를 발전시키고 시행하기 위한 고위급 계획(high-level plan)으로써, 1)e-Health “: 지속가능한 보건의료시스템을 가능하게 함, 2)e-Health의 유용성(benefits), 3) 시행전략 의 3가지 주요 내용을 담고 있다. 첫 번째 및 두 번째 부분에서 e-Health 비전과 미션을 제시하고 중요성 및 역할에 대해 소개하며, 세 번째 부분에서 3단계에 걸친 시행과정을 통해 시행전략을 제시하고자 하였다 (Ministry of Rwanda, 2009).
- 위에 예시로써 제시된 가족계획 정책이나 e-Health 전략계획 등은 르완다 보건분야 내 다양한 세부분야 정책 및 전략의 예시이며, 보건 분야 전반에 걸쳐서는 이러한 정책 및 전략들을 효과적으로 연계하고 조화를 이루게 함으로써 각 문서에 담긴 풍부한 내용과 계획을 최대한 활용하는 것이 중요함을 보여 준다.

<주요개발정책 및 보건정책의 현황과 과제>

A. 성과를 거둔 기존 경제개발 및 빈곤감소 전략

- 2008년부터 2012년까지 이행된 1차 경제개발 및 빈곤감소 전략이 85% 이상의 목표달성률, 96%의 정책 실행률을 성취한 바 있음

B. 다수의 보건분야 전략 및 프로그램들이 산재함

- 현재 르완다 보건 분야 내 다수의 정책, 전략 및 프로그램들이 산재해 있는 상태로 이들의 효과적인 달성 및 활용을 위해서는 재정비 작업이 필요하며 현재 보건부는 그 과정에 있는 것으로 파악됨. 향후 진행과정을 살펴볼 필요가 있음.

나. 보건의료시스템

<요약. 르완다의 보건의료시스템 현황과 과제>

- (강력한 리더십과 거버넌스) 르완다는 정부의 리더십을 기반으로 하여 르완다의 보건 분야 거버넌스는 지방분권화 정책 시행과 함께 크게 향상되어 왔으며, 실제로 효과적으로 작동해온 것으로 평가됨. 부정부패 무관용 정책(Zero tolerance for corruption policy)도 강력한 거버넌스를 달성하기 위한 역량을 강화하는데 기여한 바 있음.
- (개선된 접근성 및 서비스 전달 체계 강화에 대한 노력) 기존 4단계로 구성된 보건의료서비스 전달체계에 도립병원(Provincial Hospital, PH) 및 보건지소(health post)가 추가되어 증강되고 있는 등 체계적인 노력을 기울이고 있음. 또한 지리적 접근성이 많이 향상된 상태이며 CBHI(Community-based Health Insurance)가 인구의 92%를 커버하면서 보건의료서비스에 대한 경제적 접근성 또한 크게 향상되었음.
- (보건의료정보 분야에서의 성과) 최근 르완다 정부는 정보시스템 구축 및 관리에 있어서 꾸준한 성과를 거두어 오고 있음. 현재 보건의료정보시스템을 통해 제공되는 데이터의 질이 높은 편이며 순응도가 높은 것으로 평가됨. 그러나 IT 장비의 유지 및 보수 역량이 부족하며 문서화된 환자 기록들을 전산화하는 것이 과제 중 하나이며, 외부 재정 의존도가 높음.
- (인력 및 재정문제로 인한 도전과제) 르완다 보건의료시스템은 체계적인 노력과 함께 개선되어 오고 있으나 여전히 해결해야 할 과제들이 남아 있음. 현재 보건의료분야 지출 중 외부재정 비율은 약 61%로 꾸준히 증가해 왔으며, 말라리아 및 HIV/AIDS 프로그램의 외부의존도가 특히 높음. 또한 보건의료인력의 이직률이 높고 의사 및 조산사의 전문 인력이 매우 부족한 실정이며 인력의 질 문제도 해결되어야 할 것임.

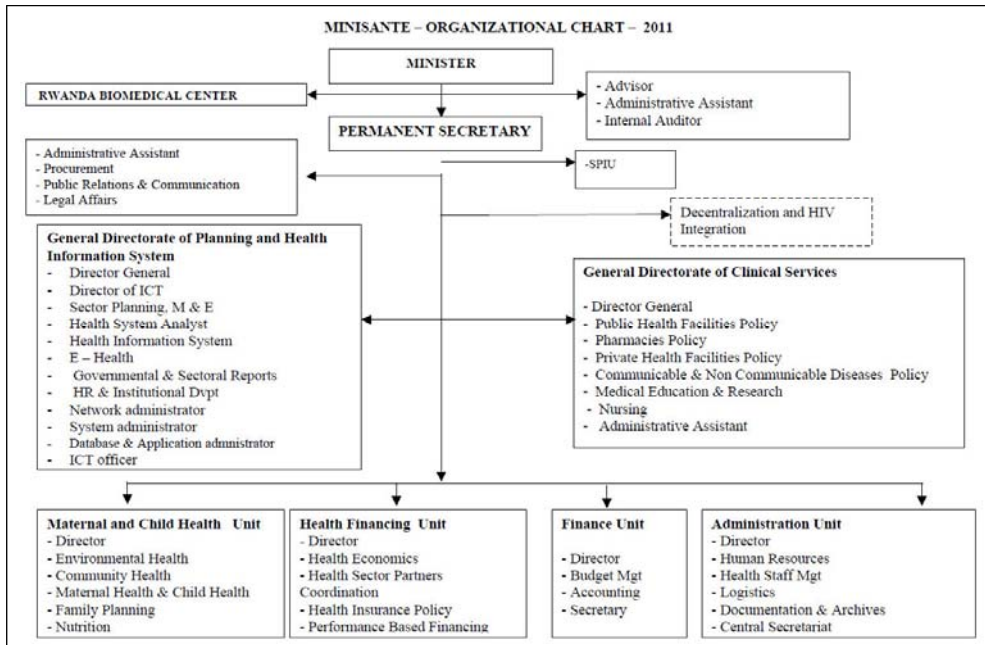
1) 개요

- (르완다 보건의료시스템 구성요소 분석) 르완다 보건의료시스템 분석에 WHO(2007)에서 제시하고 있는 6가지 요소로 나누어 현황을 알아보았다. 리더십 및 거버넌스, 보건의료 서비스 전달, 의약품 및 기술, 보건의료인력, 보건의료재정, 보건의료정보로 각각 그 현황과 당면한 주요 문제점을 파악하였다.

2) 리더십과 거버넌스 (Leadership & Governance)

- (보건부 조직도 및 구성) 르완다 보건부는 장관실 및 차관실을 중심으로 이루어지며, 하부에는 보건 분야 별 부서가 아닌 기능별 부서로 분리되어 구성되어 있으며, 보건 하위분야 부서로는 모자보건 부서가 그 기능을 하고 있다. 르완다 보건부 조직 구성 중 하나의 특이점은 보건부 산하 기관인 RBC(Rwanda Biomedical Center)를 포함하는 것이다. 다른 하나의 보건부 내 독특한 조직은 SPIU(Single Project Implementation Unit)으로 보건부 산하 모든 보건 프로젝트들을 통합적으로 관리하는 역할을 한다. 현지조사에 따르면 르완다 보건부는 부서장을 정치적 배치가 아니라 실제 전문가에게 지위를 부여하는 기능적 배치를 기본적 원칙으로 하고 있어 각 부서의 담당자들이 실제 해당 분야의 전문가로서의 역할을 수행하고 있다 (르완다 보건부 홈페이지).

<그림 1-2> 르완다 보건부 조직도

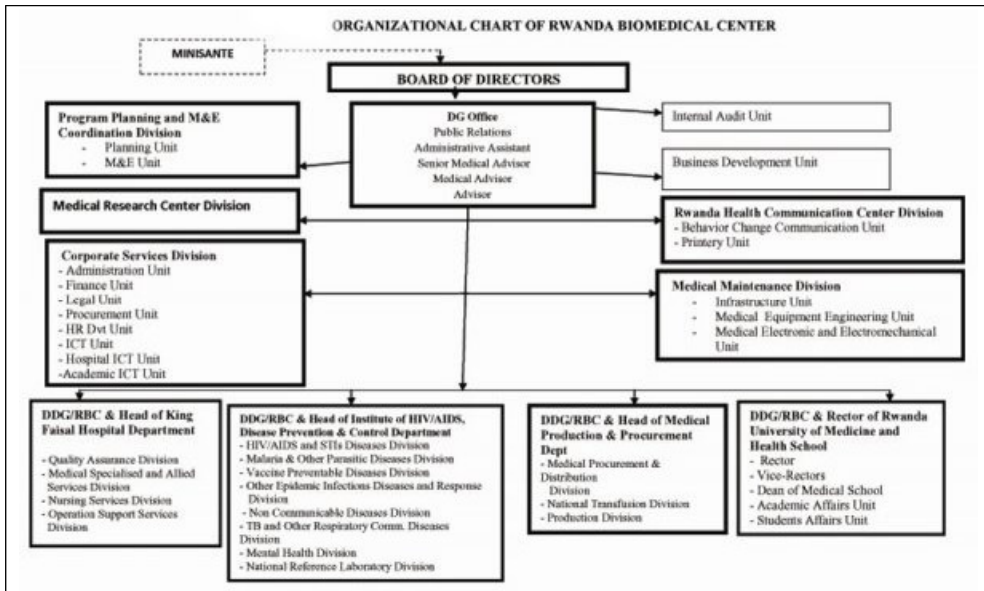


출처: 르완다 보건부 웹사이트. Retrieved from <http://www.moh.gov.rw/>.

○ (RBC, Rwanda Biomedical Center)¹⁾ RBC는 2011년 기존의 다양한 공공 보건 기관들을 통합해 설립한 기관으로서 비효율적으로 운영되었던 보건 분야 내 기관들을 통폐합하고 더 나은 보건의료 서비스를 제공하기 위한 시너지를 효과를 기대하는 목적으로 설립되었다. 양질의 보건의료서비스 및 교육, 연구를 보장하며 국가가 변형할 수 있도록 수월성을 갖추는 연구기관이 되고자 하는 것을 비전을 삼는다. 전문성과 윤리성을 동반하는 혁신적이며 근거에 기반하는 개입을 통해 국민들에게 양질의 합리적이고 지속가능한 보건의료서비스를 제공하는 것을 미션으로 한다 (RBC 홈페이지). 기획부터 조달까지 광범위한 역할을 수행하며 보건부 내 구별된 유닛으로 존재하는 모자보건부서(MCH)를 제외하고 전염성 질환이나 비전염성 질환(NCD) 등을 포함하는 전반적인 보건 분야에 대해서 정책제언 및 연구, 모니터링의 역할을 수행한다. 보건부 산하에 소속되어 있지만 재정은 독립적으로 관리한다는 특성을 지닌다.

1) 2014년 현지조사 결과. 부록 참조.

<그림 1-3> RBC 조직도



출처: RBC 홈페이지. Retrieved from <http://www.rbc.gov.rw/>.

○ (SPIU, Single Project Implementation Unit) 보건부 산하 조직 중 다른 하나의 특징적인 조직은 SPIU이다. 처음에는 PMU(Projects Management Unit)으로 Global Fund의 무상원조를 관리하기 위한 조직이었으나, 후에는 보건부에 의해 관리되는 모든 보건 분야 프로젝트들을 관리하는 역할로 확장되었다. 행·재정 관리는 보건부 산하에서 이루어진다. SPIU의 설치로 다양한 프로젝트들을 하나의 보건부 산하 단위에서 통합적으로 관리할 수 있게 되었으며, 이로 인해 조율이나 중재 역할이 향상되었으며 능력있는 인력을 계속 유지하고 일의 중복을 줄일 수 있게 되었다 (Ministry of Health Rwanda, 2011)(Bruno Versailles, 2012).

○ (거버넌스의 개선)²⁾ 지난 10년 간, 르완다의 정책 시행은 여러 분야에서 거버넌스 및 리더십, 관리가 크게 향상되어 온 것으로 평가된다. 특히 2005년경 지방분권화 관련 정책을 시작하면서 실제로 보건 분야의 거버넌스는 효과적으로 작동해 오며, 지방 정부들을 설립하고 지원하는데 긍정적인 영향을 미쳐왔다. 이러한 긍정적인 개선 뒤에는

2) 2014년 2월 현지조사 수집자료. (Rwanda Health Sector TWG. Health sector situation analysis 2011.)

다양한 노력이 있었다. 지역사회의 실제적인 요구와 우선순위에 초점을 맞추고 보건의료시스템이 지역사회의 요구에 반응할 수 있도록 하였고, 지방정부가 실제로 보건의료시설의 운영을 담당하면서 그들이 책무성을 갖는 주체가 되었다. 또한 보건구역(health district)과 행정구역이 거의 일치한다는 점도 지방 정부와 함께 효과적으로 일하는 데 긍정적인 영향을 미쳤다. 보건부가 책임감을 갖고 기술적인 지원(technical supervision)을 해오고 있으며, 동시에 지방 정부는 프로그램 시행 과정을 관리하는 역할을 하고, 보건의료인력과 재원도 지방정부에 의해 관리될 수 있도록 하고 있다.

- 현재의 새로운 시스템 내에서 416개의 면(sector)에 거의 하나 이상의 보건소가 설치되어 있으며, 섹터가 서비스 전달의 주체가 되고 있다. 섹터 단위의 Mutuelles에서부터 만들어진 CBHI (Community-based Health Insurance)가 확장되면서 보건의료를 구성하는 주된 메카니즘이 되었고, 자발적 참여를 원칙으로 하는 지역사회 보건요원(CHWs)이 확장되면서 대다수의 보건의료 이용자와의 주된 컨택 포인트가 되었다. PBF(Performance-based financing)는 보건의료인력을 관리하는 르완다 시스템의 핵심으로서, 르완다의 PBF 프로그램은 공공의료기관들(군병원 및 면단위의 보건소들)의 인력과 지역사회 보건요원(CHWs)에게 모두 적용되고 있다. 부정부패 무관용 정책(Zero Tolerance Policy for corruption)은 강력한 거버넌스를 달성하기 위한 르완다 자체의 역량을 향상하는데 기여했으며, 르완다 정부의 해당 정책에 대해 분명하게 입장을 표명하였고 이는 지방분권화 과정과 보건의료서비스의 전반적인 관리에 긍정적인 결과를 가져오는데 기여하였다.
- (거버넌스의 한계점)³⁾ 새로운 보건부 조직 구조 내에서 거버넌스나 지방분권화를 담당하는 공식 부서가 부족한 것으로 보이며, 아직도 지역 단위에서 보건분야 활동들을 중재하고 모니터링할 인력이 부족한 것으로 나타난다.

3) 2014년 2월 현지조사 수집자료. (Rwanda Health Sector TWG. Health sector situation analysis 2011.)

3) 보건의료재정 (Health Financing)

- (보건부 예산집행)⁴⁾ 보건부가 2014년 3월 Joint Health Sector Review(JHSR)에 발표한 예산집행 내역에 따르면, 2012-13년에 보건부(MINISANTE)에 승인된 예산보다 14% 초과한 예산이 집행되었으며 그 밖의 보건부 산하 기관들에 대한 예산 집행 내역을 발표하였다.

<표 1-2> FY 2012/13 보건분야 내 기관별 예산집행 내역

Budget execution 2012-2013 by Agency			
AGENCY	Approved budget	Execution	%
MINISANTE	32,269,981,387	36,876,470,926	114%
CENTRAL UNIVERSITY HOSPITAL OF KIGALI (CHUK)	2,577,567,871	2,606,388,332	101%
CENTRAL UNIVERSITY HOSPITAL OF BUTARE (CHUB)	1,424,832,778	1,429,632,778	100%
NEURO PSYCHIATRIC HOSPITAL OF NDERA (HNN)	663,643,834	663,643,830	100%
KACYIRU POLICE HOSPITAL (KPH)	586,812,963	586,812,963	100%
RWANDA BIO-MEDICAL CENTER (RBC)	8,413,530,714	8,599,200,460	102%
DISTRICTS	24,750,934,383	24,066,401,810	97%
TOTAL	70,687,303,930	74,828,551,099	106%

출처: 2014년 4월 현지조사 후속 수집자료 (HSWG 제공). (Ministry of Health Rwanda (2014). Budget Execution for health sector for FY 2012-2013.)

- (프로그램 별 예산집행)⁵⁾ 2014년 3월 Joint Health Sector Review(JHSR)에서 보건부는 프로그램 별 예산집행 내역도 발표하였다. 이에 따르면 보건의료인력 프로그램에 가장 많은 예산(256억 르완다 프랑, 약 3760만불)이 지출되었으며, 다음으로 보건

4) 2014년 4월 현지조사 후속 수집자료 (HSWG 제공). (Ministry of Health Rwanda (2014). Budget Execution for health sector for FY 2012-2013.)

5) ibid.

의료서비스의 지리적 접근성 개선 프로그램에 178억 르완다 프랑(약 2623만불)이 지출되었다.

<표 1-3> FY 2012/13 보건분야 내 프로그램 별 예산집행 내역

	Program	Budget (000,000)	Exec.	%
1	Development of sector institutional capacity	2,189	2,314	106%
2	Human resources for health	26,790	25,566	99%
3	Financial accessibility to health services	6,253	6,239	100%
4	Geographic accessibility to health services	13,558	17,840	132%
5	Availability of drugs and consumables	804	603	75%
6	Quality and demand for services in the control of diseases	10,539	10,505	100%
7	Development of national specialized reference and research services	7,490	7,500	100%
8	Reinforcement of family planning and reproductive health	926	922	100%
9	Diseases prevention	1,636	1,797	110%
10	Diagnostic and treatment of diseases	503	543	108%
	Total	70,687	74,829	106%

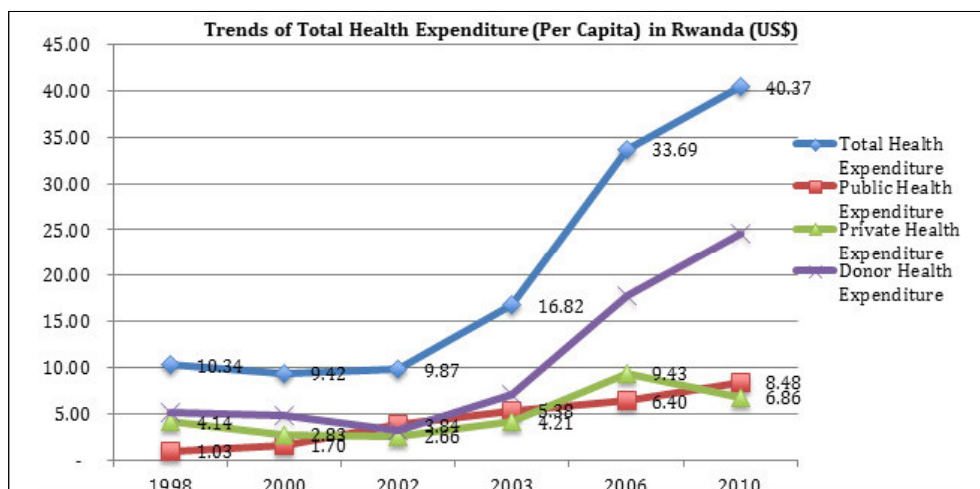
출처: 2014년 4월 현지조사 후속 수집자료 (HSWG 제공). (Ministry of Health Rwanda (2014). Budget Execution for health sector for FY 2012-2013.)

- (보건부의 예산집행내역 보고)⁶⁾ 보건분야 공여협의체는 2014년 3월 20일 JHSR에서의 보건부의 예산집행 보고에 대해 예산집행 내역 보고의 일관성이 부족하며, 보건부 예산 뿐만 아니라 공여기관들의 프로젝트 예산도 포함하는 통합 정리된 재정 관리 및 보고가 필요할 것으로 평가하였다.

6) 2014년 2월 현지조사 결과 참고.

- (보건 재정 내부 평가)⁷⁾ 현재 보건분야 공여협의체는 ‘르완다 보건재정의 현황 분석 (Situation Analysis of Rwanda Health Financing)’ 을 작성하고 있으며, 이는 새로운 보건재정 정책 및 전략을 개발을 위한 과정이기도 하다. 현황분석을 통해 최근 르완다 보건 분야 내 재정 추이를 보여주고 있다.
- (재원 추이)⁸⁾ 보건분야 재정은 외부재정의 증가와 함께 2003년부터 크게 증가하기 시작했다. 2006년부터 CBHI의 시행으로 인해 본인부담금이 감소하면서 민간재원의 규모가 감소하기 시작했다. 그러나 여전히 국내 재정(세입)의 증가를 위한 노력이 요구되는 것으로 평가된다.

<그림 1-4> 르완다 내 인구당 보건지출 추이 (1998-2010년)



출처: 2014년 4월 현지조사 후속 수집자료(HSWG 제공). (Health Financing TWG (2014). Situation analysis of Rwanda health financing.)

- (외부재정 추이)⁹⁾ 외부재정은 2010년 전체 보건분야 지출의 61%를 차지하는 것으로 나타났으며, 특히 HIV/AIDS 분야와 말라리아 분야에서의 지출은 각각 86%와 88%로

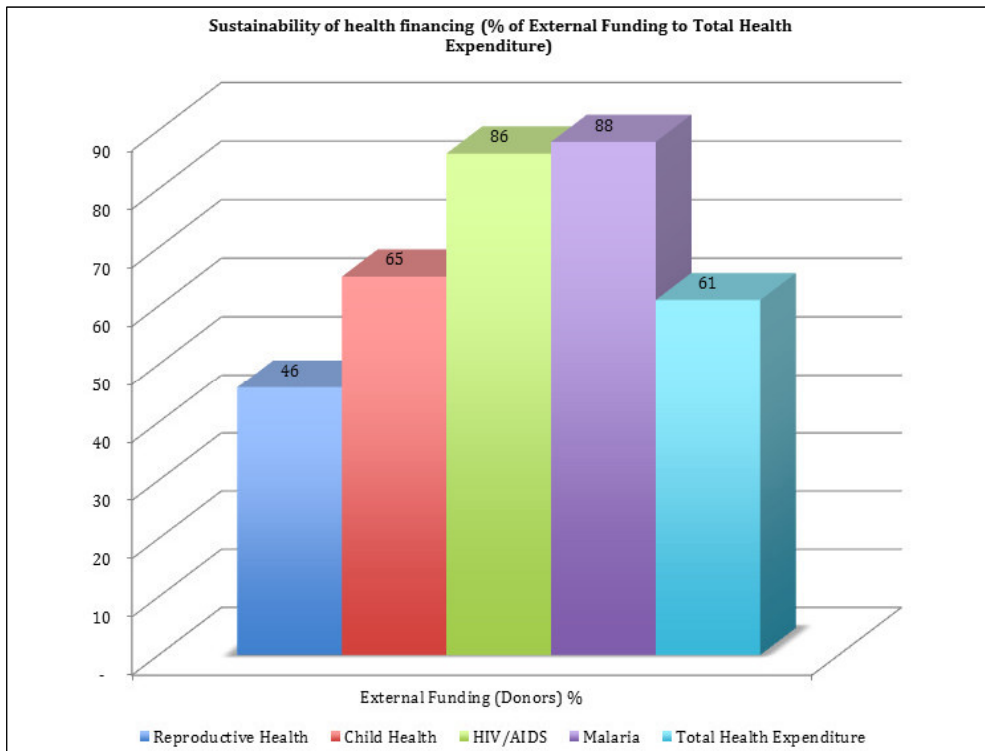
7) 2014년 4월 현지조사 후속 수집자료(HSWG 제공). (Health Financing TWG (2014). Situation analysis of Rwanda health financing.)

8) ibid.

9) ibid.

매우 높게 나타났다. 두 분야에서 외부재정 감소 시 충격을 완화하기 위한 예방적 조치 및 국내 재원의 증대가 필요할 것으로 보인다.

<그림 1-5> 전체 보건분야 지출 중 외부재정 비율

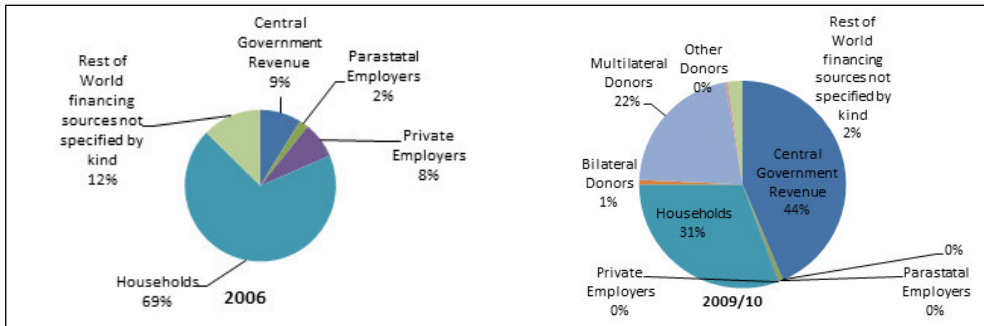


출처: 2014년 4월 현지조사 후속 수집자료(HSWG 제공). (Health Financing TWG (2014). Situation analysis of Rwanda health financing.)

- (CBHI의 재원 추이)¹⁰⁾ 2006년과 2010년 CBHI의 재원을 비교해 봤을 때, 2006년에는 본인부담금이 69%를 차지한 반면, 2010년에는 본인부담금은 31%로 감소하고 중앙정부세입이 44%로 가장 많은 규모를 차지하게 되었다.

10) 2014년 4월 현지조사 후속 수집자료(HSWG 제공). (Health Financing TWG (2014). Situation analysis of Rwanda health financing.)

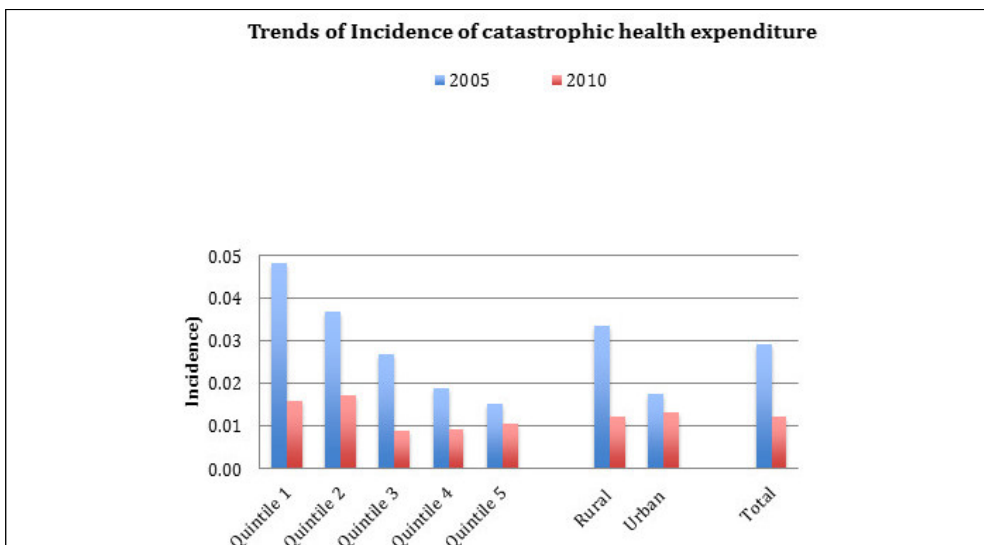
<그림 1-6> 2006년과 2010년 CBHI의 재원 추이



출처: 2014년 4월 현지조사 후속 수집자료(HSWG 제공). (Health Financing TWG (2014). Situation analysis of Rwanda health financing.)

- (재난적 의료비 지출 추이)¹¹⁾ 본인부담금의 비중이 감소하면서 2005년에 비해 2010년에 모든 소득계층별 및 지역별 재난적 의료비 지출이 감소하였다.

<그림 1-7> 재난적 의료비 지출



출처: 2014년 4월 현지조사 후속 수집자료(HSWG 제공). (Health Financing TWG (2014). Situation analysis of Rwanda health financing.)

11) 2014년 4월 현지조사 후속 수집자료(HSWG 제공). (Health Financing TWG (2014). Situation analysis of Rwanda health financing.)

- (보건분야 공여협의체의 종합적 제언)¹²⁾ 보건분야 공여협의체의 최근 논의에 따르면 국내 재원의 증가를 위해 민간부문을 참여시키는 것이 중요하며, 행정적 비용을 감소 시킴으로써 효율성 증대를 추구하고, 말라리아 및 HIV/AIDS 프로그램에서의 지속가능한 재정체계를 구축해야 할 것이라는 평가가 있었다. 또한 GDP 대비 보건분야 공공재정 비율을 현재 8.07%에서 10%까지 증가시킬 필요가 있으며, 보편적 건강보장을 위한 고위급 TF(High Level Task Force of Universal Health Coverage)와 WHO의 제언에 따라 혁신적인 재정 메커니즘의 도입을 고려할 필요가 있을 것이라고 하였다.

12) *ibid.*

4) 보건의료서비스 전달 체계 (Health Service Delivery System)

- (보건의료시설 현황)¹³⁾ 공공 보건의료시설은 전체 비영리 보건의료시설 중 64%를 차지하며, 28%가 종교기반 기관에 의해, 5%가 사설기관에 의해 운영되는 것으로 보고되었다. 2010년 민간 보건의료시설의 현황은 시스템에 등록되지 않아 보고된 바 없다.
- (공공 보건의료서비스 전달체계)¹⁴⁾ HSSPⅢ의 자료에 따르면, 행정구역별 보건의료시설은 중앙의 NRH(National Referral Hospital)부터 지역사회 단위의 지역사회 보건요원(CHW)까지 여섯 단계로 구분되어 표시되어 있다. 또한 보건지소(Health post)의 수가 적으며 PH(Provincial hospital)는 공식적으로 설치되지 않은 것으로 보고되어 있다. 현지조사를 통해 확인한 바에 의하면, 사실상 르완다의 보건의료서비스 전달체계는 기존에 4단계(National referral hospital, District hospital, Health center, Community level)로 구성되어 있었으며, 최근 효과적인 서비스 전달을 위해 기존의 4단계 전달체계에 2단계를 추가하는 과정에 있음이 확인되었다. 현재 NRH는 5개, 군 병원(District Hospital, DH)는 42개, 보건소는 489개, 지역사회 보건요원의 수는 45,011명으로 최종 집계된 바 있다. <표 1-4>를 참조하여 행정구역 수와 보건시설 수를 비교하면 거의 면(sector) 당 1개씩의 보건소가, 군(district)¹⁵⁾ 당 1개씩의 DH가 설치되어 있는 것을 볼 수 있다. 또한 의약품이 보험급여로 제공되며 각 구역별로 DP(District Pharmacy)가 운영된다 (Ministry of Health Rwanda, 2012c).

13) 2014년 2월 현지조사 수집자료. (Rwanda Health Sector TWG. Health sector situation analysis 2011.)

14) 2014년 2월 현지조사 수집자료. (Ministry of Health Rwanda (2014). Health Sector Retreat.)

15) 지방분권화 정책의 일환으로 기존 106개 군(district)을 현재 30개로 축소함.

<표 1-4> 행정구역 단위와 각 단위별 보건의료시설 현황

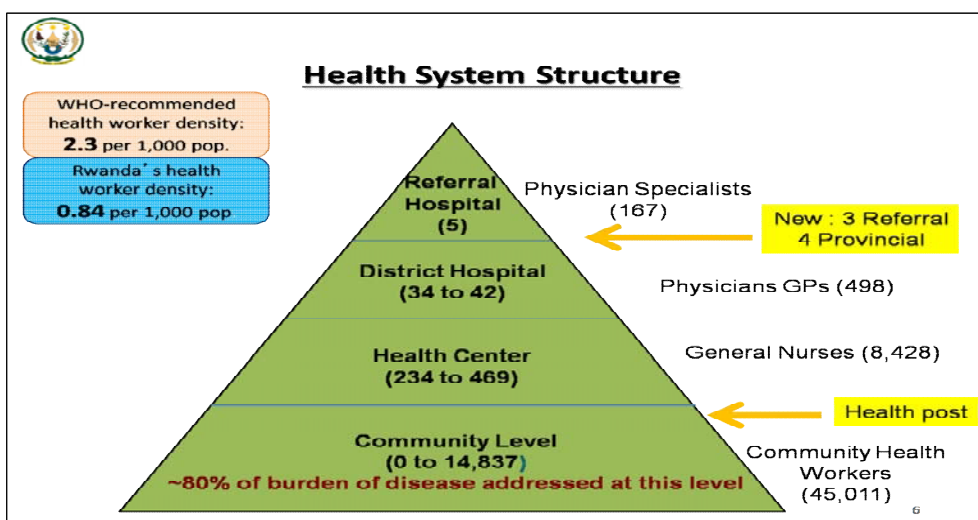
Table 2. Administrative structures by level, with their health facilities

Levels	Admin Structures	Health Infrastructure	HF Numbers
1. Villages / <i>imidugudu</i>	14,837	CHW	44,511
2. Cells / <i>akagari</i>	2,148	Health Posts / FoSaCom ³	44
3. Sectors / <i>imirenge</i>	416	Health Centers	450
4. Districts	30	District Hospitals District Pharmacies	40 30
5. Provinces (including Kigali)	5	(DH to be upgraded to Prov Hosp)	5
6. National	1	Nat. Referral Hospitals ⁴	5
Referral systems		Ambulances / SAMU	154
Registered Private HFs			157
Total Public + "Agree" HFs (= in bold, being HC + DH + Nat Ref Hosps)			495

Source: HMIS and QA desk, March 2012. (Annex 4 is a map of HFs in Rwanda.)

출처: Ministry of Health Rwanda (2012). Third Health Sector Strategic Plan: July 2012-June 2018.

<그림 1-8> 공공 보건의료서비스 전달체계 (2014년 1월)



출처: 2014년 2월 현지조사 수집자료. (Ministry of Health Rwanda (2014). Health Sector Retreat.)

○ (지역별 보건의료시설 현황) 각 군별 보건의료시설 종류별 현황은 다음 표와 같다.

<표 1-5> 군(district)별 보건의료시설 현황 (2012)

District	National Referral Hospitals	District Hospitals	Police/Military Hospitals	Health Centers	Health Posts	Prison Dispensaries	Private Dispensaries	Private Clinics	Total
BUGESERA	0	1	0	14	0	1	0	0	16
BURERA	0	1	0	17	1	0	0	0	19
GAKENKE	0	2	0	18	5	0	1	0	26
GASABO	2	1	1	17	0	1	26	20	68
GATSIBO	0	2	0	20	4	0	0	0	26
GICUMBI	0	1	0	20	1	1	0	0	23
GISAGARA	0	2	0	13	2	0	0	0	17
HUYE	1	1	0	15	4	2	1	0	24
KAMONYI	0	1	0	11	0	0	7	0	19
KARONGI	0	3	0	22	0	0	0	1	26
KAYONZA	0	2	0	15	4	0	5	0	26
KICUKIRO	1	1	0	9	0	0	26	6	43
KIREHE	0	1	0	12	0	0	2	0	15
MUHANGA	0	1	0	15	0	1	0	0	17
MUSANZE	0	1	0	12	2	1	3	0	19
NGOMA	0	1	0	12	4	1	0	0	18
NGORORERO	0	2	0	12	14	0	5	0	33
NYABIHU	0	1	0	15	3	0	1	0	20
NYAGATARE	0	1	0	21	5	1	0	0	28
NYAMAGABE	0	2	0	17	2	1	0	0	22
NYAMASHEKE	0	2	0	19	0	0	0	0	21
NYANZA	0	1	0	15	0	2	0	0	18
NYARUGENGE	1	1	0	9	0	1	34	32	78
NYARUGURU	0	1	0	16	0	0	0	0	17
RUBAVU	0	1	0	10	2	1	0	0	14
RUHANGO	0	2	0	13	4	0	0	0	19
RULINDO	0	1	0	18	1	0	0	0	20
RUSIZI	0	2	0	14	0	1	1	0	18
RUTSIRO	0	1	0	17	0	0	0	0	18
RWAMAGANA	0	1	0	13	2	1	2	1	20
Total	5	41	1	451	60	16	114	60	748

Source: HMIS National Health Facility Database, 2012

출처: Ministry of Health Rwanda (2012). Rwanda Annual Health Statistics Booklet 2012.

- (접근성 현황)¹⁶⁾ HSSP II 시행기간 동안 보건의료서비스의 접근성, 커버리지, 활용도 및 결과는 크게 향상된 것으로 평가된다. 하지만 여전히 27%의 인구에게 가장 가까운 보건의료시설이 1시간 이상 거리(5km 이상)에 위치해 있어 개선의 여지는 남아 있는 것으로 측정되었다. 그럼에도 불구하고 <그림 1-8>에서 보여지듯이, 현지조사를 통해 수집된 가장 최근 자료에는 각 레벨의 보건의료시설 개수가 지속적으로 증가해 오고 있음이 나타난다. 지역사회에서부터 보건소까지, 보건소에서 병원까지 연결되는 후송시스템은 PBF의 도입 및 이행과 함께 강화되었으며, 응급의료지원서비스(SAMU) 또한 현재 모든 군에서 최소 5대씩의 앰بول런스를 갖추고 있으며 콜센터가 그 운영을 지원하고 있다. CBHI가 현재 93%의 인구를 커버하면서 보건의료서비스에 대한 경제적 접근성은 크게 향상되었고, 그 결과 서비스 이용률도 2007년 75%에서 2009년 95%로 증가했다.

- (보건의료서비스 질 관리) 접근성은 향상되었지만 상급 병원에서도 아직은 양질의 서비스가 제공되지 못하는 등 서비스 질에 문제가 있어 최근 르완다 보건부는 서비스의 질을 향상하는데 초점을 맞추고 있다. PBF나 병원평가, 전문가 규정 등의 질 관리 방식들과 부합할 수 있는 방향으로 질 향상을 위한 다양한 파트너들로부터의 이니셔티브 및 접근법들이 도입 및 시도되고 있다.

- (보건의료시설 평가(accreditation) 시스템)¹⁷⁾ 새로 도입된 보건의료시설 평가 시스템은 처음 3개의 대학병원(KFH'K: King Faisal Hospital Kigali, CHUK: The University teaching hospital of Kigali, CHUB: The University teaching hospital of Butare)에서 시작되었다. 이 세 개 병원에서의 평가 프로그램은 외부기관인 Council of Health Services Accreditation of Southern Africa(COHSASA)에 의해 시행되었고, 프로그램의 진척 상황을 평가하거나 지원하고 기술지원을 제공하였다. 2006년 세 개 병원에서의 외부 기초조사(baseline external survey)가 시행되었고, 이 조사로 인해 상당한 질적인 문제가 드러나게 되었고, 이후 본격적인 개선이 이루어지게 되었다. KFH'K는 2011년 2월 평가를 통과했고, CHUK는 아직 통과 단계는 아니지만 55%의 개선을 달성한 상태이다. 이 외에도 5개의 대규모 실험실

16) 2014년 2월 현지조사 수집자료. (Rwanda Health Sector TWG. Health sector situation analysis 2011.)

17) ibid.

(NRL, KFH, CHUK, CHUB, RMH)들이 평가단계에 있으며 이후 PH와 DH로도 확대될 예정이다. 이후에는 민간 보건의료시설에도 적용될 예정이며, 이를 통해 안전한 보건의료서비스 제공과 서비스의 질 개선을 이루고자 노력하고 있다.

- (가이드라인 및 위원회의 도입 및 활용)¹⁸⁾ 보건부는 양질의 보건의료서비스를 위해서 다양한 프로토콜이나 가이드라인, 표준들을 만들어냈다. 보건의료시설에 대한 재정관리절차 매뉴얼, 보건의료정보시스템에 대한 표준운영절차, 군(district) 보건의료시스템 가이드라인 등이 그 대표적인 예이다. 그러나 지역 병원들과 3차병원 사이 단계에 위치하는 시설들에 대한 새로운 가이드라인 등의 일부 문서들은 업데이트되어야 할 필요가 있는 것으로 평가된다. 중앙 하위 부서들(sub-national units)과 보건시설의 보건 관리자들 간에 연결고리도 생성되었다는 성과도 있다. 예를 들어 면 단위에서 지역사회에서 이루어지는 PBF 활동들을 감독하기 위한 조정 위원회가 형성되어 활동하고 있다. 이러한 위원회들이 아직 완전히 작동하고 있지는 않지만 이들은 지역사회 리더들을 보건관련 활동들에 참여하도록 장려하는데 긍정적인 영향을 미치는 중요한 요소로 평가된다.

- (CBHI, Community-based Health Insurance) 르완다의 CBHI는 2003년 도입되어 2004년 CBHI를 위한 개발정책이 발표되면서 본격적으로 시행되기 시작하였다. 2010년 당시 CBHI에 가입된 인구비율이 75% 이하인 구역이 거의 없었고 2003년 7%였던 커버리지는 매년 점차 증가하여 2009년 86%까지 증가하였고 2010년에는 91%에 달한 것으로 보고되었다. 동시에 보건의료서비스 이용율도 2003년 30.7%에서 2008년 85%로 증가한 것으로 나타났다. PBF의 도입, 말라리아 및 HIV 프로그램의 시행과 더불어 CBHI의 성장은 중요한 보건지표들을 개선하는데 크게 기여한 것으로 평가된다 (Ministry of Health Rwanda, 2010).

18) 2014년 2월 현지조사 수집자료. (Rwanda Health Sector TWG, Health sector situation analysis 2011.)

<표 1-6> CBHI의 년도별 커버리지 추이

Year	Adhesion rate
2003	7%
2004	27%
2005	44%
2006	73%
2007	75%
2008	85%
2009	86%

Table 1: CBHI coverage rates (Source: MOH)

출처: Ministry of Health Rwanda (2010). Rwanda Community Based Health Insurance Policy.

- (현재 보건의료서비스 전달체계의 한계점)¹⁹⁾ 보건의료인력이 수적이나 양적으로 아직도 충분하지 못하며, 이들 중 특정 인력, 예를 들어 실험실 기사(Biomedical technician)은 특히 모자란 상태이다. 때문에 많은 인력이 과다한 업무를 수행하고 있는 상황이다. 보건의료시설 내 인력뿐만 아니라 지방정부당국 내에서의 이직률도 문제가 되고 있다. 르완다 전역으로 보건의료서비스를 전달할 수 있도록 노력 중이지만 일부 먼 단위에서는 아직도 서비스가 충분히 제공되지 못하고 있다.

19) 2014년 2월 현지조사 수집자료. (Rwanda Health Sector TWG. Health sector situation analysis 2011.)

5) 보건의료인력 (Human Resources)

- (보건의료인력 전략계획 2011-2016, Human Resources for Health Strategic Plan) 르완다의 보건의료인력 수는 지난 몇 년간 증가해 왔고, 지방분권화나 PBF(Performance Based Financing), 새로운 이니셔티브들의 도입으로 보건 분야에 긍정적인 영향을 가져왔다. 그러나 여전히 보건의료인력에 대한 수와 질을 개선하고 전반적인 관리를 강화하기 위해서는 더 많은 투자가 이루어져야 할 것으로 나타난다. 일반적으로 전문인력, 특히 고급인력들이 모자라며 지역적 격차가 있으며, 조산사가 여전히 모자라는 상황이다 (Ministry of Health Rwanda, 2011).
- (보건의료인력 현황) 르완다의 2012년 의사 수는 2011년 대비 9%(58명) 증가한 683명으로 인구 15,428명당 1명 비율이다. 이는 인구 1만 명당 0.65명꼴로 2012년 아프리카 지역 평균인 2.5명(WHO, 2013)에 한참 미치지 못하는 수준이다. 조산사의 수는 정부의 꾸준한 노력으로 2011년보다 2012년에 88%가 증가한 451명으로 인구 23,364명당 1명의 조산사가 있는 것으로 나타났다. 간호사와 조산사의 수를 합쳐 인구 1만 명당 약 8.7명의 간호사 및 조산사가 있는 것으로 파악되는데, 이는 2012년 아프리카 지역 평균인 9.1명(WHO, 2013)에 조금 모자라는 수치이다. 그러나 간호사 인력 중 대부분이 대학교육을 거치지 않은 A2 간호사로 구성되어 있어 실제로는 더욱 많은 간호사 및 조산사 인력이 확보되어야 하는 실정이다 (Ministry of Health Rwanda, 2012d).

<표 1-7> 인구 대비 보건의료인력 수, 2011-2012

Table 10: Ratio of health workers to population, 2011-2012

Staff Category	2011	Population/ health workers 2011	2012	%Change 2011-2012	Population/health workers in 2012
Doctors	625	17,149	683	9%	15,428
Nurses	8,273	1,296	8,779	6%	1,200
Midwives	240	44,660	451	88%	23,364
Mental Health			140	N/A	75,266
Paramedical	656	16,339	1,334	103%	7,899
Pharmacist	83	129,137	99	19%	106,437
Laboratory Technician	1,187	9,030	1,164	-2%	9,053
Administrative and Support Staff	2,156	4,971	2,471	15%	4,264
Social Workers	1,192	8,992	988	-17%	10,665
Environmental Officers	230	46,602	254	10%	41,485
Educators	142	75,482	142	0%	74,206

Source: MOH's Human Resources Database, 2012, MoH Human Resource department

출처: Ministry of Health Rwanda (2012). Rwanda Annual Health Statistics Booklet 2012.

