발간 등록 번호
11-B260003-000483-01

Happiness for ALL, with Global KOICA

아프리카지역 보건분야 협력방안 연구 시리즈 4 : 모잠비크 사례

2014. 8

KOICA 한국국제협력단
WORLD FRIENDS KOREA

아프리카지역 보건분야
협력방안 연구 시리즈 4 : 모잠비크 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 ····· 7

나. 보건의료시스템 ····· 10
1) 개요 ····· 11
2) 리더십과 거버넌스 (Leadership & Governance) ····· 12
3) 보건의료재정 (Health Financing) ····· 15
4) 보건의료서비스 전달 체계 (Health Service Delivery System) ····· 17
5) 보건의료인력 (Human Resources) ····· 20

다. 건강 및 질병 현황 ····· 28
1) 일반 보건현황 ····· 29
2) 모성보건 ····· 30
3) 아동보건 및 영양 ····· 34
4) 주요 전염성 질병 ····· 38

라. 보건과 불평등 ····· 44
1) 지역간 격차 ····· 45
2) 경제수준에 따른 불평등 ····· 48
3) 교육수준에 따른 불평등 ····· 49
4) 계층 간 불평등 ····· 50

제2장. 타공여기관 보건분야 지원 현황

1. 대 협력국 보건분야 지원 현황 ····· 53
가. 개요 ····· 54
1) 대 협력국 전체 ODA 지원 현황 ····· 54
2) 대 협력국 전체 보건 ODA 지원 현황 ····· 58

나. 보건분야 내 주요 공여기관 ····· 62
1) 주요 양자기관 ····· 62
2) 주요 다자기구 ····· 63

2. 보건분야 공여협의체 현황 ····· 64
가. Health Partners Group (HPG) ····· 64

3. 주요 공여기관의 보건분야 협력 ····· 69
가. 개요 ····· 69
나. 양자기관 (Bilateral organisations) ····· 70
1) 캐나다 DFATD ····· 71
2) 네덜란드 공여기관 ····· 78
3) JICA ····· 88

다. 다자기구 (Multilateral organisations) ····· 95
1) UNFPA ····· 95

4. 민간부문 보건분야 협력사례 ····· 100
가. 사례1: NAIMA+ ····· 101
나. 사례2: CUAMM ····· 103
다. 사례3: Pathfinder International ····· 105

제3장. 종합제언

1. 요약 및 시사점 ····· 110
2. 모잠비크 보건전략의 기본방향 ····· 114
3. 모잠비크 보건사업의 수행전략 ····· 118
4. 맺음말 ····· 123

참고문헌 ····· 124
부 록 ····· 130

표 목차

<표 1-1> 보건분야의 지방분권화에 따른 주체별 예산지출 현황 (2010년) ····· 13
<표 1-2> 공공부문(NHS) 보건의료시설 주별 현황 ····· 17
<표 1-3> 민간 보건의료시설 현황 ····· 19
<표 1-4> 모잠비크와 4개 타 국가의 보건의료인력 수 비교 ····· 20
<표 1-5> 보건의료인력별 수 추이 (10만 명당) ····· 21
<표 1-6> PDRH(2005-10)와 PAF(2005-09) 시행 후 인력 양성 목표치의 달성현황 ····· 24
<표 1