<표 1-8> 간호사 자격별 수 현황 (시설별)

Table 2: Nurses per qualification type and facility

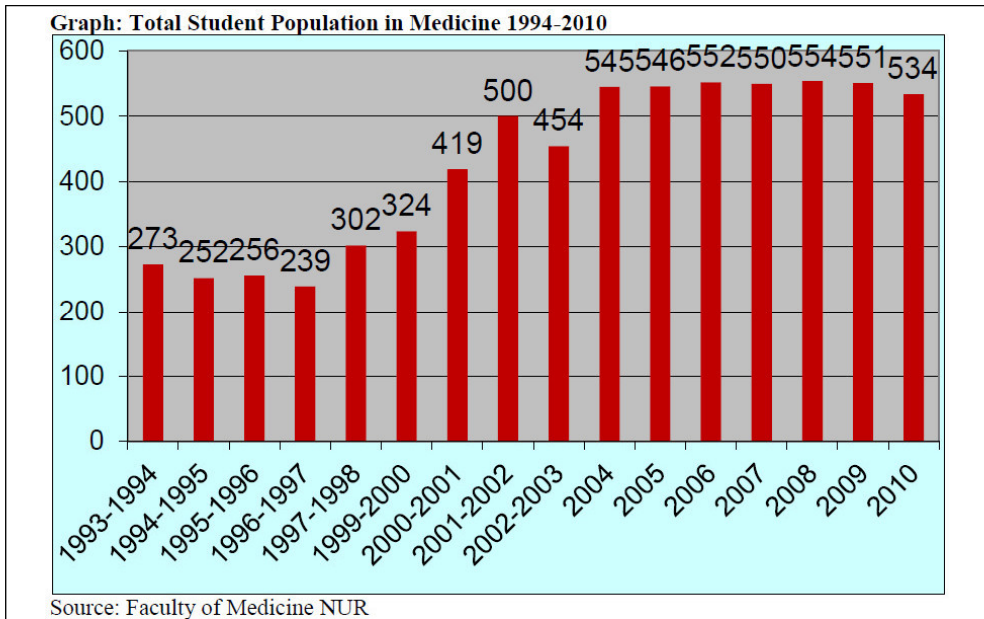
Qualification level	Health Centers	District Hospitals	District Pharmacy	Grand Total
Nurse A0	2	18	0	20
Nurse A1	186	271	0	457
Nurse A2	3935	2175	42	6152
Grand Total	4123	2464	42	6629

Source: DHSST, Dec 2009

출처: Ministry of Health Rwanda (2011). Human Resources for Health Strategic Plan 2011-2016.

- (의사 인력 양성 현황) 현재 르완다 내 의사를 양성하는 기관은 1963년에 설립된 르완다 국립대(National University of Rwanda, NUR) 한 곳이며 학사 및 석사 과정 모두를 제공한다. 의과대학에는 의학과, 약학과 및 임상심리학과가 설치되어 있으며 약학과와 임상심리학과는 2008년에 대학 재건 과정을 통해 새로 생겨났다. 의학 학부 과정은 6년 동안이며 이후 1년의 임상인턴십 기간을 거치게 된다. 매년 25명의 학생이 의학과에 입학하며 매년 15명 정도의 의사들이 배출된다. 매년 배출되는 졸업생의 수는 꾸준히 증가하고 있는 추세이다 (Ministry of Health Rwanda, 2011).

<그림 1-9> 르완다 국립대의 의과대학 배출 학생수 (1994-2010년)



출처: Ministry of Health Rwanda (2011). Human Resources for Health Strategic Plan 2011-2016.

- (간호사 인력 양성 현황) 간호대학들은 보건부의 관리 하에 있으며 2007년 정부는 간호대학의 수를 감소시킴으로써 질을 개선하고자 하였다. 5개의 간호대학(Byumba, Kabgayi, Kibungo, Nyagatare, Rwamagana)가 A1 간호사의 교육과정을 계속해서 시행할 수 있도록 선정되었다. 그 이후 A2 프로그램은 점차 감소하는 추세이며 대신 인력들이 A1 프로그램을 거칠 수 있도록 장려하고 있으며, 보건부는 기존의 A2 간호사들에게도 A1 프로그램이 제공되도록 할 계획을 갖고 있다. 현재 A1 레벨이 간호사의 기본 자격으로 정해져 있다. 5개의 간호대학들이 매년 학교당 50명의 학생을 입학시키고 있으며, 그러므로 총 르완다에서는 250명이 간호대학에 입학하고 있다. 교육과정은 3년에 걸쳐 이루어지고 있다. 그러나 대학들이 충분한 교육 공간이나 교사 인력의 수 및 역량이 부족하며, 필요한 장비들이나 위생시설들 또한 부족한 실정이다.

<표 1-9> 르완다 간호대학 현황

Table 7: Nursing School Capacity and Gaps						
	Kabgayi	Nyagatare	Byumba	Rwamagana	Kibungo	Total
Number of students – actual	150	150	150	150	150	750
Number of students - target	250	250	250	250	250	1250
Gap	100	100	100	100	100	500
Nurse lecturers - actual	4	6	4	4	4	22
Nurse lecturers - target	17	17	17	17	17	85
Gap	13	11	13	13	13	63
Nurse mentors – actual	3	1	4	4	3	15
Nurse mentors - target	8	8	8	8	8	40
Gap	5	7	4	4	5	25

Source: Nyagatare Nursing School Head, on behalf of the five nursing schools; and CHAI

출처: Ministry of Health Rwanda (2011). Human Resources for Health Strategic Plan 2011-2016.

- (PBF, Performance-based financing)²⁰⁾ 르완다는 1990년대 중반이후 지속적인 인력 부족 문제와 인력의 동기저하 문제를 겪어왔다. 르완다 보건부는 2001년부터 2005년까지 5년에 걸쳐 PBF 도입을 위해 NGO를 통한 3개의 시범사업을 시행하였고, 2006년 보건분야에 소개하게 되었다. PBF는 보건분야 내에서 중앙에서부터 지역 사회까지 적용되면서 르완다 내 보건분야의 개선을 가져온 주된 요인 중 하나로 손꼽힌다 (MSH 홈페이지).
- (보건의료인력에 대한 평가)²¹⁾ 2011년부터 2016년까지의 보건의료인력 전략계획이 수립되었으며 인력을 양성하기 위한 전략이 지속적으로 이행되어 오고 있다. 개발 파트너들의 지원과 함께 공여협약체 내 보건의료인력 소위원회회를 통해 분야 내 목표달성을 위한 협력이 이루어지고 있다. 앞에서 제시한 공식 통계상으로는 2012년에 의사가 683명 있는 것으로 되어 있으나 실제 르완다 내에서 일하고 있는 의사 수는 훨씬 적은 수로 추정된다. 이는 의사 등의 전문 인력의 민간이나 해외로의 인력 유출 현상이

20) 2014년 2월 현지조사 면담. 부록 참조.

21) 2014년 2월 현지조사 수집자료. (Rwanda Health Sector TWG. Health sector situation analysis 2011.)

주 원인인 것으로 나타난다. 또한 인력의 이직률, 특히 농촌지역 및 소외지역에서의 이직률이 여전히 높으며 의사나 조산사 등의 전문 인력들이 매우 부족한 것이 주된 문제로 평가된다. 인력의 질도 더욱 개선되어야 하며, 인력을 양성하려는 노력이 지속되고는 있지만 이들을 교육할 수 있는 인력 자체가 부족한 실정이다.

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

- (전반적 현황)²²⁾ 의약품 공급 관련하여 르완다 보건부의 전반적인 목적은 양질의 안전하고 효능이 있으며 비용효과적인 필수 의약품들에 대한 형평성있는 접근성을 보장하는 것이다. 보건부는 이를 위해서는 국가적 정책이나, 기준, 규범, 가이드라인 등이 갖춰져야 하며 동시에 적절한 가격을 책정할 수 있는 역량과 그에 대한 정보가 있어야 하고, 의약품을 제조해낼 수 있는 역량 및 조달에서부터 공급, 저장, 분배까지 의약품을 효율적으로 전달할 수 있는 시스템이 필요하고 더불어 의약품을 합리적으로 사용할 수 있도록 장려할 수 있어야 한다고 강조하고 있다.
- (의약품 관련 선정 지표) 의약품의 관리에 대해 성과를 측정하기 위해 여러 지표들을 선정하였다. 추적관리의약품(tracer drugs)의 재고가 떨어지지 않는 보건의료시설의 비율은 2011년 55%로 측정되었으며 2015는 목표치를 95%로 설정하였다. 이 외에도 지역적으로 생산되는 제네릭 의약품(Generic drug)의 개수를 증가시키고자 하고 있고, DH나 보건소에서의 항생제 처방을 감소시키려고 하고 있다. 그 밖에도 의약품위원회를 두고 있는 병원 수를 늘리고자 하며, 모든 보건의료시설에 의약품 조달업체에 대한 온라인 추적 시스템을 도입하고자 하고 있다.

22) 2014년 2월 현지조사 수집자료. (Rwanda Health Sector TWG. Health sector situation analysis 2011.)

<표 1-10> 의약품 및 관련 지표 현황 및 목표치

기대 Outputs/Outcomes	2011년 Baseline	2015년 목표치	2018년 목표치
추적관리의약품의 Stockout이 없는 시설 비율 (%) (% HF with NO stock-outs of tracer drugs)	55	95	98
지역적으로 생산되는 제네릭 의약품 비율 (%) (% Generic drugs locally produced)	<2	>6	>11
군병원 및 보건소에서 항생제 처방 비율 (%) (% Prescription of antibiotics in DH/HC)	≥65	≤60	≤40
의약품위원회 보유 병원 비율 (%) (% Hosp with Drug Therapeutic Comms)	45	90	100
모든 조달업체에 대한 온라인 추적시스템을 보유한 시설 비율 (%) (% HF with online tracking system for all procuring entities (LMIS))	0	80	100

출처: Ministry of Health Rwanda (2012). Third Health Sector Strategic Plan: July 2012-June 2018. 저자 재구성.

- (MPDD, Medical Production and Procurement Department) MPDD는 RBC로 합병된 기관 중 하나인 CAMERWA이 전환된 형태이다. 보건부의 감독 하에 독립된 기관으로서 운영되며 필수약품이나 의료재료 및 실험시약 등을 포함한 의약품 및 용품의 1차적 공급자 역할을 한다. MPDD는 르완다에서 항생제를 수입할 수 있도록 허가받은 유일한 공급자로서 이론상 MPDD는 후송병원들이나 지역(district) 약국들 및 공공 분야 연구기관이나 실험실 등의 공공보건의료시설들에 의약품을 공급하도록 되어있다. 공급받은 지역 약국들은 다시 의약품 및 용품들을 군병원이나 보건소에 분배하는 체계이다. 그러나 사실상 후송병원들이 MPDD로부터 의약품을 공급받기도 하지만 BUFMAR(Office for the Non-for-profit Medical Facilities)를 포함한 민간 공급자들에 대한 의존도가 높은 상황이다. 지역병원이나 보건소들도 담당 지역 약국들이 MPDD나 BUFMAR를 통해 필요한 의약품을 조달받지 못할 경우에 민간에서 구매하여 공급하고 있는 실정이다. 보건부는 MPDD의 기능을 강화할 수 있도록 HSSP를 통해 투자하고자 한다 (Ministry of Health Rwanda, 2012c).

- (의약품 질 관리) 보건부는 2011년부터 2014년까지 국가의약품 질관리 계획(National Pharmaceutical Quality Assurance Plan)을 도입하여 시행하고 있다. 또한 2011년 2월에는 의약품 안전 감시 가이드라인(Guidelines for Medicines Safety Surveillance in Rwanda)을 수립한 바 있다. 모든 병원들에 의약품위원회가 설치되었고 HSSP 시행 기간 동안 더욱 강화시킬 예정이다. 자격을 갖춘 인력이 품질관리를 위해 투입될 예정이며, 전반적인 관리를 통해 HSSP 기간 동안 의약품 질 관리 시스템을 확립하고 제도적 영향을 강화하고자 하고 있다 (Ministry of Health Rwanda, 2012c).

- (의약품 공급 및 관리의 외부재정 의존도 감소를 위한 노력) 그 동안 의약품 관리를 위한 재정은 대부분 양자 및 다자 공여기관들에게서 지원되어 왔다. 그러나 르완다 정부는 HSSP 시행기간 동안 점진적으로 의약품 공급 및 관리를 위한 국내 재정 규모를 늘려 지속가능한 레벨까지 유지할 수 있도록 하고자 한다. 보건부는 민관협력이나 회전기금(revolving funds) 등을 이용할 수 있는 내부적인 메커니즘을 모색하고 있다 (Ministry of Health Rwanda, 2012c).

- (전력 공급 현황)²³⁾ 2009년 통계에 의하면 19%의 보건소와 2%의 DH에 전력이 공급되지 않았으나, 2010년에는 15%의 보건소만이 전력 공급이 되지 않고, 모든 DH에 전력이 공급되는 것으로 조사된 바 있다. 아래 표(보건의료시설에 주요 전력공급원 추세, 2011-2012)를 보면, 전력망(electricity grid)을 통한 전력 공급이 1년 사이 51%에서 64%로 크게 늘었음을 확인할 수 있다.

23) 2014년 2월 현지조사 수집자료. (Rwanda Health Sector TWG. Health sector situation analysis 2011.)

<표 1-11> 보건의료시설 주요 전력공급원 추세 (2011-2012년)

Table 4: Primary source of electricity in health facilities, 2011 - 2012

Primary Electricity Source	2011	Percentage	2012(N=363)	Percentage
Electricity Grid	260	51%	234	64%
Generator	41	8%	33	9%
Solar Energy	134	26%	81	22%
Biogas	0	0%	1	0%
Other	0	0%	15	4%

Source: LimeSurvey Tool, 2012

출처: Rwanda Annual Health Statistics Booklet 2012. MOH.

- (물 공급 현황) ‘지역 표층수(local water system)’의 정의가 통일되지 않았다는 한계점이 있어 2012년 50%로 대폭 증가하게 된 요인을 정확히 파악할 수 없지만, 지역 표층수를 사용하는 비율은 2011년 26%에서 2012년 4%로 크게 감소하였다 (Ministry of Health Rwanda, 2012d).

<표 1-12> 보건의료시설 내 수원 종류 현황 (2011-2012년)

Table 5: Sources of water in health facilities, 2011-2012

Water sources	2011		2012	
	Number	%	Number2	%
Local Water System	82	17%	184	50%
National Grid	125	26%	119	32%
Rainwater Harvesting	95	20%	220	59%
Local Surface Water	123	26%	13	4%
Well or Borehole, Covered	4	1%	1	0%
Well or Borehole, Uncovered	1	0%	1	0%
Tanker Truck	7	1%	29	8%
Other	12	3%	5	1%

Source: Limesurvey Tool, 2012

출처: Ministry of Health Rwanda (2012). Rwanda Annual Health Statistics Booklet 2012.

- (운송수단) 2012년 집계된 결과에 의하면, DH에서는 14%가 한 대의 앰블런스를, 86%가 2대 이상을 보유하고 있으며, 전체 DH의 14%가 차량을 전혀 보유하고 있지 않은 것으로 나타났다. 또한 전체 322개 보건소 중 85%가 앰블런스를, 87%가 차량을 한 대도 보유하지 않고 있는 것으로 보고되었다. 가장 기초적인 운송수단인 자전거를 한 대도 보유하고 있지 않은 보건소도 93%로 집계되었다 (Ministry of Health Rwanda, 2012d).

<표 1-13> District hospital 및 보건소 보유 운송수단 현황, 2012.

Type Facility of	Types of transport	One	%	More than 1	%	None	%
District Hospitals (N=28)	Ambulances	4	14%	24	86%	0	0%
	Facility owned Car/vehicles	12	43%	12	43%	4	14%
	Pickup/truck for transport of goods	12	43%	9	32%	7	25%
	Motorcycles	7	25%	18	64%	3	11%
	Bicycles	1	4%	1	4%	26	93%
Health centers (N=322)	Ambulances	48	15%	1	0%	273	85%
	Facility owned Car/vehicles	37	11%	4	1%	281	87%
	Pickup/truck for transport of goods	5	2%	0	0%	317	98%
	Motorcycles	154	48%	102	32%	66	20%
	Bicycles	21	7%	3	1%	298	93%

Source: Limesurvey Tool, 2012

출처: Ministry of Health Rwanda (2012). Rwanda Annual Health Statistics Booklet 2012.

- (의약품 관리에 대한 평가)²⁴⁾ 르완다는 지금까지 공공 및 민간 부문에서 약국을 통한 의약품 및 용품 조달 체계를 비교적 잘 확립한 편인 것으로 평가된다. 2009년 개정된 국가 의약품 정책 및 전략 계획의 시행과 함께 보건부에 Pharmacy Task Force(PTF)가 구성되었고, PTF는 의약품에 대한 품질 관리 및 약국에 대한 감시, 부작용에 대한 모니터링, 정보 제공 등을 통해 역할을 수행하고 있다. 의약품 관리에 대한 여러 번의 트레이닝이 보건의료체계의 모든 레벨에 걸쳐 시행되었으며 국립 르완다 대학의 약학대학의 교육과정도 의약품 보급, 항생제 내성, 의약품의 합리적 사용 등을 다룰 수 있도록 개선하였다. 그러나 여전히 국가 내 가격책정정책이 없으며 공식적이며 체계적인 의약품 등록 시스템이 마련되어 있지 않은 것으로 평가된다. 약사들의 배치에 있어서 지역적 불평등이 여전히 존재하며, 중앙 레벨에서 자격있는 인력

24) 2014년 2월 현지조사 수집자료. (Rwanda Health Sector TWG. Health sector situation analysis 2011.)

들의 유출이 문제가 되고 있다. 재정지속가능성 또한 아직 해결해야 할 문제로 남아 있다. 반면에 관련 문제를 해결하고자 하는 당국의 의지가 강하고 관련 정책 및 전략들을 마련하고자 하며, TFT(Task Force Team)을 갖추고 있는 것은 강점으로 평가된다. 역량을 강화할 수 있는 강력한 파트너십도 강점 중 하나이다.

7) 보건의료정보 체계 (Information System)

- (최근의 성과) 르완다는 HSSP II의 시행기간 동안 보건분야 정보관리에 있어서 다양한 성과를 거두었다. HMIS, SISCom, RapidSMS, LMIS 등 여러 레벨에서의 보건정보시스템의 자동화가 가능해졌으며, 문서기반 정보시스템과 기술과의 융합으로 혁신적인 관리시스템을 고안해 내기도 했다. 인력에 대한 PBF의 적용과 더불어 HMIS의 리포팅 이행도(compliance)가 크게 향상되었고, 중앙 및 지역 단위에서의 표준화된 데이터 품질평가 방법을 도입하여 데이터의 질에 관한 인식을 증진하기도 하였다. 기존에는 공공부문만을 포함하였지만 최근 몇 년 전부터는 키갈리 지역의 사설 클리닉이나 기관들에서도 정기적으로 데이터를 보고하기 시작했다 (Ministry of Health Rwanda, 2012c).
- (관련 지표 현황 및 목표치) HSSP III에서 보건정보관리 분야에 선정한 지표들은 다음의 표와 같다. IT 인프라를 갖추고 있는 보건의료시설은 2011년 85%였으나 2018년에는 100%를 달성하는 것을 목표로 하고 있으며, e-learning 과정을 거치는 A2의 간호사는 2011년에는 0명이었으나 이후 크게 증가시키고자 하고 있다. 그 외 지표들도 2011년에는 대부분 0에 가깝게 나타나는 지표들이 많지만 르완다 보건부는 관련 전략의 도입 및 시행으로 해당 분야에서의 향상하고자 한다 (Ministry of Health Rwanda, 2012c).

〈표 1-14〉 보건정보관리 관련 지표 현황 및 목표치

기대 Outputs/Outcomes	2011년 Baseline	2015년 목표치	2018년 목표치
기능하는 IT 인프라를 갖춘 시설 비율 (%) (% HF with functiona IT infrastructure)	84	95	100
e-learning 과정을 완료한 A2 간호사 비율 (%) (% A2 nurses who have completed e-learning course to upgrade their skills)	0	700	1,750
openEMR을 사용하는 보건소 및 군병원 비율 (%) (% HCs and District Hospitals using openEMR)	8	50	80
HMIS에 정기적으로 보고하고 있는 (등록된) 사설클리닉 및 진료소 비율 (%) (% Resgistered private clinics and dispensaries reporting routinely to HMIS)	5	70	90
RapidSMS를 이용해서 PW를 추적하는 (등록된) 지역사회 보건요원 수 (명) (# Registered CHW tracking PW using RapidSMS)	8,183	14,837	14,837
매 분기 HMIS로부터 정식 피드백을 1회 이상 받는 시설 비율 (%) (% HF receiving at least one formal feedback report from HMIS each quarter)	0	50	100

출처: Ministry of Health Rwanda (2012). Third Health Sector Strategic Plan: July 2012-June 2018. 저자 재구성.

○ (국가 e-Health 전략 2009-2013) 2009년 르완다 보건부는 e-health의 도입 및 이행을 위해 관련 국가전략을 마련하여 시행해 오고 있다. 르완다 내에서 효과적이고 효율적인 보건의료서비스 전달을 지원할 수 있는 효과적인 인프라 및 정보 시스템을 구축하는 것을 비전으로 하며, 구체적으로는 임상적 의사결정이나 환자 관리, 보건분야의 교육 및 연구 기능을 지원할 수 있는 효과적이고, 신뢰성있으며 안전하고 혁신적인 보건정보시스템을 만들고자 한다. 지역사회 기반 및 1차 보건의료, 병원 경영, 진단 서비스, 원격진료와 e-learning, 공중 및 인구보건, 의료보험, 공급체인, 인력 관리 등을 위해 활용될 수 있는 정보시스템을 갖추고 활성화 하고자 하였다 (Ministry of Health Rwanda, 2009).

○ (e-Health의 정의) WHO에 따른 e-Health의 정의는 보건의료서비스나 질병감시, 보건교육, 연구 등을 포함하는 보건분야 및 관련 분야에서 ICT를 비용효과적이고 안

전하게 활용하는 것이다. e-Health는 보통 다음의 4가지 범주를 포함한다. 1)m-Health, 2)보건정보시스템(HIS, Health Information System), 3)원격진료(Telemedicine), 4)원거리교육(e-Learning/Distance Learning). e-Health의 한 범주로 속하는 m-Health는 보건서비스나 정보를 휴대전화(mobile)나 무선 기술을 통해 제공하는 것을 의미한다 (USAID, 2013).

- (보건정보시스템에 대한 평가)²⁵⁾ 현재의 보건정보시스템은 제공되는 데이터들의 품질이 좋은 편이며, 데이터를 관리하는 담당자들이 있으며, 순응도(compliance)가 매우 높다는 강점이 있다. 또한 선정된 지표들이 실제로 개선되고 있는 것으로 나타나며 질병별로도 데이터가 존재한다. 지역 단위에서 데이터를 관리하는 인력들이 실제로 훈련된 인력들이라는 것도 또 다른 강점으로 꼽힌다. 그러나 전기공급이 원활하지 못한 곳이 있으며 IT 장비의 유지 및 보수 역량이 부족하다는 약점이 있다. 대부분의 환자 기록들은 아직도 문서화되어 있어 이들을 전산화하는 것도 또 하나의 과제로 남아있다. 또한 정보시스템은 관리비용이 높는데 현재 대부분을 외부재정에 의존하고 있어 지속가능성을 향상하기 위해 외부재정에 대한 의존도를 낮추는 것이 시급할 것으로 평가된다. 또한 현재 지역사회 보건요원들이 휴대전화를 이용해 자료를 전송하는데 그 비용을 2개의 통신회사가 사회공헌 차원에서 통신료를 받지 않고 있는 상황이다. 장차 이 시스템이 전국으로 확산되고 전송하는 자료의 양이 늘어날 경우에 통신회사들이 계속 무료로 서비스를 제공할 수 있을 지는 의문이다. 따라서 e-Health에 대한 비용-편익, 자료의 취합과 활용을 포함한 자세한 연구가 필요할 것이다.

25) 2014년 4월 현지조사 후속 수집자료(HSWG 제공). (Health Financing TWG (2014). Situation analysis of Rwanda health financing.)

<보건시스템 현황과 과제>		
분야		
리더십과 거버넌스	강점	■ 지난 10년간 크게 향상되어왔으며 2005년 지방분권화 정책의 본격적인 시행과 더불어 보건 분야의 거버넌스는 실제로 효과적으로 작동해오고 있는 것으로 평가됨 ■ 보건구역과 행정구역이 거의 일치한다는 점이 보건분야 내 지방분권화 시행이 긍정적으로 작용함 ■ 부정부패 무관용 정책(Zero Tolerance Policy for corruption)은 강력한 거버넌스를 달성하는데 기여했으며 CBHI와 PBF에 도입은 전반적인 시스템 강화 및 서비스 개선에 기여함
	도전 과제	■ 새로운 보건부 조직 구조 내에서 거버넌스나 지방분권화를 담당하는 공식부서가 부족함 ■ 지역단위에서의 거버넌스 역량 및 인력이 아직 부족한 것으로 평가됨
보건의료재정	강점	■ 보건분야 재정은 2003년부터 크게 증가하기 시작함 ■ CBHI의 시행으로 민간재원(본인부담금)이 감소하고 재난적 의료비 지출이 감소함
	도전 과제	■ 보건분야 예산규모 중 외부재정이 61%에 달하며 특히 HIV와 말라리아 분야는 각각 86%와 88%로 매우 높게 나타나므로 외부재정 감소시 충격을 완화하기 위한 예방적 조치 및 국내 재원을 증대가 필요함 ■ 보건분야 공여협의체는 최근의 보건부 예산집행 보고를 통해 보고의 일관성을 높이고 공여기관들의 프로젝트 예산을 포함하는 통합 재정 관리 및 보고가 필요할 것이라고 지적함
보건의료 서비스 전달	강점	■ 기존 4단계에서 6단계로의 서비스 전달체계의 점진적 확장을 통해 서비스 전달체계를 세밀화하고 있음 ■ 거의 섹터당 1개의 보건소, 구역당 1개의 구역병원이 설치되어 있음 ■ CBHI 가입률이 90%를 넘어서면서 경제적 접근성이 대폭 증대됨
	도전 과제	■ 서비스에 대한 지리적·경제적 접근성은 크게 향상되었으나 서비스의 질적 향상이 여전히 필요함 ■ 서비스 전달 문제가 체계의 문제보다는 인력의 부족이나 역량 미흡에서 나타나고 있음.

<보건시스템 현황과 과제>		
분야		
보건의료인력	강점	- 의사 및 전문성을 갖춘 A1 간호사를 양성하기 위한 교육과정이 재정비되었음 - PBF의 시행은 지역사회 보건인력 공급과 더 나은 서비스 제공에 기여하고 있음
	도전 과제	- 여전히 전문인력이 수적·질적으로 부족하여 필요한 서비스를 제대로 제공하지 못하는 지역이 많으며, 특히 조산사가 부족하므로 이를 보충할 수 있는 방안이 필요함 - 소외지역에서의 이직률이 여전히 높음 - 인력 양성 교육기관의 역량이나 교사인력이 아직 부족한 실정임
의약품 및 기자재	강점	- 공공 및 민간 부문에서 약국을 통한 의약품 및 용품 조달 체계를 비교적 잘 확립한 것으로 평가됨 - 의약품 관리에 대한 교육이 지속적으로 제공되고 있음 - 관련 문제를 해결하고자 하는 보건부의 의지가 강하고 태스크포스팀(TFT) 및 필요한 파트너십을 갖추고 있음
	도전 과제	- 의약품 관련 국가 내 가격책정정책 및 체계적인 의약품 등록 시스템이 부재한 실정임 - MPDD가 의약품의 1차공급자역할을 하고 있지만 사실상 민간 공급자들에 대한 의존도가 높음 - 외부재정 의존도가 높아 국내 재정 규모를 늘리려는 노력이 촉구됨
보건의료정보	강점	- 지역사회 수준부터 중앙수준까지 보건정보시스템의 전산화가 가능해짐 - PBF의 적용과 더불어 HMIS의 보고 이행도가 크게 향상됨 - 시설에 데이터를 관리하는 담당자들이 존재하며 데이터의 품질이 양호한 편임
	도전 과제	- 시설 내 장비의 유지 및 보수역량이 미흡함 - 대부분의 환자 기록들이 아직 문서로 남아있는 상태임 - 정보시스템의 관리비용이 높으며 대부분의 비용을 외부재정에 의존하고 있어 의존도를 낮추는 것이 시급함 - 다양하게 시도되고 있는 e-Health/m-Health 이니셔티브에 대한 자세한 효과성 연구가 필요함

다. 건강 및 질병 현황

<요약. 르완다의 건강 및 질병 현황과 과제>

- 르완다는 사하라 이남 아프리카 국가 중 유일하게 대부분의 MDG를 달성할 것으로 예측되는 국가로서 보건관련 목표인 MDG 4(5세미만 아동 사망률 및 영아사망률 감소)와 MDG 5a(모성사망비 감소), MDG 6(HIV/AIDS, 말라리아, 결핵 등의 질병 퇴치)를 거의 달성하고 있음. 그러나 모성사망비의 감소속도가 최근 둔화되었고, 빠른 인구증가율과 더불어 가족계획의 수요가 여전히 높음. 또한 모성보건과 직결되는 신생아 사망률이 여전히 높으며 아동의 발육부진(stunting) 문제도 심각함.

1) 일반 보건 현황

- (르완다의 주요 사망원인) 르완다의 주요 사망원인은 조산과 급성 호흡기 감염, 심장 질환 순으로 나타나며, 그 뒤로 HIV 및 말라리아, 결핵이 사망원인으로 꼽히고 있어 주로 3대 전염성 질병이 상위 사망원인을 차지하는 다른 사하라이남 아프리카 국가와 차이를 보인다.

<표 1-15> 르완다의 주요사망원인

순위	사망원인	%
1	Premature birth	13
2	Acute respiratory infections	9
3	Cardiac diseases	9
4	HIV and opportunistic infections	7
5	Malaria	6
6	Tuberculosis	4
7	Malignant tumors	3
8	Physical injuries	3
9	-	-
10	-	-

출처: Ministry of Health Rwanda (2011). Rwanda Annual Health Statistics Booklet 2011.

- (르완다의 질병부담) 르완다의 질병부담은 하기도 감염, 설사, HIV/AIDS, 모자보건관련 질병, 말라리아 등의 순서로 나타났다. 전염성 질환의 질병부담이 여전히 높긴 하지만 모성보건 및 아동보건과 관련된 질병의 질병부담이 높은 것을 볼 수 있다.

<표 1-16> 르완다의 질병부담(Global Burden of Disease)

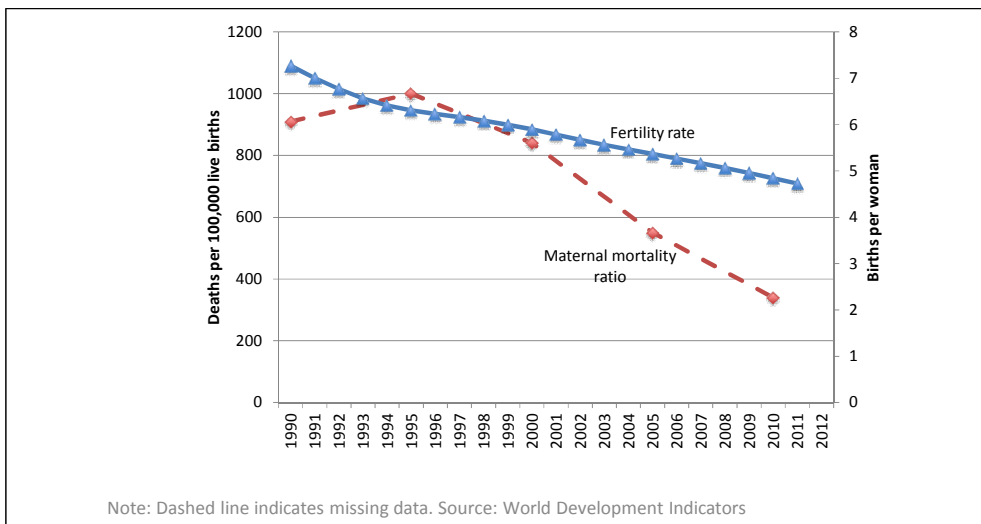
순위	Leading Cause of Burden of Disease	% of Total DALY' s
1	Lower respiratory infections	15.6
2	Diarrhoeal diseases	11.7
3	HIV/AIDS	10.3
4	Maternal conditions	5.1
5	Malaria	5.1
6	Neonatal infections and other conditions	4.7
7	Birth asphyxia and birth trauma	4.4
8	Tuberculosis	3.5
9	Prematurity and low birth weight	2.9
10	Protein-energy malnutrition	2.4

출처: WHO (2010). WHO Health Statistics Profile.

2) 모성 및 신생아보건

- (모성사망비 및 출산율 현황)²⁶⁾ WHO World Health Statistics를 통해 보고된 르완다의 모성사망비는 2010년 340명(출생아 10만 명당)으로 2015년 목표치인 230명을 거의 달성할 수 있을 것으로 보이지만, 2010년 르완다 DHS에 의하면 르완다 모성사망비는 487명(출생아 10만 명당, 95% 신뢰구간 393-581명)으로 집계되었다. 따라서 DHS가 발행 시점에서 지난 약 5년간의 현황을 조사한 것이므로 실제 보고 연도보다 시의성이 떨어지는 것을 고려할 필요가 있다. 2005년 모성사망비가 750명이었던데 비해서 감소하였으나, 최근 감소속도가 둔화된 것으로 보고된다. 모성사망비의 감소는 출산율의 감소와 더불어 나타나고 있지만, 합계 출산율은 4.6명으로 르완다 정부가 목표로 삼고 있는 3명에 미치기에는 아직 높은 수준이다. 모성사망비 목표치 달성을 위한 적극적인 노력과 더불어 출산율 감소를 촉진할 수 있는 효과적인 가족계획사업이 필요할 것으로 보인다 (Ministry of Health Rwanda, 2010b).

<그림 1-10> 모성사망비 및 출산율 추세 (1990-2012년)

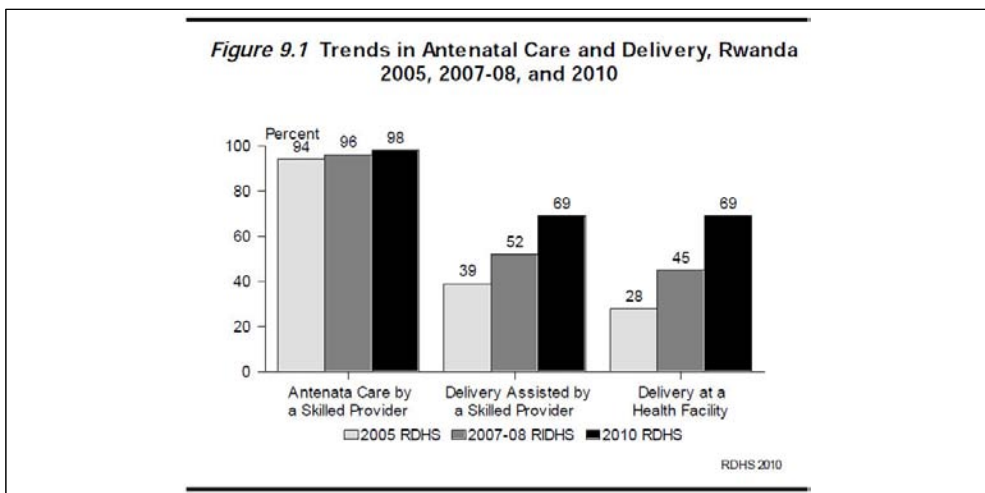


출처: 2014년 2월 현지조사 수집자료(내부문서). (WHO. Success factors in women's and children's health: mapping pathways to progress (Draft).)

26) 2014년 2월 현지조사 수집자료(내부문서). (WHO. Success factors in women's and children's health: mapping pathways to progress (Draft).)

- (산전관리 및 분만 현황) 임신부의 산전관리 1회 수진율은 지난 20년 동안에도 90%를 상회하였고 가장 최근인 2010년에는 98%에 달하는 것으로 나타났다. 그러나 산전관리 4회 이상 수진율은 아프리카 평균인 43%보다 낮은 35%인 것으로 나타났다. 르완다 내 숙련된 보건인력에 의한 분만율은 2005년 39%, 2007/08년 52%에서 꾸준히 증가하여 2010년에는 69%로 아프리카 평균인 49%보다 훨씬 높은 수준이다. 시설 분만을 또한 2005년 28%, 2007/08년 45%에서 크게 증가하여 2010년에는 69%로 나타났다 (Ministry of Health Rwanda, 2010b).

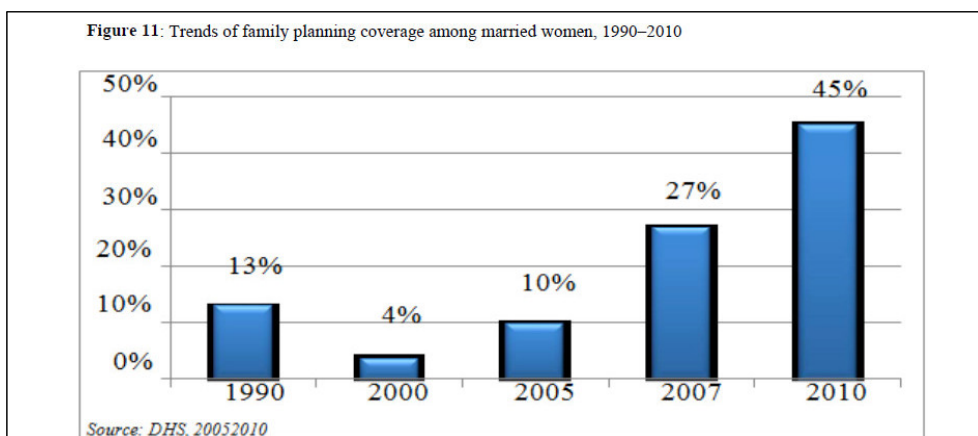
<그림 1-11> 산전관리 및 분만 관리 현황



출처: Ministry of Health Rwanda (2010). Rwanda Demographic and Health Survey 2010.

- (가족계획 및 생식보건 현황) 가족계획 서비스를 이용하는 기혼 여성의 비율(피임률)은 2000년 4%에서 꾸준히 증가하여, 2007년 27%에서 2010년 45%로 두 배 가까이 증가하였다 (Ministry of Health Rwanda, 2012d).

<그림 1-12> 기혼 여성의 가족계획 서비스 수혜율 (1990-2010년)



출처: Ministry of Health Rwanda (2012). Rwanda Annual Health Statistics Booklet 2012.

- (한계점 및 과제)²⁷⁾ 모성보건 관련 여러 지표의 개선에도 불구하고 최근 모성사망비의 감소속도가 둔화되었으며, 여전히 인력, 특히 조산사의 부족 문제가 심각한 것으로 나타났다. 양질의 서비스를 제공하기 위해서는 적절한 수의 숙련된 보건인력이 필요한데, 르완다의 불안정했던 상황이 야기한 이민이나 사망으로 인해 보건의료인력이 심각하게 감소한 바 있다. 인력의 수나 질을 개선하는 것은 단기간에 이루어지기 힘들며 2010년 통계에 의하면 인구 천 명당 의사 수는 0.1명이었고, 간호사 및 조산사는 0.7명으로 집계되었다. 그 밖에도 인프라가 제한된 시설들이나 지리적 접근성이 떨어지는 지역들이 여전히 남아있다. 동시에 전반적으로 서비스의 질을 개선해야 하는 과제도 남아있다. 응급 산과 및 신생아 관리 서비스가 충분히 제공되지 못해, 모성사망비와 함께 신생아 사망률의 감소속도도 둔화되어 전체 아동 사망률 감소를 따라가지 못하는 만큼 모성 및 신생아 보건에 대해 더욱 많은 투자와 노력이 필요한 것으로 보인다. 급속하게 인구가 증가하는 상황에서 가족계획 서비스가 충분히 이용되지 못하고 있는 점도 문제로 지적되고 있다.

- (관련 보건의료인력 개선을 위한 정부의 노력) 2005년부터 르완다 정부는 인적자원 관리의 지방분권화 및 조산사와 같은 숙련된 인력에 의한 분만을 제공할 수 있는

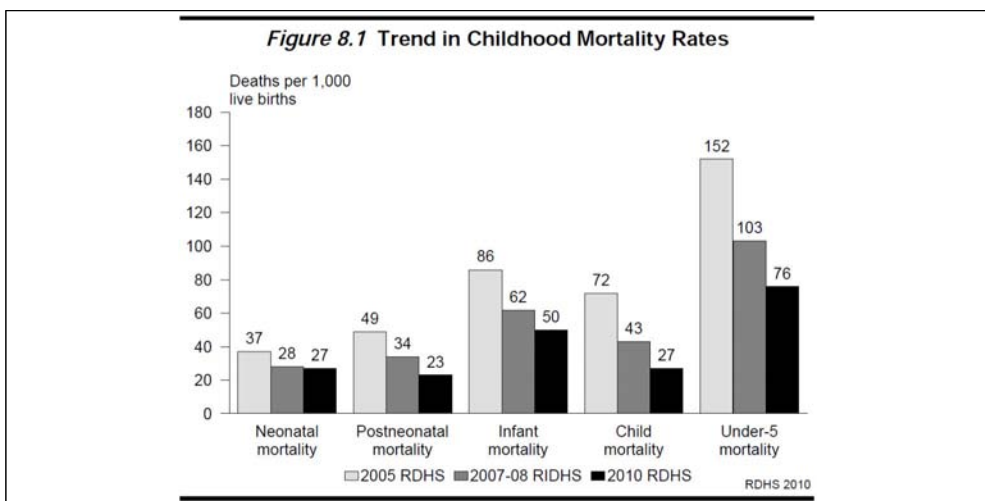
27) 2014년 2월 현지조사 수집자료(내부문서). (WHO. Success factors in women's and children's health: mapping pathways to progress (Draft).)

등의 다양한 개혁과 이니셔티브를 통해 인적자원 부족에 대한 문제를 공론화하고자 노력해왔다. 르완다 정부는 또한 서비스의 질을 향상하기 위한 새로운 규범이나 직업기준을 세우고자 했다. 캄보디아나 이집트, 네팔, 베트남 등의 high-performing 국가들에서도 보건의료인력을 강화하는 것이 우선순위가 되어왔다는 사실을 알 수 있다. 현재 르완다에서는 인력 부족을 해소하기 위해 45,000명의 지역사회 보건요원들이 마을(village) 단위에서 필수 보건의료서비스를 제공하고 있으며, PBF(Performance-base financing)을 통해 이들을 효과적으로 운영하는데 성과를 거두고 있는 것으로 보인다.

3) 아동보건 및 영양

- (아동사망률 현황) 르완다의 5세 미만 아동 사망률은 세계 평균이나 사하라이남 아프리카 평균에 비해 매우 급속한 감소를 보여 왔다 (Farmer PE et al, 2013). 한 때 가장 높은 5세 미만 아동 사망률을 보이기도 했었지만, 2010년에는 아프리카 평균인 107명보다 낮은 76명(출생아 1,000명당)인 것으로 나타났다. 영아 사망률은 2005년 86명(출생아 1,000명당)에서 2007-8년에는 62명까지 감소하여 2010년에는 50명을 기록하였다. 신생아 사망률은 2005년 37명(출생아 1,000명당)에서 2010년 27명으로 감소하였다. 5세 미만 아동 사망률이 2005년에 비해 2010년에 50%, 영아사망률이 42% 가량 감소한데 비해 신생아 사망률은 28% 감소율로 비교적 저조한 감소율을 보였다. 5세 미만 아동 사망률과 영아 사망률의 감소에는 보건시설 및 지역사회에서의 아동 질환의 통합적 관리(integrated management of childhood illness)와 새로운 백신의 도입이 긍정적인 영향을 미친 것으로 평가된다 (Ministry of Health Rwanda, 2010b).

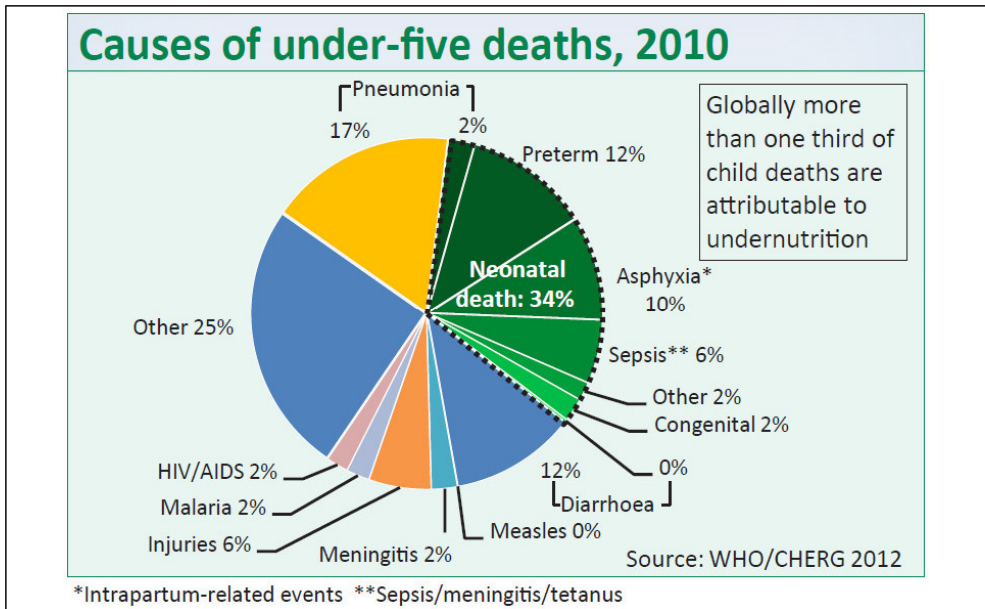
<그림 1-13> 르완다의 아동사망률 추이 (2005-2010년)



출처: Ministry of Health Rwanda (2010). Rwanda Demographic and Health Survey 2010.

- (아동의 주요 사망원인) WHO에 의해 집계된 르완다 5세 미만 아동의 주요 사망원인은 34%를 차지하는 신생아 사망이 가장 주된 원인이었으며, 그 이외에 폐렴(17%), 설사(12%) 등이 뒤를 이었다. 신생아 사망의 주된 원인은 미숙아와 질식으로 신생아 집중치료가 필요한 것들이었다 (Countdown to 2015, 2012).

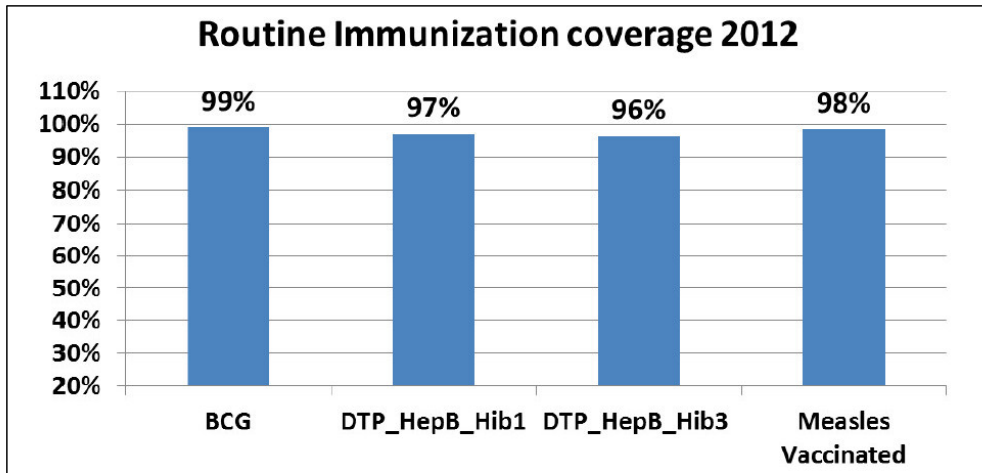
<그림 1-14> 5세 미만 아동의 사망원인 (2010년)



출처: Countdown to 2015 (2012). Rwanda.

- (예방접종률 현황) 2012년 홍역 예방접종률은 이미 집단 면역을 형성할 수 있는 90%를 넘어선 98%를 달성하였다. DTP 1차 예방접종률이 97%, 3차가 96%에 달해, 1차 예방접종을 맞은 아동 중 99% 이상에 달하는 아동이 3차 접종까지 받은 것을 볼 수 있다 (Ministry of Health Rwanda, 2012d).

<그림 1-15> 예방접종률 현황 (2012년)



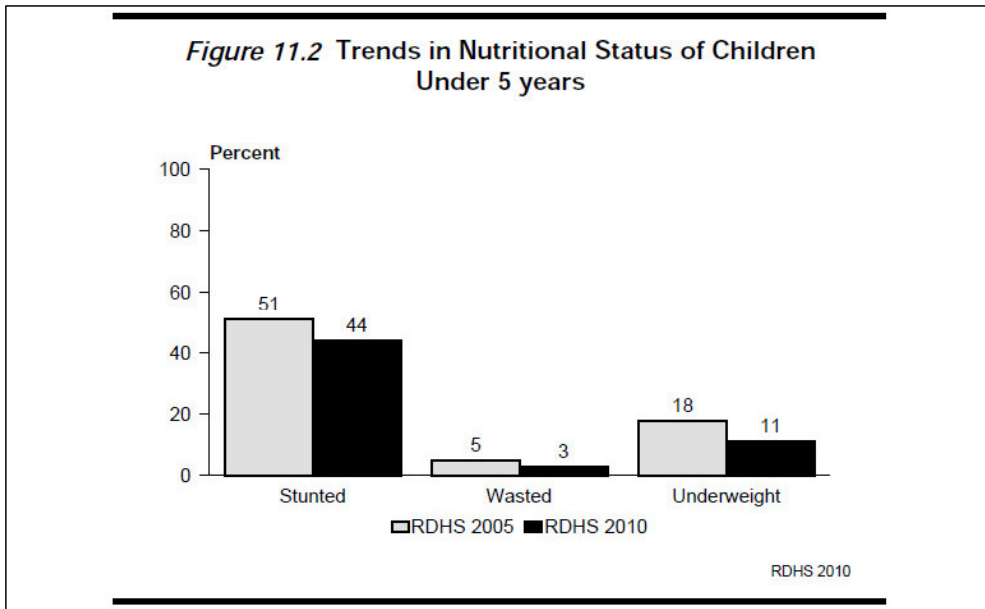
출처: Ministry of Health Rwanda (2012). Rwanda Annual Health Statistics Booklet 2012.

- (아동 영양)²⁸⁾ 르완다 5세 미만 아동의 발육부진 비율은 2005년 51%에서 2010년 44%로 개선되었으나 여전히 높은 수치로 아프리카 평균인 41%보다도 높다. 저체중 (underweight) 비율은 2005년 18%에서 2010년 11%로, 체중미달(wasted) 비율은 5%에서 3%까지 감소하였다. 정부의 주도하에 커밋먼트를 가지고 영양 분야를 정책 내에서 우선 순위화 및 관련 정책 및 전략들을 효과적으로 이행한 것이 르완다 아동 영양 상태의 전반적인 개선 요인으로 평가된다. 2007년 국가영양정책(National Nutrition Policy)이 도입되었고, 그 이후 일련의 전략들(National Emergency Plan to Eliminate malnutrition, National Protocol for the Treatment of Malnutrition, National Strategy for the Elimination of Malnutrition, District Plan for the Elimination of Malnutrition)이 시행되면서 아동의 영양

28) 2014년 2월 현지조사 수집자료(내부문서). (WHO. Success factors in women's and children's health: mapping pathways to progress (Draft).)

상태가 개선되어 왔다. 특히 National Plan to Eliminate Malnutrition으로 2009년부터 지역사회 보건요원들이 아동을 대상으로 활발하게 영양 스크리닝을 하게 되었는데, 스크리닝을 통해 영양부족이거나 위험상태로 진단받은 아동들은 적절한 치료를 받을 수 있는 시설로 옮겨져 적절한 영양을 공급받을 수 있었다. 이 뿐만 아니라 주로 미디어를 통한 행동변화 의사소통이나 지역사회 기반의 영양 프로그램, 미량영양소 파우더를 이용한 가정 내 영양공급 강화 프로그램 등이 동반되었다. 그럼에도 불구하고 여전히 높은 발육 부진율의 원인을 밝혀낼 연구가 필요하며, 발육부진을 감소시키기 위한 포괄적이고 지속적인 개입이 요구되는 실정이다 (Ministry of Health Rwanda, 2010b).

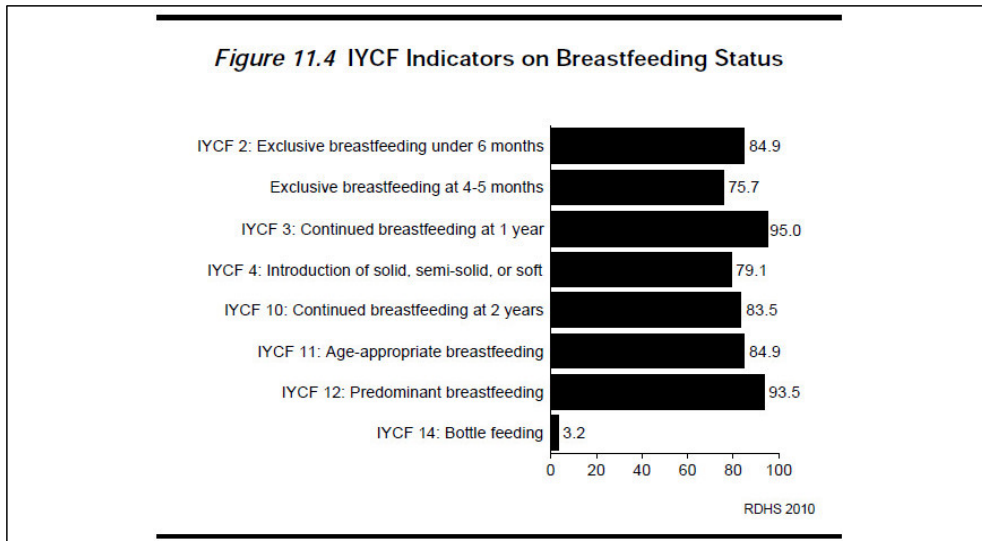
<그림 1-16> 5세 미만 아동의 영양상태 추이



출처: Ministry of Health Rwanda (2010). Rwanda Demographic and Health Survey 2010.

- (모유수유율) 6개월 미만 아동의 완전 모유수유율은 85%(2010년)이며, 보충식과 이
유식이 필요한 생후 6-24개월 사이의 영양 공급은 아동의 발육에 중요한 영향을 미
쳐 발육 부진 여부를 결정짓는 주된 요소 중 하나이다 (Ministry of Health
Rwanda, 2010b).

<그림 1-17> 모유수유 상태 관련한 IYCH(Infant & Young Child Feeding) 지표 현황



출처: Ministry of Health Rwanda (2010). Rwanda Demographic and Health Survey 2010.

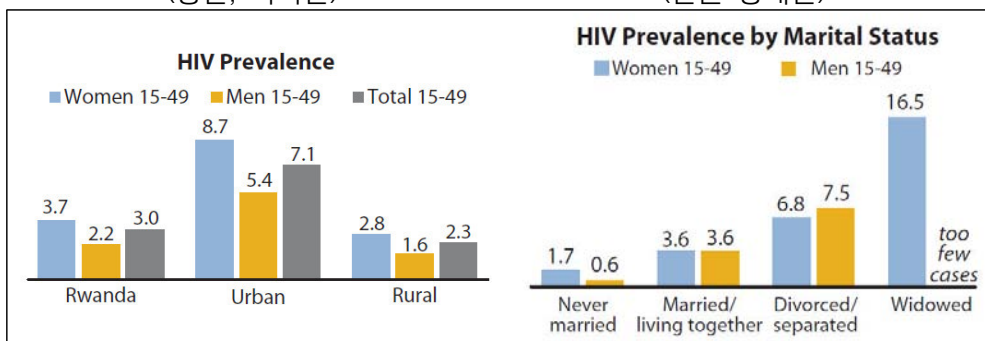
- (앞으로의 과제)²⁹⁾ 5세 미만 아동 및 영아 사망률이 대폭 감소했지만 신생아 사망률의 감소속도는 상대적으로 느리며, 신생아 사망은 전체 아동 사망의 39%를 차지할 정도로 심각하다. 전체 아동 사망률 개선을 위해서는 신생아 사망률을 감소시킬 수 있는 노력이 요구된다. 아동 영양과 관련해서는, 영양이 여러 부처의 우선순위 과제로 선정되어 있다고 해도, 아직 관련 지표들의 개선 속도는 다른 분야 지표들의 개선에 비해 뒤처지고 있으며, 위에서도 언급되었듯이 44%의 아동이 발육 부진 상태이다. 아동의 영양 상태 개선을 위해서는 그 원인을 밝히는 연구가 필요하며, 부처 간의 더욱 긴밀하고 효과적인 협력과 재정의 효율적 배분이 필요할 것으로 평가된다.

29) 2014년 2월 현지조사 수집자료(내부문서). (WHO. Success factors in women's and children's health: mapping pathways to progress (Draft).)

4) 주요 전염성 질병

- (HIV/AIDS) 르완다의 HIV 유병률은 2005년 이후로 거의 변화가 없었으며 3%에 머물고 있다. 남성(2.2%)보다는 여성(3.7%)의 유병률이 더 높으며 그 현상은 도시 및 농촌 지역 모두에서 나타났다. 남녀간 차이보다 도농간의 유병률 차이가 더욱 컸는데, 도시 지역의 HIV 유병률은 7.1%로 농촌 지역의 유병률인 2.3%보다 세 배 이상으로 높았다. HIV 유병률은 키갈리 지역에서 7.3%로 가장 높았으며 나머지 지역들에서는 대부분 2.1-2.5%의 유병률을 보였다. 다른 특징은 HIV 유병률이 유독 미망인이나 이혼한 사람에게서 16.6%로 매우 높게 나타났다는 점이다 (Ministry of Health Rwanda, 2010b).

<그림 1-18> HIV 유병률
(성별, 지역별)

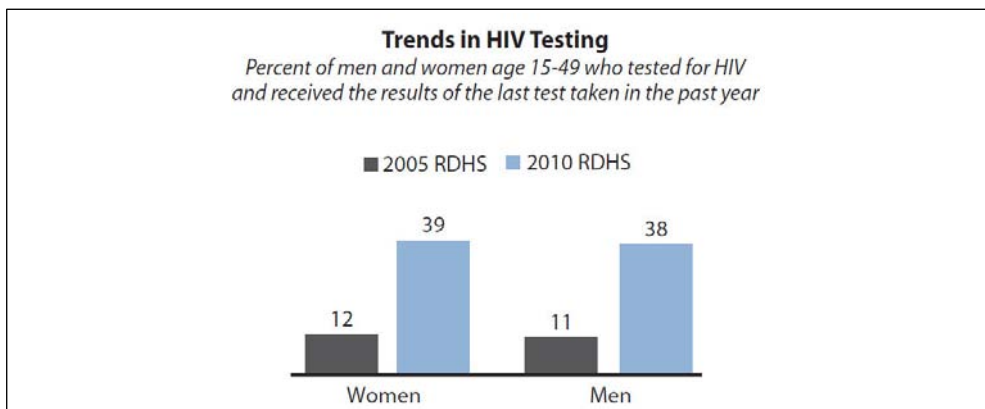


출처: Ministry of Health Rwanda (2010). Rwanda Demographic and Health Survey: Key findings.

- (HIV/AIDS 관련 지식 및 행동 현황) 15-49세 여성 중 79%와 남성 중 74%가 콘돔 사용이나 한 명의 파트너를 갖는 것, 감염되지 않은 파트너와 관계를 갖는 것을 통해 HIV 감염이 예방될 수 있다는 것을 인지하고 있으며, 특히 여성에서는 키갈리 거주 여성에서 89%로 높게 나타났으며 서부 도(province)에서는 68%의 여성만이 관련 지식을 가지고 있는 것으로 나타났다. 89%의 여성과 84%의 남성이 HIV가 모유수유를 통해 전염될 수 있으며 임신기간 동안 약을 복용함으로써 수직감염의 위험성을 감소시킬 수 있다는 것을 알고 있는 것으로 조사되었다.

- (HIV 검사율) 르완다의 HIV 검사율은 급격히 증가해왔다. 2005년 조사와 비교했을 때 2010년 조사에서 3배 이상의 남성과 여성이 지난 12개월 이내에 검사를 받은 적이 있는 것으로 나타났다. 15-24세 여성과 남성에서는 59%의 여성과 49%의 남성이 검사 및 검사이후 결과를 받은 적이 있는 것으로 나타났다. 또한 88%의 여성이 임신 기간 동안 산전관리 과정을 통해 HIV 검사 및 결과를 받고 상담까지 받은 적이 있는 것으로 조사되었다 (Ministry of Health Rwanda, 2010b).

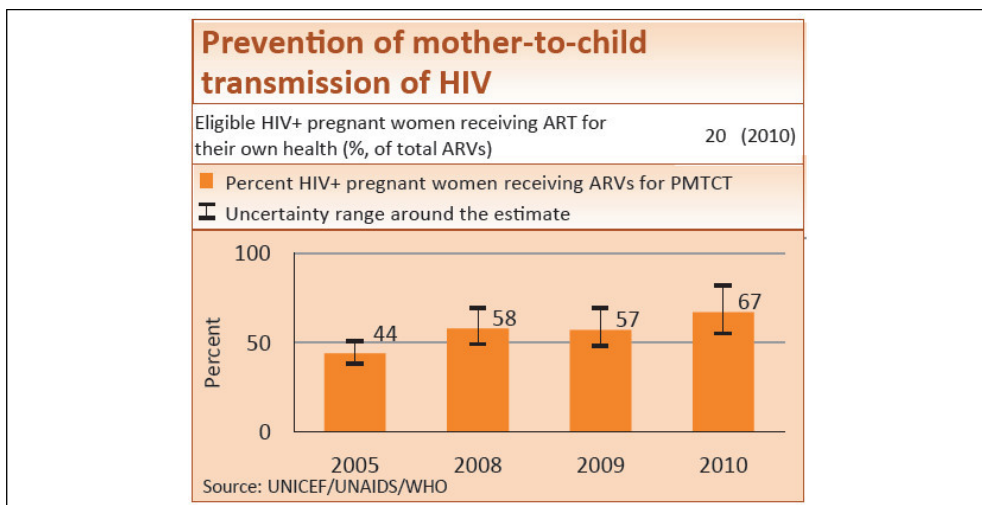
<그림 1-20> HIV 검사율 추이



출처: Ministry of Health Rwanda (2010). Rwanda Demographic and Health Survey: Key findings.

- (ART 커버리지) 르완다의 항레트로바이러스 약물을 제공받는 HIV 보균자 비율은 성인이 94%에 달하며 필요한 아동의 50%가 제공받고 있다 (PEPFAR, 2014).
- (HIV 수직감염 예방) 수직감염 예방을 위해 ART를 처방받은 임산부 비율은 2005년 44%에서 점차 증가하여 2010년에는 67%에 달하였다.

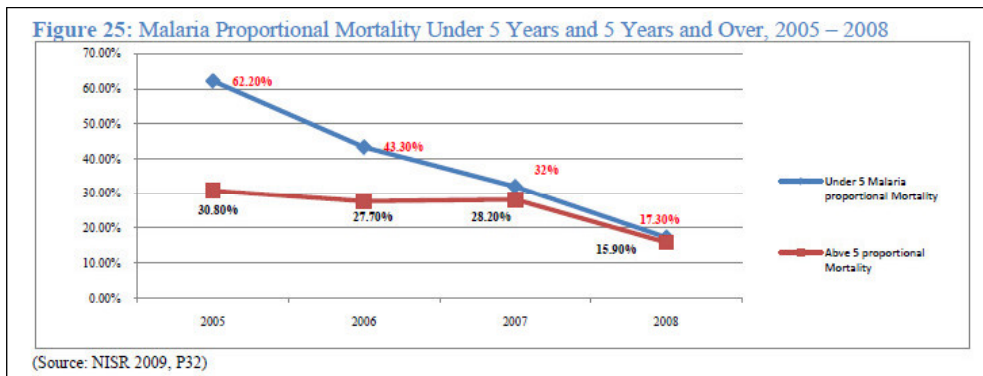
<그림 1-21> HIV 수직감염 예방을 위해 ART 받은 임산부 비율



출처: Countdown to 2015 (2012). Rwanda.

- (말라리아) 르완다에서의 개선에도 불구하고 말라리아는 여전히 5세 미만 아동에서 주요 사망 원인이며 성인에서는 HIV/AIDS 다음으로 주된 사망원인으로 꼽힌다 (UNDP, 2010).
- (말라리아에 의한 사망률) 2000년 말라리아로 인한 사망률은 200명(인구 10만 명당)이었으나 WHO에 의하면 2010년에는 4.2명인 것으로 나타났다. 2005년 5세 미만 아동의 사망 중 62%가 말라리아에 의한 것이었으나 2008년에는 17%까지 감소하였다 (UNDP, 2010)(WHO, 2013).

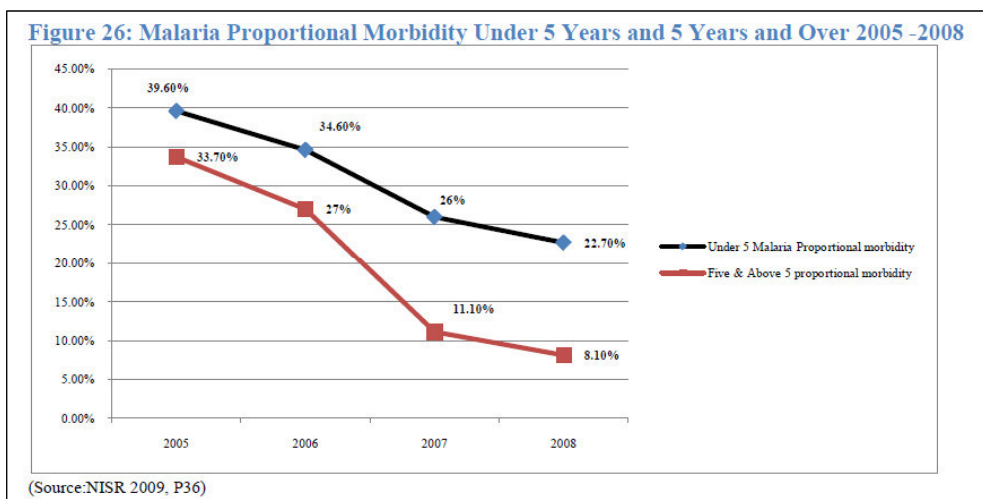
<그림 1-22> 5세 미만 아동과 그 이상 인구의 말라리아 사망률 (2005-2008년)



출처: UNDP (2010). Millennium Development Goals Progress Report: Rwanda Country Report 2010.

- (말라리아 이환율) 말라리아의 이환율 또한 꾸준히 감소하여 5세 미만 아동에서 말라리아 이환율은 2005년에는 39.6%였으나 2010년에는 22.7%로 감소하였다(UNDP, 2010).

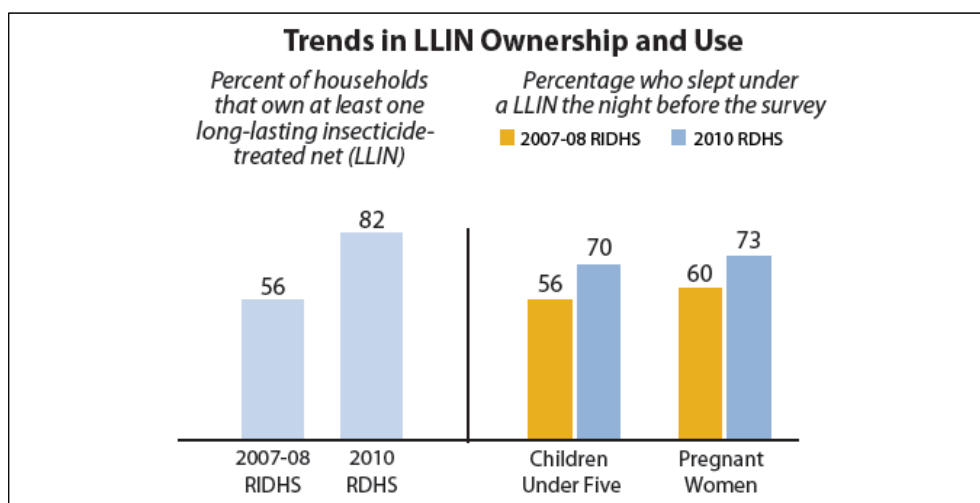
<그림 1-23> 5세 미만 아동 및 5세 이상 인구의 말라리아 이환율 (2005-2008년)



출처: UNDP (2010). Millennium Development Goals Progress Report: Rwanda Country Report 2010.

- (말라리아 예방현황) 장기살충모기장(LLIN)을 보유하고 있는 가구는 2007/08년 56% 였으나 2010년에는 82%로 증가하였다. 5세 미만 아동의 70%와 임산부의 73%가 조사 전 날 장기살충모기장을 사용한 것으로 조사되었다.

<그림 1-24> 장기살충모기장(LLIN) 보유 및 사용 현황



출처: Ministry of Health Rwanda (2010). Rwanda Demographic and Health Survey: Key findings.

- (말라리아 치료 현황) 조사 이전 2주 내에 발열이 있었던 5세 미만 아동은 16%였으며 이 중 21%가 혈액검사를 받았고 11%가 항 말라리아제를 처방받았으며, 8%가 발열이 확인된 당일 혹은 다음날 약을 처방받은 것으로 나타났다 (Ministry of Health Rwanda, 2010b)

<건강 및 질병 현황과 과제>

A. 보건 관련 MDG의 달성 및 추후 과제

- 르완다는 사하라이남 아프리카 국가 중 유일하게 대부분의 MDG를 달성하고 있는 나라임. 보건관련 목표인 MDG 4, 5a, 6를 달성할 것으로 예측됨.
- 그럼에도 불구하고 일부 보건 문제들에서는 개선 부진이나 심각성이 부각되고 있음.

A. 모성사망비 감소속도의 둔화

- 르완다의 모성사망비는 2013년 WHO 통계에 의하면 2010년 340명(출생아 10만 명당)으로 2015년 목표치인 230명과 가까워졌지만, 2010년 DHS에 의하면 487명으로 여전히 높게 집계되었으며, 최근 감소속도가 둔화된 것으로 보고됨. 조산사의 부족 및 일부 보건의료서비스의 질적 미흡이 개선되어야 할 주요 요인으로 나타남.

B. 높은 신생아 사망률과 아동의 발육부진 문제

- 2010년 르완다의 5세 미만 아동 사망률은 76명(출생아 1,000명당), 영아사망률은 27명(출생아 1,000명당)으로 각각 2005년과 비교하여 50% 가량 감소하였지만, 신생아 사망률은 2005년 37명(출생아 1,000명당)에 비해 2010년 27명(출생아 1,000명당)으로 28%의 저조한 감소율을 보임. 신생아 사망이 전체 아동 사망의 39%를 차지할 정도로 심각함.
- 5세 미만 아동의 발육부진 비율은 2005년 51%에서 2010년 44%로 개선되었으나 여전히 높은 수치로 아프리카 평균인 41%보다도 높게 나타남. 다른 지표의 개선에 비해 여전히 높은 발육부진율을 원인을 밝혀낼 연구 및 개선을 위한 포괄적이고 지속적인 개입이 요구됨

C. 높은 출산율과 가족계획에 대한 요구

- 르완다의 출산율은 감소하고는 있지만 합계 출산율이 4.6명으로 여전히 높은 수준이며, 르완다 정부의 목표치인 3명에 비해서는 높은 수준임. 가족계획 및 생식보건 서비스의 적극적인 제공 및 활용이 필요할 것임

라. 보건과 불평등

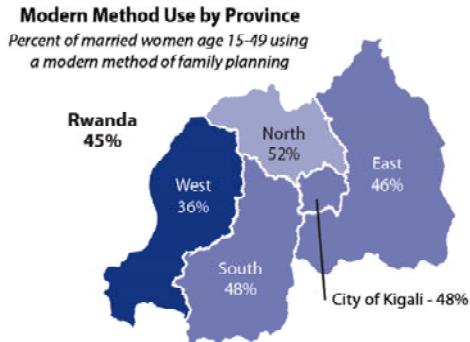
〈요약. 르완다의 보건과 불평등〉

- (지역간 격차) 키갈리와 남부, 동부 지역에서 아동의 발육부진, 장기살충모기장 보유율, 예방접종률, 현대적 피임법 이용율 모두 키갈리와 남부 및 동부 지역에서 더 나은 수치를 보였으며 북부 지역과 특히 서부 지역에서 대부분의 보건 지표가 취약하게 나타남.
- (경제수준에 따른 불평등) 출산율이나 현대적 피임법 이용률, 가족계획의 미충족 수요, 아동의 발육 부진 비율 모두 경제수준이 낮은 그룹에서 더 심각한 것으로 나타남.
- (교육수준에 따른 불평등) 교육수준이 낮을수록 출산율이나 가족계획의 미충족 수요, 아동의 발육 부진 비율이 높고, 현대적 피임법의 이용률이 낮은 것으로 나타남.

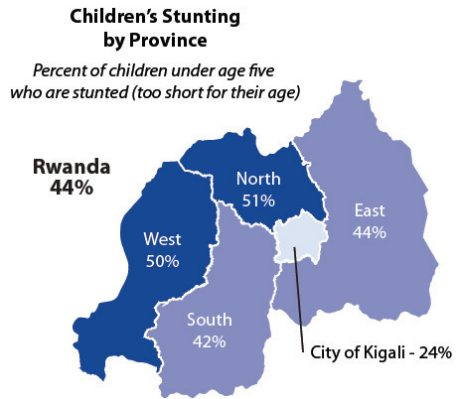
1) 지역간 격차

- (서부 및 북부 지역과의 격차) 아동의 발육부진 비율과 장기살충모기장 보유율은 서부와 북부 지역(province) 모두에서 르완다 평균에 비해 낮은 것으로 나타났다. 현대적 피임법 이용률과 예방접종률은 서부 지역에 한해서만 큰 차이로 취약한 것으로 나타나, 르완다의 서부 지역에 보건분야의 가장 큰 격차가 있다. 반면에 수도인 키갈리는 모든 지표에서 더 나은 수치를 보였으며 남부와 동부 지역(province)도 그러하였다. 특히 서부와 북부지역의 아동 중 절반 이상이 발육부진 상태에 있는 것으로 나타난 반면 키갈리의 아동 발육부진율은 24%로 관련 서비스에 대한 격차가 큰 것으로 보인다 (Ministry of Health Rwanda, 2010b).

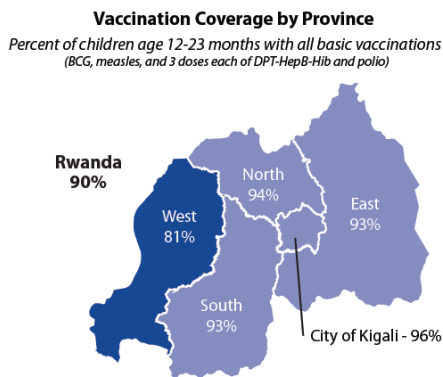
<그림 1-25> 프로빈스(province)별
현대적 피임법 이용률



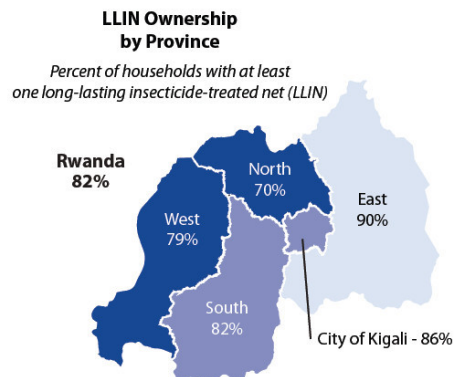
<그림 1-26> 프로빈스(province)별
아동의 발육부진 비율



<그림 1-27> 프로빈스(province)별
예방접종률



<그림 1-28> 프로빈스(province)별
장기살충모기장 보유율



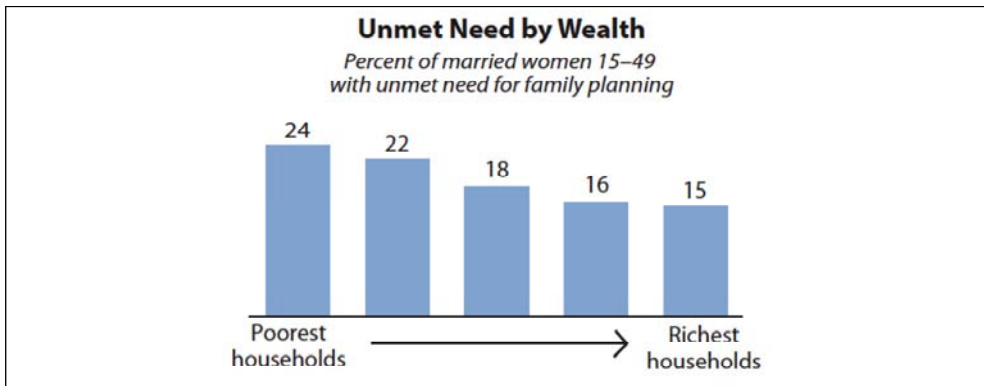
출처: Ministry of Health Rwanda (2010). Rwanda Demographic and Health Survey: Key findings.

- (도농간 격차) 르완다의 보건현황은 현저히 개선되고 있지만 여전히 도농간의 격차는 크게 남아있다. 도시 지역 거주 여성의 출산율이 3.4인데 비해 농촌 지역 여성의 출산율은 4.8로 높게 나타났다. 또한 르완다의 시설 분만율이 69%인데 도시 지역의 가정 분만율이 16%인데 비해 농촌 지역에서는 31%로 두 배 가까이 높게 나타났다 (Ministry of Health Rwanda, 2010b).

2) 경제수준에 따른 불평등

- (경제수준에 따른 불평등) 출산율이나 현대적 피임법 이용률, 가족계획의 미충족 수요, 아동의 발육 부진 비율 모두 경제수준이 낮은 그룹에서 더 심각한 것으로 나타났다. 경제수준을 5계층으로 나누어 비교했을 때, 가장 경제수준이 높은 여성 그룹의 합계출산율이 3.4인데 비해 가장 낮은 여성 그룹은 5.4로 현저히 높았다. 가장 부유한 그룹의 기혼 여성중 절반이 현대적 피임법을 이용하는 반면 가장 경제수준이 낮은 그룹의 기혼 여성 중에서는 39%만이 이용하는 것으로 나타났다. 가장 경제수준이 낮은 계층에서의 아동 발육부진 비율은 54%인 반면 가장 부유한 계층에서는 26%에 그쳐 이 또한 격차가 매우 큼을 알 수 있다. 가족계획 미충족 수요 비율도 5개의 경제수준별 그룹에 대해 경제수준이 확연한 비례관계에 있음을 보여주고 있다 (Ministry of Health Rwanda, 2010b).

<그림 1-29> 경제수준별 가족계획 미충족 수요 비율



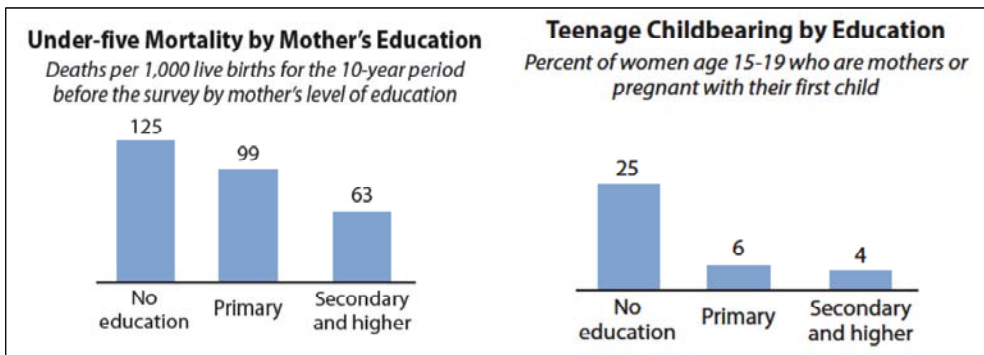
출처: Ministry of Health Rwanda (2010). Rwanda Demographic and Health Survey: Key findings.

3) 교육수준에 따른 불평등

- (교육수준에 따른 불평등) 교육수준이 낮을수록 출산율이나 가족계획의 미충족 수요, 아동의 발육 부진 비율이 높고, 현대적 피임법의 이용률이 낮았다. 모성의 교육수준에 따라 5세 미만 아동 사망률도 달라, 교육을 전혀 받지 못한 모성의 아동은 125명(출생아 1,000명당)의 사망률을 보였고, 중등교육 이상 수료한 모성의 아동은 63명(출생아 1,000명당)의 사망률을 보여, 그 차이가 두 배에 가까운 것을 확인할 수 있다. 특히 청소년 임신율에서는 그 격차가 매우 컸는데, 모성이 초등교육을 수료한 경우와 중등교육을 수료한 경우에는 거의 차이가 없었으나 모성이 전혀 교육을 받지 못한 경우에는 청소년 임신율에 4-6배 높은 것으로 나타났다 (Ministry of Health Rwanda, 2010b).

<그림 1-30> 모성 교육수준별
5세 미만 아동 사망률

<그림 1-31> 교육수준별
청소년 임신율



출처: Ministry of Health Rwanda (2010). Rwanda Demographic and Health Survey: Key findings.

4) 취약계층에 대한 불평등

- (르완다 내 성평등 정책 및 현황) 1994년 르완다 대학살 이후 르완다 정부는 모든 국가개발프로그램 및 활동 내에서 양성평등을 신장할 수 있는 프로그램들을 시행하고자 노력해 왔다. 2003년 국가 내 리더십 직위에 30%이상을 여성으로 구성해야 한다는 조항이 통과되었고, National Women Council(CNF)가 설립되면서 여성에 대한 임파워먼트 및 양성평등에 대한 본격적인 움직임이 시작되었다. 이후 여성부가 설치되었고, 이는 현재의 Ministry of Gender and Family Promotion(MIGEPROF)로 전환되었다. 현재 르완다 국회의 여성 의석률은 64%로 세계에서 가장 높은 수치를 나타낸다 (National Institute of Statistics of Rwanda Gender Monitoring Office, 2011)(Roopa Gogineni, 2013).
- (보건의료 관련 의사결정 권한) 가정 내에서의 의사결정 권한에 대해 조사했을 때, 여성의 가족이나 친척을 방문하거나 물품 구입을 위한 외출에 대해서는 부부가 동시에 결정하는 경우가 각 66.5%와 64.1%였으나 여성의 보건의료 이용에 대해서는 부부가 같이 결정하는 경우가 54.6%였다. 그러나 여성의 보건의료 이용에 대한 의사결정은 다른 두 가지 경우보다 여성이 스스로 내리는 경우가 19.4%로 높았으나, 여전히 남편 혼자 결정하는 경우가 25.4%인 것으로 나타났다 (Ministry of Health Rwanda, 2010b).

<표 1-17> 의사결정에 대한 참여

Table 15.4 Participation in decision-making								
Percent distribution of currently married women age 15-49 by person who usually makes decisions about various issues, Rwanda 2010								
Decision	Mainly wife	Wife and husband jointly	Mainly husband	Someone else	Other	Missing	Total	Number of women
WOMEN								
Own health care	19.1	54.6	25.4	0.1	0.1	0.6	100.0	6,897
Major household purchases	7.1	64.1	28.2	0.0	0.0	0.6	100.0	6,897
Visits to her family or relatives	14.8	66.5	18.1	0.0	0.0	0.6	100.0	6,897

출처: Ministry of Health Rwanda (2010). Rwanda Demographic and Health Survey 2010.

- (여아와 남아의 보건의료 이용 격차) 아래의 표에 나타난 대부분의 지표에서 남녀간 큰 차이는 보이지 않으나 남아의 보건의료 이용률이 약간 더 높았다. 그러나 살충제 처리 모기장 이용률은 여아에서 조금 더 높게 나타났다 (National Institute of Statistics of Rwanda, 2013).

〈표 1-18〉 여아와 남아의 보건의료 이용률

Children under age five sleeping under insecticide-treated net	Percent	Total	DHS, 2010	70		
	Percent	Male	DHS, 2010	69		
	Percent	Female	DHS, 2010	71		
Percentage of under 5 years with fever who tested for malaria	Percent	Total	DHS, 2010	21		
	Percent	Male	DHS, 2010	22.8		
	Percent	Female	DHS, 2010	18.9		
Percentage of under 5 years children with diarrhea who received ORT treatment within 24 hours	Percent	Total	DHS, 2010	34.5		
	Percent	Male	DHS, 2010	36.5		
	Percent	Female	DHS, 2010	32.2		
percentage of under 5 years children who received Vit A in the last six months	Percent	Total	DHS, 2010	92.9		
	Percent	Male	DHS, 2010	93.4		
	Percent	Female	DHS, 2010	92.4		

출처: National Institute of Statistics of Rwanda (2013). National Gender Statistics Report 2013.

- (르완다 내 장애인 현황) 르완다 내 장애인 비율은 2002년 3.9%로 측정되었으며 2010년 조사에 의하면 약 52만 명인 5%로 측정되었다. 그러나 WHO에 따르면 사회심리학적 장애를 포함하여 실제로는 훨씬 많은 인구인 150만 명 (약 15%) 가량이 장애를 갖고 있는 것으로 추정된다. 르완다는 기본적으로 장애의 원인이 될 수 있는 전쟁이나 빈곤, 보건관리에 있어서의 무지, 질병, 사고 등 뿐만 아니라 1994년에 발생한 민족 대학살이라는 특수한 배경으로 인해 특히 사회심리학적 장애를 갖고 있는 인구가 많은 것으로 나타난다 (VSO, 2012).

<보건과 불평등 현황과 과제>

A. 경제수준 및 교육수준에 따른 모자보건 및 생식보건 격차

- 경제수준 및 교육수준에 따라 출산율이나 아동의 발육부진율, 현대적 피임법 이용율의 격차가 확인되었음. 특히 모성의 교육수준에 따른 청소년 임신율의 격차가 매우 크고 모성이 전혀 교육을 받지 못한 청소년 자녀의 임신율이 초 등 및 중등 교육 이상을 수료한 모성의 청소년 자녀에 비해 4~6배 높음.

A. 북부 및 서부지역 보건의 심각한 불균형 현황

- 르완다의 북부지역과 서부지역은 키갈리의 보건지표와 그 격차가 매우 클 뿐만 아니라 동부 및 남부지역과 비교해서도 보건지표가 취약한 것으로 나타남. 특히 서부지역은 키부(Kivu) 호수를 끼고 DR콩고와 접경하고 있는 지역으로 내 전으로 인해 인구의 보건상태가 매우 취약하며 르완다 평균치와 비교하여 서 비스에 대한 접근성이 매우 열악함.

C. 도농 간 보건 불평등 현상

- 르완다 내 전반적인 보건 현황의 개선 상태에 비해 도농 간의 격차는 여전히 크게 나타나고 있음. 농촌 지역의 보건의료서비스 접근성이 향상되었지만, 여전히 출산율이나 시설 분만을 등의 지표가 큰 차이를 보임.

제2장. 타공여기관 보건분야 지원 현황

1. 대 협력국 보건분야 지원 현황

<요약. 르완다 보건분야 ODA 지원 현황 및 특징>

- (ODA 지원 규모 및 특징) 르완다의 ODA 규모는 2012년 약 8억 7900만불로 2011년에 비해 감소하였는데 이는 2012년부터 본격적으로 원조분업이 이행되면서 전체 규모가 감소한 것으로 보임. 2011년 GNI 대비 ODA의 비중이 20%에 달해 2010년보다도 증가함. 대부분의 협력국의 ODA 중 Mixed project에 지원되는데 비해 르완다에서는 절반에 달하는 ODA가 현금 무상원조로 지원됨. 2011년 전체 ODA 중 가장 높은 비중으로 25%가 보건 분야에 지원됨.
- (보건분야 ODA 지원 규모 및 특징) 르완다의 보건분야 ODA 지원규모는 2000년 1인당 1.88불에서 2010년 28.86불로 대폭 증가하였으며 꾸준한 증가추세를 보여왔음. 2010년 기준으로 MDG6 (HIV/AIDS, 결핵, 말라리아 외 다른 질병)에 대한 지원 비중이 82%로 가장 높은 것으로 나타남.
- (양자 공여기관) 현재 원조분업의 시행으로 르완다 보건 분야 내 지원하는 양자 공여기관은 미국, 벨기에, 스위스이며 다른 양자기관들은 위임협력의 형태로 지원하고 있음. 원조분업의 시행 이전에도 미국과 벨기에가 가장 큰 규모로 지원하였으나, 기존 주요 공여기관 중 하나이던 독일은 지원을 종료하였음.
- (다자 공여기관) 2009-2010년 보건분야 지원규모 중 Global Fund가 87.9%(2억 2248만불)로 가장 많이 지원하였음.
- (공여기관 협의체 현황) 분야 간 지원의 분배의 불균형 문제 및 지원의 중복 등의 문제를 인지하고, 원조 효과성을 증진해야 한다는 이해관계자들의 공통된 목소리가 나옴으로써 2010년 개발파트너들과 관련 정부기관들의 협의 및 협상을 통해 원조분업이 시행되기 시작함. 개발파트너들의 원조를 최대 세 분야로 제한하고 이외에는 위임협력을 허용하는 방식으로 적용됨. 2013년 새로운 EDPRS의 도입과 함께 최근 공여기관 협의체 및 소위원회(TWG) 구성 및 조직이 개편되고 재구성되었음.

가. 개요

1) 대 협력국 전체 ODA 지원 현황

- (대 협력국 ODA 지원추이) 르완다는 아프리카 내 협력국 중 2011년 10번째로 원조를 많이 받는 국가로 전체 아프리카 내 국가 원조 규모의 약 2%를 차지했다 (OECD, 2013). 2012년 ODA 규모는 약 8억 7900만불로 2011년에 비해 크게 감소하였는데 이는 2012년부터 본격적으로 원조분업이 이행되면서 전체 규모가 감소한 것으로 보인다. 양자원조는 2010년 53%에서 2012년 49%로 감소하였다.

<표 2-1> 2010-2012년 르완다 ODA 지원 현황

Receipts	2010	2011	2012
Net ODA (USD million)	1 032	1 264	879
Bilateral share (gross ODA)	53%	47%	49%
Net ODA / GNI	18.5%	20.1%	..
Net Private flows (USD million)	- 35	- 27	1

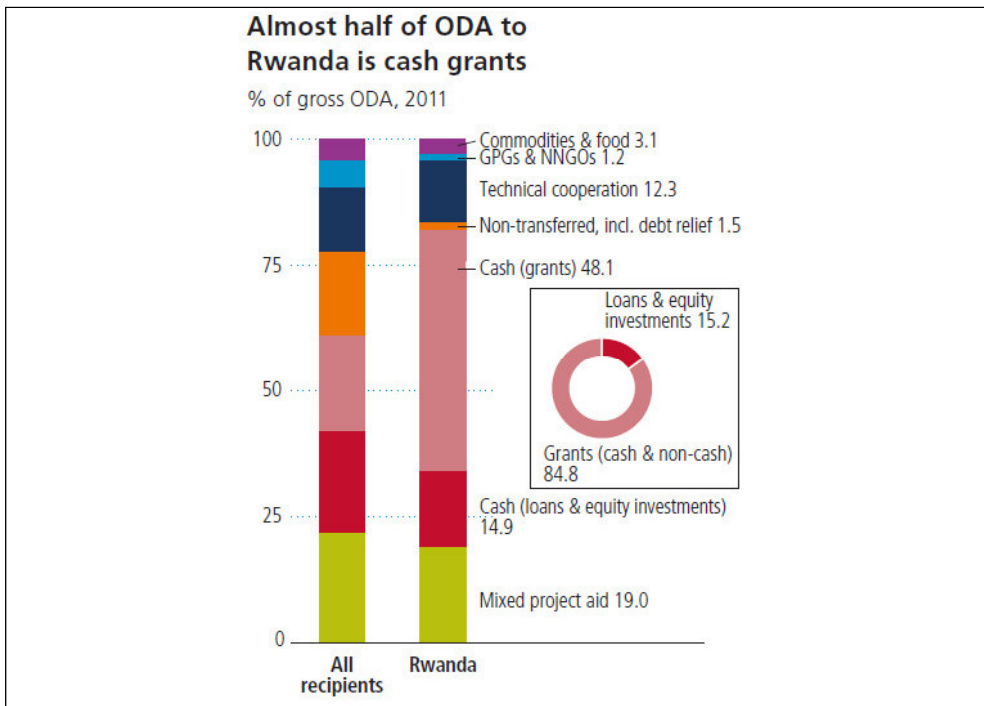
For reference	2010	2011	2012
Population (million)	10.8	11.1	11.5
GNI per capita (Atlas USD)	510	560	..

출처: World Bank. OECD-DAC stats. Retrieved from <http://www.oecd.org/dac/stats/>.

- (대 협력국 ODA 지원 현황) FY 2013/2014년 르완다 전체 예산규모는 1조 6530억 르완다 프랑(한화 약 5조 2500억)이었으며 FY 2012/13년보다 약 1030억 르완다 프랑(한화 약 1570억) 증가한 규모였다. 전체 예산규모 중 국내세입 (domestic revenue)은 60.2%에 해당하는 9949억 르완다 프랑(한화 약 1조 5085억)이었고, 나머지인 39.8%(6586억 르완다 프랑)가 외부재정에 해당하였다 (Ambassador Claver Gatete, Minister of Finance and Economic Planning , 2010).
- (대 협력국 ODA 지원 형태) 르완다는 다른 협력국들과는 다르게 전체 ODA의 절반에 가까운 규모(48.1%)가 현금 무상원조인 것으로 나타났다. 2011년 ODA

통계에 의하면, 대부분의 협력국에서 가장 큰 규모를 차지하는 Mixed project aid는 현금 무상원조 다음으로 큰 규모인 19%를 차지했다 (Development Initiatives Ltd., 2013).

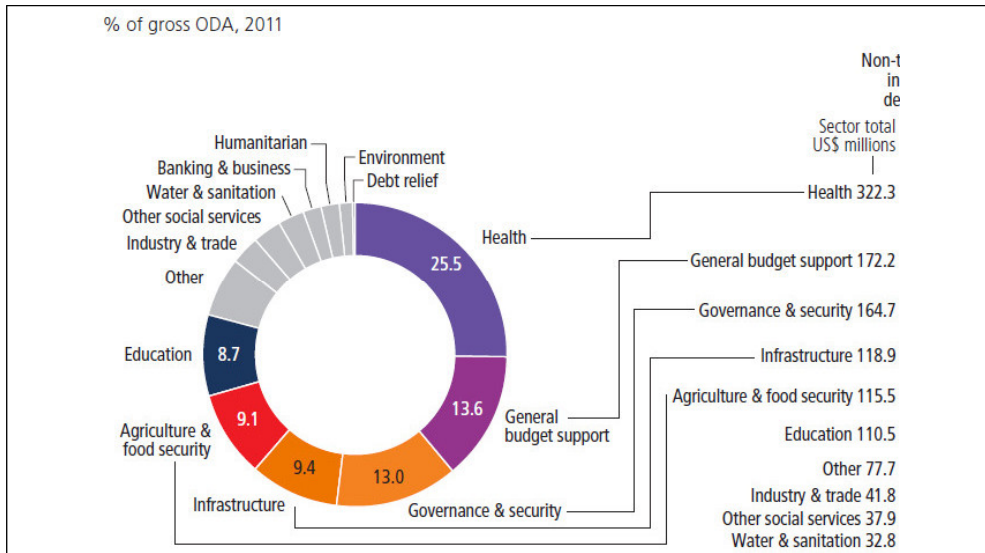
<그림 2-1> 전체 협력국들 및 르완다의 ODA 지원 형태별 규모



출처: Development Initiatives Ltd. (2013). Investments to end poverty: Real money, real choices, real lives.

- (대 협력국 ODA 지원 분야) 2011년 총 ODA 중 보건 분야에 가장 큰 규모 (25.5%, 3억 2230만 불)가 지원되었다. 뒤를 이어서 13.6%가 일반 예산지원을 통해 지원되었다. 그 다음으로 거버넌스 및 보안(governance & security)에 13%의 ODA가 지원되었다(Development Initiatives Ltd., 2013).

<그림 2-2> 르완다의 총 ODA 분야별 지원 현황, 2011년



출처: Development Initiatives Ltd. (2013). Investments to end poverty: Real money, real choices, real lives.

- (대 협력국 주요 공여기관 지원 현황: 2011-2012년) 2011-2012년 평균을 살펴보면 IDA가 1억 9500만 불로 가장 많이 지원하였고, 다음으로 미국이 1억 6900만 불, Global Fund가 1억 3700만 불, 영국이 1억 100만 불을 지원하였다. 그 외에도 유럽 연합, AfDF, 벨기에, 네덜란드, 독일, 일본 순으로 지원하였다.

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

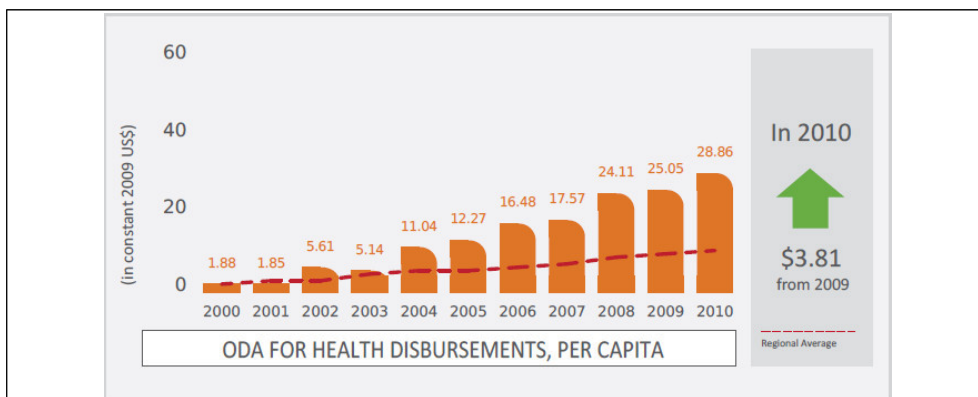
순위	공여기관	규모 (USD mil)
1	IDA	195
2	미국	169
3	Global Fund	137
4	영국	101
5	EU	92
6	AfDF	68
7	벨기에	65
8	네덜란드	42
9	독일	40
10	일본	29

출처: World Bank. OECD-DAC stats. Retrieved from <http://www.oecd.org/dac/stats/>.

2) 대 협력국 전체 보건 ODA 지원 현황

- (보건분야 ODA 지원 추이) 르완다의 보건분야 ODA 지원 추이는 아래 그림에서 처럼 증가추세에 있다. 2000년 1인당 1.88불에 비해 2010년에는 28.86불까지 대 폭 증가하였으며 지속적으로 증가해 오고 있다.

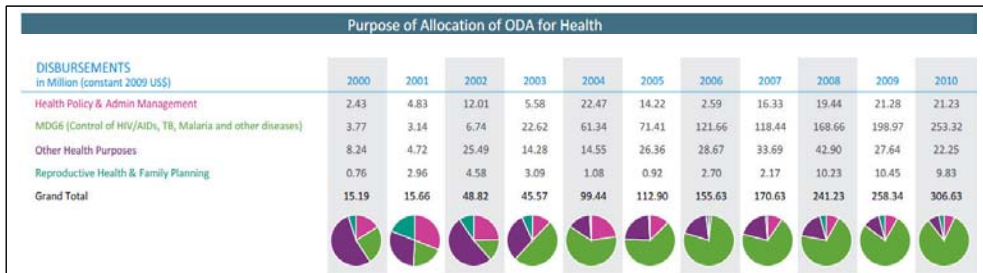
<그림 2-3> 르완다 보건분야 ODA 지원 추이 (일인당 규모)



출처: WHO (n.d.). ODA for Health to Rwanda.

- (보건분야 ODA 주요 지원 분야) 2010년 기준 MDG6 (HIV/AIDS, 결핵, 말라리아 외 다른 질병)에 대한 지원 비중이 82%에 달해 가장 높은 것으로 나타났으며, 2003년 50%에서 지속적으로 증가해 왔다. 그 외 보건사업들에 대한 지원을 제외하고는 보건정책과 행정관리에 대한 지원 비중이 다음으로 높았다.

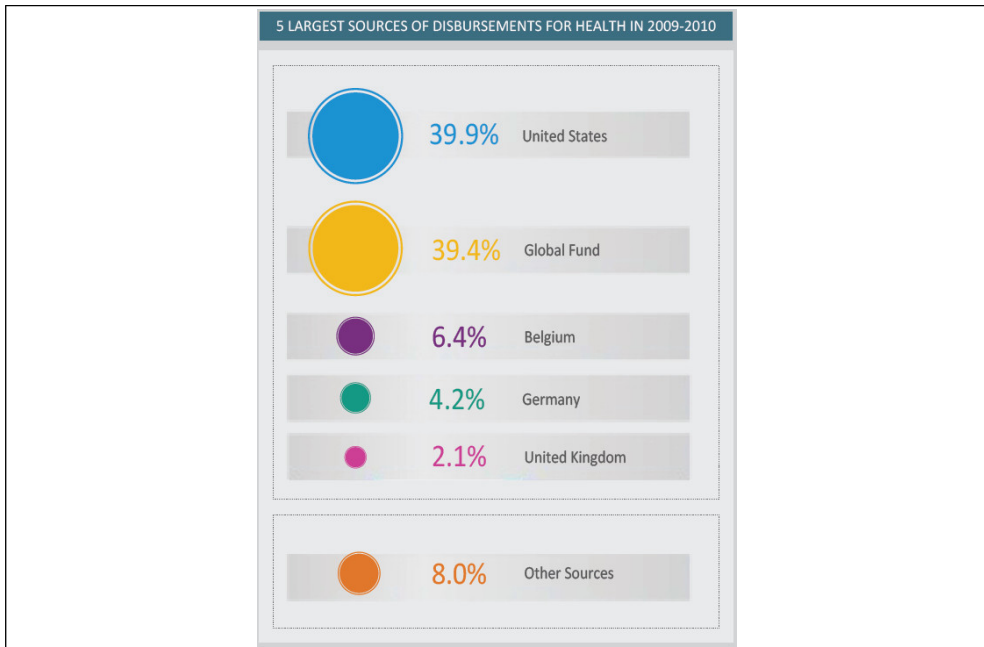
<그림 2-4> 르완다 보건분야 ODA 지원분야별 규모 추세



출처: WHO (n.d.). ODA for Health to Rwanda.

- (보건분야 ODA 주요 공여기관 및 기구) 양자와 다자기구를 통합하여 르완다 보건분야에 지원하는 주요 공여기관 및 기구는 미국이 39.9%로 가장 많은 것으로 나타났으며, Global Fund가 39.4%로 미국과 비슷하게 큰 규모로 지원을 하였다. 그 다음이 벨기에로 6.4%, 독일이 4.2%, 영국이 2.1%를 지원하였으며 미국과 Global Fund의 지원이 전체 지원의 80%를 차지하였다.

<그림 2-5> 2009-2010년 주요 공여기관 보건분야 지원 규모



출처: WHO (n.d.). ODA for Health to Rwanda.

- (원조분업의 이행으로 인한 변화) 위의 통계들은 주로 2010-2012년 통계를 기반으로 하였으나, 원조분업의 이행으로 인해 2013년부터는 다른 규모 현황을 보일 것으로 예상된다.
- (르완다 보건분야 주요 지원지역 현황) 르완다 보건 분야에는 원조분업으로 인해 3개의 공여기관만이 직접적으로 원조를 제공하고 있다. USAID는 르완다 전 지역에 걸쳐 보건사업을 이행하고 있으며, BTC는 최근 수도인 키갈리와 서부에 위치한 Namasheke 구에서 사업을 이행한 바 있다. SDC는 DR 콩고와 접경해 있는 키부 호수 근처에서 DR 콩고와 부룬디를 함께 포함하여 프로그램을 이행하고 있어 보건 사업에 있어서도 키부 호수 근처 지역으로 한정하고 있다. 이 밖에도 여러 다자기구들이 르완다 전 지역에 걸쳐 사업을 수행하는 경향이다.

<그림 2-6> 주요 공여기관의 지원 대상 지역



출처: 저자 작성.

나. 보건분야 내 주요 공여기관 및 지원 분야

1) 주요 양자 공여기관

○ (르완다 보건분야 주요 양자 공여기관) 2009-2010년 르완다 보건분야 주요 양자 공여기관은 미국으로 전체 양자지원 규모 중 72.3%에 달하는 2억 2535만 불을 지원하였으며, 그 뒤로 벨기에가 3626만 불(11.6%), 독일이 2347만 불(7.5%), 스위스가 6번째로 305만 불(1%)을 지원하였다. 아래 표의 내용과는 상이하게 2010년부터 시행되기 시작한 원조분업으로 인해 현재 보건 분야 내에서 협력하는 공여기관은 미국, 벨기에, 스위스로 제한되어 있으며 다른 양자기관들은 위임협력(Delegated cooperation)의 형태로 지원하고 있는 상태이다. 가장 최근 자료에 따르면 USAID는 2012년 르완다 보건분야에 8540만 불을 지원하였고(USAID 르완다 홈페이지), BTC는 2012년 2968만 유로(약 4106만 불)을 지원하였다(BTC, 2013).

<표 2-3> 르완다 보건분야 양자 공여기관별 지원 규모 (2009-2010년)

순위	공여기관	규모 (USD mil)	%
1	미국	225.35	72.3
2	벨기에	36.26	11.6
3	독일	23.47	7.5
4	영국	12.13	3.9
5	룩셈부르크	6.22	2.0
6	스위스	3.05	1.0
7	스페인	1.22	0.4
8	캐나다	0.96	0.3
9	아일랜드	0.93	0.3
10	덴마크	0.55	0.2
⋮			⋮
16	한국	0.02	0.0
	합계	311.81	100.0

출처: WHO (n.d.). ODA for Health to Rwanda.

2) 주요 다자기구

- (르완다 보건분야 주요 다자기구) 2009-2010년 르완다 보건분야에 가장 많은 지원을 한 다자기구는 Global Fund로 전체 다자기구 지원 중 87.9%에 해당하는 2억 2248만불을 지원하였고, 그 뒤로 IDA가 3.8%(966만불), UNFPA가 3.2%(799만불)을 지원하였다.

<표 2-4> 르완다 보건분야 다자기구별 지원 규모 (2009-2010년)

순위	다자기구	규모 (USD mil)	%
1	Global Fund	222.48	87.9
2	IDA	9.66	3.8
3	UNFPA	7.99	3.2
4	GAVI	5.82	2.3
5	UNICEF	3.17	1.3
6	UNAIDS	1.50	0.6
7	UNDP	1.37	0.5
8	EU Institutions	0.98	0.4
9	WFP	0.19	0.1
10	AfDF	0.02	0.0
	합계	253.16	100.0

출처: WHO (n.d.). ODA for Health to Rwanda.

2. 보건분야 공여협의체 현황

가. 원조분업의 시행

- (시행 배경) 2008년 공여기관의 원조분업에 대한 내부 연구가 시행되었고, 이는 공여기관들의 협력이 공평하게 EDPRS 분야들 간에 분배되지 않았으며 일부 분야에서는 공여기관들의 지원이 넘쳐나고 일부에서는 모자랐던 점을 지적했다. 또한 이러한 불균형적인 원조는 분야 간의 불균형을 초래할 뿐만 아니라 개발 어젠다에 대한 정부의 국가적 리더십을 약화시킬 수 있음을 시사한 바 있다. 보건분야나, 거버넌스 등의 일부 지원이 넘쳐나는 분야들에서는 중복적인 지원이 많아졌고, 이해관계자들 간의 대화 및 중재를 이끌어 내는데 한계에 부딪히게 되었다. 이러한 과정에서 원조조화를 추구하여 원조 분절화를 방지하고 거래비용을 줄여 원조 효과성을 증진하도록 해야 한다는 이해관계자들의 공통된 목소리가 나오게 되었다. 2010년 2월 열렸던 Development Partners Retreat(DPR)에서 처음으로 원조분업의 개념에 대해 논의하게 되었고, 이후 MINECOFIN(Ministry of Finance and Economic Planning)과 개별적 공여기관들 간의 양자 협의 및 협상을 통해 논의가 이어졌다. 논의에 따른 개발파트너들의 분야별 분업은 2010년 7월 DPCG 미팅에서 발표 후 이에 대한 동의가 이루어지게 되었다 (Ministry of Finance and Economic Planning Rwanda, 2010).
- (시행 방법) 원조분업은 르완다 내 원조분절화를 개선하고 원조의 효과성을 증진하기 위해 개발 파트너들의 원조를 최대 세 분야로 제한하는 방식으로 시행되고 있다. 그러나 조용한 협력관계(silent partnership, 혹은 위임협력)를 통해 세 분야 이외의 분야에 대한 지원을 계속해 나갈 수 있도록 허용한다. 원조분업은 공동기금에 대한 지원이나 지역 내 프로젝트(regional projects), 예외적 지출에 대한 지원(긴급지원 등)을 제외한다.
- (개발파트너 선정) 다음 6가지 기준을 통해 르완다 내 원조분업을 시행할 분야별 개발파트너를 선정하고, 전체 규모가 크게 변화하지 않고 분야 간 원조를 재분배

하도록 한다.

- EDPRS 우선순위 분야 내 재정 및 예산 격차를 고려함
- 르완다 정부가 선호하는 원조 모달리티 및 형태를 제공할 수 있는 역량을 고려함
- 해당 분야 내 과거의 주요 개발성과들을 고려함
- 공여기관의 Mandate를 고려함 (예: 수직펀드, UN 시스템 또는 GF)
- 원조 효과성 지표에 대한 공여기관의 성과를 고려함
- 공여기관의 전문성 및 경험을 고려함

○ (조용한 협력관계/위임협력, Silent partnership/delegated cooperation)³⁰⁾ 조용한 협력관계/위임협력은 크게 두 가지 경우에 대해 활용되도록 장려하고 있다. 첫 번째로 담당한 분야 내에서 충분한 지원이 제공되도록 보장하는 것을 기본으로 하고 프로젝트나 프로그램 자금의 관리 및 집행하는데 수반되는 거래비용을 감소할 수 있을 때 활용될 수 있다. 두 번째로는 파트너가 가진 전문성을 통해 정책적 대화의 질을 향상할 수 있을 때가 그 경우이다. 르완다 정부는 공식적인 위임협력이 이행되는 것을 선호하며, 즉 하나의 개발파트너가 다른 파트너들을 대표하여 대화 및 논의에 임하고 자금을 운용하고 관리하는 것을 전제로 하고 있다. 그러나 공식적인 위임협력이 실행가능하지 않은 경우에는 정부와 개발파트너들간의 협의를 통해 다른 형태로 협력하는 것을 가능하게 하고 있으며, 이는 거래비용을 크게 감소시킬 수 있다.

○ (보건분야 개발파트너) 현재 르완다 보건분야의 주요 개발파트너 중 양자기관은 USAID, BTC, SDC이며, 그 외에 중국 및 룩셈부르크가 지원하고 있으며 프랑스는 위임협력(Silent partnership)을 통해 지원하고 있다.

30) 2014년 2월 현지조사 후속 수집자료(HSWG 부의장 Brian Frantz 제공). (Division of Labour in Rwanda. September 2013.)

<그림 2-7> 르완다 EDPRS 2 분야들 내 원조분업 현황

DPs	Education (Including TVET)	Agriculture (Including feeder Roads)	Health	Transport	Water and Sanitation	Energy	Private Sector D. & Youth	Social Protection	ICT	Justice Reconciliation Law & Order	Environment	Urban & Rural Settlement	Decentralization & Governance	PFM (Including Economic Governance)	Financial sector
Belgium	B		X			X				B			X		
Germany	X						X						X	S	S
Netherlands					S		X			X			X		
Sweden															
UK	X	B						X			S			S	X
USA	X	B	X				X						S		
AfDB				X	S	X	X								S
EC		X				X		B					X	S	
EIB					X	X									X
WB		X				X		B				X			
Switzerland		X	X		S		X								
Global Fund			X												
France	X		S			X									
Luxembourg			X								X				
Japan	X	B			X	S			X						
Korea	X	X							X						
China	S		X	X		X									
India		S				X	X								
Kuwait Fund			X	X		X						S			
Saudi Fund			X	X		X	S								
BADEA				X	X	X	S								
OPEC Fund				X	S	X	X								
ABU Dhabi				X		X						X			
FAO		X									X				
ILO						X	X								
UNDP										X	X		X		
UNEP											X				
UNESCO	X										X	S			
UNFPA			X				X								
UNHCR	X							X							
UN-HABITAT							X				X	X			
UNICEF	X		X		X										
UNIDO						X	X								
UN Women								X		X					
WFP		X						X							
UNAIDS			X							S					
IFAD		X						X							
WHO	S	S	X	X				X							
UNECA						X			X						X
UNCDF															X
IOM	X							X			X				
UNV			X							S					

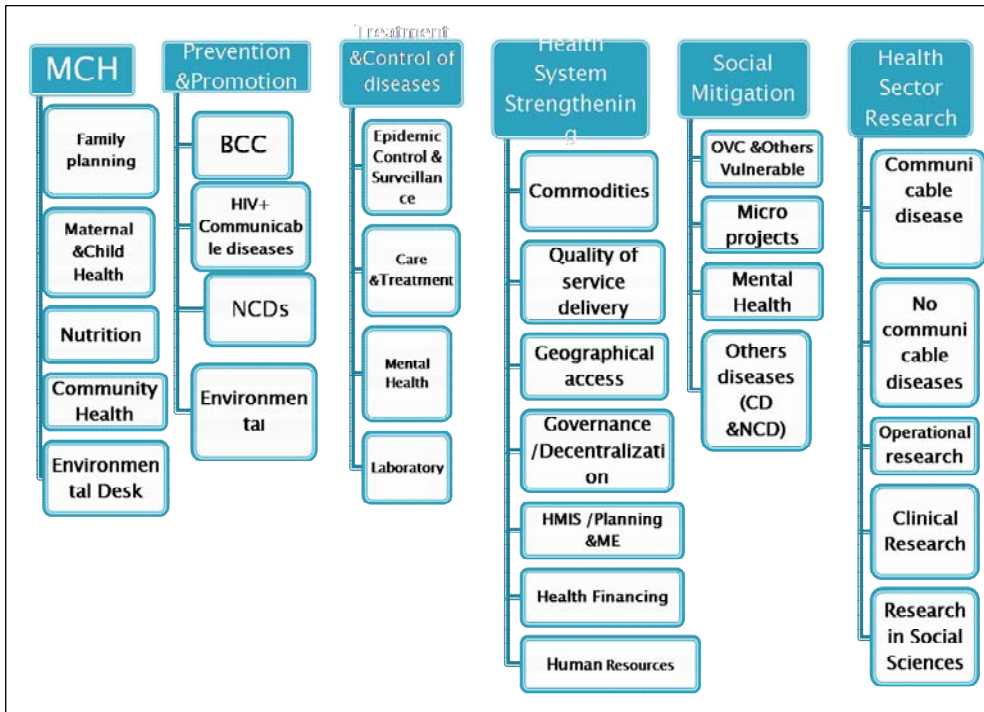
출처: 2014년 2월 현지조사 후속 수집자료(HSWG 부의장, Brian Frantz 제공). (Division of Labour in Rwanda. September 2013.)

나. 보건분야 공여협의체

- (보건분야 공여협의체의 재구성) 2008년부터 2012년까지 시행된 EDPRS가 종료되고 지금은 2013년부터 2018년에 걸쳐 두 번째 EDPRS가 새롭게 적용되고 있다. 새로운 EDPRS의 도입에 발맞추어 SWG의 구성 및 조직을 강화할 필요가 대두되었고, 현지조사에 의하면, 최근 보건분야 공여 협의체 및 협의체 내 TWG(Technical Working Group)의 구성을 재조정하고 강화하려는 노력이 있었으며, 2013년 말 논의를 시작으로 2014년 4월 7일 개최된 JHSR (Joint Health Sector Review)을 통해 2018년까지 지속될 새로운 TWG의 구성 및 조직을 완성하였다. HSWG의 부의장인 Brian Frantz에 따르면, 2014년 4월 7일 JHSR에서 ToR이 일부분(Annex 3: TWG Scopes of Work)을 제외하고는 마무리되었다고 한다.
- (기존 TWG의 평가)³¹⁾ 너무 많은 개수의 TWG가 있으며 그들 중 일부만이 제대로 작동하고 있다는 MINECOFIN의 "SWAp Assessment Report"로부터의 평가가 있었다. HSSP II Joint Assessment의 제언과 기존의 TWG에서 가진 실제적인 경험들도 반영하여 새로운 TWG를 재구성하고자 하였다.
- (재구성 과정) TWG의 재구성을 위해, HSTWG에 대한 Quick assessment 및 개발파트너 간의 협의가 이루어졌으며, 제안을 위한 컨셉 페이지를 제출하며 GSMM, 개발파트너 미팅, JHSR에서 해당 내용을 발표한 바 있다. 이후 제안된 코멘트들을 통합하였다.
- (개선점) 위와 같은 과정을 통해 TWG를 재구조화함으로써 (27개에서 12개의 위원회로의 축소, 4 레벨에서 2레벨로의 TWG 조직 축소개편함) 효과성 및 효율성을 증대하고자 하였고 개선된 TWG가 새로운 HSSP의 내용을 반영할 수 있게끔 하였다. 새로운 TWG 구성과 더불어 각 위원회를 이끌어 갈 의장단을 선출하였다.

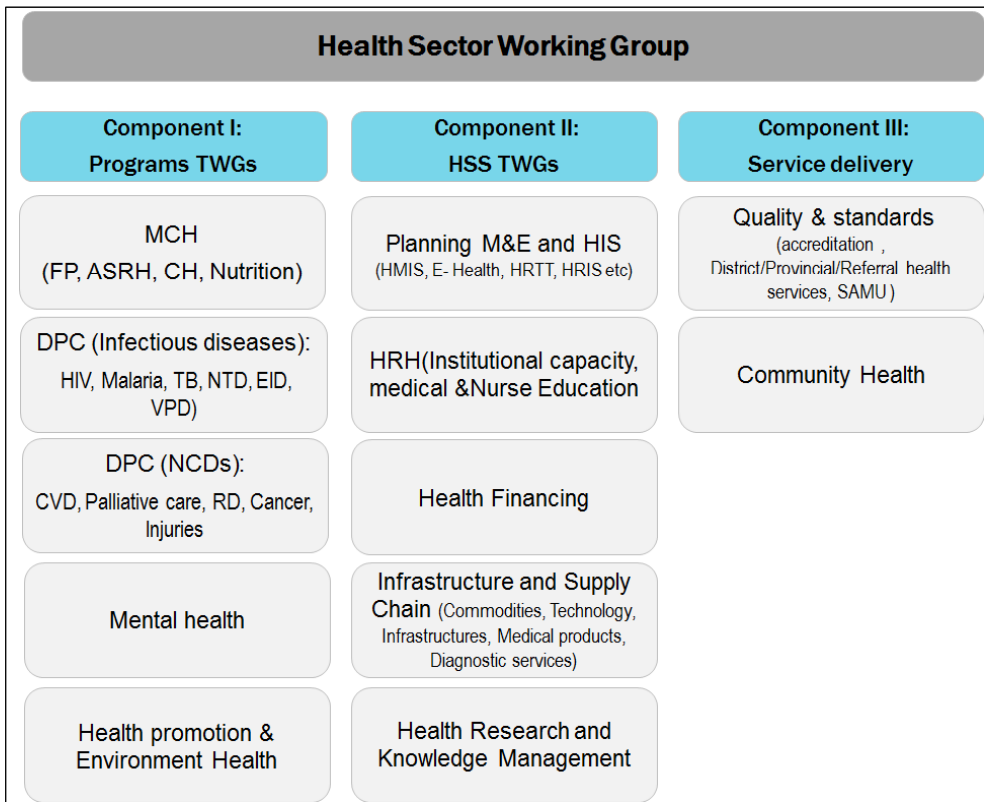
31) 2014년 2월 현지조사 후속 수집자료. (Ministry of Health Rwanda(2013). HSTWG Reorganization PPT. Planning & HIS department.)

<그림 2-8> 이전의 보건분야 공여협의체(HSWG) 및 TWG 조직도



출처: 2014년 2월 현지조사 후속 수집자료. (Ministry of Health Rwanda(2013). HSTWG Reorganization PPT. Planning & HIS department.)

〈그림 2-9〉 새로운 보건분야 공여협의체(HSWG) 및 TWG 조직도
(2014년 3월 개정)



출처: 2014년 2월 현지조사 후속 자료 (HSWG 부의장, Brian Franzl 제공). (ToRs draft 3. 2014)

<표 2-5> 새로운 HSTWG(Health Sector Technical Working Group) 의장/부의장
조직도 (2013-2018년) (New TWG Structure Chairs and Co-chairs for 2013-2018)

No	Technical Working Group	Chairs	Co-chairs	Alternate Co-chairs
		Institution-Division/ Unit (Name)	Institution (Name)	Institution (Name)
1	Maternal & Child Health	MOH- MCH Department (Dr.Ngabo Idele)	UNICEF (Mohamed Cisse)	USG (Dr.Solange Habika)
2	Planning M&E and HIS	MOH- Planning&HIS (Dr.Parfait Uwaliraye)	USG (Dr.Michael Karangwa)	SDC (Theoneste Twahirwa)
3	Human Resources for Health	MOH-HRH (Mukakigeli Daphy/Hinda Ruthon)	USG (Dr.Maestro Evans)	WHO (Dr.Martins Obveredjo)
4	Health Financing	MOH-HFU (Jean Louis Mukunzi)	BTC (Dr.Nicole Cuti-Kanyoko)	WHO (Mrs.Diane Muhongerwa)
5	Quality & Standards	MOH- Clinical Services (Dr.Theophile Dushime)	BTC (Dr.Vincent Tihon)	USG (Dr.Patrick Condo)
6	Health Research & Health Knowledge Management	MOH- Planning & HIS (Dr.Mutabazi Vincent)	SDC (Tommaso Tabet)	WHO (Dr.Jules Mugabo)
7	Community Health	MOH-CHD (Cathy Mugeni)	UNICEF (Dr.Emmanuel Manzi)	CRS (Justin Ntaganda)
8	Diseases Prevention and Control/Infectious Diseases	RBC-IHDPC (Dr.Ngirabega Jean De Dieu)	USG (Dr.Eugenie Kayirangwa)	UNAIDS (Dr.Sibongile Diudlu)
9	Disease Preventino and Control/NCD	RBC-NCD (Dr.Nuhimpundu Marie Aimee)	WHO (Dr.Chantal Gegout)	USG (Dr.Eugene Zimulinda)
10	Mental Health	RBC-MH (Dr.Yvonne Kayiteshonga)	BTC (Dr.Achour Ait Mohand)	WHO (Dr.Andre Rusanganwa)
11	Infrastructure and Supply Chain	RBC-MPPD (Celsa Gaju Muzayire)	WHO (Mrs.Stella Tuyisenge)	BTC (Sankaran Narayanan)
12	Health Promotion	RBC-RHCC (Nathan Mukume)	UNICEF (Siddartha Shrestha)	UNICEF (Murtaza Malik)

출처: 2012년 2월 현지조사 후속자료 (Quality & Strandards TWG 부의장, Dr. Vincent Tihon 제공). (Joint Health Sector Review. 2014). 저자 재구성.

3. 주요 공여기관의 보건 분야 협력

가. 개요

- (주요 공여기관 선정이유) 르완다의 주요 공여기관은 원조분업으로 보건 분야 내 지원하고 있는 3개의 기관인 USAID, BTC, SDC를 중심으로 하여 선정하였다. 이외 양자기관으로서 지난 35년간 보건 분야를 지원해오던 주요 공여기관 중 하나였던 GIZ는 원조분업의 시행으로 2012년 보건 분야 지원을 완전히 종료한 상태이므로 그 동안의 보건 분야 지원에 대해서 살펴보고자 하였다. 르완다 내 신생아 사망률이 높으며 아동의 발육 부진 문제가 심각함을 고려하여 다자기구로는 관련 분야에서 주로 지원하는 UNICEF을 살펴보았다. 르완다가 MDG 달성에 있어서 좋은 성과를 보이고 있어, 보건문제 중심의 프로젝트를 수행하는 NGO들보다는 보건의료시스템을 개선하기 위한 지원을 주로 하는 MSH(Management Sciences for Health)와 높은 출산율 및 인구 증가와 함께 주요 문제로 부각되고 있는 가족계획 분야에서 일하고 있는 FHI(Family Health International)를 만나보았다.

나. 양자기관 (Bilateral organisations)

<요약. 르완다의 보건 분야 양자기관의 전략 및 특징>

- (USAID 보건 전략과 사업의 특징) USAID는 르완다 보건분야에 가장 큰 규모로 지원해오고 있는 공여기관으로 통합 사업 이행전략을 통해 보건부의 보건 정책 및 전략과 조화를 이룰 수 있도록 성과목표를 선정함. 현재 보건의료서비스 전달 강화, 건강증진 및 사회복지, 보건의료시스템 강화를 성과목표로 선정하였다. 주로 보건의료시스템 강화, HIV/AIDS 및 말라리아, 가족계획, 모자보건, 영양의 분야에서 지원하고 있으며 HIV/AIDS에 대한 지원이 절반 이상을 차지함.
- (BTC(Belgian Development Agency) 보건전략과 사업의 특징) BTC는 르완다 보건분야에서 크게 두 가지 방식을 통해 지원하고 있으며, 하나는 보건분야 자금지원과 역량강화 공동기금이며, 다른 하나는 단일 프로그램들의 시행이며 전반적으로 지역단위에 대해 주로 지원하고자 함. 보건분야 자금지원을 통해 공공재정관리(PfM)과 SWAp 코디네이션을 개선하고자 하며, 역량강화 공동기금을 통해서서는 1차 보건의료서비스 전달 개선 및 영양, 모자보건에 지원하고 있음. 단일 프로그램으로는 보건부에 대한 제도적 지원을 주로하며 부센지 병원 재건 사업을 이행한 바 있음.
- (SDC(Swiss Agency for Development and Cooperation) 보건전략과 사업의 특징) SDC는 르완다 보건분야에서 별도의 보건전략 및 프로그램을 마련하고 있지는 않고, The Great Lakes 지역 협력전략을 통해 르완다, 부룬디, DR콩고 내 Great Lakes 지역을 하나로 묶어 프로그램을 이행하고 있음. 프로그램의 보건 관련 지원은 기초서비스에 대한 접근을 개선하는 방향에서 이루어지며 모자보건, 성폭력, 식수와 위생 분야에 중점을 두고 있음.

1) USAID

가) 공여기관의 전략

- (USAID의 대 르완다 지원추세) USAID는 1964년부터 르완다에 대한 지원을 시작했으며 초기에는 보건 및 위생, 농업과 영양프로그램을 포함하는 지역 개발에 초점을 맞춰왔다. 1970-80년대에는 농업 분야에서 교육 및 연구에 중점을 두고, 보건 프로젝트에 모자보건 및 가족계획을 포함시키는 등 대 르완다 지원을 다양화하기 시작했다. 1990년대 초반 USAID는 르완다 내 지원 프로그램을 확장했지만 1994년 민족대 학살로 인해 지원이 잠시 중단되게 되었다. 이후 인도주의적 지원의 재개와 함께 1998년부터는 HIV/AIDS 예방 및 치료 프로그램을 포함한 지원이 확대되기 시작하였다. 1994년 후반부터 1999년까지 총 6100만불이 지원되었다. 2000년대 초반부터는 법률제도나 보건의료시스템의 재정립, 사회기반시설의 재건 등 분쟁 이후 재건을 위한 지원이 이루어졌다. 이 시기부터 USAID와 르완다 정부 간의 ICT분야의 개발에 대한 협력 및 지원이 본격적으로 이루어지기 시작했다. 2000년부터 2003년까지 USAID는 르완다에 매년 3470만불을 지원했다. 2003년부터 USAID와 르완다 정부는 VISION 2020 및 EDPRS를 지원할 수 있는 방향으로 더욱 긴밀한 협력관계를 이어나가기 시작했다. 이후 10년 간 USAID의 대 르완다 지원규모는 2004년 4800만불에서 2012년 1억 5000만불까지 증가했으며, PEPFAR(President's Emergency Plan for AIDS Relief)와 PMI(President's Malaria Initiative), FtF(Feed the Future) 식량 지원 프로그램이 원조규모의 증가에 큰 영향을 미쳤다. 최근 USAID는 지속가능한 개발과 지방분권화에 중점을 맞추고 투명성과 르완다 정부의 옹호를 증대하고자 하며, 르완다 정부 및 시민사회와 긴밀한 협력관계를 지속해오고 있다 (USAID 홈페이지).
- (USAID의 대 르완다 지원 규모) 2012년 USAID의 르완다에 대한 지원은 총 1억 1980만불이었으며, 전년도에는 1억 1240만불이었다. 2012년 기준으로 지원규모가 가장 큰 분야는 보건 분야로 8540만불로 전체 규모의 75%에 달하였으며, 경제 개발 분야가 10.5%(1180만불)로 그 뒤를 이었다. 프로그램의 운영 및 관리에는 1260만불이 지원되었다.

나) 공여기관의 보건분야 지원 현황

- (통합 사업 이행전략)³²⁾ USAID는 르완다 내에서 보건부의 보건정책 및 전략과 조화를 이루고자 USAID의 사업이행전략 초안을 바탕으로 하여, 보건부 및 다른 개발파트너들과의 논의를 통해 보건분야 내 성과목표를 선정한다. 선정된 성과목표는 1)보건의료서비스 전달 강화, 2)건강 증진 및 사회복지, 3)보건의료시스템 강화로 3가지이며, 주요 분야는 1)리더십 및 옹호, 2)보건정책 3)관리 및 중재 (인력, 의약품, 재정, 민간부문 등), 4)평가 및 모니터링, 지식관리로 선정하였다.
- (주요 지원분야) 보건분야는 USAID의 르완다 지원 분야 중 가장 큰 규모를 차지하는 분야로서 보건의료시스템 강화, HIV/AIDS 및 말라리아 예방, 가족계획, 모자보건, 영양 등의 분야에서 주로 지원이 이루어지고 있다. 미국은 르완다 내 HIV/AIDS 분야의 주요 공여국으로서 PEPFAR를 통해 HIV의 수직감염 예방 및 자발적 HIV 검사, 치료 및 관리, 사회심리학적 지원, OVC에 대한 지원, 보건의료시스템 강화를 지원하고 있다. 또한 르완다는 PMI의 중점 지원국으로 말라리아의 예방 및 치료에 대해 실내용 스프레이 및 장기살충모기장(LLIN), 항 말라리아제를 보급하고 말라리아 케이스에 대한 관리를 중심으로 한 포괄적인 지원을 받고 있다. 모자보건 및 생식보건 분야에서 USAID는 양질의 파급효과가 큰 모성 및 신생아, 아동 보건 서비스를 지속가능한 방법으로 지원하고, 굿 거버넌스와 분권화된 보건의료서비스를 증진하고자 지역사회 및 정부, 시민사회단체들을 지원하고 있다. 1차적으로 치료서비스를 제공하는 간호사 및 지역사회 보건요원들의 역량을 강화하는 것을 우선순위로 삼고 있다. 이외에도 2세 미만 아동과 임산부의 영양상태를 개선하고 르완다 정부의 자발적 가족 계획 및 생식보건 서비스에 대한 국가 프로그램을 시행하는데 지원하고 있다. 장기적인 관점에서의 보건의료시스템 강화 및 역량 강화를 위해 르완다 정부에 대해 보건정책 개발 및 보건의료 재정 강화, 의약품 조달 시스템, 서비스 전달 시스템 강화를 위한 기술적 지원 또한 제공하고 있다.

32) 2014년 2월 현지조사 결과. 부록 참조.

- (분야별 지원규모) 2012년 총 8540만불의 지원 중 절반 이상을 차지하는 4570만불 (53.5%)가 HIV/AIDS 분야에 지원되었으며, 그 다음으로 말라리아 예방 및 치료에 2220만불(26%)이 지원되었다. 9.4%인 800만불이 모자보건에, 8.8%인 750만불이 가족 계획 및 생식 보건 분야에 지원되었으며, 식수 및 위생과 영양 분야에는 각각 150만불(1.8%), 40만불(0.5%)이 지원되었다.

- (보건분야 주요 프로그램 및 프로젝트) USIAD는 르완다 보건분야에서 예산지원 은 제공하지 않고 있으며, 프로그램 및 프로젝트를 시행하는 방식으로 지원하고 있다. 최근 종료된 USAID의 프로그램으로는 2008년부터 2013년까지 18억불 규모로 시행된 모자보건 통합프로그램(Maternal and Child Health Integrated Program)이 있었고 이는 모성과 신생아, 아동의 말라리아 및 영양, 가족계획, HIV/AIDS 관련 서비스 개선을 통해 관련 사망률을 감소하고자 하였다. HIV/AIDS 분야에서는 2007년부터 2012년까지 HIV/AIDS 관련 서비스에 대한 접근성을 향상하기 위한 HIV/AIDS Clinical Services Program이 FHI(Family Health International)을 파트너로 하여 총 7000만불의 지원과 함께 시행되었다. 가족계획 프로젝트(Family Health Project)는 2013년에 시작되어 2017년에 종료될 예정이며 Chemonics에 의해 3800만불의 규모로 시행되고 있으며, 중앙 및 지역 단위에서 더욱 탄탄한 보건의료시스템을 만들고 지역사회 내 보건의료시설에 기술 지원 및 물자를 제공하고자 한다. 전반적인 보건의료시스템의 강화를 위해서는 Integrated Health System Strengthening Project(IHSSP)가 2006년부터 시행되어 2014년에 종료될 예정이며 이는 MSH(Mangement Sciences for Health)에 의해 이행되어 오고 있다. 이 외에도 FSW(Female sex worker)나 MSM(Men who have sex with men), 오토바이 택시 운전기사, 트럭 운전자, PLHIV(People living with HIV and AIDS) 등의 취약계층을 대상으로 HIV/AIDS, 말라리아, 가족계획, 아동 보건 등의 분야와 관련된 정보나 제품에 대한 접근성을 향상하고 건강 행동을 증진하는 소셜 마케팅 프로그램(Rwanda Social Marketing Program, RSMP)도 시행되고 있다. 아래에서 주요 프로그램에 대해 자세히 다루고 있다.

<Box 2-1> 통합 보건의료시스템 강화 프로젝트 (IHSSP)

- 프로젝트 명: Integrated Health System Strengthening Project (IHSSP)
- 프로젝트 기간: 2009-2014년
- 프로젝트 예산규모: 2억불
- 집행 담당기관: 보건부, MSH(Management Sciences for Health)

(사업개요 및 배경) USAID는 르완다에서 2009년부터 2014년까지 전체 2억불 규모로 Integrated Health System Strengthening Project(IHSSP)를 시행하고 있다. 보건의료시스템을 강화하기 위해 MSH(Management Sciences for Health)를 통해 보건부에 대해 기술지원 및 예산지원을 이행하고 있다. MSH는 르완다 보건부가 2000년대 CBHI를 본격적으로 시행하면서 CBHI에 대한 인구등록을 관리할 수 있도록 국가적 데이터베이스를 개발하는데 지원하였고 그 결과 보험등록율이 2003년 7%에 비해 2010년 91%로 증가한 바 있다. 이러한 경험들을 바탕으로 USAID는 MSH를 통해 르완다 보건부가 보건의료시스템을 강화할 수 있도록 하고자 한다.

(사업목적 및 내용) 궁극적으로 르완다 국민이 잘 교육된 보건의료인력에 의해 효과적이고 지속가능한 양질의 보건의료서비스에 대한 재정적, 지리적 접근성을 향상하는 것이 사업의 목적이다. 해당 사업은 보건의료시스템의 구성요소들을 포괄하는 통합적 프로그램으로써 다음 표에 나타난 다섯 개의 목표에 대해 각각의 하위 목표를 세우고 세부적 전략 및 프로젝트를 수행하고 있다.

〈표 2-6〉 IHSSP를 구성하는 5개 목표 및 각 하위 목표

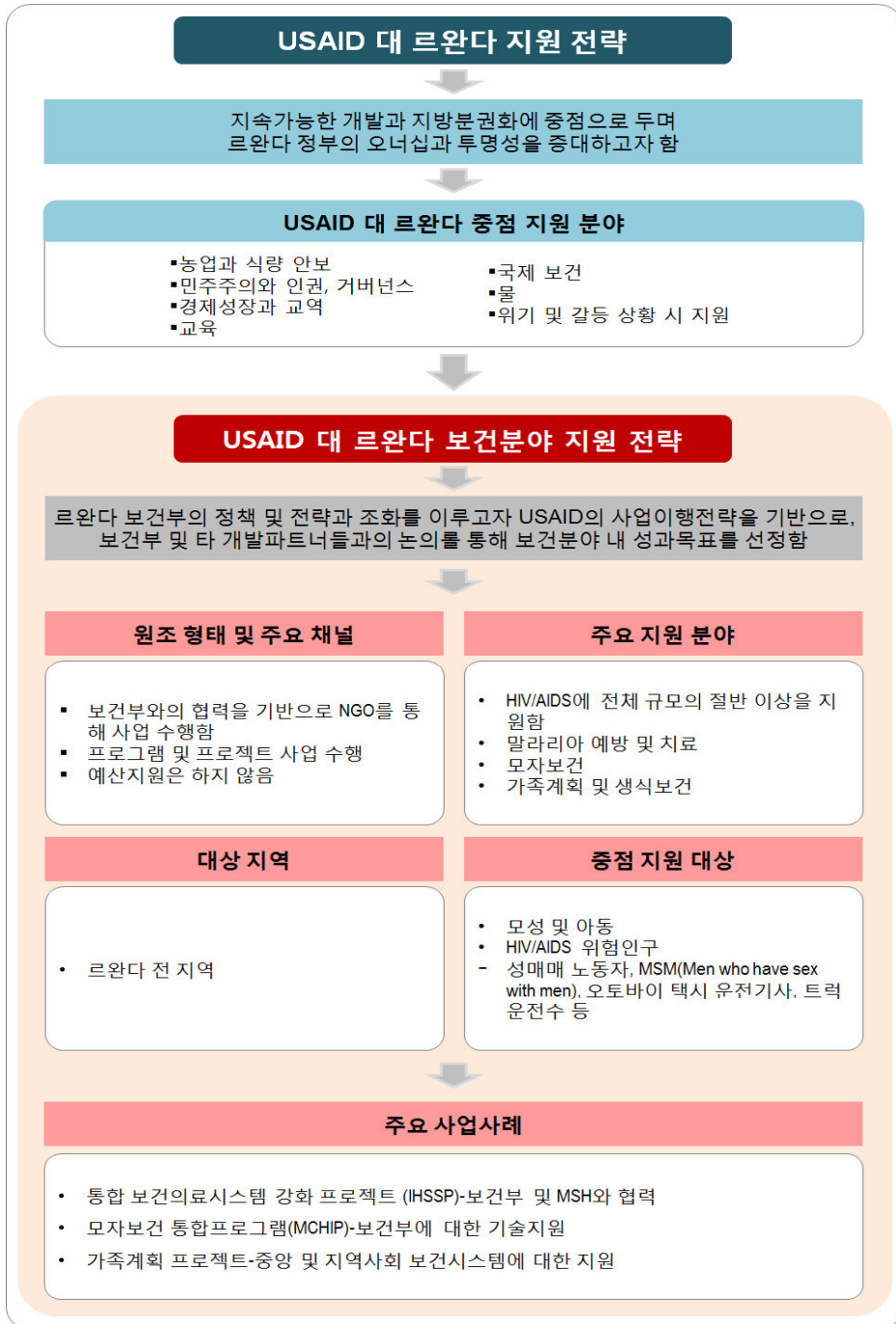
5개 목표				
데이터 관리 및 활용	보건의료재정 관리 강화	보건의료인력 역량 강화	보건의료서비스 질 개선	보건 및 사회 서비스의 지방분권화 확대
하위 목표				
의사결정을 위해 데이터를 활용할 수 있는 프로그 램 매니저의 역 량 강화	이용가능한 재원 을 합리적으로 사용할 수 있도 록 하는 보건의 료재정 시스템 강화	국가 보건의료인 력 전략계획과 지역사회 보건요 원 정책의 시행 및 평가	보건부와 지역단 위의 보건 및 관 리팀 간의 연계 강화 및 국가적 관리감독 프레임 워크 적용	지역 단위의 관 리 역량 강화 및 모든 수준으로의 확대
시의적절하게 데 이터를 제공할 수 있는 보관리 정보시스템 강화	서비스에 대한 비용 감축 및 이 익 생성, 비용 분담을 관리하는 보건보의 역량 강화	인적자원 관련 규범 및 가이드 라인을 배포하고 업데이트할 수 있는 정보시스템 을 활용하는 보 건부의 역량 강 화	보건의료시설 및 제공자에 대한 정기적인 감독, 성과기반 계약, 보건소에서의 현 장 멘토링 등 지 역 단위 관리팀 의 질 향상 메카 니즘 적용	현지 시민사회단 체 및 개별 지역 사회 구성원들이 보건분야 우선순 위나 서비스, 보 건분야와 관련되 는 범분야 이슈 들에 영향력을 가질 수 있도록 역량을 강화
	경제·재정 관리 를 포함하는 보 건부의 기술적 역량 강화	보건의료인력을 관리하는 보건부 의 역량 강화		

출처: 저자 재구성.

(사업의 시사점) 본 사업은 질병 중심의 접근이 아니라 시스템 중심의 접근을 통해 각종 보건문제를 개선할 수 있는 근본적인 기반을 세우고 강화하고자 하는 의미를 갖는다. 전체 보건의료시스템의 강화를 목표로 함과 더불어 전체 시스템을 구성하는 각 구성요소들에 대해서 세부적인 목적과 전략을 가지고 접근하였다. 본 사업 내 5개의 목표 아래에서 수행되는 다양하고 구체적인 프로젝트들(새로운

보건정보관리시스템을 위한 트레이닝 제공, 개선된 PBF 모델 운영에 대한 지원, 의료기관 평가 시스템의 확대 지원 등)을 살펴봄으로써 실제 하위에서 진행되고 있는 사업 및 액티비티에 대해서 파악할 수 있을 것으로 고려된다. 그러나 르완다의 보건현황이 다른 사하라 이남 아프리카 국가들과 비교하여 크게 개선된 상태이며 보건관련 MDG를 대부분 달성하고 있다는 차별점을 갖고 있기 때문에 시스템 중심의 접근이 더욱 효과적으로 작용할 수 있다고 보인다. 사업을 수행하는 기관인 MSH는 주로 보건의료시스템을 강화함으로써 일련의 보건 및 질병 문제들을 개선하는 것을 주된 접근법으로 삼는 기관으로써, 협력국의 보건부의 역량을 강화할 수 있도록 지원하고 자문을 제공하는 것을 특징으로 삼는다. 본 사업과 같은 시스템 개선 사업은 기술과 경험을 보유하고 있는 기관을 통해 시행됨으로써 더욱 큰 효과를 얻을 수 있다는 것을 보여주기도 한다 (USAID, 2012)(USAID, 2013b).

<그림 2-10> USAID 대 르완다 지원 전략 및 현황



출처: 저자 작성.

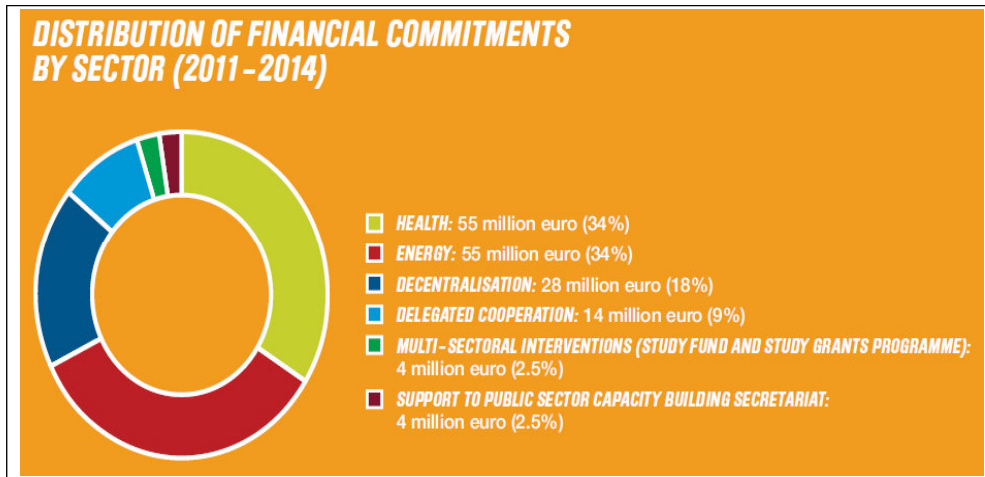
2) BTC (Belgian Development Agency)

가) 공여기관의 전략

(1) 벨기에의 대 르완다 협력전략 2011-2014

- (전체 지원규모) 르완다는 벨기에의 ODA 수원국 중 두 번째로 규모가 큰 국가이다. ODA 지원으로 2008년에는 4540만 유로, 2009년 5880만 유로, 그리고 2010년에는 5120만 유로를 기록하였다. 전체 중 75%가 직접적 양자협력의 유형으로 지출되었다.
- (지원유형) 주된 지원은 양측 정부 간의 직접적인 양자협력을 통해서 이루어지며, 비정부 기관(actors)을 통한 간접적 양자협력이나 UN산하 전문기구와 같은 국제기구를 통한 다자 협력의 형태로 이루어진다. ACP(아프리카카리브해태평양) 국가들과 유럽연합 사이에 체결된 협정이 허용하는 범위 내에서의 협력 또한 지원 유형의 하나이다.
- (중점 지원 분야) 2011년 벨기에 정부는 르완다의 사회경제개발 우선순위 분야 중 3개 분야(보건, 에너지, 지방분권화)에 대해 2011년부터 2014년까지 4년간 총규모 1억 6천만 유로 규모를 지원하기로 협정을 체결하였다. 그 중 보건 분야와 에너지 분야에 각각 34%(5500만 유로)씩, 지방분권화 분야에는 18%(2800만 유로)를 지원하고 있으며, 그 밖에 위임협력의 형태로는 9%(1400만 유로)를 지원하고 있다 (BTC, 2011).

<그림 2-11> 벨기에의 대 르완다 분야별 지원 규모 (2011-2014년)



출처: BTC (2011). Rwanda-Belgium Partnership brochure.

- (범분야 이슈) 양성 평등(Gender equality)과 여성 임파워먼트(Women's empowerment), 환경 및 기후 변화(Environment/Climate change)를 범분야 이슈로 채택하였다.

(2) 보건분야 협력전략 (2011-2014)

- (목적) 전반적 목표는 인구성장률을 통제하고 가족계획 강화 및 건강/영양 상태 향상, 보건 재정 강화, Pro-poor 접근을 통해 인구성장률을 관리하고 전체 국민의 개발을 위함이다. 전반적 목표 하에 설정된 전략적(세부적) 목표들은 HSSP II 2009-2012와 HSSP III의 방향성과 일치할 수 있도록 설정되었다. 전략적 목표들은 i) 모성보건 및 가족계획, 생식보건, 영양서비스에 대한 수요가 충족되고 서비스의 접근성과 질이 향상될 수 있도록 하며, ii) 건강증진과 질병예방을 위한 서비스들이 통합적으로 제공되며 확대 및 강화될 수 있도록 하며, iii) 질병의 통제와 치료 서비스 또한 통합적으로 제공되며 확대 및 강화될 수 있도록 함에 있다 (BTC, 2011).

- (CPAF, Common Performance Assessment Framework)³³⁾ CPAF 지표들과 정책 과제들은 지난 몇 년간 보건 분야 내에서 긍정적인 변화가 있어온 것으로 평가된다. 몇 차례에 걸친 지난 JHSR에서의 요약보고서를 참조하면 6개 중 4개의 CPAF 지표가 완전히 달성된 것(green flag)으로 나타났고 그 중 2개만이 부분적으로 성취된 것(yellow flag)으로 보고되었다.
- (Integrated portfolio approach) 벨기에의 르완다 보건분야 지원은 단일화된 코디네이션을 통해 두 가지 구성요소에 대해서 이루어진다. 첫 번째 구성요소는 보건 분야 자금지원(Sector Budget Support)과 역량강화 공동기금(CDPF, Capacity Development Pooled Fund)이며, 두 번째 구성요소는 단일 프로그램들(1차 보건 의료서비스 중점 프로젝트 및 프로그램)을 포함한다.
- (보건분야 자금지원, Sector budget support) 해당 협력전략에 의해, 보건분야 자금지원 규모는 해당 기간(2011-2014년)동안 3200만 유로로 책정된 바 있다. 1차보건의료 개발정책에 의거해, 벨기에의 지원은 주로 군 단위(district)에 할당될 수 있도록 하며, 이를 실행하기 위해 정책논의 과정에서도 주요 이슈로 다루고자 하고 있다. 보건분야 자금지원을 통해 공공재정관리(PFM, Public Finance Management)와 SWAp 코디네이션을 개선하기 위해 다음과 같은 내용을 기대 결과로 선정하였다.

33) The Common Performance Assessment Framework (CPAF) is a matrix of selected outcome indicators used by donors to assess the government's performance. It is mainly used for Budget Support conditionality. (Rwanda: Mutual accountability framework, Budget Strengthening Initiative. ODI. April 2012.)

〈표 2-7〉 보건분야 자금지원을 통해 달성하고자 하는 기대 결과

공공재정관리	국제적 규범 및 표준에 맞추어 중앙 및 지방레벨 모두에서 공공재정관리 시스템이 강화된다.
	지역단위(district)에 할당되는 자금지원을 비율이 증가한다.
SWAp 코디네이션	HSSP II에 대한 중간평가(2011년 6월)와 HSSP II 후속으로 도출될 HSSP III의 준비에 대해 개발파트너들(DPs)의 합의가 이루어 질 수 있다.
	지속적인 정책 논의를 통해, 국민에게 제공되는 보건의료서비스의 질을 향상하는 것으로 목적으로 하는 적합한 전략에 대해 개발파트너들의 합의가 이루어 질 수 있다.
	Pooled 메카니즘을 개선하고 절차를 단순화하여 개발파트너들의 조화를 향상한다.

출처: BTC (2011). Cooperation between Belgium and Rwanda 2011-2014. 저자 재구성.

- (역량강화 공동기금, CDPF) 벨기에 정부는 해당 기금에 대해 재정지원을 계속할 것이며, 2백만 유로의 예산이 책정되었다. 해당 기금은 확인된 수요들 및 Government Retreat(2011,3) 동안에 논의된 분야 내 우선순위에 초점을 맞출 것이다.

〈표 2-8〉 역량강화 공동기금의 투자 우선순위 분야

수요 및 분야 내 우선순위	1차 보건의료서비스의 전달 개선을 위한 지방분권화 (Decentralization for primary health care)
	영양 (Nutrition)
	모자보건 (Maternal & Child Health)

출처: BTC (2011). Cooperation between Belgium and Rwanda 2011-2014. 저자 재구성.

- (1차 보건의료서비스 중점 프로젝트 및 프로그램) 협력 전략 기간 동안 아래 표의 프로그램들이 시행되고 있다. 키갈리시의 전략적 보건개발계획의 이행을 위한 기관 지원 프로그램 (PAPSDSK, 2009-2013)은 종료 평가가 2013년 11월에 시행된 바 있다. 아래 세 가지 프로그램의 평가 결과에 기반하여 다음 협력 전략 및 프로그램의 이행에 있어, 기존의 프로그램을 강화할 것인지 새로운 프로그램을 도입

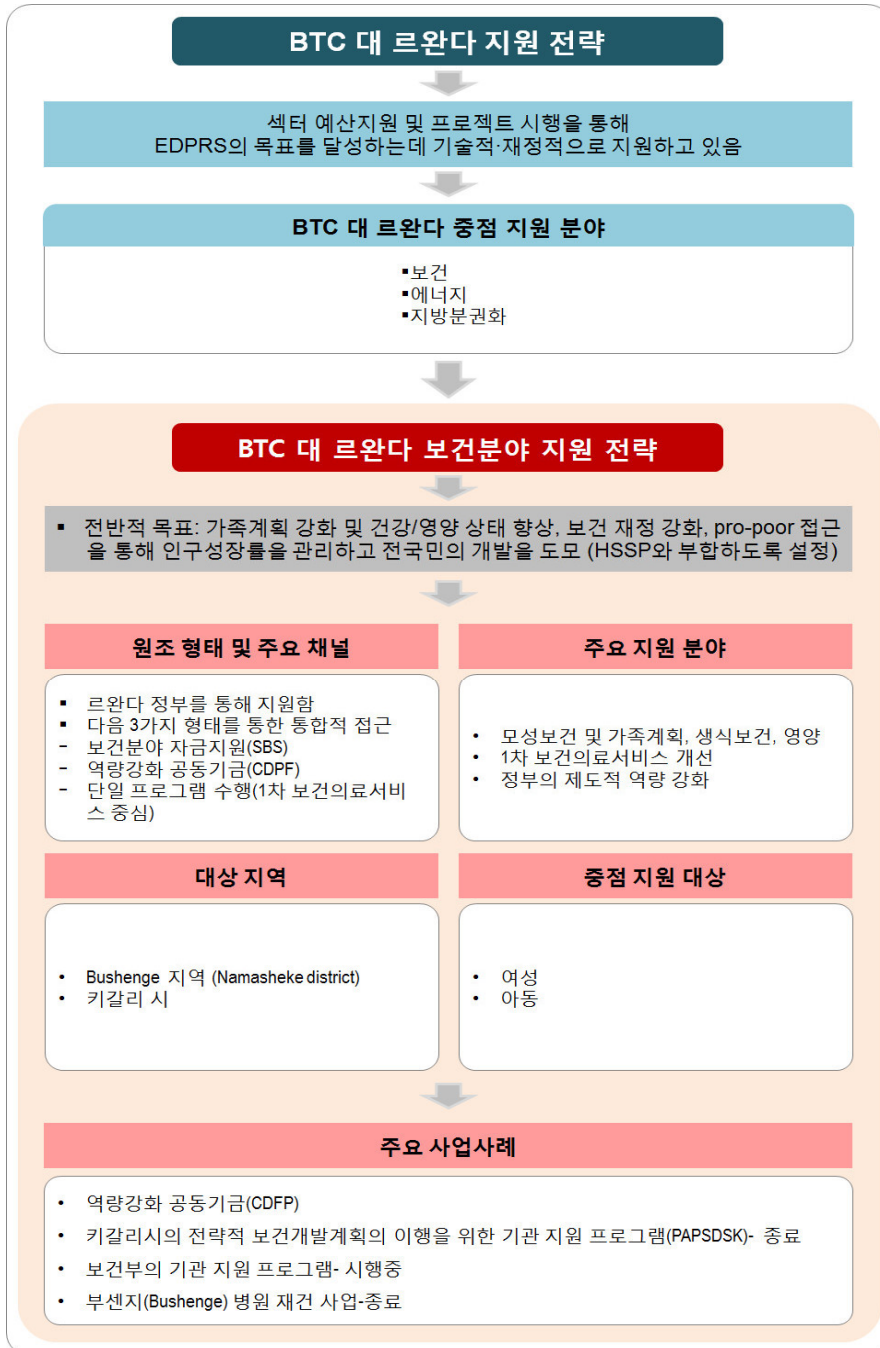
할 것인지 결정될 것이며, 이를 위해 해당 르완다 정부와 벨기에 정부는 보건 분야 내 실질적 수요를 파악하고 벨기에의 비교우위를 기반으로 집중분야를 선정할 것이다.

<표 2-9> 협력 전략 기간 중 시행되는 보건분야 프로그램들

프로그램명	규모	비고
키갈리시의 전략적 보건개발계획의 이행을 위한 기관 지원 프로그램 (PAPSDSK, 2009-2013) (영문명: Institutional support program to the conception and implementation of the Strategic Health Development Plan for the City of Kigali, 2009-2013)	1500만 유로	최종 보고서가 2013년 11월 발간됨.
보건부의 제도적 지원 프로그램(Phase 4) (영문명: MOH phase 4-Institutional support program)	1200만 유로	중간 평가가 2013년에 예정되어 있었음.
부센지(Bushenge) 병원 재건 사업 (영문명: Reconstruction of Bushenge hospital, 2008-2012))	190만 유로	-

출처: BTC (2011). Cooperation between Belgium and Rwanda 2011-2014. 저자 재구성.

<그림 2-12> BTC 대 르완다 지원 전략 및 현황



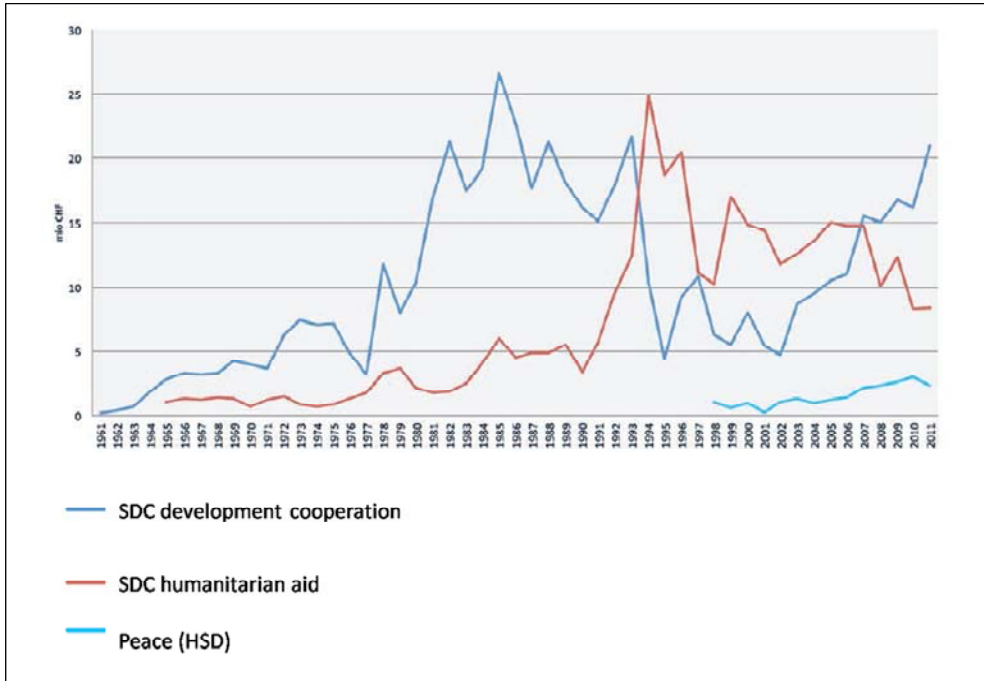
출처: 저자 작성.

3) SDC (Swiss Agency for Development and Cooperation)

가) 공여기관의 전략

- (스위스의 개발협력) 스위스에서는 두 개의 기관이 국제 개발협력을 담당하고 있으며, 두 개의 기관은 SDC(Swiss Agency for Development and Cooperation)과 SECO(State Secretariat for Economic Affairs)이다. 모든 공공 원조 활동은 가장 혜택 받지 못하는(the most underprivileged) 집단의 삶의 조건을 향상해 주는 것을 목적으로 하고 있다. 국제 개발협력에서는 5가지 분야에 중점을 두고 있다. 1) 위기와 재앙 예방 및 관리, 2) 자원과 서비스에 대한 접근성 향상, 3) 지속가능한 경제 성장 촉진, 4) 시장경제에 기반을 둔 민주적 시스템으로의 전환 지원, 5) 사회적으로 용인되며 환경 친화적이고, 개발에 기여하는 세계화에 기여가 다섯 가지 분야에 해당된다. 중점협력국으로 선정된 국가 및 지역들에 대한 양자지원과 더불어 15개의 국제기구들과의 협력을 통해 다자지원도 동시에 하고 있다. 스위스는 기후 변화나 식량 안보, 식수 공급, 이주 및 경제적 불안정과 같은 국제적 위험상황들에 대한 통제에 기여하고자 포괄적 프로그램들을 시행해오고 있다 (SDC, 2013).
- (SDC의 개발협력) SDC는 스위스 정부의 FDFA(Federal Department of Foreign Affairs) 내에서 국제 협력을 담당하고 있는 기관이다. SDC는 스위스 및 국제적 상호지원 프로젝트에 대해 재정지원하고, 다자기구 프로그램을 지원한다. 또한 양자지원을 통한 지역 개발 협력 및 다자지원을 통한 국제 개발 협력, 동유럽과의 협력, 인도적 지원에 대해 직접적으로 지원하고 있다.
- SDC의 공공지출은 개발협력이 가장 많은 비중을 차지해 왔으나, 1994년 민족 대학살 (Genocide)를 기점으로 인도적 지원에 대한 지출 비중이 급증하였고 동시에 개발협력에 대한 지출은 감소하게 되었다. 2002년 이후 각종 갈등상황이 종식되거나 완화되면서 다시 개발협력이 가장 큰 비중을 차지하게 되었다.

<그림 2-13> 스위스 공공지출의 분포 추이 (1961-2011년)



*HSD: Human Security Division

출처: SDC (2013). Swiss Cooperation Strategy for the Great lakes region 2013-2016.

○ (The Great Lakes 지역 협력전략 2013-2016) SDC는 해당지역에 대해 르완다, 부룬디, DR 콩고를 점령하는 Great Lakes 지역을 하나로 묶어 프로그램을 수행하고 있으며, 르완다에 대한 별도의 국가협력전략을 마련하고 있지는 않다. 해당 전략(Swiss cooperation strategy for the Great lakes region 2013-2016)은 스위스의 국제협력 2013-2016 (Switzerland's International Cooperation in 2013-2016)의 이행, 평화 증진 및 인간 안보 2012-2016 (Peace Promotion and Human Security 2012-2016)의 이행, 스위스의 외교 정책 전략 2012-2015 (Switzerland's Foreign Policy Strategy 2012-2015) 및 3개 협력국의 부문별 정책과 조화될 수 있도록 구성되었다.

- (목적) 해당 전략의 목적은 빈곤과 무력 분쟁으로 인해 고통 받는 사람들을 돕는 것이다. 해당 지역들은 아직 빈곤 등의 문제를 해결하기 힘든 취약한 상태로 평화

및 정의, 안정성을 이루기 위해서 내부적 역량 및 기능 강화가 우선적으로 요구되는 상태이다. 이를 위해 스위스 정부는 모든 이해관계자들이 사회정치적 과정에 참여하도록 장려하며 각 정부가 기초적 서비스를 제공할 수 있도록 지원하는 동시에 노동 시장에 유리한 여건을 조성할 수 있도록 돕고자 한다.

- (규모) 2013년부터 2016년까지의 기간 동안 총 1억 4900만 스위스 프랑(약 한화 1764억)이 해당 프로그램에 책정되었다.
- (우선순위 및 전략적 접근) Great Lakes 지역에서는 4가지 우선순위를 정해 협력하고 있다. 4가지 우선순위는 1) 기초서비스에 대한 접근(보건의료 및 위생), 2) 직업과 수입을 창출할 수 있는 지역경제 개발, 3) 시민보호, 4) 민주적 절차의 강화(Strengthening of democratic processes)이다. 관련 활동은 두 가지의 전략적 분야에 중점을 맞추어 이행하고자 한다. 두 가지 전략 분야는 다음과 같다: 1) 위기, 갈등 및 재앙의 예방 및 관리, 2) 기초 서비스와 자원에 대한 보편적 접근. 또한 해당 전략이 3개 국가의 국경을 끼고 다양한 이해관계자들을 포함하여 시행되는 것을 고려하여, 2가지 접근을 통해 시행될 수 있도록 하였다. 하나는 지역 조직 및 이니셔티브에 대한 지원이며 다른 하나는 각 국에서 시행되는 프로젝트들이다.

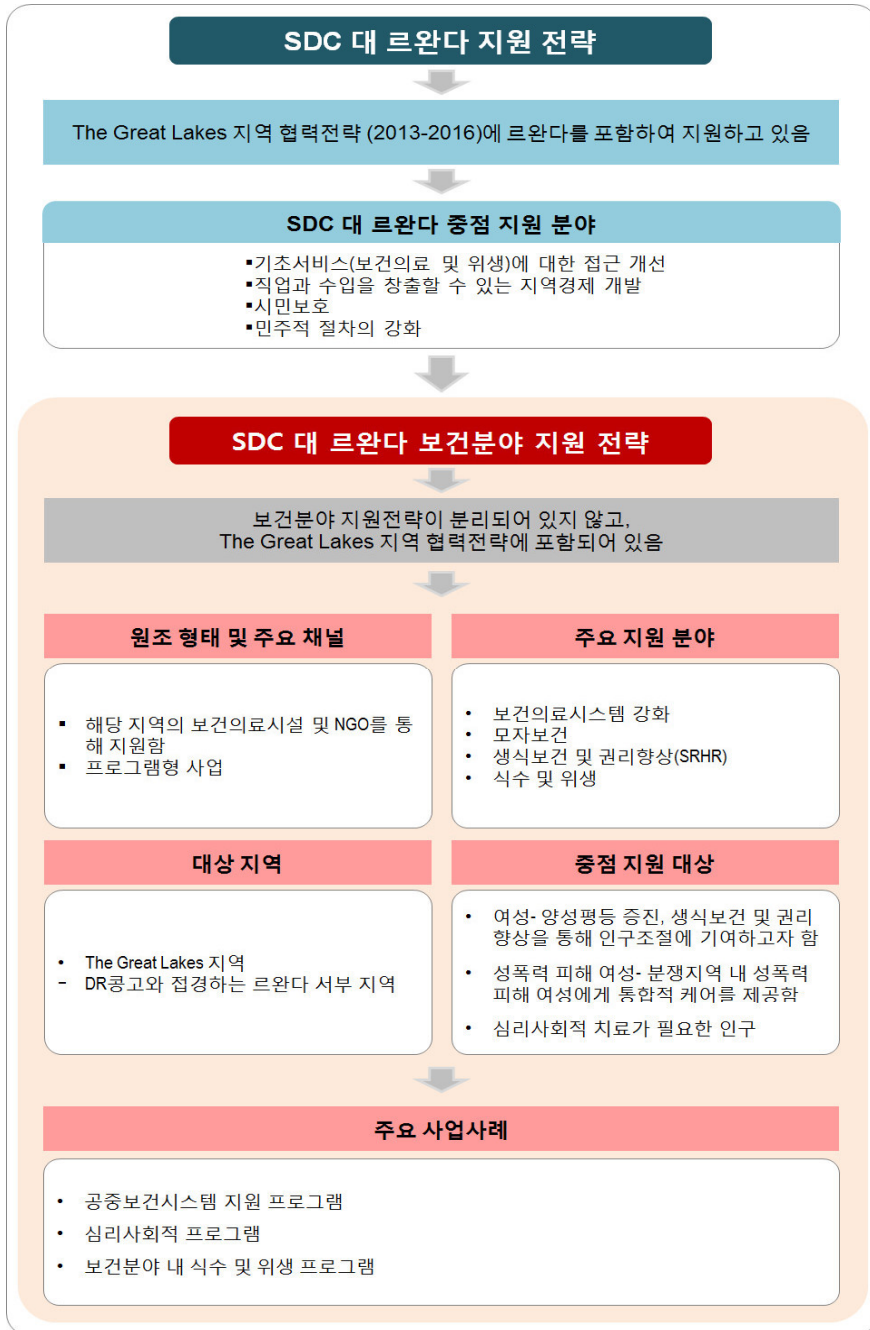
나) 공여기관의 보건분야 지원

- (The Great Lakes 지역 협력전략 2013-2016 내 보건분야 지원) 르완다 내 주요 보건문제 중 하나인 인구 조절은 개별적인 요인들의 통제로 가능하지 않은 복잡한 이슈이므로, 단순한 가족계획 전략으로는 달성될 수 없는 것으로 판단하고 있다. 또한 르완다에서는 출산에 대한 결정권을 갖는 것이 전적으로 여성 본인인 되는 경우가 거의 없으므로 교육이나, 양성 평등 증진 등 다양한 접근을 통해서만 인구 증가에 대한 통제가 가능할 것으로 보고 있다. 이러한 점들을 고려하여, Great Lakes 협력전략 2013-2016에서 선정된 4가지 우선순위 분야 중 기초적 서비스에 대한 접근 분야는 모자보건, 성폭력, 식수와 위생을 포함한 보건에 초점을 맞추며 안보문제와 더불어 보건의료시스템을 강화하는 것을 시민들의 정부에

대한 신뢰를 회복할 수 있는 가장 효과적인 방안으로 보고 있다. 전체 협력전략을 관통하는 보건문제는 생식보건 및 권리 향상으로 하고 있다. 그러나 사실상 보건을 포함하는 기초 서비스는 정부 세입의 증가 없이는 장기적으로 재정지원이 불가한 상태이다. 현재 Great Lakes 지역에 포함되는 정부들은 해당 분야에 충분히 투자하지 않고 있으며 대부분 가계 contribution이나 대외원조에 의존하고 있어, 장기적인 관점으로 기초 서비스에 대한 직접적인 지원뿐만 아니라 사회적, 경제적 목표가 함께 달성될 수 있도록 하는 노력이 필요하다. 아래 세 가지 프로그램이 다른 두 국가(부룬디, DR콩고)에서와 더불어 르완다에서도 이행되고 있는 보건 프로그램이다 (SDC, 2013).

- 공중보건시스템 지원 프로그램(Programmes to support public health systems)
- 심리사회적 프로그램 (Psychosocial programme)
- 보건 분야 내 식수 및 위생 프로그램 (Water and sanitation programme in the health sector)
- (보건분야 프로그램의 기대 결과) 위의 세 가지 프로그램의 시행을 통해, 첫째, 공중보건시스템이 기능함으로써 남성과 여성의 건강이 증진될 수 있도록 하고, 둘째, 성폭력 피해 여성들이 통합적인 케어(의료 서비스, 사회심리학적 치료, 법적 지원, 경제적 지원 등)를 받을 수 있게 되는 결과를 기대하고 있다. 첫 번째 결과를 위해서는 지역단위에서 특히 모성과 아동을 위한 양질의 서비스 및 보편적 접근성을 증진하는 것과 보건의료시설을 관리하는 데 중점을 맞추고 있다. 보건의료시설 관리를 위해서 보건소 및 병원에 식수 공급 시스템 및 화장실, 세면대 등의 식수 및 위생 관리를 위한 시설을 갖추도록 하며, 이를 포함한 시설 및 인프라를 유지할 수 있도록 지원하고 있다. 또한 위생과 관련된 행동을 개선하고자 하고 있다. 두 번째 기대결과를 달성하기 위해서 6개의 현지 NGO가 성폭력 피해 여성을 위한 보금자리를 운영할 수 있도록 물질적인 지원 및 운영지원, 기술적 지원을 제공하며 이러한 시설들이 보건의료시설들과 연계될 수 있도록 지원한다. 여성들에 대한 법적 재정적 지원도 제공하고 있다.

<그림 2-14> SDC 대 르완다 지원 전략 및 현황



출처: 저자 작성.

4) GIZ (German Society for International Cooperation)³⁴⁾

가) GIZ의 지원 종료 및 지원 역사

- (르완다 보건분야 지원 종료) GIZ는 2010년 원조효과성 제고를 위한 르완다 정부의 원조분업 정책이 적용됨에 따라서 2012년을 마지막으로 독일의 르완다 보건분야 지원이 종료되었다. 2013년부터 GIZ는 보건분야 외 다른 세 분야에 중점적으로 지원하게 되었다. 독일의 르완다 보건분야 지원 종료는 German Institute for Development Evaluation(DEval)이 수행한 르완다-독일 보건분야 협력에 대한 평가 보고서 (발간 예정임)³⁵⁾이 동반될 예정이다. 전체 기술 및 재정지원 규모는 총 6천 1백만 유로였으며, 총 140명의 Development workers들이 일해 온 것으로 집계되었다 (BMZ, 2012).

나) GIZ의 보건 분야 지원

- (GIZ의 대 르완다 보건분야 원조의 시작) 1962년 르완다의 독립 이후 바로 르완다 보건분야에 대한 원조를 시작하게 되었다. 앰블런스 3대를 지원하는 것으로 시작하였고, 1960년대와 70년대에 걸쳐서는 지원의 종류나 규모가 의료전문가의 단기 파견이나 Butare 병원에 엑스레이 장비지원 등 작은 규모의 프로젝트들에 제한되는 수준이었다. 1979년부터 1명의 사회복지사와 1명의 조산사의 병원 배치와 함께 본격적인 원조가 시작되어, 다양한 전문성을 지닌 더 많은 인력을 점차 파견하게 되었다. 대부분이 의사(physician)였고, 일반의(general practitioner), 여러 분야의 전문의(specialists)들이 포함되었으며, 이들은 보건의료서비스를 제공하고 직무 교육 및 정규과정을 통한 의료 실습(medical training)을 지원하였다. 이 밖에 간호사 및 조산사, 실험실 기사에 대한 교육도 지원하였다 (BMZ, 2012).

34) 원문: Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit

35) DEval 홈페이지. Retrieved from <http://www.deval.org/>.

- (1980년대 보건 분야 원조) 이후 1980년부터는 더욱 특정 병원들(Bushenge, Kibuye, Kabaya 병원)을 지원하기 위한 포괄적인 프로젝트를 수행하기 시작하였으며 인프라 개발부터 HIV 예방 및 가족계획, 생식보건 분야를 포함하였다. 재정은 현재 GIZ인 GTZ를 통해 지원됨으로써, 르완다 내에서 독일 기관들 간의 협력을 촉진하는데 기여하게 되었다.
- (내전 이후 보건 분야 원조) 1990년 내전이 시작되면서 협력 및 원조가 점점 어려워졌고, 1994년 민족 대학살(Genocide)로 인해서 일 년 반 정도 정기적인 지원에 많은 차질이 있기도 했다. 그러나 BMZ(German Federal Ministry for Economic Cooperation and Development)는 이 기간 동안 물자나 장비, 차량 등을 긴급구호(emergency aid)의 형태로 계속해서 지원했다.
- (보건분야 지원 확대) 이 시기를 거쳐 독일의 르완다 보건분야 지원 규모는 확대되기 시작하였다. 이후 독일의 보건분야 지원은 점차 재개되었으나 상황 변화에 따라 상당히 많은 부분이 수정되어야 했다. 기존의 프로젝트들은 대학살로 인해 파괴된 인프라나 건물을 재건하는 방식으로 변경되었고, 가족계획 프로젝트들은 HIV 예방 요소를 포함하도록 수정되었다. 1997년에는 독일의 재정협력(financial cooperation) 접근방식을 전면적으로 수정하였고, 피임도구(특히 콘돔)의 소셜 마케팅을 통해 중앙 단위에서 가족계획과 HIV 예방에 초점을 맞추는 방향으로 수정되기도 하였다. PSI(Population Services International)가 이 프로젝트를 수행하였고 2012년까지 여러 단계에(several phases)를 걸쳐 성공적으로 수행되었다. 1995년에는 기초보건의료서비스, HIV, 성병, 인프라에 초점을 맞추는 GTZ 프로젝트가 계획되어 2000년부터 시행되기 시작했고, InWEnt(현재의 GIZ)가 교육과정이나 커리큘럼 개발 등 다양한 인력 역량 개발을 위한 조치를 지원하였다.
- (The Health Programme) 2003년 보건분야가 독일의 대 르완다 협력방안에서 3개의 중점 협력 분야 중 하나로 선정되면서, 여러 가지 변화가 생기게 되었다. 첫 번째는 SWAp의 도입으로, 2005년 처음으로 적용된 HSSP와 보건부의 리더십 하에서 보건분야 내 지원들 간을 더욱 효과적으로 중재하고 조정하기 위한 SWAp이 도입되었다. 하나의 프로그램 하에 모든 독일 수행 기관들을 점진적으로 통합

하고 해당 프로그램에 의해 기술적인 지원을 확장하고, 중앙 및 지방 레벨 모두에서 더욱 통합된 멀티레벨 지원하는 것을 포함하게 되었다. 그리하여 2004년부터 2012년까지는 The Health Programme을 중심으로 SWAp를 통해 프로그램을 수행하였다.

<그림 2-15> 독일-르완다 보건 프로그램(The Health Programme)의 구성요소들

Table 1: Components of the Rwandan-German Health Programme		
2004–2012		
Overarching		
Sector-wide Approach and Joint Financing Mechanisms		
• Advise on Sector-Wide Approach • Development Partners Coordination		• Sector Budget Support • Capacity Development Pooled Fund
Component 1	Component 2	Component 3
Health Financing and System Development • Community-Based Health Insurance • Health Financing Steering • Performance-based Financing • Public Financial Management • Decentralisation	Sexual and Reproductive Health and HIV and AIDS • Family Planning • Mother-Child Health • Adolescent Sexual & Reproductive Health • Gender-Based Violence • Specific Diseases, notably HIV and AIDS	Human Resource Development and Health Technology Management • Human Resources Development and Medical Education • Hospital Management • Medical Equipment and Maintenance • Support to Research

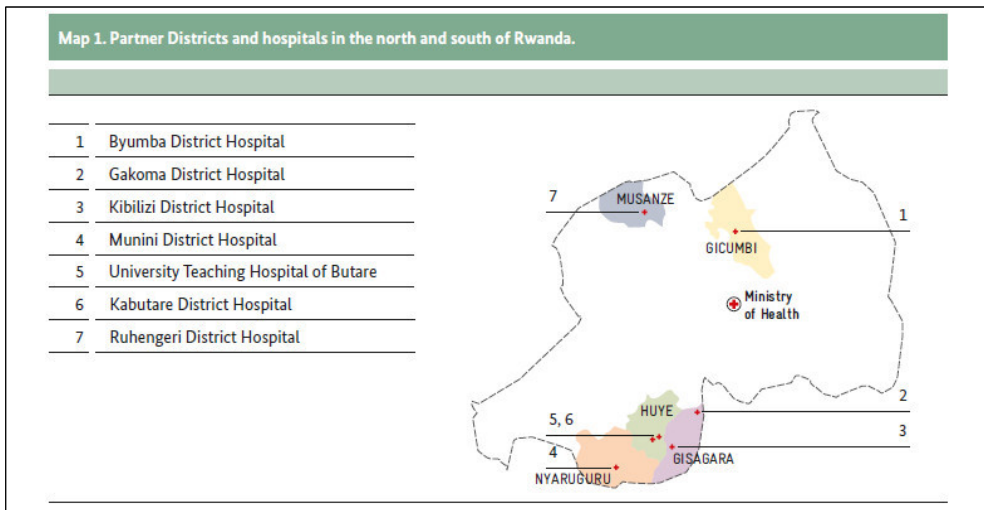
Source: GIZ Rwanda

출처: BMZ (2012). Building a healthy Rwanda: 35 years of Rwandan-German Cooperation in health.

- (목적 및 프로그램의 구성) 프로그램의 목적은 르완다 인구의 건강상태를 향상하는 것으로, 프로그램은 르완다의 경제개발 및 빈곤감소 전략과 EDPRS(Rwanda's Economic Development and Poverty Reduction Strategy) HSSPs와 조화 및 일치하도록 구성되었다. 3개의 구성요소는 보건부와 독일의 보건분야 협력에서의 우선순위를 반영하여 선정하였고, 2004–2007년, 2008–2012년의 두 기간으로 나뉘어 시행되었으나 구성요소와 해당하는 활동은 같게 유지되었다. 프로그램 구성요소 이외에도, SWAp나 보건분야 자금지원, 공동기금이 세 개의 구성요소와 관련된 Overarching topic으로 고려되었다.

- (프로그램 규모) 2004년부터 2012년까지 지원규모는 총 4천1백만 유로였으며 2천5십만 유로씩이 각각 기술 지원과 재정지원에 제공되었다. KfW를 통한 재정지원은 주로 피임도구의 소셜 마케팅과 인식 개선 캠페인, 병원 및 보건소를 위한 장비공급에 지원되었으며, 1천3백1십만 유로는 CDPF에 1십만 유로를 포함해 보건분야 자금지원에 제공되었다.
- (세부분야) 보건재정 및 시스템 관리, 생식 보건 및 HIV/AIDS, 보건의료인력 개발 및 의료기술 관리의 분야에 주로 지원하였다.
- (파트너) 중앙레벨에서 주요 파트너는 보건부 및 부속 기관들(RBC 등)이었으며, 이 외에도 타 부처 (MINECOFIN: Ministry of Finance and Economic Planning, MIGEPROF: Ministry of Gender and Family Promotion, MINALOC: Ministry of Local Administration)들과 협력하였다. SWAp의 도입 차원에서는 다양한 중재 포럼(coordination forums)을 통해 타 공여기관들과도 협력함. 피임도구의 소셜 마케팅을 통한 Financial cooperation programme은 PSI가 수행하였고, 의료기술지원은 SANIPLAN이라는 독일 컨설팅 회사에 하청을 줌.

<그림 2-16> 독일의 파트너 DH(District Hospital) 지도



출처: BMZ (2012). Building a healthy Rwanda: 35 years of Rwandan-German Cooperation in health.

<Box 2-2> 무니니 군(Munini district) 병원에서의 캥거루 마더 케어(Kangaroo Mother Care)를 통한 신생아 사망률 감소



대부분의 사하라이남 아프리카 국가들에서 영아의 사망률에 영향을 미치는 가장 위험률이 높은 기간은 출생 후 첫 48시간 동안이며, 대부분의 사망은 패혈증이나 폐렴에 의해 발생한다. 이러한 점들을 고려하여, 르완다는 신생아 케어를 증진하기 위해 캥거루 마더케어(KMC, Kangaroo Mother Care) 요법을 도입하였다. KMC는 입원 기간과 퇴원 후 얼마 간 엄마(혹은 대체할 수 있는 사람)와 영아 사이에 신체접촉을 지속하는 것을 의미하며, 모유수유나 감염 및 호흡곤란의 예방 및 관리 등에 대한 지원을 포함한다.

최근, GIZ는 무니니 군(Munini district) 병원의 신생아 과에서 KMC에 초점을 맞추어 모자보건에 대한 역량을 강화할 수 있도록 지원해온 바 있다(이에 대한 지원은 Butare 대학 병원에도 제공됨). 모든 소아과와 산과 직원들이 KMC와 아동보건에 대한 감사 및 평가를 실행할 수 있도록 트레이닝이 제공되었으며 KMC 실도 마련되었다. 병원은 KMC의 활용

을 강화하기 위해서 피드백을 교환하거나 직원들 간에 논의를 진행할 수 있는 공간도 제공해 주었다. 모든 의사들 또한 초음파 조영술을 활용할 수 있도록 교육받았다.

2010년 도입 이후 1년 동안 무니니 군(Munini district) 병원에서 신생아 사망률은 1000명 출생아 당 77명에서 25명으로, 69%만큼의 놀라운 감소를 보였다.

본 액티비티 사례는 르완다에서 가장 주요한 보건문제 중 하나로 남아있는 신생아 사망률을 감소케 한 의미있는 사례로, 캥거루 마더케어의 시행은 르완다의 모든 지역, 모든 종류의 시설에서 적용될 수 있으며 보편적이면서도 효과적인 액티비티로 신생아 사망률 개선을 목적으로 하는 프로젝트를 기획하고 이행하는 관계자에게 적용할 수 있는 액티비티의 대표적인 사례가 될 수 있을 것이라고 평가되고 있다 (BMZ, 2012).

다. 다자기구 (Multilateral organisations)

1) UNICEF

가) UNICEF-르완다 국가프로그램 2013-2018

- (배경) UNICEF는 르완다 내 지원을 위해 2013년부터 2018년까지 이행될 국가 프로그램을 마련하였다. 르완다는 유엔 시스템의 조화와 일치, 효율성, 효과성 증진을 위해 시행되는 'Delivering as One initiative'를 시행하고 있는 8개 파일럿 국가 중 하나이다. 이를 위해 르완다 정부와 UN은 르완다 정부의 EDPRSⅡ와 조화될 수 있는 통합된 UNDP(United Nations Development Assistance Plan)를 개발하는 데 동의한 바 있다 (UNICEF, 2013).
- (중점 분야) 르완다의 상황에 대한 분석과 더불어 국가적 우선순위 및 지난 프로그램의 이행에서 도출된 교훈점들을 바탕으로 UN이 국가개발 어젠다에 기여할 수 있는 세 가지 중점 분야를 선정하였다. 1)포괄적 경제전환(Inclusive economic transformation), 2)책무성있는 정부, 3)인적자원개발 이 세 가지 중점 분야이다.
- (프로그램 관리, 평가 및 모니터링) 해당 프로그램의 이행기간인 2013년부터 2018년까지 UN은 프로그램의 관리 시행을 향상하고자 하며 One UN 운영 위원회(One United nations steering Committee), UN 국가 팀(United Nations country team), 개발 결과 그룹(Development results groups), 프로그램 기획관리 위원회(Programme Planning and oversight committee)로 구성된 'Delivering as One governance'를 통해 지속적으로 UNDP 및 국가 프로그램의 시행에 대한 관리감독과 리더십을 제공하고자 한다.

나) 보건 분야 지원 현황

- (지원 방향) 보건분야에 대한 지원은 세 번째 중점 분야인 인적자원 개발에 포함되어 있으며, 특히 취약계층을 중심으로 르완다 전체 국민에 대해 건강 및 영양, 교육에 대한 지원을 통해 향상할 수 있도록 하고 있다. UN이 정부가 여성 및 여아에 대한 임파워먼트와 사회보호의 확장을 시행할 수 있도록 지원하고자 한다 (UNICEF, 2013).

- (지원 분야) 보건분야 지원이 포함되는 인적자원개발 분야에서 달성하고자 하는 기대결과를 크게 세 가지로 선정하였는데 첫 번째는 르완다 내 아동, 청소년 및 가족, 특히 취약계층을 대상으로 양질의 초기아동발달이나 영양, 교육, 보호서비스에 대한 접근성을 향상하는 것이다. 두 번째는 양질의 건강증진 서비스, 예방·치료·재활 서비스를 활용하고 평등한 접근성을 확보 및 향상하는 것이다. 세 번째는 취약계층의 생계 위협이나 불평등, 극심한 빈곤에 대한 노출을 감소하는 것이다. 이 중 주로 두 번째 목표가 보건 분야에서의 지원 내용을 담고 있다. 이의 달성을 위해서 중앙 및 하위 단위의 거버넌스, 재정, 정책개발, 서비스 전달, 약품조달, 정보시스템 등의 보건의료시스템을 강화함으로써 양질의 보건의료 및 식수 위생 서비스를 제공할 수 있도록 지원하고 있다. 또한 생식보건 및 성교육, 가족계획을 통합하는 양질의 서비스를 제공할 수 있도록 지원한다. 이와 같은 지원을 통해 지역사회가 양질의 보건의료 및 식수 위생서비스에 대해 접근하고 위생증진 프로그램을 통해 행동변화를 달성하며 지역사회나 학교, 보건소에서 식수 및 위생을 증진할 수 있도록 지역사회의 역량을 달성하게 될 수 있을 것으로 기대한다. 세부적으로는 양질의 HIV 예방 및 치료, 관리, 지원을 위한 서비스, 임신한 여성이나 아동 및 청소년에 대한 생식보건 서비스를 제공할 수 있도록 하고 있다. 특히 응급산과관리를 개선하고 모성사망률을 감소시키기 위한 청소년 임신율을 감소하고자 한다 (UNICEF, 2013).

<Box 2-3> RapidSMS 시스템의 도입과 활용

RapidSMS는 UNICEF가 개발한 시스템 중 하나로 보건 분야나 르완다에서만 활용되는 것이 아니라 다양한 분야에 걸쳐 여러 나라에서 사용되고 있는 유용한 ICT 활용 프로그램으로, 본 사업 사례에서는 RapidSMS에 대한 전반적인 내용 및 르완다에서의 적용 상황을 함께 다루고자 한다. KOICA는 2013년에 450만불을 UNICEF에 지원함으로써 RapidSMS 사업에 참여하고 있다 (Africa Renewal, 2013)(WHO, 2013b).

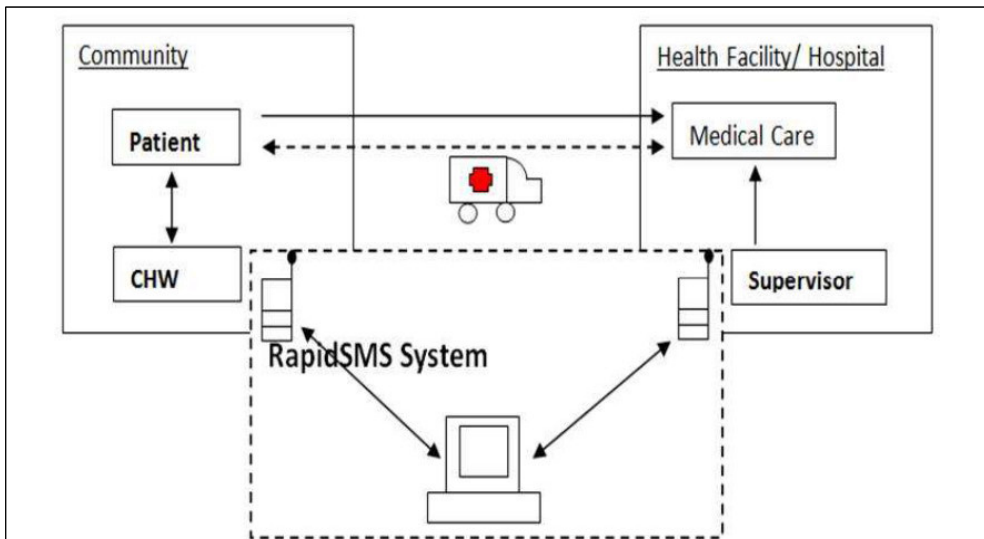
- 프로젝트 명: RapidSMS
- 르완다 내 RapidSMS 시행기관: UNICEF, MSH(Management Sciences for Health)

(RapidSMS의 소개 및 배경) RapidSMS는 2009년 휴대전화의 SMS(Short Messaging System)을 이용하여 데이터를 수집 및 그룹 커뮤니케이션의 목적으로 UNICEF에서 개발되었다. 처음의 목적은 단순히 말라위 내 식량 감시 시스템 내에서 느린 정보전달 문제를 해결하려는데 있었다. 4년 후 RapidSMS는 나이지리아에서 모기장 분배를 모니터링하고 출생을 기록하는데 활용되었고, 잠비아에서는 신생아 건강을 모니터링 하는데 활용되기 시작하였다. 현재 아프리카에는 6억 5천 만명의 휴대전화 사용자가 있는 것으로 보고되었으며, 휴대전화의 급속한 확산과 함께 RapidSMS는 점차 많은 나라에서 다양한 분야에 적극적으로 활용되고 있다.

(RapidSMS의 활용) RapidSMS는 나이지리아에서 2011년부터 적용되어 2012년 말까지 시스템을 통해 7백만 출생아를 등록할 수 있었고 전체 26개 주 중에 33개 주의 686개 지역정부 부가 이를 활용하였다. 2011년 이전 나이지리아에서는 연간 총 8백만 출생아 중 절반만을 기록할 수 있었다.

(르완다 내 RapidSMS의 활용) 현재 르완다에서 활용되고 있는 RapidSMS는 지역사회 보건 요원들이 여성의 임신이나 분만, 출생아의 1년간 기록 및 건강 관련 사항들을 주기적으로 감시할 있도록 돕고 있다. 아래 그림을 통해 나타나는 바와 같이, 만약 보고된 사항 중 위험이 감지되는 경우나 산전관리를 위한 방문이 필요한 경우, 분만이 임박한 경우에는 시스템을 통해 자동적으로 담당 지역사회 보건요원에게 SMS가 보내진다. 동시에 해당 지역의 보건의료시설에도 분만을 준비해야 하거나 앰불런스가 필요한 경우에 연락이 취해진다.

<그림> RapidSMS의 알림서비스 메카니즘



출처: Ngabo, Fidele, Judith Nguimfack, Friday Nwaigwe, Catherine Mugeni, Denis Muhoza, David R. Wilson, John Kalach, Richard Gakuba, Corrine Karema, and Agnes Binagwaho.

2012. Designing and implementing an innovative SMS-based alert system (RapidSMS-MCH) to monitor pregnancy and reduce maternal and child deaths in Rwanda. The Pan African Medical Journal 13:31.

(르완다 내 RapidSMS 파트너십) 르완다 내에서 RapidSMS는 UNICEF와 보건부, MSH(Management Sciences for Health)가 협력하여 시행하고 있다. 보건부는 전체적인 지침이나 전략적 방향성을 제시하고 RapidSMS 및 mHealth 프로젝트를 위해 예산을 할당한다. UNICEF는 RapidSMS를 재정지원과 동시에 도입하였고 기술지원을 제공하며, MSH 또한 기술 지원을 제공한다. 또한 모바일 회사들(Mobile network operators)은 Reverse billing system과 사용되는 SMS 비용에 대한 할인을 제공하고 있다.

(르완다 내 RapidSMS 시범사업 내용) 2009년 르완다에서는 RapidSMS의 시범사업이 이루어졌으며 대상 지역은 키갈리 북쪽으로 85km 가량 떨어져 있는 산악지형의 무산제(Musanze) 지역이었으며 인구는 약 35만명이다. 2009년 당시 해당지역의 시설분만율은 48.84%로 르완다 내에서 가장 낮았다. 해당 지역에는 1개의 DH(District hospital)와 13개의 보건소가 설치되어 있었으며 총 18명의 일반의, 5명의 전문의와 300명의 간호사가 일하고 있었다. 총 1,296의 지역사회 보건요원이 일하고 있었으며 그 중 432명은 모성 및 신생아 보건을 전담하는 인력으로, 각 보건소마다 한 명의 담당관이 약 55명의 보건요원을 관리하고 있었다. 연간 평균 14,200건의 임신이 보고되며 1년에 한 명의 보건요원이 30건 정도의 임신 및 분만 케이스를 관리하는 것으로 나타났다. RapidSMS를 도입하면서 UNICEF와 MSH(Management

Sciences for Health) 관계자들과 보건부 소속 강사(trainer) 들이 보건요원들을 대상으로 초기교육을 시행하였다. 그 이후에는 총 24명의 지역사회 보건 담당관들과 데이터 매니저들에게 1일 교육이 이루어졌고, 세 번째 단계에서는 두 번째 단계에서 교육받은 지역사회 보건 담당관들과 데이터 매니저들이 총 432명의 지역사회 보건요원들에게 2일 교육을 제공하였다. 모성 및 신생아 보건을 전담하는 보건요원들에게 총 500개의 휴대전화가 보급됨으로써 RapidSMS의 시행이 시작되었다.

(르완다 내 RapidSMS 시범사업 결과) 시범사업을 통해 2010년 5월부터 2011년 4월까지 1년 동안 35,734개의 보고서가 시스템을 통해 제출되었고 11,502건의 임신이 등록되었으며 이는 해당 지역에서의 연간 평균치로 추정되는 14,200건 중 81%에 달하는 수치였다. 이 외에도 3건의 모성사망과 137건의 아동 사망이 시스템에 보고되었다. 지역사회 보건요원들 간의 보고 이행도(compliance)는 100%인 것으로 평가되었고 시설분만율은 지역에 따라 72-92%로 나타났다. 보고에 따르면 지역사회 보건요원들은 임신한 여성을 찾아내고 휴대전화를 이용하여 추구관리하는데 적극적이었으며 오류율(잘못된 형태로 발송된 SMS 비율)은 처음 4달간 54%였던 데 비해서 2011년 4월말에는 8%로 보고되었다.

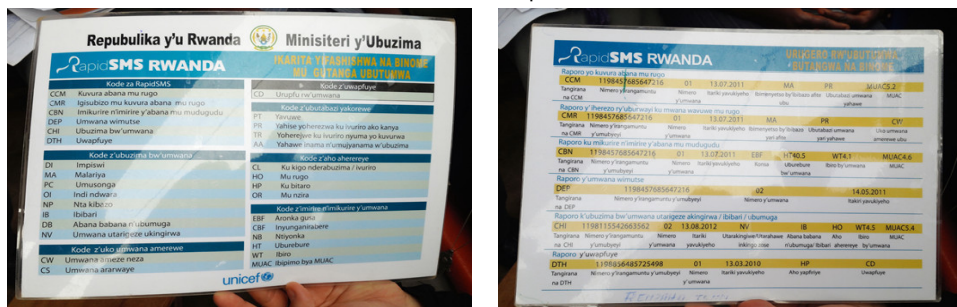
(르완다 내 RapidSMS 활용의 강점) 르완다 내에서 RapidSMS가 작동할 수 있는 배경에는 다음과 같은 점들이 있다. 르완다의 지역사회 보건 프로그램들은 이미 전반적으로 형태를 갖추고 작동하고 있었으며 PBF의 시행이나 높은 휴대전화 보급률 등이 크게 기여하고 있는 것으로 나타난다. 지역사회 보건요원들의 역할과 책임에 대해 명확히 하고 있다는 점과 행정적 기능에 대한 적합한 설계는 모니터링과 질 보장을 수월하게 하고 있다는 평가를 받고 있다. 무엇보다 르완다에서 가장 크게 작용했던 요소는 RapidSMS나 다른 분야 내에서의 혁신에 대한 정부의 강력한 의지와 관심인 것으로 나타난다.

(르완다 내 RapidSMS 활용시 비용 문제) RapidSMS 활용을 위해 초기에 SMS 시스템을 도입하는데 투자한 금액은 상당하며, 이는 대부분 전국의 지역사회 보건요원들에게 휴대전화를 보급하기 위해 쓰여졌다. 보건요원들의 개인 휴대전화를 사용하는 방안은 RapidSMS의 효과를 강화하고 보건요원들의 동기를 적극적으로 부여하기 위해서 고려되지 않았다. 또한 보건부는 민관협력을 통해 민간부문을 끌어들이므로써 SMS에 드는 비용을 기존 30르완다 프랑(0.05불)에서 3르완다 프랑(0.005불)로 10%로 크게 낮추었고, 이는 프로그램을 확산하고 지속가능성을 보장하는데 기여하고 있다.

(해당 사례의 시사점)³⁶⁾ 휴대전화 유지 및 보수나 전력공급의 부족이 많은 지역에서 공통

된 문제로 나타나고 있다. 보건요원들의 휴대전화관리에 있어서도 이들의 휴대전화에 대한 오너십을 세움으로써 유지 및 보수문제를 다루는 것 또한 중요하다.³⁷⁾ 지역사회 보건요원들은 가장 가까운 보건소에서 휴대전화를 재충전하도록 되어있는데 대부분 먼 거리에 위치해 있어 이 점 또한 도전과제가 되고 있다. 현지조사를 통해 일부 전문가들은 RapidSMS가 효과적으로 작동하고 있는 것은 사실이나 민간부문의 협력이 지속되지 않을 경우나 RapidSMS의 적용이 확대될 경우의 휴대전화 구입 및 교체 비용이나 SMS 비용 문제가 풀어야 할 과제로 남아있다고 지적했다. 또한 현재까지 보여지고 있는 RapidSMS의 긍정적 성과들로 인해 다양한 이해관계자들의 개입이 시도되고 있으며 점차 시스템을 통해 얻고자 하는 데이터나 결과의 분야 및 범위가 증가하고 있어 이에 대한 소요비용이 크게 늘어나고 시스템의 효과성이 떨어질 수 있다는 우려가 있다. 점차 투입되는 비용이 증가할 경우에 비용-효과성을 보장할 수 있을 것인지에 대한 고려도 필요하다. 또한 르완다 내 시범 사업 이외에 RapidSMS 활용에 대한 평가나 연구가 공식적으로 이루어진 바 없으므로 장기적인 RapidSMS의 활용이나 확대를 위해서는 평가와 연구가 필수적일 것이라고 하였다.

<그림 2-17> 키갈리에서 한 시간 정도 떨어진 기소지(Gisozi) 지역에서 실제로 쓰이고 있는 RapidSMS 메뉴얼)



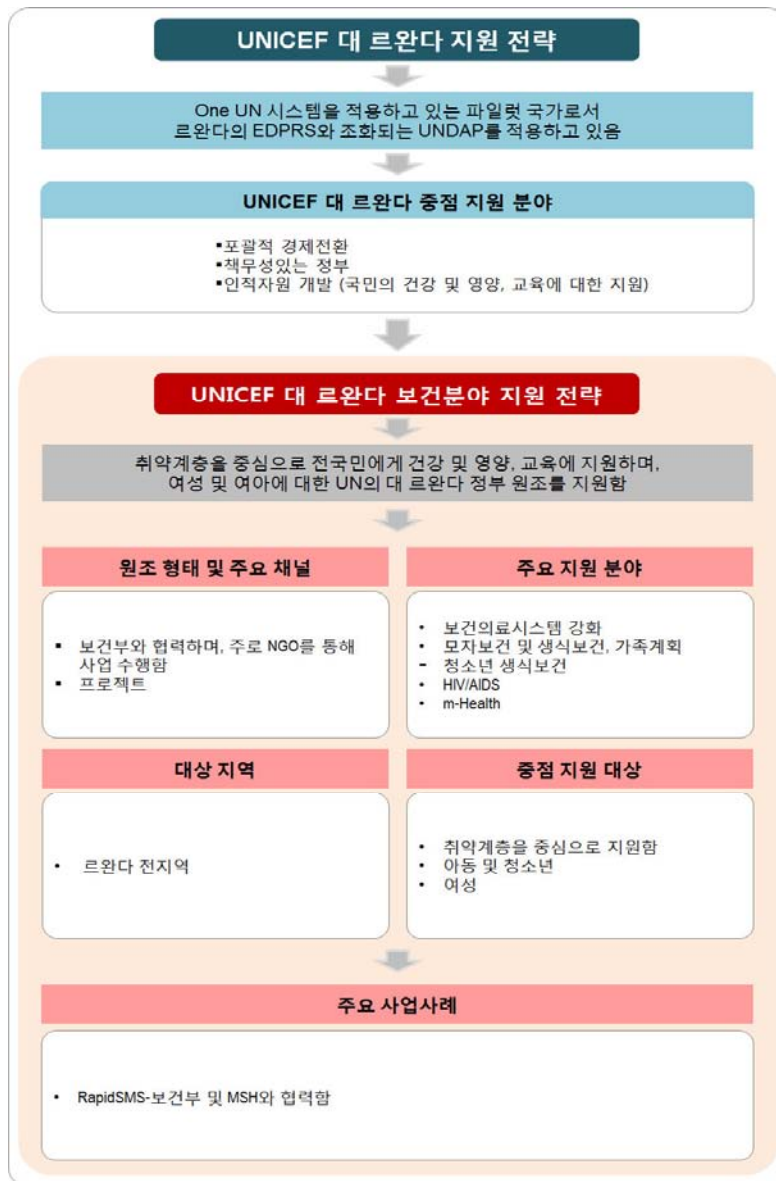
<그림 2-18> 키갈리에서 한 시간 정도 떨어진 기소지(Gisozi) 지역에서 RapidSMS를 실제로 활용하는 보건요원들 모습



출처: 2014년 2월 현지조사.

설명: 보건요원들은 매뉴얼에 담긴 코드를 해당 상황이 발생시 SMS로 시스템에 전송하게 된다.

<그림 2-19> UNICEF 대 르완다 지원 전략 및 현황



출처: 저자 작성.

36) 2014년 2월 현지조사 연당결과. 부록 참조.

37) 2014년 2월 현지조사에서 전문가와의 면담에 의하면, 마다가스카르에서 보건요원들의 활동지원을 위해 자전거를 배급하고 추후 지역을 옮기거나 그만 둘 시에 반납하도록 하였는데, 이 경우에는 자전거 부품을 팔아 이익을 취하거나 금세 고장이 나도록 쓰는 경우가 빈번했었다고 한다. 그러나 이후 정책을 변경해 자전거를 일정 기간 이상 사용하면 본인 소유가 되도록 하는 혜택을 주었고, 이후 자전거의 유지 및 보수가 확실히 개선되는 결과가 나타났다.

4. 민간부문 보건분야 협력사례

〈요약. 르완다의 보건분야 민간부문 지원 특징〉

- (MSH 사업의 특징) MSH는 주로 보건부의 보건의료시스템 강화를 위한 기술지원을 통해 역량을 강화하고 궁극적으로 건강상태를 개선하고자 함. 르완다 내에서 CBHI의 인구등록 데이터 관리 체계를 지원하였고 보험가입율이 2010년 91%까지 증가하였음. 르완다에서 통합 보건의료시스템 강화 프로젝트를 통해 시스템의 각 구성요소들을 개선할 수 있도록 지원하고 있음.
- (FHI360 사업의 특징) 1990년대 초반부터 HIV 관련 서비스를 적극적으로 제공하고 관련 시설을 설립하는데 지원한 바 있음. 르완다 정부의 보건 분야 내 우선순위를 반영하고자 하며 정부의 HIV/AIDS 지원 프로그램 개발, 보건의료시스템 강화, 가족계획 및 모자보건 개선활동을 지원하고 있음.

가. 사례1: MSH(Management Science for Health)

- (기관 소개) MSH는 1971년 설립되어 150개 이상의 국가에서 프로젝트를 진행해 왔으며, 주로 보건의료시스템을 개선하고 역량을 강화하며 근거를 제공하고 건전한 보건 정책을 옹호함으로써 각국의 보건현황 및 국민의 건강을 개선하고자 한다.
- (르완다 내 MSH 프로젝트 현황) MSH는 르완다 보건부가 2000년대 CBHI를 본격적으로 시행하면서 CBHI에 대한 인구등록을 관리할 수 있도록 국가적 데이터 베이스를 개발하는데 지원하였고 그 결과 보험가입율이 2003년 7%에 비해 2010년 91%로 증가한 바 있다. 이 외에 아래 표의 프로젝트들이 진행되고 있다. MSH는 르완다 내에서 주로 USAID에게 지원받고 있으며, ‘통합 보건의료시스템 강화 프로젝트(IHSSP)’가 보고서 상단의 USAID 부분에서 다뤄졌다.

<표 2-10> 르완다 내 시행 중인 MSH 프로젝트 개요

프로젝트명	보건의료시스템 요소	보건 분야	기간
통합 보건의료시스템 강화 프로젝트 (Integrated Health Systems Strengthening Project, IHSSP)	보건정보, 보건의료서비스 전달, 보건의료인력, 보건의료재정	말라리아 및 다른 전염성 질환	2009-2014
르완다 CBHI 지원 프로젝트 (영문명: Rwanda Community-Based Health Insurance Support Project)	보건의료재정	-	2012-2013
MEASURE 평가 (영문명: MEASURE Evaluation)	보건의료정보, 리더십과 거버넌스	말라리아 및 다른 전염성 질환	2008-2017
공급 체인 관리 (영문명: Supply Chain Management)	의약품 관리	HIV/AIDS	2006-2015
통합 지역사회 사례관리 비용 & 재정 분석 & 모델 개발 (영문명: Integrated Community Case Management Cost & Financing Analysis & Model Development)	보건의료재정	-	2011-2013
보건분야 아프리카 전략 (영문명: African Strategies for Health)	리더십과 거버넌스	말라리아 및 다른 전염성 질환, 결핵, 모성 및 신생아, 아동보건, HIV/AIDS	2011-2016

출처: MSH 홈페이지. Retrieved from <http://www.msh.org/>. 저자 재구성.

나. 사례2: FHI 360(Family Health International 360)

- (기관 소개 및 보건분야 활동)³⁸⁾ FHI360은 1990년대 초반부터 르완다 내 가장 필요한 보건 및 개발 요구를 다뤘으며 HIV의 임상관리나 치료서비스를 소개하고 국가 내에서 최초로 HIV 자발적 상담과 검사, ART, 그리고 HIV 수직감염 예방서비스를 제공하는 4개의 시설을 설립하는데 지원한 바 있다. FHI 360은 르완다에서 특히 HIV 관련 서비스를 제공하며, 2005년부터 FHI 360은 르완다 보건부와 협력 하에 ART 처방전이 의사보다는 주로 훈련된 간호사에 의해 처방될 수 있도록 하는 프로그램을 함께 시범 사례로 시행하였으며 외부 평가의 긍정적인 결과에 따라 2009년에는 정책으로 반영되기도 하였다. 최근 FHI 360은 르완다에서 국가의 보건 및 교육 분야 내 우선순위를 반영하고자 하며 정부가 포괄적이고 통합적인 HIV/AIDS 프로그램을 개발하고, 보건의료시스템을 강화하며 가족계획이나, 모자보건에서의 개선을 위한 활동을 하는데 지원하고 있다. 이 밖에도 데이터 수집 및 분석, 연구를 통해 필요한 부분이 보건부 정책에 반영될 수 있도록 하고 있다.
- (시행 프로그램 및 프로젝트) 현재 FHI 360은 르완다 단독 프로젝트 뿐만 아니라 다른 국가에 함께 적용되는 여러 가지 보건 프로젝트를 시행하고 있다. HIV/AIDS 분야, 가족 계획, 생식보건 분야에서 주로 프로젝트가 진행되고 있으며 mHealth를 적용한 프로젝트들도 있다. 2008년부터 2013년까지는 'PROGRESS in Rwanda'라는 PBA를 통해 7개의 기술분야에 해당하는 5개 프로젝트를 통합 시행되었으며, 이는 아래 사례 소개를 통해 자세히 다뤄지고 있다.

38) 2014년 2월 현지조사 면담 결과. 부록 참조.

<Box 2-4> PROGRESS in Rwanda

- 프로젝트 명: PROGRESS(Program Research for Strengthening Services) in Rwanda
- 프로젝트 기간: 2008-2013년
- 프로젝트 유형: PBA
- 지원기관: USAID
- 시행 국가: 르완다, 에티오피아, 케냐, 우간다, 탄자니아, 세네갈, 인도

<그림 2-20> 프로그램 시행 분야

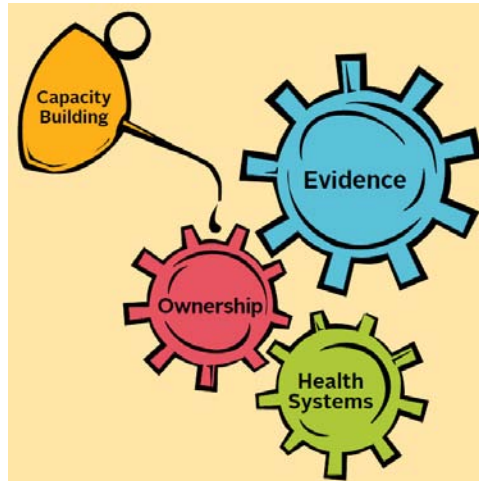
분야 1	분야 2	분야 3	분야 4
직무순환 및 의학적 어려움 (Task-shifting & Medical Barriers)	서비스 전달 옵션의 확장 (Expanding Service Delivery Options)	방법 혼합의 확대 (Expanding the Method Mix)	역량 증강 (Increasing Capacity)
(1) 지역사회 기반 가족계획 (Community-based family planning, including injectables)	(2) 예방접종과 산후 가족계획 (Postpartum family planning, including immunization)	(6) 가족계획 방법 혼합의 확대 (Expanding the family planning method mix)	(7) 역량 강화와 범분야 연구활용 (Capacity building and cross-cutting research utilization)
(5) 약국 내 가족 계획 (Family planning within drug shops)	(3) 비 보건 분야와의 통합 (Integration with non-health sectors)		
	(4) mHealth (Mobile health)		

출처: 저자 재구성, PROGRESS End-of-Project Report. FHI 360, 2013.

(프로그램 개요) 연구나 연구활용, 역량강화를 통해 취약 계층의 가족계획 서비스에 대한 접근성을 향상하고자 하는 프로그램으로서 보건부와 다양한 이해관계자들 및 시행 주체들과 협력한다. 위의 그림에서 나타나듯이, 프로그램의 시행을 위해 4가지 분야(legacy area)를 설정하여 이를 관통하는 7가지 집중적 기술 분야를

설정하였다. 각 기술 분야 내에서 연구 및 평가를 시행하였고 연구를 활용하고 역량을 강화하려는 노력이 취해졌다. 르완다에서는 기술 분야 중 (1)지역사회 기반 가족 계획, (2)예방접종과 산후 가족계획, (4)mHealth, (6)가족계획 방법 혼합의 확대, (7)역량강화와 범분야 연구 활용이 시행되었다.

<그림 2-21> PROGRESS 프로그램의 접근법



출처: FHI360 (2013). PROGRESS End-of-Project Report.

(프로그램 시행 내용) 르완다에서의 PROGRESS 프로그램은 보건부와 가족계획 소위원회(Family Planning Technical Working Group)과의 긴밀한 협력과 함께 시행되었다. 보건부는 전체 프로그램을 주도하는 역할을 하였고 FHI 360가 기술적 지원을 제공하고 모니터링 및 평가, 연구를 하도록 지원하였다. 프로그램에 포함되는 5개의 기술 분야에 대해 여러 가지 프로젝트들이 시행되었으며 WHO나 UNFPA를 포함한 다자기구, Bill and Melinda Gates Foundation 등의 재단, 대학, 다양한 시민사회단체들이 참여하였다.

(프로그램 성과) 프로그램의 시행을 통해 정관절제수술의 시행을 확대되었고 이는 보건부에 의해 지속적으로 모니터링하고 평가되었다. 또한 피임이 활용되지 않고 있는 원인들을 연구하여 이를 가족계획정책 및 전략계획에 반영하고자 하였으며 이를 실제 사업들에 적용하고 있다. 생식보건과 가족계획, 청소년 보건 분야에서 mHealth를 적용하여 해당 분야의 개선에 있어 효과성을 높일 수 있도록 하기도

하였다. 2010년 초에는 보건부와 가족계획 소위원회의 결정 하에 지역사회 기반 가족계획 서비스를 확대토록 하여 지역사회 보건요원들이 정기적으로 콘돔 및 경구피임약 등의 피임도구를 보급하도록 하였다. 마지막으로 보건부는 Jhpiego(An affiliate of Johns Hopkins University)와 협력하여 정기적 산후관리와 출산 후 자궁 내 피임기구 삽입 서비스를 통합할 수 있도록 하였고 해당 서비스에 대한 교육을 제공하였다.

(프로그램의 시사점) 본 사례는 PBA의 케이스로서 가족계획 및 생식보건 분야의 개선을 위해 보건부를 중심에 두고 다양한 이해관계자들이 조직적으로 참여함으로써 해당 분야를 단기적으로 개선하는 것이 아니라, 효과성에 근거를 제공할 수 있는 연구와 지속성을 강화할 수 있는 역량 강화의 요소를 프로그램에 포함하였다. 가족계획 및 생식보건 분야에서 다양한 이해관계자들의 역량이 발휘될 수 있는 프로젝트들을 하나의 프로그램 하에 통합하여 시행함으로써 더욱 효과적이고 지속적인 성과를 가져오도록 하였다. 전체 프로그램 뿐 아니라 하위의 세부 프로젝트들에서 얻을 수 있는 시사점도 클 것으로 보인다 (FHI360, 2013).

제3장. 종합제언

1. 요약 및 시사점

문헌조사 결과와 현지조사에서 수집된 자료의 분석 결과를 중심으로, a) 협력국의 보건 분야 정책 우선순위와 아국의 CPS 및 KOICA의 보건전략과의 일치, b) 협력국의 보건과 질병 문제 및 보건의료 시스템의 문제의 심각성, 르완다 내 공여기관들의 보건 분야 지원 전략과 특징, d) KOICA의 대 르완다 보건 분야 전략과 현황을 종합적으로 고려하여 협력방안을 제시함.

가. 협력국의 보건정책 우선순위와 CPS 및 KOICA의 보건전략과의 일치

- 現 르완다 정부의 보건 분야는 첫째, 모자보건 · 감염성질환 · 비감염성질환 예방 및 통제 강조; 둘째, 경제적 · 지리적 · 지역사회 내 보건의료서비스 접근성 향상; 셋째, 보건의료서비스 질 향상; 넷째, 지역수준의 시스템 강화 및 서비스 질의 향상; 다섯째, 보건의료 인력의 수적 · 질적 향상을 강조하고 있다. 향후 KOICA가 르완다 보건 분야 협력전략을 수립하는 경우에는 위와 같은 보건 분야 전략을 우선 고려하고, 르완다 정부와 사업계획을 공동으로 협의하는 과정을 거치는 것이 중요할 것이다. 르완다 정부와의 긴밀한 조율을 통해, KOICA 사업이행계획(Consolidated Operation Plan, COP)을 수립하고 영문으로 발표하며, 양국의 공동의 목표와 성과목표에 근거한 원조사업을 집행해야 할 것이다.

나. 협력국의 건강/질병 및 보건의료 시스템 문제의 심각성

- 지난 10여 년간의 집중적인 국내외적인 노력으로 르완다 보건의료 정책 수립, 서비스의 접근성 향상 면에서 많은 진전을 보였으며, 특히 보건의료 개발원조가 HIV/AIDS, 말라리아, 결핵의 3대 질환에 대한 문제 해결에 많은 영향을 미쳤다고 조사되었다. 최근 르완다 정부는 각각의 질병 문제를 해결하기 위한 방안으로, 집중적인 인프라, 기자재, 의약품의 지원보다는 전반적인 보건의료 시스템의 효율성 확보와 질 향상에 더욱 많은 관심을 가지고 있다. 이와 같은 차원에서 르완다 보

건부는 첫째, 경제적·지리적 소외지역을 고려한 보건의료서비스 접근성 향상, 둘째, 지역수준의 보건의료 시스템 강화 및 서비스 질의 향상, 셋째, 보건의료 인력의 수적·질적 향상을 더욱 강조하고 있다. 한국정부가 1~2개 특수한 지역의 특정 계층에게 효과가 있는 보건사업을 르완다 정부와 함께 발굴하고 선정하되, 지역사회 수준에서 보건의료 시스템을 강화 할 수 있는 지식과 기술을 활용하는 양자 사업이 바람직하다.

다. 르완다 내 주요 공여기관들의 보건 분야 지원 전략과 특징

○ (경제개발과 빈곤감소 전략을 강조하는 성장 중심 국가개발 전략과 전망) 르완다는 중소득국으로의 전환을 국가 비전으로 수립하고, 이를 기반으로 한 7개년 정부 프로그램(2010-2017년, 현 빈곤감소 전략Ⅱ)을 시행하고 있다. 르완다 국가개발 전략의 4대 중점분야는 1) 빠른 경제 성장을 위한 경제체제 전환, 2) 농촌 개발, 3) 생산성 증대 및 청년고용 창출, 4) 책임성 있는 거버넌스의 강조이다.³⁹⁾ 르완다는 이미 1차 경제개발 및 빈곤감소 전략이 85% 이상의 목표달성, 96%의 정책 진행률을 성취했다.⁴⁰⁾ 본 연구를 통해 조사한 주요 공여국의 對르완다 지원전략의 환경 분석의 구체적인 내용을 살펴보면, 르완다가 전반적으로 안정적인 경제 발전을 지속 할 것이라는 전망들을 공통적으로 발견할 수 있다. 그러나 대부분의 타 해외원조기관들은 르완다 現정부의 정치적인 문제, DR콩고 접경지역의 분쟁 이슈, 정부와 민간의 균형 있는 협력관계 유지, 인권상황 진전 그리고 사회경제적인 격차, 도농 간의 격차 등의 문제에 대해 인지하고 있으며, 따라서 경제개발에 대한 지원과 함께 민주주의, 교육과 보건과 같은 기초서비스의 지원, 취약계층을 위한 지역사회 프로그램도 지원하고 있는 것으로 나타났다. 향후 우리 정부 또한 르완다의 경제개발에 대한 지원 뿐 아니라, 르완다 사회 안정과 인간개발에 기여 할 수 있는 분야의 사업을 발굴하는 것이 필요 할 것이다.

○ (‘원조달링’ 르완다 정부의 강력한 원조 조화와 분업 요구) 르완다는 현 대통령의 리더십 및 정치적 의지와 함께 강력한 국가중심 국가 개발을 추구해 오고 있는

39) 본문 1장 참고

40) 본문 1장 참고.

나라로 최근 아프리카의 원조달링(aid darling)으로 불리며, 세계 주요 공여국의 적극적인 지지를 받고 있는 보기 드문 아프리카 국가이다.⁴¹⁾ 그러나 우리 정부는 이와 같은 주요 서양 원조기관들의 르완다에 대한 장밋빛 분석에만 귀 기울릴 것만은 아니다. 현재 르완다 국가재정의 45%가 해외원조에 의존하고 있으므로, 해외 지원 없이 공공분야 보건의로 서비스의 효과성은 담보되기 어려우며, 르완다가 대규모 원조를 받는 국가이므로, 공여기관의 입장에서는 원조에 대한 정책적, 전략적 입장을 확고히 해야 할 필요가 있는 국가이기도 하다. 르완다 보건 분야에는 공여기관 협의체 및 소위원회가 최근 개편을 통해 더욱 조직적으로 구성되었으며, 보건분야 지원을 위해서는 보건부 및 공여협의체와의 협력 및 협의가 필수적이다. KOICA와 같이 타 공여기관 대비 소규모의 지원을 하는 기관의 경우, 르완다 정부가 해외원조를 강력한 국가개발정책의 이행을 위한 재원으로 활용하고자 하는 르완다 정부의 주도적인 정책적 의지를 인지해야 하는 것이 우선적이다. 동시에 르완다 정부가 타 아프리카 국가들에 비해 원조분업 등의 정책을 엄격하게 내세우며 타 공여기관들과의 분업 및 협업을 강조하고 있는 상황의 특수성을 이해하고,⁴²⁾ KOICA가 지원하는 섹터와 사업에서 전략적으로 포지셔닝을 하는 것이 중요할 것이다.

- (공여기관과의 협업 및 업무 분장의 중요성) 지난 2013년 새로운 EDPRS(경제개발 및 빈곤감소 전략)의 도입과 함께 최근 공여기관 협의체 및 소위원회 구성과 조직이 개편되었음을 인지해야 할 것이다. 현재 원조분업 정책으로 인해 양자 공여기관 중에서는 미국(USAID), 벨기에(BTC), 스위스(SDC)가 주도적으로 르완다 보건분야에 원조를 제공하고 있는 형태이다. 현재 KOICA는 ICT 분야의 리딩국가로 지정되어있다. 르완다에서 대규모 양자사업의 발굴이 요원한 경우, 위임협력이나 다자지원, 멀티바이사업, 민관협력 등 다른 형태를 통한 원조가 현실적일 것이다. 정책적으로 KOICA가 중요하게 고려하고 있는 USAID와의 협력도 고려할 수 있다.

41) 본문 1장 참고.

42) 본문 1장 참고.

라. KOICA의 대 르완다 보건 분야 지원전략과 현황

- 현재 우리 정부의 르완다 국가협력전략(CPS)의 제시된 3대 우선순위 분야는 농업, ICT, 교육(직업훈련)이며, KOICA의 르완다 국가전략에도 현재 보건 분야는 우선 지원분야로 선정되지 않았다. 따라서 본 연구의 방향은 2기 CPS 중점 분야에 보건분야의 선정 여부와 더불어 〈KOICA 르완다 전략〉 하위에 보건 분야가 주요 협력 분야로 선정될 것인지를 구분하여 a) 대규모 양자 보건사업을 발굴하는 가능성과 b) 현재 보건분야가 비중점 분야인 상황을 고려했다. 특히, 보건 분야가 중점으로 선정되지 않은 경우도 민관협력, 빈곤퇴치기여금사업, 멀티바이사업 등의 다양한 유형과 형태의 사업을 운영할 수 있을 것이다.

2. 르완다 보건전략의 기본방향

1, 2, 3장에 제시된 연구의 시사점을 바탕으로 a) 정부 간 협력 채널의 강조, b) 신생아 보건 및 영양, 생식보건 및 가족계획을 중심으로 하는 지원, c) 르완다 공공 보건시스템 개선에 집중하는 전략을 제시함.

가. (협력방안) 정부채널을 통한 ‘혁신적 보건프로그램형’

- KOICA의 르완다 협력전략은 정부 간 협력을 강화하는 데 우선 초점을 두어야 할 것이다. 르완다를 ‘혁신적 보건프로그램형(IP형, Partnership for Innovative Health Program)’으로 구분하였다. 이는 르완다가 아프리카 국가로서는 드물게 대부분의 보건 MDG 지표를 달성하고 있으며 타 사하라이남 국가들 대비 보건상황이 개선되어 있으며, 수원환경이 비교적 안정되어 있어 혁신적 보건 프로그램을 시도해 볼 수 있는 국가이다.

나. (시스템 개선방안) 르완다 공공 보건시스템 개선에 집중

- 우리 정부의 對 르완다 보건분야 지원은 협력국 정부의 보건의료 정책의 우선수위를 고려하지만, 동시에 <KOICA 보건분야 전략 (2011-2015)>에 명시된 전략적 방향성과 조화를 이루는 것이 중요하다. 특히, 르완다의 경우 중앙 정부(보건부)의 정책과 기획 역량이 뛰어나나 주요 전략이 지방 및 지역 정부 수준에서 집행되는 데 많은 제약을 가지고 있다. 이와 같은 현상은 르완다 정부가 강조하고 있는 (재원을 제외한 부분적인) 지방분권화의 영향으로 향후 더욱 많은 문제가 발생 할 것으로 예상된다. 또한, 다양한 평가보고서를 통해 보건의료 서비스 전달 체계의 문제도 지속적으로 지적받고 있다. 이와 같은 르완다의 보건의료 시스템의 특수성을 고려 할 때, 지방과 지역 차원의 체계를 강화 할 수 있는 지원(intervention)이 유효 할 것이다. 본 연구에서는 보건의료 체계, 서비스의 질 향상, 보건의료 인력 양성 사업의 모든 내용이 이와 같은 르완다의 시스템 차원의 문제를 고려하여 기획 되어야 함을 제안한다.

- (지방-지역 간의 보건의료 체계 강화) KOICA의 보건협력 사업은 르완다의 보건의료 행정체계와 의료서비스 전달체계를 강화하는 데 기여해야 한다. 기존 4단계로 구성된 르완다의 보건의료서비스 전달체계에 주립병원(provincial hospital) 및 보건지소(health post)가 추가되어 증강되고 있는 등 르완다 정부가 비교적 체계적인 노력을 기울이고 있는 상태이다. 기존 4단계에서 6단계로의 서비스 전달체계의 점진적 확장을 통해 서비스 전달체계를 세밀화하고 있는 과정이므로 지방-지역 수준의 인프라, 기자재지원, 프로그램 지원, 인력 및 역량강화 등 종합적인 지원이 필요한 분야이다. CBHI(Community-based Health Insurance) 및 PBF(Performance-based Financing)의 성공적인 확산은 보건의료서비스의 접근성을 확보하고 시스템 내 만성적인 문제를 가져오는 인력문제를 근본적으로 개선하는데 기여할 것으로 예상된다.

- (지방-지역 정보관리 및 행정체계 강화) 르완다의 보건의료 정보 체계 강화를 지원하는 층위, 채널, 유형과 방법은 다양 할 것이다. 최근 르완다 정부는 정보시스템 구축 및 관리에 있어서 꾸준한 성과를 거두어 오고 있다. 현재 보건의료정보 시스템을 통해 제공되는 데이터의 질이 높은 편이며 이에 대한 이행도 (compliance) 또한 양호한 것으로 평가되고 있다. 현재 인프라 상황이 비교적 개선되고 있으며, 여러 층위에서 보건정보시스템의 자동화가 단계적으로 이루어지고 있다. 따라서 단순 인프라 지원과 물자지원보다는 르완다의 행정체계 내에서의 정보관리 및 역량에 대한 지원이 필요하다. 그러나 IT 장비의 유지 및 보수 역량부터, 보건데이터 (수집 역량 대비) 분석, 모니터링, 평가의 역량이 부족하며 문서화된 환자 기록들을 전산화한 후, 정책 수립에 반영하거나, 사업수준의 성과로 활용하는 데는 교육과 연구 등을 통한 역량강화가 요구된다.

- (지역사회의 보건의료 전문인력 양성) 르완다는 다른 아프리카 국가들과 마찬가지로 보건의료 인력의 이직률이 높고 의사 및 조산사의 전문 인력이 매우 부족한 실정이다. 본 연구를 통해서 이는 인력의 질 문제뿐 아니라, 전문 의료인력(의사, 간호사, 조산사)의 절대적인 수도 부족하다는 것을 발견했다. 최근 르완다 보건부는 의사와 A1 간호사를 양성하기 위한 교육과정이 재정비되었으며, 보건의료 인력이 좀 더 강력한 동기부여를 가지고 질 높은 의료서비스를 제공하기 위해

Performance Based Finance 제도를 도입했다. 이는 지역사회 보건인력 공급과 더 나은 서비스 제공에 기여하고 있다고 평가되고 있다. 이러한 변화에도 불구하고 지방 및 지역에서의 보건의료 인력의 절대적인 수적·질적으로 부족은 지속되고 있으며 조산사 및 인력 양성 교육기관과 기관의 교사의 부족 문제도 주요 과제 중의 하나이다.

다. (지원 세부분야) 신생아 및 영유아 보건 및 영양, 생식보건 및 가족계획

- 향후 르완다에서 보건사업을 중점 사업을 발굴하는 경우, 주요 사업대상 지역을 2-4개 지역으로 좁혀 선정하여 모성보건, 신생아보건 및 영·유아 영양지원, 생식보건 및 가족계획의 문제 해결에 기여 할 수 있는 프로그램을 개발 할 것을 제안한다. 르완다의 모성 사망비는 2010년 340명(출생아 10만 명당)으로 2015년 목표치인 230명과 가까워졌지만, 최근 감소속도가 둔화되고 있다. 특히, 조산사의 부족 및 일부 보건의료서비스의 질적 미흡이 개선되어야 할 주요 요인으로 나타나고 있다.
- 최근 새롭게 르완다 정부가 집중하고 있는 문제는 높은 신생아 사망률과 아동의 발육부진 문제이다. 이는 르완다 5세 미만 아동의 발육부진 비율은 2005년 51%에서 2010년 44%로 개선되었음에도 불구하고 여전히 높은 수치로 아프리카 평균인 41%보다도 높게 나타나고 있는 현상 때문이다. 다른 지표의 개선에 비해 여전히 높은 발육부진 비율의 원인을 밝혀낼 연구 및 개선을 위한 포괄적이고 지속적인 개입이 요구되고 있다. 르완다의 근본적인 보건의료 문제의 근간에는 높은 출산율과 가족계획에 대한 과제들이 산재해있다. 르완다의 출산율은 감소하고는 있지만 합계 출산율이 4.6명으로 여전히 높은 수준이다. 르완다 정부 또한 다양한 지식, 경험, 기술을 활용한 한국의 가족계획과 생식보건 관련 정책, 시스템 개선, 서비스 전달의 질 향상, 인력 양성에 대한 협력의 의지가 있다.
- (지역 간 불평등 해소를 위한 지방 및 지역에서의 보건의료 혁신사업 지원) 현재 우리 정부 및 민간의 관심이 증가하고 있는 e-Health와 m-Health 분야 또한 상당히 중요한 분야이다. 국내외적으로 본 사업의 효과성에 대한 회의론이 있으나,

보건의료 사업의 가시성을 강조하고, 접근성을 강화하며, 대중인지제고의 도구로서 부분적인 효과가 있다는 보고들이 있다. 현재 르완다에서는 e-Health와 m-Health 프로젝트들이 본격적으로 프로그램화되고 다양한 지역에 확대 될 수 있는 법적, 제도적, 인적, 물적 환경이 가장 용이한 아프리카 국가이다. 타 국가에서 적용된 m-Health 사업이 르완다에서도 성과를 낸다는 명확한 증명은 없는 상황이나, 이와 같은 사업의 유형은 KOICA의 입장에서 적은 재원으로 새로운 분야에 진입할 수 있는 좋은 기회로 실제 m-Health 사업의 전략수립, 효과성 검토, 위험분석 등의 본격적인 콘텐츠 차원의 준비도 단계적으로 착수해야 할 것이다. 르완다에서는 특히, DR 콩고와의 접경지역에 대한 보건상태 취약성이 확연하게 나타나며, 도농간 격차도 여전히 크게 나타나 집중적인 지원을 필요로 하므로, KOICA가 지원하는 보건사업의 경우, 지역 간 보건불평등 해소를 위한 목적과 기술을 좀 더 강화하여, 취약 지역 및 계층에 대한 집중적 지원을 통해 르완다의 보건 불평등 문제 해결에 기여하는 것이 바람직할 것이다.

3. 르완다 보건사업의 수행전략

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

가. 유형별 지원 방안

- (양자 지원 사업 발굴) KOICA의 르완다 국가전략에 현재 보건 분야는 우선 지원 분야로 선정되지 않았으며, 〈KOICA 르완다 전략〉 하위에 보건 분야가 주요 협력 분야로도 선정되어있지 않은 상황이다. 또한 현재 르완다의 보건 분야의 정부 수요, 보건 문제의 심각성, 보건시스템 강화를 위한 지원의 필요성을 고려 할 때, 정책적인 차원에서 보건 분야를 지원하는 것이 중요하다고 할 수 있다. 그러나 본 장에서 논의한 KOICA의 전략적 과제, 특히 선택과 집중의 문제, KOICA 차원에서 비중점 분야의 대규모 사업 발굴 가능성과 한계, KOICA 현지사무소의 전략 및 인적-물적 환경을 고려 할 때 현실적인 어려움이 존재 할 것으로 판단된다.
- (민관협력) 대규모 양자지원의 어려움과 달리, 다양한 민관협력 사업을 통해 보건 분야를 지원할 수 있는 가능성은 풍부하다. 국제 NGO, 한국 NGO, 르완다 보건 의료 NGO의 균형 있는 지원이 필요하다. 본 연구의 현지조사를 통해, 르완다에 진출한 한국 NGO의 수가 현저히 적다는 것을 파악할 수 있었으며, 특히 보건의료에 전문성과 우선순위를 두고 직접 사업을 하는 단체가 드물었다. 현지조사를 통해 파악한 다양한 현지 보건 NGO의 현황을 살펴보면, 향후 우리나라 보건분야 시민사회의 현지 역량 강화와 기술적인 역량강화를 위해 한국 NGO와 보건 의료 분야에 명확한 Track Record를 가지고 있는 현지NGO와의 협력이 중요할 것이라는 결론을 얻게 된다. 이와 같은 협력 관계에 근거하여 사업이 발굴될 경우, 사업에 대한 자금지원의 결정 단계에서 인센티브를 제공하는 등 보건분야 민관협력사업의 기술적인 효과성을 담보하고 나아가, 르완다 지역사회의 종교, 관습, 언어 및 르완다 여성과 장애인 등 취약계층과 그들의 취약성을 명확히 판단하고 사업이 진행 될 수 있는 민관협력 분야의 현지중심의 장치가 강화되어야 할 것이다.

- (빈곤퇴치기여금 등 혁신펀드) 빈곤퇴치기여금의 국가프로그램(KIMCHI)를 통해 다자 기구와의 협력을 착수하였으며, 관련 성과관리 또한 야심차게 진행되고 있다. 그러나 빈곤퇴치기여금 국가 프로그램에 대한 홍보가 제한적인 상황이다. 특히 르완다는 빈곤 퇴치기여금의 국가별 프로그램 대상국가가 아니나, 한국NGO 경우, 빈곤퇴치기여금을 통해 르완다에서 영유아보건, 모자보건, 영양 등의 사업을 기획하고 발굴할 수 있으며, 이는 빈곤퇴치기여금의 비전과 성과목표와도 긴밀하게 연관된 부분이라고 할 수 있다. 3차 빈곤퇴치기여금에는 우리나라 NGO와 역량있는 현지보건전문 NGO가 함께 참여할 수 있는 방안을 마련하고 이를 위한 홍보가 필요 할 것이다.
- (국제기구를 통한 m-Health 멀티바이 사업) 앞서 언급한 KOICA-UNICEF의 <RapidSMS 사업>이 중요하다. 본 사업은 향후 르완다에서도 KOICA의 멀티바이 사업의 대표사례로 각인되면서 동시에 2~3년 집행 이후, 사업 지역의 확대 및 규모의 Scale-up 혹은 양자로 변환 가능성이 있다. 따라서 이와 같은 멀티바이 사업과 mHealth라는 분야가 새로운 사업의 유형으로 자리 잡기 위해 사업 초기 부터 RapidSMS에 관한 객관적인 연구와 평가를 실시하는 것이 중요 할 것으로 판단된다. 특히, 단기적인 홍보와 캠페인, 가시적인 단기 아웃풋 도출을 넘어 어떠한 중장기적은 효과와 영향을 도출 할 것 인지에 대한 KOICA의 전략적인 판단 이 필요한 시점이다.

나. 형태별 지원 방안

- (자금지원) 르완다는 아프리카에서 일반자금지원(GBS)과 섹터자금지원(SBS)을 하기에 가장 좋은 환경을 가지고 있으며, 향후 KOICA가 자금지원을 확대하고 보건분야에서도 자금지원을 시도하기에 가장 적합한 국가이다. 르완다에 자금지원을 제공하는 것이 정치적으로 전략적으로 비교적 용이하다고 판단되는 이유를 종합 적으로 고려해보면, a) 비교적 안정적인 거시경제 현황; b)비교적 낮은 재정 리스 크; c) 원조자금의 낮은 거래비용; d) 자금지원 전략에 대해 논의 할 수 있는 정 책 환경; e) 르완다 정부의 반부패 전략(Zero Tolerance Policy)의 도입으로 요 약 할 수 있다. 이와 같은 자금지원에 대한 주요 공여기관의 지지는 르완다의 ODA 전체 규모 중 절반정도의 규모가 현금 무상원조로 지원되고 있다는 사실에

서도 확인이 되며, 이는 타 아프리카국가 대비 르완다 ODA지원의 특수성을 반영하고 있는 것이다.

- (프로그램 및 프로젝트) 르완다는 이 지역의 타 국가에 비해 프로그램(PBA)을 도입 할 수 있는 환경이 가장 잘 갖추어져 있는 국가이다. 현재 KOICA는 중점지원 분야인 ICT사업과 직업훈련분야(교육)를 중심으로 프로그램형 사업을 발굴하고 있으며, 이는 향후 KOICA가 진행하는 프로그램형 사업발굴에 가장 핵심적인 사례로 부각되어야 할 것이다. 이러한 맥락에서 르완다에서는 정책과 재원 층위에서의 SWAPs의 모델 사례와 다분야가 접목된 PBA 시범국가로서 다양한 전략적 시도를 해 볼 수 있을 것이다. 특히 보건과 ICT 분야의 접목은 정책, 예산지원, 중앙정부와의 협력, 지방-지역 정부와의 협력 사업, 마을 중심의 혁신사업까지 다양한 층위에서 다양한 기술의 접목이 이루어 질 수 있을 것이다.
- (개발컨설팅) 르완다 중앙정부와 직접적으로 진행하는 다양한 정책 수준의 컨설팅의 가능성이 있는 국가이기도 하다. KOICA는 기술협력의 한 형태로 정책, 전략, 기술 분야 등의 다양한 기술협력을 진행했다. 단기적으로 ICT 분야와 접목이 가능한 보건의료 정보체계 강화 등의 기술분야 컨설팅, 지역사회 보건서비스 제공의 질 강화를 위한 사업단위의 컨설팅부터 중장기적으로는 보건의료 정책 역량강화, 보건재정 및 의료보험 정책 컨설팅까지 다양한 분야에 컨설팅이 가능할 것으로 판단된다. 이와 같은 개발 컨설팅은 KOICA 보건 전략목표 2번에 제시되어 있는 보건의료 정보체계 강화를 위한 목표와 연계되어야 하며, 별도의 활동(Stand-alone activity)로 추진되는 것을 지양하고, 중장기적으로는 프로그램형 사업으로 발전 될 수 있도록 집중해야 할 것이다.
- (봉사단 및 중장기 자문단) 보건의료 전문 봉사단 파견을 통해 보건인프라 구축을 통한 보건의료 시스템 강화 과정에 기여할 수 있다. 보건의료 분야의 청년 봉사단 파견보다 보건의료 전문가 혹은 중장기자문단의 파견이 더욱 효과적일 것이다. 또한 개별의 중장기 자문단이 KOICA에서 발굴한 양자 보건사업 혹은 앞서 제시된 다양한 중소규모 보건 사업(멀티바이, 시민사회 협력사업, 대학 협력사업, 빈퇴금)에 참여하여, 역량 있는 중장기 자문단의 활동이 KOICA 보건 전략과 사

업에 연계되고, 그들의 활동이 별도의 활동(Stand-alone activity)로 전략하지 않도록 해야 한다. 이를 위해서는 본부와 현지사무소에서 중장기자문단의 노하우와 역량이 보건분야의 프로그램형 사업의 발굴, 이행 및 평가에 기여 할 수 있도록 하는 전략을 수립해야 할 것이다.

다. 중점지원 지역

- 본 연구를 통해, 르완다는 보건 상황과 문제에 있어 도농간 격차가 심각하다는 것을 발견하였으며, 이와 같은 격차는 향후 더욱 심각해 질 것으로 예상되고 있다. 대부분의 원조기관은 보건분야 상황분석(Situation Analysis)을 실시하고, 그 결과에 근거하여 북부 및 서부지역에 보건 사업을 진행하고 있다. 북부지역과 서부지역은 키갈리의 보건지표와 그 격차가 매우 클 뿐만 아니라 동부 및 남부지역과 비교해서도 보건지표가 취약한 것으로 나타났다. 특히 서부지역에 위치한 키부(Kivu) 호수 인근 지역은 DR콩고와의 접경 분쟁지역으로 보건지표를 포함한 모든 지표 상황이 열악하다. 본 연구를 통해 발견된 르완다의 지역 간 격차의 양상은 그 지역이 가지고 있는 분쟁과 평화 상태, 경제활동의 유형과 소득 수준, 그리고 교육수준이 건강수준과 밀접하게 연관되어 있었음을 발견했다. 향후 KOICA가 지원하는 다양한 유형의 보건 사업은 북부지역과 서부 지역을 중심으로 지원해야 할 것이며, 분쟁지역 전문기관 혹은 다자채널을 통해, DR콩고 인근 지역에서의 보건상황 개선에 기여하는 방법 또한 있을 것이다.

라. 우선 지원 대상

- 르완다 내 여성의 사회·경제·정치적 지위가 아프리카에서 상당히 높은 수준이다. 특히 여성의 정치 참여율이 높아, 현재 르완다 국회의 여성 의석 점유율은 64%로 세계에서 가장 높은 수치로 나타났다. 그러나 보건문제에 있어서는 많은 도전과제를 안고 있다. 출산율, 아동의 발육부진율, 현대적 피임법 이용률 등의 주요 지표에서, 여성의 경제적, 사회적, 지역적 배경에 따라 보건 상태가 확연한 차이가 남을 발견 할 수 있었다. KOICA는 향후 르완다 보건 전략 수립과 사업 발굴에 있어 여성을 하나의 범주로 인지하지 말고, 어떤 계층의 여성, 어떤 연령의 여

아가 전략 수준과 사업 수준에서의 최우선 수혜 대상인지 파악하고 기획해야 할 것이다. 특히 르완다에서는 모성의 교육수준에 따른 청소년 임신율의 격차가 매우 크다. 모성이 전혀 교육을 받지 못한 청소년 자녀의 임신율이 초등 및 중등 교육 이상을 수료한 모성의 청소년 자녀에 비해 4~6배 높았다. 생식보건과 가족계획에 있어 많은 과제를 가지고 있는 르완다의 경우 여성 청소년의 보건과 교육의 중요성이 강조되어야 할 것이다. 이와 같은 여성교육과 보건문제의 연관관계는 많은 국가에서 보편적으로 나타나지만, 르완다에서는 그 상황이 지표로도 검증되고 있음을 주시해야 할 것이다.

- 향후 KOICA의 보건분야 사업에서 중점적으로 고려해야 할 취약계층으로 르완다의 장애인 문제에 관심을 둘 것을 제안한다. 르완다는 기본적으로 장애의 원인이 될 수 있는 전쟁이나 빈곤, 보건관리에 있어서의 무지, 질병, 사고 등 뿐만 아니라 1994년에 발생한 민족 대학살이라는 특수한 배경으로 인해 특히 사회심리학적 장애를 갖고 있는 인구가 많은 것으로 나타났으며, 이들을 위한 기초보건 및 새로운 유형의 보건의료 서비스의 제공을 위한 사업은 양자 사업 뿐 아니라, 다양한 유형과 채널을 통해 지원 할 수 있을 것이다.
- 이와 같이 르완다 여성 및 아동을 고려하여 보건분야 지원의 최우선 수혜대상을 여성, 아동, 장애인으로 선정하고, 수혜대상자들에게 미치는 사업 영향을 극대화하기 위해서는 성과관리 방안에 사업의 최우선 수혜자를 명시하는 것이 중요할 것이다. 본 연구에서 제안한 르완다 보건지원 분야의 핵심 분야인 생식보건과 가족계획, 모성보건과 영유아보건 등의 분야에서는 여성성인 및 여성 청소년뿐만 아니라 르완다 내 주요 보건 문제 하나인 높은 청소년 임신율에 영향을 미치는 남성 청소년을 집중 지원 할 필요가 있다. 별도의 보건분야 사업의 시행이 어려운 경우에는 이미 중점 분야로 선정된 경제 인프라, ICT, 농업 사업에 성 평등 이슈를 주류화하고 사업의 최우선 수혜자를 취약계층으로 선정하고 기술적으로 이들이 의도하지 않은 피해를 입지 않도록 하는 보호정책, 혹은 수혜가 최우선으로 도달할 수 있도록 하는 전략들을 사업수행체계 안에 접목 할 수 있다.

바. 범 분야 이슈 및 타 분야와의 연계

- (ICT 분야와의 연계를 통한 보건의료 시스템 개선) 향후 보건분야가 <KOICA 르완다 전략> 체계 내에서 중점분야로 선정 될 가능성이 적은 경우에는 기존 농업 및 지역사회개발 사업과의 연계를 시도하여, 보건지표 상황을 개선할 수 있는 간접적인 기여 방안을 마련 할 수 있다. 현재 대규모 양자사업을 진행하고 있는 ICT 및 경제 인프라 사업의 내용에 보건 이슈를 포함하는 방법도 있다. 인프라와 ICT 분야 사업에도보건 정보 및 사업 모니터링 시스템 구축사업, ICT를 활용한 보건서비스 개선 및 캠페인 사업 등의 새로운 분야와 유형의 보건사업을 접목할 수 있다. 상대적으로 정보인프라가 잘 각추어진 르완다에서는 지방정부 및 지역정부의 행정정보 시스템 개선 사업이나, 마을 단위에서의 다양한 기술적용(예 -mHealth)을 통한 혁신 사업이 가능 할 것으로 보인다.
- (농업분야와의 연계를 통한 보건지표 개선) 르완다는 빈곤문제 해결에 상당히 높은 진전이 있었음에도 불구하고, 경제수준, 교육수준, 지역 간 격차가 심하며, 향후 격차가 더욱 심화될 가능성이 높다는 전망이 있다. 이와 같은 르완다의 불평 등의 문제는 보건분야에 더욱 두드러지게 나타나는데, 키갈리와 남부, 동부 지역을 제외하고 대부분의 농촌지역에서는 아동의 발육부진, 예방접종률, 현대적 피임법 이용률이 낮게 나타났다. 특히, 인구의 80%이상이 농업에 종사하고 있는 북부 지역과 특히 서부 지역에서 대부분의 보건 지표가 더욱 취약하다. 이러한 상황을 고려할 때, 현재 KOICA가 진행 중인 농업 및 새마을 사업에 영·유아의 영양을 개선하는 사업이 시급하다. 별도의 보건사업이 진행되지 못 할 경우에도 농촌사업 체계 내에서 구체적으로 영·유아와 아동, 여성 청소년 산모 등의 취약계층이 농업 사업의 수혜를 입게 될 경우 보건지표 개선에 긍정적인 영향을 미칠 수 있을 것이다.

사. 보건사업을 위한 환경조성

- 위와 같은 변화를 위해 무상원조에서 a) 향후 보건분야가 중점분야에 선정되는 CPS 차원에서의 정책결정, b) <KOICA 르완다 전략> 하위에 보건분야가 주요

협력 분야로 선정을 위한 전략적 결정, c) 非양자사업 분야에서 새로운 유형, 형태, 채널, 파트너, 기술을 접목하여 사업을 발굴하고 기획 할 전략적 결정 등이 필요하다.

- 이를 이행하기 위한 KOICA 현지사무소의 인력 운영계획 보강, 보건분야 전문성 강화방안, 국내외 보건사업을 담당하는 전문기관 및 시민사회 단체들과의 긴밀한 협력이 필요하다. 특히, 르완다 국가개발의 맥락, 보건문제의 특이성, 보건시스템의 문제와 과제에 근거하여 보건사업을 발굴하고 이행하기 위해서는 전문관 제도가 확대되어야 한다. 해외 현지사무소에는 중점분야별로 1~2인의 전문관이 반드시 상주해야 하며, 향후 보건 분야가 전략분야라고 판단할 시에는 보건전문관 파견과 함께, 사업형성 전문가 혹은 다자전문가 혹은 민관협력분야 발굴전문가를 파견할 필요가 있다. 이와 같은 전문인력과 행정인력 파견 없이는 양질의 사업 발굴, 긴밀한 모니터링, 국제기구 및 현지 보건전문기관과의 밀접한 협력관계가 용이하지 않을 것이다. 특히 정책대화, 국제기구와의 공동 사업발굴, 프로그램형 사업발굴, 혁신적인 사업 발굴과 이행 등 중요한 전략적 노력이 필요한 르완다에는 보건전문성을 갖춘 우수한 인력의 공급이 무엇보다 중요할 것이다.

4. 맺음말

- 본 연구는 KOICA가 지원하는 모든 국가를 대상으로 하는 상위 보건전략의 내용과 조화를 이루면서도, 르완다 개발의 맥락과 보건문제의 특수성을 고려한 국가중심의 맞춤형 보건전략 수립을 위해 기획되었다. KOICA는 르완다가 아프리카의 주변국가와 정책 환경이 상당히 상이하다는 것을 고려하고, 정책과 전략을 수립하는 과정에서 접근법, 전략, 과정, 환류의 과정이 타 아프리카 국가와 상이한 특수한 맥락을 이해하고 그 전략을 수립해야 할 것이다.
- 이와 같은 맥락에서 르완다의 보건의료의 과제 또한 이제 단순한 서비스의 접근성 문제보다 보건의료 서비스와 인력의 질의 과제를 고민하고 있는 상황이다. 본 연구진은 르완다 보건문제의 보편성과 특수성을 연구하고, 주요 공여기관들의 르완다 보건지원전략에 관련된 연구에 초점을 맞춘 후, 총 4개의 세부 주제 - 개발의 배경, 보건전략의 기본방향, 중점 지원 분야 및 세부전략, 보건사업 수행전략으로 구분하여 정책제언을 작성하였다.
- ‘혁신적 보건프로그램(IP형, Partnership for Innovative Health Program)’ 국가인 르완다의 경우, a) 르완다 공공 보건시스템 개선에 집중하는 보건 사업, b) 지방-지역 간의 보건의료 체계 강화, c) 지방-지역 간의 정보관리 및 행정체계 강화, d) 지역에서의 A1수준 간호사와 조산사 양성을 중심으로 e) 보건의료 혁신 사업 발굴에 중점을 둘 것을 제안한다. 특히, 르완다에 가장 심각한 보건문제로 도출된 신생아 및 영유아 보건 및 영양, 생식보건 및 가족계획 분야의 문제 해결과 지표 향상에 기여 할 것을 제안한다. 향후 보건 분야의 양자사업 발굴이 용이하지 않은 경우에도 모성보건, 신생아보건 및 영·유아 영양지원, 생식보건 및 가족계획의 문제해결에 기여 할 수 있는 a) 시민사회와 협력사업, b) 기업과의 협력사업, c) 멀티바이를 통한 혁신 사업 등을 발굴 할 수 있을 것이다.
- 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 중간고리인 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 영양, 생식보건 및 가족계획 등에 집중한 세부 분야별 연구 및 르완다에서 어느 정도 효과성을 담보하고 진행할 수 있는 ICT 및 모바일 테크놀로지 등 혁신적인 툴을 활용한 보건분야 후속 연구가 필요하다.

참고 문헌

가. 국내 문헌

국제개발협력위원회. 2013. 「르완다 국가협력전략 2013-2015」.

나. 국외 문헌

Ambassador Claver Gatete, Minister of Finance and Economic Planning (2010). Budget Speech Financial Year 2013/14 (Theme: Striving for self reliance and dignity).

BMZ (2012). Building a healthy Rwanda: 35 years of Rwandan-German Cooperation in health.

Bruno Versailles (2012). Rwanda: establishing Single Project Implementation Units. ODI.

BTC (2011). Cooperation between Belgium and Rwanda 2011-2014.
_____(2013). Annual Report 2012.

Countdown to 2015 (2012). Rwanda.

Development Initiatives Ltd. (2013). Investments to end poverty: Real money, real choices, real lives.

Farmer PE et al (2013). Reduced premature mortality in Rwanda: Lessons from success. BMJ.

FHI360 (2013). PROGRESS End-of-Project Report.

Government of Rwanda (2013). Economic Development & Poverty Reduction Strategy 2013–2018: Shaping our development.

Ministry of Finance and Economic Planning Rwanda (2010). Donor Division of Labour in Rwanda.

Ministry of Health Rwanda (2009). The National E-Health Strategic Plan 2009–2013.

_____ (2010a). Rwanda Community Based Health Insurance Policy.

_____ (2010b). Rwanda Demographic and Health Survey 2010.

_____ (2010c). Rwanda Demographic and Health Survey: Key findings.

_____ (2011a). Human Resources for Health Strategic Plan 2011–2016.

_____ (2011b). MOH Annual Report July 2011–June 2012.

_____ (2012a). Family Planning Policy.

_____ (2012b). Family Planning Strategic Plan 2012–2016.

_____ (2012c). Third Health Sector Strategic Plan: July 2012–June 2018.

_____ (2012d). Rwanda Annual Health Statistics Booklet 2012.

_____ (2014). Budget Execution for health sector for FY 2012–2013.

National Institute of Statistics of Rwanda (2013). National Gender Statistics Report 2013.

National Institute of Statistics of Rwanda Gender Monitoring Office (2011). Achieving MDG–3: Gender Equality (The public sector in Rwanda). Gender Statistics Vol.1.

Ngabo, Fidele, Judith Nguimfack, Friday Nwaigwe, Catherine Mugeni, Denis Muhoza, David R. Wilson, John Kalach, Richard Gakuba, Corrine Karema, and Agnes Binagwaho (2012). Designing and implementing an innovative SMS-based alert system (RapidSMS-MCH) to monitor pregnancy and reduce maternal and child deaths in Rwanda. *The Pan African Medical Journal* 13:31.

ODI (2012). Rwanda: Mutual accountability framework. Budget Strengthening Initiative.

OECD (2013). Development aid at a glance: Statistics by region 2.Africa.

PEPFAR (2014). Rwanda Operational Plan Report FY 2013.

SDC (2013). Swiss Cooperation Strategy for the Great lakes region 2013–2016.

UNDP (2010). Millennium Development Goals Progress Report: Rwanda Country Report 2010.

UNICEF (2013). Rwanda: Common Country Programme Document 2013–2018.

USAID (2012). Rwanda Integrated Health Systems Strengthening Project (IHSSP) Annual Work Plan FY 2012 (October 2011–September 2012).

_____(2013a). mHealth Compendium: Volume 3 (Technical report).

_____(2013b). The Integrated Health Systems Strengthening Project (IHSSP) Newsletter (April–July 2013). Volume 1: Issue 1.

VSO (2012). Rwanda Disability Overview.

WHO (2010). WHO Health Statistics Profile.

_____(2013a). World Health Statistics 2013.

_____(2013b). Assisting community health workers in Rwanda: MOH's RapidSMS and mUbuzima.

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

다. 인터넷 웹사이트

르완다 보건부 웹사이트. Retrieved from <http://www.moh.gov.rw/>.

Africa Renewal (2013, Nov. 19). allAfrica. Retrieved from <http://allafrica.com/>.

DEval 홈페이지. Retrieved from <http://www.deval.org/>.

FHI360 홈페이지. Retrieved from <http://www.fhi360.org/>.

MSH 홈페이지. Retrieved from <http://www.msh.org/>.

RBC 홈페이지. <http://www.rbc.gov.rw/>.

Roopa Gogineni (2013, Sep. 26). Rwandan Parliament's Female Majority Focuses on Equality. VOA(Voice of America). Retrieved from <http://www.voanews.com/>.

USAID-르완다 홈페이지. Retrieved from <http://results.usaid.gov/rwanda/>.

USAID 홈페이지. Retrieved from <http://www.usaid.gov/>.

World Bank. OECD-DAC stats. Retrieved from <http://www.oecd.org/dac/stats/>.

<부록>

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

부록 1. 주요보건지표

<표> 주요 보건 지표

Grouping	지표	해당국가	아프리카
일반 보건 지표	기대수명 (년)	60	56
	1) 남성 기대수명 (년)	58	55
	2) 여성 기대수명 (년)	61	58
	조출생율 (인구 1,000명당)	40.9	38
	합계 출산율 (여성 1인당 출산)	5.3	4.8
	사산율 (출산 1000 건당)	23	28
사망률 지표	성인 사망률 (인구 1000명당 15-60세 사이)		
	1) 남성 사망률	344	362
	2) 여성 사망률	291	317
	연령 보정된 원인별 사망률 (인구 10만 명당)		
	1) 감염성 질환	595	798
	2) 비감염성 질환	740	779
	3) 부상	92	107
	연령 보정된 원인별 성인 사망률 (인구 10만 명당 30-70세 사이)		
	1) 모든 질병	1174	1,716
	2) 암	158	147
모 성 보 건 지표	3) 심혈관 질환 및 당뇨	290	382
	4) 만성호흡기질환	68	92
	모성 사망비 (출생아 10만 명당)	340	480
	출산 시 전문 의료 인력 참여율 (%)	69	49
	가족 계획에 대해 미충족 요구를 가진 여성 비율 (%)	19	25
	15-49세 가임여성 중 피임율 (%)	52	27
	임신여성의 산전관리율 (%)		
아동보건지 표	1) 1회 이상 방문	98	74
	2) 4 회 이상 방문	35	43
	5세 미만 아동 사망률 (출생아 1,000명당)	54	107
	영아 사망률 (출생아 1,000명당)	38	68
	신생아 사망률 (출생아 1,000명당)	21	34
	1세 아동(12-23개월) 예방접종률 (%)		
	1) 홍역	95	75
	2) DPT	97	71
	3) B형간염	97	71
	5세 미만 쇠약 아동 비율 (%)	11.7	10.4
	5세 미만 저체중 아동 비율 (%)	3.0	25.2
질병별 지표	5세 미만 발육부진 아동 비율 (%)	44.3	40.9
	모유 수유율 (%)	85	35
	질병별 사망률 (인구 10만 명당)		
	1) HIV/AIDS	58	139

각 질병 관련 지표	2) 말라리아	4.2	72
	3) 결핵 (HIV 음성 인구중)	11	26
	발병률 (인구 10만 명당)		
	1) HIV/AIDS	93	205
	2) 말라리아	5543	20,913
	3) 결핵 (HIV 음성 인구중)	94	262
	유병률 (인구 10만 명당)		
	1) HIV/AIDS	1909	2,725
	2) 결핵	117	293
	살충제 처리 모기장에서 자는 5세 미만 아동 비 율 (%)	69	32
열증상을 보인 5세 미만 아동 중 항말라리아제 를 받은 비율 (%)	Advanced HIV 감염자 중 항 레트로바이러스 치 료 받는 인구 비율 (%)	82	57
	모든 형태의 결핵에 대한 case-detection 비율 (%)	64	61
	결핵의 도말표본검사 양성진단 환자의 치료 성 공율 (%)	88	82

출처: World Health Statistics, 2013

부록 2. 지역별 주요 일반 지표

지역구분	1. 생식보건			2. 모성보건	
	합계 출산율 (15-49세)	청소년 임신율 ⁴³⁾ (15-19세)	한대적 피임법에 의한 피임률	시설 분만율	숙련된 인력에 의한 분만율
전체					
Urban	3.4	5	47	82	82
Rural	4.8	6	45	67	67
(지역별)					
City of Kigali	3.5	7	48	83	83
South	4.6	5	48	67	66
West	5.0	5	36	71	71
North	4.1	6	52	63	64
East	4.9	8	46	68	68

43) percentage of women age 15–19 who have had a live birth or who are pregnant with their first child.

지역구분	3. 아동보건			4. 아동영양			5. HIV/AIDS 및 말라리아		
	5세 미만 아동사망률 (출생아 1,000명당)	영아 사망률 (출생아 1,000명당)	예방접종률 ⁴⁴⁾ (12-23개월 이동)	5세 미만 아동 발육부진아 비율	5세 미만 아동 체중저하 비율	5세 미만 아동 저체중아 비율	HIV 유병률 (15-49세) ⁴⁵⁾	5세 미만 아동의 말라리아 이환율	5세 미만 아동의 심혈관계 질환 이환율 ⁴⁶⁾
전체									
Urban	81	55	93	27	4	6	8.7/5.4	0.8	75
Rural	105	62	90	47	3	12	2.8/1.6	1.4	69
(지역별)									
City of Kigali	79	55	96	24	4	7	9.4/5.1	0.2	76
South	96	60	93	42	4	12	3.0/1.8	1.4	69
West	88	56	81	50	2	13	3.2/2.0	0.5	70
North	107	71	94	51	1	10	3.1/1.8	<0.1	65
East	125	63	93	44	3	12	2.5/1.6	3.4	71

44) All basic vaccinations (BCG, measles and three doses each of DPT and polio vaccine, excluding polio vaccine given at birth)

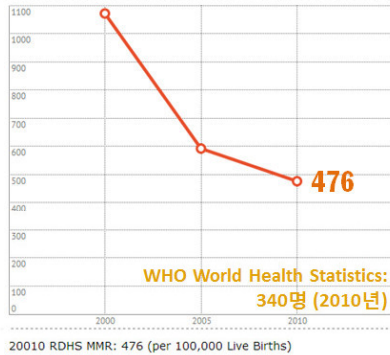
45) percentage of women age 15-49 who are HIV-positive / percentage of men age 15-49 who are HIV-positive

46) percentage who slept under an ITN last night under 5

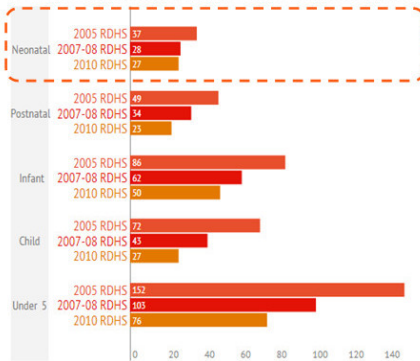
부록 3. 최종보고회 발표 자료

(르완다) 건강/질병의 심각성

Maternal Mortality Ratio(MMR)



Childhood Mortality Rate



- 대부분의 보건 MDG 달성할 것으로 예측됨
- (모성사망비) 그러나 최근 모성사망비 감소 속도가 둔화되었고, 해당 MDG 목표는 달성하지 못할 것으로 보임.
 - 2010년 DHS 모성사망비는 476명 (출생아 10만 명당)이나, WHO 통계에 따르면 2010년 340명으로 측정됨.
- (신생아 사망률) 영아 사망률 및 5세 미만 아동 사망률의 감소에 비해, 신생아 사망률이 여전히 높음.
 - 신생아 사망률 2010년 27명 (출생아 1,000명당)

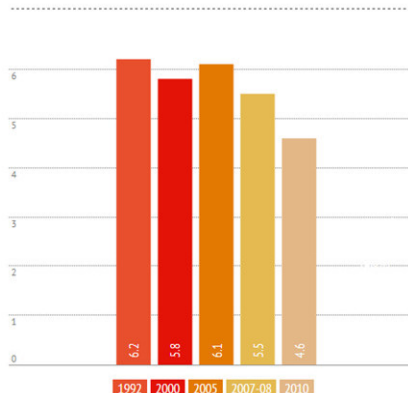
17

(르완다) 건강/질병의 심각성

U5 Child Nutritional Status



Trend in Fertility



- (아동 영양) 아동의 발육부진 문제가 심각함
 - 2010년, 5세 미만 아동의 발육부진율이 44%로 아프리카 평균 (41%)를 상회함
- (생식 보건) 합계 출산율과 가족계획에 대한 수요가 여전히 높음
 - 2010년 합계 출산율 4.6명

18

(르완다) 보건 의료 시스템 현황 및 분석

리더십과 거버넌스	보건의료서비스 전달	보건의료정보	보건의료인력
□ 정부의 리더십을 기반으로 보건분야 거버넌스가 향상됨 □ 부정부패 무관용 정책의 기여	□ 보건의료서비스 전달체계의 세부화 및 증강 단계 (4단계→6단계) □ 지리적·경제적 접근성의 향상 □ 서비스의 질 개선되어야 함	□ 보건의료정보시스템의 구축에 있어 꾸준한 성과를 이룸 □ 장비의 유지·보수 역량이 미흡 □ 외부 재정 의존도 높음	□ PBF의 도입은 인력문제를 개선하는 기반이 됨 □ 여전히 인력의 수적·질적 미흡 문제를 겪고 있음



보건의료시스템의 주요 시사점

- 강력한 거버넌스 및 리더십이 보건의료시스템을 작동하게 하는데 기반이 됨
- CBHI 및 PBF의 성공적인 도입 및 확산으로 지리적·경제적 접근성이 향상되었으나, 서비스의 질을 개선하는 것이 여전히 도전과제로 남아 있음
- 인력 유출 현상 등으로 인해 의사 및 조산사 등의 전문인력이 여전히 부족함
- 외부 재정에 대한 의존도(61%)가 높으며 특히 말라리아 및 HIV/AIDS 프로그램의 의존도가 80%정도로 높음

(르완다) 보건과 빈곤/불평등과의 연계

지역적 격차	취약계층
Children's Stunting by Province Percent of children under age five who are stunted (too short for their age) Rwanda 44% North 51% East 44% West 50% South 42% City of Kigali - 24%	□ 인구의 15% 가량이 사회심리학적 장애를 포함하여 장애를 갖고 있는 것으로 파악됨



보건과 빈곤/불평등과의 연계

- (지역적 격차) DR공고와 접경하고 있는 서부 및 북부지역의 보건 현황이 수도(키갈리) 및 그 외 지역에 비해 매우 열악함
- 아동의 발육부진 비율, 예방접종률, 현대적 피임법 이용률, 장기살충모기장 보유율 등이 모두 해당 지역에서 더욱 취약함
- (취약계층) 국가의 사회정치적 상황으로 장애를 가진 인구비율이 높으나 이들에 대한 인지 및 지원이 부족한 상태임

(르완다) 주요 공여기관들의 보건 분야 지원 전략과 특징

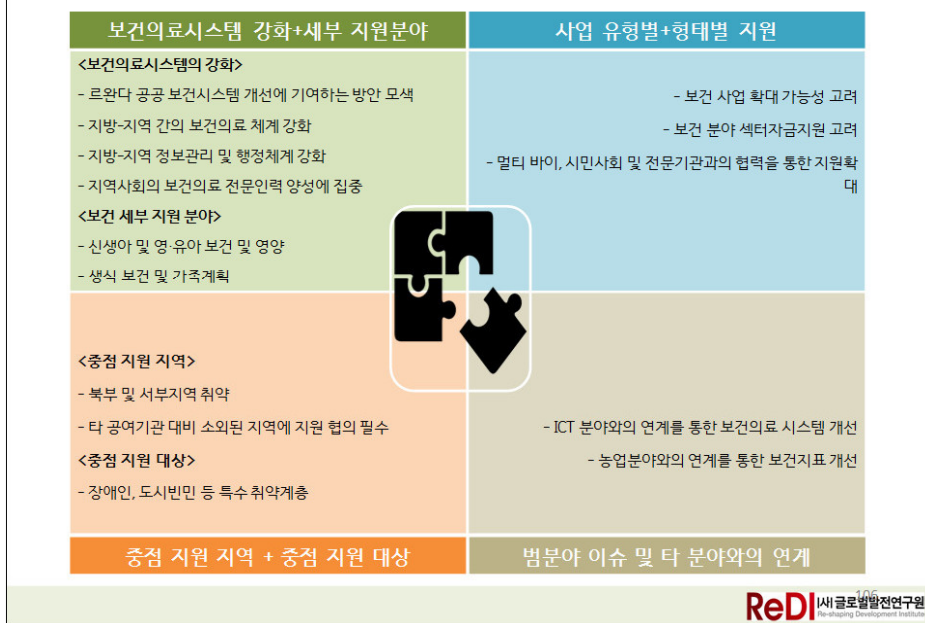
지원 전략의 기본 방향	원조 형태 및 전달 채널
□ 경제개발과 빈곤감소 전략을 강조하는 성장 중심 국가개발 전략과 전망 □ '원조달링' 르완다 정부의 강력한 원조 조화와 분업 요구 동향 □ 공여기관과의 협업 및 업무 분장의 중요성 심화	□ (원조형태-모달리티) 직접 양자지원 및 위임협력 □ (전달 채널) 정부간 협력 및 NGO 지원 형태, 보건분야 자금지원(SBS)
세부 보건 지원 분야	중점 지원 지역 및 대상
□ (시스템 강화에 집중) 여전히 HIV/AIDS 분야에 가장 많은 원조가 이루어지고 있지만, 궁극적으로 보건의료시스템 강화를 통해 보건문제 개선하고자 하는 방향성이 주를 이룸.	□ 공여기관 별 중점지원지역이 특별히 구분되지는 않으나, SDC는 DR공고와의 접경 지역에서 지원하고 있음

ReDI Re-shaping Development Institute

IP 형: 르완다

이름	국가	협력국 특성	주요 지원 전략
IP 형	르완다	▪ 강력한 리더십과 거버넌스 ▪ 공여기관 협의체의 체계적인 운영 ▪ 협력국 정부와 공여기관의 효율적 커뮤니케이션 ▪ 보건시스템 향상을 위한 IT등의 기초 인프라 구축	▪ 정부 간 직접 지원을 통한 효과성 확보 ▪ 섹터 예산 지원 가능 ▪ 보건 시스템 강화가 효과적 ▪ 혁신 기술의 보건 분야 적용 가능 ▪ 보건 분야 지원의 silent partnership으로 참여

(르완다) KOICA 보건 분야 지원 전략



부록4. 현지조사 면담 대상자 목록

기관	이름	소속/직위	연락처
RBC (Rwanda Biomedical Center)	Dr. Karema Corine	Head of MOPDD (Malaria & Other Parasite Diseases Division)	ckarema@gmail.com 0788303915
College of Medicine University of Rwanda	Prof. Kakoma	Dean of the School of Public Health.	0788738085
UNICEF	Noala Skinner	Representative	nskinner@unicef.org +250-788-302-716
	Dr Friday Achilefu Nwaigwe	Head of Health & Nutrition	fnwaigwe@unicef.org
	Jung Yun Park	Communication officer	jpark@unicef.org +250-789-523-193
Belgium Cooperation (BTC)	Dr. Vincent Tihon	Technical advisor (Institutional support to MOH)	Vincent.tihon@btcctb.org +250-782-536-406
CHAI (Clinton Health Access Initiative)	Anurita Bains	Country director	abains@clintonhealthaccess.org +250-788-30-10-41
Swiss Cooperation (SDC)	Tommaso Tabet	Regional director	Tommaso.tabet@eda.admin.ch +250-788-30-23-15
College of Medicine University of Rwanda	Dr. Manasse Nzayirambaho	Lecturer	+250-785-25-53-88
Ministry of Health	Uwariraye Parfait	Director General, General Directorate of Planning & Health Information System	-
	Muhire Andrew	Incharge of HMIS	-
	Dr. Mivumbi Victor	Acting director of MCH	Mivumbi.victor@gmail.com +250-788-61-59-79
	Twagirumukiza Emmanuel	Human resource development Incharge	etwagirumukiza@gmail.com +250-788-79-23-90
	Dr. Rusanganwa Vincent	-	vincentrusa@gmail.com
	Mukunzi Jean Louis	Ag Director health financing	Jlou.mukunzi@gmail.com +250-782-51-74-28
MSH (Management Sciences for Health)	Bob de Wolfe	Technical director/ Deputy chief of party	bdewolfe@msh.org +250-788-76-99-66

USAID	Dr. Michael Karangwa	Health systems strengthening advisor	mkarangwa@usaid.gov +252596400
Family Health International (FHI) 360	Didier Rukabu kamali	Country representative	dkamali@fhi360.org +250-788-301-865
GIZ	Dr. Ulrike Maenner	Country director	Ulrike.maenner@giz.de +250-78-830-1516
MSH (Management Sciences for Health)	David Randolph Wilson	Sr.Advisor HIS & Data Use	rwilson@msh.org +250 07 88 30 88 35
KOICA Rwanda Office	이명신	부소장	mslee@koica.go.kr

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

2014. 4월

ReDI | 새 글로벌발전연구원
Re-shaping Development Institute

I. 르완다 현지조사 개요

1 르완다 현지조사의 목적

르완다 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.

르완다 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.

르완다 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 르완다 현지조사 일정 및 담당자

□ 르완다 현지조사팀 구성

- 전체일정: 2014.02.22(토) ~ 2014.03.01(토)
- 각 현지조사 팀은 책임연구원 1인+연구원 1인+연구조원 1인으로 구성되었으며, 보건 전문가와 개발협력 전문가로 구성됨.

이름	직위	담당 업무
박정한	책임연구원	현지조사 총괄
홍문숙	연구원	면담/워크숍 및 일일 브리핑 진행
마연지	연구조원	일정 관리 및 자료수집, 현지조사 보고서 작성

□ 르완다 현지조사 세부 일정

일정	시간	면담기관	면담 참석자
2/24 (월)	오후	RBC (Rwanda Biomedical Center)	Dr. Karema Corine, Head of MOPDD (Malaria & Other Parasite Diseases Division)
2/25 (화)	오전	College of Medicine, University of Rwanda	Prof. Kakoma, Dean of the School of Public Health

		UNICEF	Ms. Noala Skinner, Representative Dr. Friday Ms. Jung Yun Park, Communication Officer
	오후	Belgium Cooperation(BTC)	Dr. Vincent Tihon, Technical advisor (Institutional support to the Ministry of Health)
2/26 (수)	오전	CHAI(Clinton Health Access Initiative)	Ms. Anurita Bains, Country Director
		Swiss Cooperation (SDC)	Mr. Tommaso Tabet, Regional Director
	오후	College of Medicine, University of Rwanda	Dr. Manasse Nzayirambaho, Lecturer
		Ministry of Health	Mr. Uwarirate Parfait, Director General, General Directorate of Planning & Health Information System Mr. Muhire Andrew, Incharge of HMIS Dr. Miyumbi Victor, Acting Director of MCH Mr. Twagirumukiza Emmanuel, Human Resource Development Incharge Dr. Rusanganwa Vincent Mr. Mukunzi Jean Louis, Ag Director Health Financing
2/27(목)	오전	Management Science for Health (MSH)	Mr. Bob de Wolfe, Technical Director/Deputy chief of Party
		USAID	Dr. Michael Karangwa, Health systems Strengthening advisor
	오후	Family Health International (FHI)360	Mr. Didier Rukabu Kamali, Country Representative
2/28(금)	오전	GIZ	Dr. Ulrike Maenner, Country Director
		MSH (Management Sciences for Health)	Mr. David Randolph Wilson, Sr. Advisor HIS & Data Use
	오후	KOICA 르완다사무소	Mr. 이명신, 부소장

II. 현지조사 회의별 내용

1 협력국 정부

가. 보건부

- 일시: 2014년 2월 26일 (수) 16:00-17:30
- 장소: 보건부
- 면담대상자: Mr. Uwariraye Parfait(Director general, General directorate of planning & health information system), Mr. Muhire Andrew(Health Managment Information System), Dr. Mivumbi Victor(Ag. director of MCH), Mr. Twagirumukiza Emmanuel(Human resources department), Mukunzi Jean Louis(Ag. director health financing), Mr. Rusanganwa Vincent.

주요 안건

1. 보건분야 주요 문제

- (보건 문제) 모자보건(높은 모성사망률과 신생아 사망률), 생식보건(청소년 임신, 높은 출산율), 어린이 영양부족
- (보건의료시스템 문제) 의료인력 및 의료장비가 유지하며, 의료장비를 유지 및 보수할 인력 또한 부족한 상태임.
 - 보건의료인력 분야의 개선이 필요한 상황임. 한국의 경험을 살려 협력할 수 있는 분야가 될 수 있을 것으로 보임(의과대학 설립 및 인력 트레이닝).

2. 한국의 비교우위

- (ICT) 르완다에는 유용하고 흥미로운 정보가 산재해 있지만 관리 및 활용이 잘 되지 않고 있음
 - ICT와 보건분야의 융합으로 시너지를 생성할 수 있을 것임.
- (보건분야 비교우위) 의료기술, 가족계획, 생식보건, 영양, 모자보건, 보건의료

정보시스템 관리, 서비스 제공을 위한 ICT 이용 등의 분야에 비교우위가 있는 것으로 보임.

3. RapidSMS에 대한 논의

○ RapidSMS는 현재 별다른 문제없이 효과적으로 작동하고 있는 것으로 보고됨.

나. RBC(Rwanda Biomedical Center)

- 일시: 2014년 2월 24일 (월) 14:30-16:00
- 장소: RBC (Rwanda Biomedical Center)
- 면담대상자: Dr. Karema Corine(Health of MOPDD(Malaria & other parasite diseases division))

주요 안전

1. RBC 소개

- (설립배경) 2011년에 더 나은 보건의료서비스 제공을 위한 시너지 효과를 만들어 내기 위한 목적으로 다양한 공공보건기관들을 통합해 설립함.
- (역할) 보건부 산하 기관으로 모자보건을 제외한 주로 전염성 질환, NCD 등에 대한 정책제언 및 연구, 모니터링의 역할을 함. 보건부 산하 기관이지만 관리나 재정은 독립적임.

2. 해당부서 MOPDD 소개

- (파트너십) 글로벌 펀드(Global Fund), USAID와 주로 협력하며, 주로 보건분야 자금지원을 통해 지원받는 형태가 아니라 대부분 프로젝트를 기반으로 함.
- (말라리아 감소(elimination)의 성공요인) 증거기반 인터벤션(evidence-based intervention), 리더십의 효과, 지방분권화된 사업 수행, 성과기반 재정(PBF, Performance-based financing: 급여의 30%만이 기본급이며, 70%는 성과급) 부정부패 척결(Zero tolerance for corruption), 질관리(Quality audit), 투명성(transparency) 및 책무성(accountability) 등이 말라리아를 대폭 감소시키는데

영향을 미침.

3. 보건의료체계 관련 논의

- (보건의료서비스 전달체계 개선) 질병부담의 80%가 지역사회 레벨에서 야기됨. 현재 기존의 3개 레벨(Referral hospital, district hospital, health center)에 새롭게 2개의 레벨(Provincial hospital, health post)를 추가하는 과정에 있음.
- (보건의료서비스 관련 이슈) 보건의료서비스 접근성에 대한 문제는 더 이상 심각한 상황이 아님. CBHI(Community-base health insurance)가 현재 92%의 르완다 인구를 커버하는 것으로 보고되며, 이제는 보건부의 정책 및 전략 시행은 서비스의 질을 향상하는데 초점을 맞추고 있음.
- (보건의료분야 개선 요인) 리더십, 각 레벨에서의 ownership, 보건부 내 정치적 배치가 아닌 능력 기반의 실무진 배치, PBF(Performance-based Financing), 상층위의 정책적 의지도 강하지만 하층위 인력의 기술적 역량도 좋은 편임.
- (지역사회 보건요원 관련) 초등교육을 이수한 사람 중에서 선발함. 마을별로 남자 1명과 여자 2명을 선발하고, 지역사회 보건요원으로 일하는 것의 사회적 지위가 어느 정도 인정됨. 10일 동안의 초기 트레이닝 후 주기적으로 보수교육을 통하여 역량을 강화하고자 함. 2006년 이후 실제 인력의 역량이 향상되기 시작한 것으로 보고됨.

4. 보건의료정보 및 지식 관리

- RBC의 독립적인 출간물은 없는 상태임.
- (보건의료정보시스템 관리 분야의 파트너십) 해당 파트너를 지원하는 특정 파트너나 공여기관은 없는 상태임.
- (보건분야 내 ICT 이용 현황) 지역사회 보건요원들은 휴대전화를 이용함. MOPDD는 말라리아 모니터링 및 리포팅 목적으로 대량의 휴대전화를 구매하여 이용할 계획임. KOICA와 UNICEF 간 체결된 종류의 파트너십을 말라리아 분야에 적용하고자 하는 바람이 있음.
- (커버리지) 92%에 달하는 공공부문과 모든 지역사회 보건의료시설에 대한 정보를 수집하고 있음.

- (민간부문과의 협력) 지난 해부터 민간부문과 협력하기 시작함. 총 220여 개 중 40개의 민간부문 보건의료시설을 커버하고 있는 실정임. 2년후까지 민간 부문 보건의료시설을 100% 커버하는 것이 보건부의 목표임. 프로그램 자체는 오픈소스(open-source) 기반이며 아직 안정성 측면은 보장되지 않고 있음.

5. 주요 과제(Challenges)

- (3대 전염성 질환: HIV/AIDS, 말라리아, 결핵) 이 분야는 일부 도너가 대규모의 지원을 해오고 있기 때문에 재정에 대한 예측성(predictability) 및 의존성(dependency)이 문제의 소지가 될 수 있음.
- (인구 증가) 높은 인구증가율로 인해 가족계획에 집중하고자 하는 의지가 있음. 피임률 증가 등의 지표를 달성하기 위해 노력 중임.
- (불평등 및 그룹간 격차) 지역 간 격차가 존재함. 그러나 다른 인구그룹에 비해 최빈곤층(the poorest group)에서 모성사망률이 더욱 감소했다는 연구 등은 실제 제공되는 보건의료서비스가 형평성을 향상하는데 기여하고 있다는 것을 의미하기도 함.

수집자료

- 파워포인트 파일: Health sector retreat- The power to dream and achieve together. January 2014.
- 파워포인트 파일: 10 years of successful partnership in HIV/AIDS, Malaria and TB.
- DHS(Demographic Health Survey) 2010. (하드카피).

가. USAID

- 일시: 2014년 2월 27일 (목) 10:00-11:30
- 장소: 주 르완다 미국 대사관
- 면담대상자: Mr. Michael Karangwa (Health systems strengthening specialist)

 주요 안건

1. USAID의 역할 및 지원 현황

- (역할) 타 미국기관인 CDC나 PEPFAR와는 구별되는 기관임. 그러나 USAID 내 모든 프로그램은 통합적으로 수행되고 있음.
- (보건 분야 내 역할) 보건분야 공여 협의체 내 공동의장을 맡고 있음(보건부가 의장).
- (주요 지원 형태) 자금 지원없이 프로그램/프로젝트를 수행하며, 한 가지 질병 문제 해결 중심에 근거한 지원이 아닌 통합 프로그램(integrated program)을 강조함.
- (Consolidated Operational Plan) USAID가 만든 Operational plan 초안을 가지고 보건부 및 타 파트너들과의 논의를 통해 보건부의 보건정책 및 전략과 조화, 일치하는 성과목표를 선정함.
 - 성과목표:
 1. 보건의료서비스 전달 강화 (Health service delivery strengthening)
 2. 건강 증진 및 사회 복지 (Health promotion & Social welfare)
 3. 보건의료시스템 강화 (Health system strengthening)
 - 주요 분야:
 1. 리더십 및 옹호 (Leadership & advocacy)
 2. 보건정책 (Health policy)

3. 관리 및 조정 (Management & coordination)- 보건의료인력, 의약품 공급, 보건재정, 민간부문 등
4. 평가 및 모니터링, 지식관리 (M&E and Knowledge management)

2. 보건 분야별 현황

- (e-Health) 지원규모가 크지 않은 상황에서 효율성을 높이기 위해서는 기술지원이 필요할 것으로 판단됨.
- (3차 보건의료) 고급 보건의료 인력이 필요한 상황임.

3. 파트너십

- (조달 현황) RBC(Rwanda Biomedical Center)를 통해 조달하기도 함. Joint procurement의 형태로 제한적인 기술적 지원이 이뤄지는 상태임. 현재 조달 과정에 관여하고 있지만 점차 파트너들에게 handover할 예정임.
- (우선순위 선정) EDPRS 아래 10개의 우선순위를 선정하는 과정에서 테크니컬 워킹 그룹(Technical Working Group)의 리뷰 반영해서 도출.

4. RapidSMS에 대한 의견

- 아직 비용효과성 분석이 이뤄진 적이 없으며, 현재는 RapidSMS가 잘 작동하고 있는 것으로 보여짐. 그러나 연구 및 분석을 통해 증명할 필요가 있다고 판단됨.

5. KOICA에 대한 제안 사항

- (지원가능할 것으로 판단되는 분야) 보건의료인력 지원, 1차 보건의료 분야 지원, 3차 보건의료 중 특정 분야 지원, e-health, 민간부문 보건의료 지원.

나. 벨기에 원조기관 (BTC)

- 일시: 2014년 2월 26일 (수) 14:00-15:30
- 장소: BTC office (보건부에 위치함)
- 면담대상자: Vincent Tihon (Technical Advisor/institutional supporter to MOH)

주요 안건

1. BTC 소개

- (역할) 보건 분야 주요 공여기관 중 하나임. 보건 분야 외에 에너지(energy), 지방분권화(decentralization), 거버넌스(governance) 분야에서 주요 공여기관으로서 역할을 맡고 있음.
- (면담자 정보) HIV/AIDS, 결핵, 말라리아 전문가임.

2. 르완다 내 주요 보건문제

- (모자보건) 신생아 출생 후 1주간 사망률 및 질병 이환율이 매우 높음.
- (접근성) 접근성이 많이 향상되고 있지만 아직 지역적으로 소외된 곳들과 인력이 부족한 지역들이 있음. 특히 조산사와 자격을 갖춘 간호사들 부족함.
 - 경제적 접근성: CBHI(Community-based Health Insurance)의 커버리지가 높으므로 주요 문제는 아님.
- (정신보건) 특수한 역사적 배경으로 인해서 외상 후 스트레스 장애 환자가 많음.

3. CBHI 관련

- (수혜대상) 6개의 인구그룹으로 나눔. 1-2 그룹은 하루 소득이 1불 이하인 인구이며 전체인구의 25-28%를 차지함. 보험료 면제받음. 3-4 그룹은 하루 소득 3-4불. 5-6 그룹은 그 외 인구로 전체 인구의 10%를 차지함(자세한 내용은 문헌 참고할 것). 매월 7월 보험료 납부하게 됨.
- (체계) 보험카드가 주어짐. 전원(referral) 체계를 따라 진료받는 경우에는 진료비의 10%만 부과되지만 그렇지 않고, 2-3차 보건의료시설로 바로 내원할 경우 진료비를 100% 지불하게 됨.

4. 주요 지원 분야

- 지방 분권화와 보건의료서비스 제공의 질 향상에 초점을 맞추고 있음.
- (지방 분권화) 지방 정부의 경우에는 기획 및 모니터링 시스템과 역량이 취약하며, 보건의료시설의 의료장비 관리가 제대로 되지 않고 있음.
- (보건의료서비스 질 향상) 보건의료인력의 경우 미국에 의해 전문의 및 조산사 인

력 양성을 위해 대규모로 지원받고 있음.

5. 기타 이슈

- (파트너) 보건분야 공여기관으로는 USAID, BTC, SDC. 주로 다자기관만 남아있음. GIZ는 주로 모자보건 분야에 지원하곤 했으나 더 이상 보건 분야 지원하지 않음.
- (보건의료시설 및 인력 현황 및 지원) 일차 보건의료를 담당하는 보건지소(health post)는 주로 지역사회 보건요원이 Rapid SMS 등의 툴을 통해, 보건소(health center)는 간호사, 디스트릭트 병원(district hospital)은 주로 의사 인력이 중심이 됨.
 - 보건부가 BTC에 1차 보건의료시설 및 서비스를 개선할 수 있는 지원을 의뢰한 적 있으나, 현재 1차 보건의료보다는 디스트릭트 병원시설과 해당 서비스 및 인력을 개선하는 것이 더 필요함.
 - 보건지소(health post)는 지역이나 시행에 따라 격차가 있을 수 있지만 대부분 기능하고 있음.
 - National referral hospital이 더 필요한 상황임(현재 2개가 있음). 비용과 질 이슈가 동반될 수 있음.
- (보건의료시스템 문제점) 여전히 시스템에 취약한 면이 있으며 외부의존도가 여전히 높음. 파트너십을 위한 강력한 플랫폼이 없음.

6. 제안점

- (신흥 공여국에 대한 제안점) good dialogue와 coordination이 필요함. 국가보건분야전략에 조화일치해야 할 필요가 있음.
- (KOICA와 e-health) KOICA가 e-health 분야의 지원을 효과적으로 제공하기 위해 서는 코디네이션이 중요하며, 대학협력 등이 활용될 수 있을 것임.
- 보건부는 각 공여기관과의 개별적 상호작용을 선호함.
- (병원건립 및 의과대학 설립 지원에 대한 의견) 추후 유지 및 보수 문제나 비용 문제로 인프라 구축 지원은 추천하고 싶지 않음.

수집자료

- Final report for Institutional support program to the conception and implementation of a strategic health development plan for Kigali - PAPSDSK. November 2013.
- Situation analysis of health sector by JANS.
- Situation analysis of health sector -internal review.
- Draft document from WHO on women's and children's health in Rwanda and post-2015 perspectives (내부 자료).

다. SDC

- 일시: 2014년 2월 26일 (수) 10:30-11:30
- 장소: 주 르완다 스위스 대사관
- 면담대상자: Mr. Tommaso Tabet (Regional director)

주요 안건

1. SDC의 보건분야 지원 현황

- (지원 형태) 일반 예산지원을 중단하고 섹터예산만을 지원하고 있는 상태임.
- (타 공여기관의 지원 현황) 원조분업에 따라 GIZ와 DFID는 더 이상 보건분야에 지원하지 않는 상태임.
- 보건 분야 내에 전반적인 지원 규모가 감소함.

2. 프로그램 시행

- (Great Lakes 프로그램) 르완다-DR콩고-부룬디 지역의 평화 및 안정을 위한 개발 프로그램으로 프로그램 내 보건사업을 시행하고 있음. 젠더기반폭력이나 정신 보건 등의 이슈를 3개 국가에서 다른 각도에서 접근하여 적용 및 관리하고

있음. 문제 해결을 위해 의학적, 정신학적, 법적 측면 등에서 통합적으로 접근하고자 함.

- (주요 지원분야) 모자 보건 및 영양.
- (프로그램 설계) 주로 사업수행 파트너와의 논의를 통해 프로그램을 설계하고자 함.
- (프로그램 시행) 지역 단위의 타 기관들과의 협력하고자 함.

3. 보건의료시스템 지원

- (보건의료인력 지원) BTC가 보건의료인력의 역량 강화를 위한 트레이닝을 지원하고 있음. 지방에서는 일대일 코칭을 통해 트레이닝과 모니터링을 제공함.

4. 주요 과제

- 르완다는 다른 국가들에 비해 프로그램을 시행하고 결과를 얻기가 수월한 국가인 편임.
- 그러나 여전히, 보건의료인력의 역량 문제와 전국민보건의료보험의 재정문제 등이 주요 과제로 남아있음.

라. GIZ

- 일시: 2014년 2월 28일 (금) 9:00-10:30
- 장소: GIZ 사무소
- 면담대상자: Dr. Ulrike Maenner(Contry director)

주요 안건

1. GIZ의 보건 분야 지원

- (지원 현황) 30년간 르완다의 보건 분야에서 지원해 왔으나 2012년 보건 분야 지원을 종료하였음. 현재는 민간부문 개발(private sector development), 직업훈

련(TVET), 거버넌스 및 지방분권화(good governance & decentralization) 분야에 지원하고 있음.

- (과거 주요 지원 분야) 하위분야(sub-sector) 그룹에 대한 중재, 지역사회 내 기초보건의료 지원 등의 역할을 함. 보건소나 디스트릭트(district) 병원에 대한 지원(다른 공여기관들이 주요 지원하지 않는 분야임) 외에도 모자보건 사업을 해 왔음.
- (봉사단 파견) 가족 계획 및 청소년 그룹을 지원하며, 주로 의사 등의 고급인력을 파견해 현지 인력의 역량을 강화하는데 지원함. 대학병원 간 협력사업도 수행함.

2. 파트너십

- 정부와의 협력을 중요하게 여김. 반면에 GIZ 본부로부터의 자율성은 높음. 높은 자율성으로 인해 수요에 따른 모달리티의 사업 내용의 변경이 수월한 편이었음.
- (정부의 원조분업) 효과적으로 지원하는 데 도움이 될 수 있으나 의존성 문제를 심화시킬 수 있다는 위험성이 있음.

3. 신흥 공여국에 대한 제언

- 정부와의 협력도 중요하지만 무엇보다 시민사회 및 민간부문과의 협력이 중요할 것임.

수집자료

- Evaluation report of health sector aid of GIZ in Rwanda. (아직 정식으로 출간되지 않아, 기다리고 있는 상태이며, 출간되는 대로 보내줄 예정임)

가. UNICEF

- 일시: 2014년 2월 25일 (화) 11:00-12:00
- 장소: UNICEF 르완다 사무소
- 면담대상자: Ms. Noala Skinner(Representative), Dr. Friday Achilefu Nwaigwe(Chief of health & nutrition), Ms. Jungyun Park(Communicatio officer).

 주요 안건

1. UNICEF Rwanda 중점 지원 분야

- (중점 분야) 모자보건, 영양, HIV/AIDS, 식수 및 위생, 보건의료시스템 강화.
- (대상) 다양한 그룹을 포괄하는 취약 계층 아동을 대상으로 함.

2. 르완다 내 보건 현황

- (현황) 전반적인 모자보건 지표들 대폭 향상되었으나, 신생아 사망률 및 영양 문제(특히 stunting)는 아직 심각함.
- (개선 요인) 리더십 및 CHWs의 네트워크가 보건 분야 지표 개선에 긍정적인 영향을 미침.
- (제시된 주요 보건이슈) 가족계획, 기대수명, NCD, 신생아 사망률, 영양(stunting), 보건의료서비스 질 문제, 보건의료서비스 전달 문제, 보건의료시설 내 위생, 환자 서비스 등이 주로 개선이 필요한 이슈로 꼽힘.
- (신생아 사망) 환경요인 개선 및 말라리아 및 설사 감소로 영아 사망률 자체는 감소했지만 신생아 사망률을 여전히 심각한 문제로 남아있음. 근본적인 원인이 무엇인지는 의문임.

- (영양) 만성적 영양실조(Chronic malnutrition)이 문제가 됨. 모유수유율이 83%에 달하지만, 모유수유가 끝나는 6개월부터 24개월까지 영양불균형으로 인한 발육부진(stunting) 문제가 심각함.

3. 파트너십

- (정부와의 파트너십) UN기구들 중 교육 (DFID와 함께), 사회보호, 보건 (USAID) 분야 지원을 주도하고 있음. 식수 및 위생 분야에는 silent donor로서 지원하고 있음.

4. KOICA에 대한 제언

- 새로운 분야를 지원하는 것이 아니라, EDPRS II을 수립하는 과정에서 이미 논의된 구조적이고 근본적인 이슈를 개선하는 것이 중요할 것으로 보임.

5. RapidSMS

- (목적) 출생시부터 1000일까지 체중 및 상태를 추적함으로써 발육부진(stunting)을 방지하고자 함.
- (실행) “임신-출산-신생아-community case integrated management(폐렴, 설사, 말라리아)-출생 후 관리(6개월-24개월)”의 일련의 과정을 팔로우업 및 인터벤션(intervention)하고자 함.
- (현황) Rapid SMS 프로젝트는 2009년 시작되었으며 평가는 2014년에 실시할 예정임. 올해 전반적 트레이닝이 종료된 상태임. 커뮤니티 레벨에서의 트레이닝이 더 필요함.
- 단순한 데이터 수집이 아닌 지적 시스템(intellectual system)이라고 평가할 수 있음.
- (주요 과제) 사용자 데이터를 개선하는 것, 전기 공급 문제 등이 있음.
- 모성사망률 감소에 직접적인 영향을 가져올 수 있는 혁신적인 사업으로 기대하고 있음.

4 학계 및 시민사회

가. CHAI (Clinton Health Access Initiative)

- 일시: 2014년 2월 26일 (수) 09:00-10:00
- 장소: Clinton Foundation 사무소
- 면담대상자: Anurita Bains(Country director)

주요 안건

1. CHAI 소개

- (중점 분야) HIV/AIDS 및 영양 분야에서 주로 지원함. 오너십(ownership)을 향상하기 위한 프로젝트 수행함.
- (파트너십) 정부와 직접적으로 협력해서 일함. 25명의 스태프 중 다수가 보건부 내 사무소에 배치되어 있음. 직접 사업을 수행하기 위한 지원은 하지 않음. DIFD, AusAID, Rockefeller Foundation, Bill & Melinda Gates Foundation에서 지원받음.
- (그 외 역할) 정책 수행하는 역할을 맡고 있는 RBC(Rwanda Biomedical Center)를 지원하는 역할을 함. 주요 분야는 전략 지원, 재정관리 지원, 비즈니스 개발(business development) 지원임.
- (평가) 평가 보고서는 아직 발간된 적 없음. 최근 고려하고 있음.

2. 주요 프로그램

- (HIV/AIDS 분야) 항레트로바이러스 치료(ART, Antiretroviral therapy)를 확산 보급하는데 중점을 둠. 아프리카 여러 국가에서 필요한 수량의 ART 약제의 가격을 제약회사와 협상함으로써 각 국가정부 및 공여기관이 낮은 가격에 공급할 수 있도록 하는 역할을 함.

- (보건의료인력 강화, HRH; Human Resources for Health) 미국 의과대학들과 협력해 전문의료인력을 양성하고자 함.
- (영양) CHAI가 식량생산자(농부)들에게 지원함으로써 생산된 식량을 보건부를 통해서 공급대상(주로 mothers)에게 공급하는 체계.

나. MSH (Management Sciences for Health)

- 일시: 2014년 2월 27일 (목) 8:30-9:30
- 장소: MSH office
- 면담대상자: Bob de Wolfe (Technical director/Deputy chief of party)

주요 안건

1. MSH 소개

- (현재 주요 프로그램) "IHSSP(Integrated Health System Strengthening Project)"
- (역할) 보건부에 기술적 지원을 제공하며 USAID에 의해 지원받음.
- (보건정보시스템 분야, HMIS; Health Management Information System) 병렬적으로 존재하는 여러 정보관리 프로그램 및 시스템들을 통합하여 통합된 보건의료정보시스템을 구축함. DHIS(District Health Information System) 관리를 통해 디스트릭트 레벨(district level)에서 지속적으로 데이터를 수집하고 이를 축적해 오고 있음. 지역사회 보건요원에게 휴대전화를 지급하고 활용방법을 트레이닝 해옴.
- (PBB, Performance-based financing) 2003년부터 2009년까지 7년 가량에 걸친 시범사업(Piloting)을 통해 보건부의 재정 및 인력 관리에 PBF(Performance-based financing)를 도입함.
- (CBHI, Community-based health insurance) CBHI를 개발하는 데 기술지원함. 전체 인구를 6개 인구 그룹으로 나누어 보험료를 차별 부과하도록 함. 500명의 데이터 입력 인력 고용해서 모든 데이터를 전산화함으로써 기존의 cookie jar system (계산과 계획에 따르는 것이 아니라 모자라면 채워 넣는 시스템)을 개선해 보험관리를 위한 재정관리 툴을 소개함.

- (보건의료서비스 비용 분석에 대한 연구) NRH(National referral hospital, DH(District hospital), HC(Health center)에서 실제로 발생하는 보건의료서비스 비용을 측정하고자 함. 올해는 기존에 축적된 데이터를 갱신하는 것을 목표로 하고 있으며, 최종적으로는 표준화된 가격 틀을 만들어 보험회사들이 공통적으로 적용할 수 있게 하고자 함. 이를 근거로 가장 적합한 수가제를 찾아내고자 함.

2. 르완다 보건의료시스템

- (강점) CBHI는 80% 이상의 인구를 커버하며 보건의료서비스에 대한 경제적 접근성을 향상하는데 크게 기여함.
- (약점) 보건의료인력의 미흡과 지방분권화의 시행.
- (보건의료인력 분야)
 - 통합적 보건의료인력 정보시스템(IHRIS; Integrated Human Resource Information System)을 구축하고자 몇 년 전 시도했으나 실패 후, 최근 다시 도입하여 시도하고 있음.
 - 정부는 전문의확보에 노력을 많이 기울임.
 - 보건의료인력을 직접적으로 개발하지는 않고 보건의료인력의 관리에 대한 기술적 지원에 관여함.

3. 기회요인 및 제한점

- (기회요인) 르완다 내 보건 분야를 지원하는데 있어 정부의 강력한 거버넌스 및 리더십, 높은 관여도(involvement)가 긍정적인 요인으로 작용함.
- (제한점) 하드웨어 문제, 소프트웨어 문제 및 인력 문제가 있지만 극복해 오고 있음.

4. 그 외 이슈

- (파트너십) USAID가 90%의 재정을 지원하고 있으며 그 외에 Rockefeller foundation의 지원을 받고 있음. 공여기관을 다양화 하고자 하는 의지가 있음.
- (보건부의 파트너십에 대한 의견) 대체적으로 긍정적으로 평가함. 보건분야 공여 협의체(Sector Working Group)과 12개의 테크니컬 워킹그룹(Technical Working Group)이 잘 조직되어 있으며 작동하고 있음. 그러나 유연성이 낮으며, 보건부의 협력기관 및 지원기관들이 프로젝트를 진행하는 속도나 다른 변수에 대해서 보건

부의 의견이 맞추어야 한다는 점이 있음.

*RapidSMS 관련 논의를 위한 전문가 추천해 줌

수집자료

- 각종 브로셔들 (하드 카피).

다. MSH (Management Sciences for Health)

- 일사: 2014년 2월 28일 (금) 14:00-15:00
- 장소: MSH office
- 면담대상자: David Randolph Wilson (Sr. Advisor, Health Information System & Data Use)

주요 안전

1. 르완다의 m-health

- 르완다의 m-health 프로그램에 대한 접근은 더욱 조직적이고 효과적이었음.
 - HIV 데이터 축적 프로그램: 7년 전 Voxiva라는 회사와 협력하여 'Integrated voice response' 프로젝트. HIV 관련 데이터를 축적하려는 목적으로 시작되었음.

2. Rapid SMS 관련 논의

- 중요한 점은 Rapid SMS는 SMS를 통해 대상인구집단과 지역사회 보건요원 사이의 커뮤니케이션을 지속적으로 유지해 준다는 것임. 더불어 모니터링의 역할도 함.
- (문제점) 프로젝트의 효과성이 예측됨에 따라 다양한 이해관계자가 참여하고

싶어하며, 점점 너무 많고 다양한 데이터를 포함시키려고 하고 있음. 현재 목표는 신생아의 1000일간의 데이터를 축적하는 것인데 총 150만 명 가량의 대상인구가 있다고 할 때, 이에 소요되는 비용은 매우 클 것이며 특정한 데이터들은 잘 활용되지 못할 가능성이 높음.

- (효과성) 예를 들어 산모에게 문제가 발생할 경우, 바로 개입이 가능함. 그러나 모든 상황에 다 적용될 수는 없으므로 너무 많은 기능을 추가하려 하는 것보다 제한된 기능에 집중해서 투자하는 것이 더욱 효과적일 것으로 보임.
- (비용) 비용은 대규모 통신 회사(MTN이나 Airtel 등)와의 민관협력(PPP)를 통해 해결해야 할 것임.
- (지역사회 보건요원 관련 이슈) 프로젝트 참여를 통한 이들에 대한 보상은 6개의 지표로 측정되는 PBF를 통해 조합으로 모이게 됨. 이는 지역사회 개발에 사용됨. 보건요원들은 조합으로부터 약간의 보수를 받는 방식임.
 - PBF 방식: 예를 들어 임산부 1명마다 보건 요원들은 임산부에게 8개의 다른 종류의 SMS를 발신해야 하는데, 8개가 모두 발신될 경우 보수를 100% 지급받게 됨)
- (서비스 제공 지원) Rapid SMS를 통해 병원으로 보내진 환자들을 감당할 수 있는 시설 및 역량에 대한 의문이 있으나, 르완다는 전반적으로 보건의료시설 인프라가 잘 갖춰진 편임.
 - 보건소: 신생아 케어나 산과 서비스를 제공할 수 있는 패키지를 갖추고 있음(EOMC, Emergency Obstetric Medical Care). 앰불런스를 운영하기 위한 시스템도 갖추고 있으며 거의 매 디스트릭트(district) 병원마다 앰불런스를 보유하고 있으나 효과적으로 이용되고 있는지에 대해서는 의문이 있음.
 - 인력 보유: 보건소에서는 간호사가 핵심 인력이며, 각 보건소마다 약 10명의 간호사가 근무하고 있음.
- (기타 관련 이슈)
 - 데이터: 실제 데이터와 격차가 크지 않은 지표들도 있지만, 특정 지표의 경우(예: 아동 몸무게)는 페이퍼에 기록되는 데이터와 Rapid SMS로 수집되어 축적된 데이터 간에 차이가 큰 것으로 보고됨.
 - 개인정보 및 사생활 보호: 보건요원마다 비밀번호를 가지고 있어서 누구나 데이터에 접근할 수 있는 것은 아님.

○ (주요 과제)

- 비용 문제: 핸드폰을 교체하는 비용 문제와 전반적 비용으로 인한 지속 가능성에 대한 의문이 있음. 최근 스마트폰으로 교체하여 지급하자는 제안이 있으나, 이 경우 휴대전화 충전 문제나 인터넷을 사용하기 위해 부가적으로 지급되어야 하는 비용 등 새로운 문제들이 지적됨. 비용문제는 PPP를 통해 절감할 수 있지만 그렇다고 해도 비용-효과성은 보장되지 않을 것으로 보임.
- 오너십(ownership) 문제: 마다가스카르에서 자전거 나눠주기 프로젝트의 사례를 통해 오너십(ownership) 문제가 중요함을 배울 수 있음. (사례: 보건요원들에게 자전거를 나눠주고 추후에 지역을 옮기거나 그만 둘 시 반납하도록 했는데, 이 경우에는 자전거 부품을 팔거나 금새 고장이 나도록 쓰는 경우가 빈번했음. 이후 정책을 바꾸어 자전거를 일정기간 이상 쓰면 본인 소유가 되는 혜택을 주자, 자전거의 유지 및 보수가 확실히 개선되는 결과가 나옴.)

3. SMS를 통한 의약품 재고 관리

- 휴대전화를 통한 의약품 공급 체인 관리 시스템을 도입하고 있음.
- 공급이 필요한 약품의 종류가 보통 10개 내지 15개로 종류가 다양하여 약품명 및 관련사항을 모두 입력하여 전달하기에는 힘든 점이 있음. 때문에 일단 1개의 SMS로 정보를 전달 가능한 일부 약품들에 대해서 실행을 시작하려고 함.
- 국내 제약회사인 Camerowa와 협력하고 있음.

4. 제안점

- Rapid SMS의 시도는 긍정적으로 보임. 너무 많은 기능을 추가하려 하지 않는다면 충분히 잘 작동할 수 있을 것임. DHIS(District Health Information System) 등을 다른 정보시스템에 추후 반영할 수 있는 좋은 사례가 될 것임.
- (Rapid SMS 평가) MSH는 Rapid SMS에 대한 영향평가(impact evaluation)을 시행하고자 하는 의지가 있지만 보건부에서는 아직은 시기가 이르다는 반응을 보이고 있음.

라. FHI 360 (Family Health International 360)

- 일시: 2014년 2월 27일 (목) 11:30-12:30
- 장소: FHI 360 office
- 면담대상자: Mr. Didier Rukabu Kamali (Country representative)

주요 안건

1. FHI 360 소개

- (역할) Health Development Partner(HDP-USAID, BTC, SDC, WHO, UNICEF 등이 속함)에 속하며, 정부 정책에 대한 기술적 지원을 제공함. 생식보건, 가족 계획, 모자보건, HIV/AIDS 등의 분야에 해당함. 특히 HIV/AIDS 예방 분야에서 주요 대상인구집단인 섹스워커(sex worker)나 MSM(Men who have sex with men) 등을 지원하는 데 있어 보건부의 주요 파트너임.
- (영양 프로그램) 6개 디스트릭트(district)에서 시행하고 있음.
- (교육 프로그램) 온라인 포털을 이용해 강사 및 교사들에게 티칭 자료를 제공하며 매달 트레이닝을 제공하고 있음. 과거 Academy for Education and Development(AED)를 인수합병한 바 있음.
- (기타) 'Progress'라는 연구 프로젝트를 수행하고 있으며, 서비스 제공 역할을 함.
- (파트너) 주요 도너는 USAID, DFID임. 사업 수행에 있어서는 지역사회 기반 기관들, 조합, 지역사회 보건의료시설들과 협력하고 있음.
 - NGOs: 주요 현지 NGO 파트너로는 Ihoreremunyarwanda organization(HIV/AIDS 분야), Asoferwa, Rwanda Youth Action for Development(RYAD)가 있음. 대부분의 현지 NGO들은 적합한 역량을 갖추지 못한 경우가 많으므로 적절한 모니터링이 요구됨.
 - 등록된 NGO 목록은 RGB(Rwanda Governance Board)에서 확인 가능함.
- (사례) USAID가 지원하며 보건부 및 Chemonics International와 협력하는 "Rwanda Family Health Project"가 있음.

2. 제안점

- (Rapid SMS에 대한 의견) 좋은 도구임에는 확실함. 르완다의 보건의료시스템이 지역사회 보건 및 지역사회 보건요원의 역할에 기반하고 있기 때문에 적합한 도구라고 판단되며 잘 작동하고 있는 것으로 보임.
 - 문제점: 지속가능성 이슈가 제기될 수 있음. 지역사회 보건요원의 동기부여가 시스템 자체의 큰 약점이 될 수 있음. 아무리 프로그램이 효과적이더라도 비용이 문제가 될 수 있음(비용 효과성). 정부가 해당 프로그램을 지속 가능하게 유지하기 위해서는 어떤 종류의 노력이 투입되어야 할 지 논의가 필요함.
- (지원이 가장 필요한 분야) 보건의료서비스에 대한 접근성은 어느 정도 확보된 상태이나, 디스트릭트 레벨(district level)에서 통합적으로 서비스를 제공할 수 있는 원스탑센터(one-stop center)같은 서비스 제공방식도 필요할 것으로 보임.
- (모자보건 및 가족계획 분야) 해당 서비스를 제공하는 대부분의 보건의료시설은 공공시설이 아니라 대부분 종교기반시설임.
- (KOICA의 보건분야 지원에 대한 의견) 르완다 내 보건 분야 지원을 위해서는 일단 HDP에 참여함으로써 중앙정부를 통해 접근해야 할 것임.

마. 르완다 대학 보건대학원 부학장

- 일시: 2014년 2월 25일 (화) 8:30-9:30
- 장소: 르완다 대학 보건대학원
- 면담대상자: Dr. Jeanrie Conob (Deputy dean, Univ. of Rwanda School of Public Health)

주요 안건

1. 르완다 대학 보건대학원 소개

- (브로셔 참고할 것)
- (협력대학) 버클리 대학(Berckely Univ.), 하버드 대학(Harvard Univ.), 툴레인

대학(Tulane Univ.), 가텐버그 대학(Gothenberg Univ.), 읍살라 대학(Uppsala Univ.) 등.

- (파트너) Global Fund, CDC(공개경쟁), Rockefeller Foundation 등
- (진행 연구) PBF에 대한 영향 평가(World Bank 지원), 지난 해 20개 이상의 발간물 출간함.
- (타 연구기관) NISR(National Institute of Statistics Rwanda)는 정부를 위한 데이터 수집을 주로 함.

2. 개선이 필요한 우선순위 보건 이슈

- (영양) 특히 5세 미만 아동의 영양 문제. 다른 지표들의 향상에도 불구하고 5세 미만 아동의 영양, 특히 발육 부진(stunting)은 아직 지표가 많이 개선되지 않은 상태임. 아직 근본적인 원인을 찾는 중임. 아마도 출생 전부터 문제가 되는 것이 아닐까 추측하지만 연구가 필요할 것임. 저체중아 출산율이 높은 편임.
 - 관련 연구: World Bank의 출생 후 1000일 영양 연구, RBC의 스프링클을 이용한 미량영양소 공급 프로젝트에 대한 효과성 평가 연구, 멕시코에서 시행된 프로젝트에 대한 연구(현금이 아닌 식량 쿠폰을 제공함), TIPS 연구 등을 참고할 수 있음.
- (NCD) 최근 부각되고 있는 이슈임.
- (조기 신생아 사망(Early neonatal death)) DHS에 따르면 산후 건강관리가 취약한 상태임. 조기 신생아 사망에 대한 구체적인 연구는 아직 없음. 모자보건을 증진하기 위한 RapidSMS의 적용 및 효과성은 평가가 필요함. Rapid SMS는 전국적으로 적용되고는 있지만 시행 정도는 지역마다 다름.
- (통증완화치료;Palliative care for chronic diseases)
- (약사 양성) 부족한 수의 의사의 역할을 보완 및 대체할 수 있는 약사인력을 더 많이 양성하고자 함.
- (불평등 및 격차) 서부지역이 소외되고 있으며, 도농간 격차가 심함.

3. KOICA가 지원할 분야에 대한 제언

- (근거 기반 연구) 'evidence-base'는 대통령이 강조하고 있으며 이에 관련 강력한 이니셔티브 추진함.

- (DSS: District and surveillance site) 방글라데시에서 성공적으로 DSS 시행한 적 있음. 이에 대해 연구해 볼 가치가 있음.

수집자료

- University of Rwanda, School of Public Health 소개 브로셔. (하드카피)
- Annual report (받을 예정임)
- SIDA 프로젝트 제안서 (받을 예정임)

바. 르완다 대학 보건대학원 보건전문가

- 일시: 2014년 2월 26일 (수) 14:00-15:00
- 장소: 르완다 대학 보건대학원
- 면담대상자: Dr. Manasse Nzayirambaho (보건전문가)

주요 안전

1. 르완다 내 주요 보건 이슈

- 빈곤이 근본적 요인으로 지적됨.
- (서비스의 질) 접근성보다는 서비스의 질 향상이 주요 이슈임. 상급 병원에서도 서비스의 질이 좋은 편이 아님.
- (보건의료인력) 보건의료인력 양과 질 모두가 문제임. 전문의가 부족하며 보건소에는 조산사가 부족한 상황임.
- (지역적 접근성) 많이 향상되었지만 아직 개선되어야 할 여지가 있음. 보건소까지 1시간 이상 걸리는 지역들이 있음.
- (재정적 지속 가능성) 공여기관에 대한 의존성이 높음.
- (의료장비 유지 및 보수 문제) 첨단 장비가 도입됨에도 불구하고 1-2년 뒤에는 유

지 보수의 이유로 사용되지 못하고 있음.

- (약품공급) 약품이 원활히 공급되지 못함.

2. 파트너십

- (현황 및 문제점) 보건분야에 재정지원이 감소함. 이해 관계자들 간의 정책성 방향성이 불일치하는 경우들이 있음. 보건 분야 내에서 문제점들은 낮은 동기나 관심으로 인해 발생하기도 함(장비의 유지보수 문제 등).
- (원조분업의 영향) 정부 및 공여기관들이 상호보완하며 긍정적으로 작용하고 있음. 각 공여기관의 전문 분야 및 비교우위가 다르므로 한국은 보건 분야 파트너로 환영받아야 할 것임.

3. 그 외 이슈

- (소외지역) 거의 없다고 볼 수 있음. 모든 지역에서 보건의료인력이나 재정 상황은 거의 비슷한 상황임. 키갈리만 예외적임. 70%의 인구가 보건소에 1시간 내에 접근할 수 있음.
- (지원 대상) 전체 인구 중 가장 빈곤한 20%가 어디에 위치하는 지를 보아야 할 것. CBHI의 혜택으로 빈곤층이 보건의료서비스를 취하는 데 있어서 특별히 재정적 접근성이 떨어지는 것은 아니지만, 보건의료시설에서 불공정하게 대접받을 수 있음.
- (연구 및 데이터 관리) 흥미롭고 유익한 연구 결과들이 많음에도 불구하고 지식관리가 되지 않고 있음. 심각한 보건 문제를 밝히고 이슈화시켜 해결할 수 있는 기반이 되는 연구의 활성화가 필요함. 더 효과적인 사업수행을 위한 원인분석이 연구를 통해 이루어져야 할 것임. 축적된 연구 데이터를 관리하는 것도 중요할 것임.

- 일시: 2014년 2월 28일 (금) 14:00-15:00
- 장소: KOICA 사무소
- 면담참석자: 이명신 (부소장), 조은영 (프로그램 코디네이터)

주요 안건

1. 주요 보건문제

- (아동보건) 신생아 사망률, Malnutrition, Stunting
- (모성보건) 모성사망률, 가족계획
- (비전염성 질환)

2. 협력국 파트너십 상황

- (Division of Labor) 각 섹터에 3개씩 챔피언 국가(보건분야-USAID, BTC, SDC)가 주도적으로 지원하도록 하는 체계이므로 이해관계자 맵핑을 정확하게 하는 것이 중요함.
- (HDP 참여) 보건 분야 지원을 위해서는 HDP (Health Development Partners)에 참여하면서 상황을 파악하며 접근해야 할 것.

3. 한국의 지원가능 분야

- (eHealth) Rapid SMS는 3년 동안의 사업 이후에는 섹터 간 사업으로써 활용될 수 있을 것임. 다만 비용효과성 에 대한 연구평가 및 고려가 필요할 것. Data & knowledge management는 산재되어 있는 보건분야의 정보, 연구 등을 관리하는 시스템을 개발하는 데 지원할 수 있을 것.
- (보건의료인력 역량강화 및 트레이닝 지원) 기존의 전문 인력과 전문성을 활용하여 지원할 수 있을 것.

4. 시사점

- (지원 방향) 타 국가처럼 보건 분야 내 여러 가지 하위분위에 수요가 있는 것이 아니므로, 인터벤션 포인트를 정확히 겨냥해서 지원할 경우 효과를 기대할 수 있을 것. (예: HMIS(Health Management Information System) 지원을 통한 모자보건 향상)
- (모달리티) CPS에서 중점협력분야로 선정될 경우, 양자를 통해 HSS(Health System Strengthening) 지원 가능.
 - CPS에서 중점협력분야로 선정되지 않을 경우, 연수 및 기술협력 등을 통해 지원할 수 있을 것.
 - 중장기자문단 파견을 통한 정책 레벨의 컨설팅도 가능할 수 있을 것. 봉사단 파견 시 기존과 같이 주니어 레벨의 인력보다는 전문성 있는 인력을 파견하는 것이 의미 있을 것. NGO 사업의 경우 영양 등 사업 수행 분야에 대한 고려가 있으면 더욱 큰 효과를 낼 수 있을 것.
 - 빈곤퇴치기여금: 현재 르완다에서 활동하고 있는 국내 NGO 사업을 추가 지원하는 등 의미 있는 활용이 가능할 것.
- (Rapid SMS) Signature project로서 RapidSMS 사업을 의미있게 운영하는 것이 매우 중요할 것.
 - UNICEF로 파견된 KMCO를 RapidSMS 사업과 연관해 활용할 수 있는 계획이 필요함.
 - 기존에 시행된 타국가 RapidSMS 사업에 대한 연구가 필요할 것.
 - 단기 성과는 가시적이겠지만 장기적인 임팩트를 내기는 쉽지 않을 것. Stand-alone project가 되지 않도록 하는 것이 중요할 것.
 - RapidSMS의 impact: 모성사망률은 다른 보건지표에도 큰 영향을 미치므로 (아동 사망률 등) 중요성이 더 큼.
- (다른 분야 접목 지원) 보건 분야의 단독적인 지원도 중요하지만, 르완다에서는 다른 분야와 접목해서 지원하는 것이 의미있을 것.
- (CSO와의 파트너십) 르완다의 보건분야는 CSOs의 활동이 활발하기보다는 정부의 서비스 전달 시스템 및 이를 수행하고 보조/지원하는 기관들이 의미있는 프로그램을 많이 시행하고 있음 (예: MSH). 이러한 기관과 파트너십을 맺는 것도 긍정적인 효과를 낼 수 있음.

- (실행전략의 공유) CPS의 분야별 전략 및 실행전략을 협력국내 타 공여기관 및 파트너와 공유하고 협력하는 것이 중요함.

/끝/

연구자료 서아프리카 2014-18-215

아프리카지역 보건분야 협력방안 연구 시리즈 3 :
르완다 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-B260003-000482-01

연구자료

서아프리카 2014-18-215



아프리카지역 보건분야
협력방안 연구 시리즈 3 : 르완다 사례



KOICA

한국국제협력단

461-833 경기도 성남시 수정구 대왕판교로 825

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

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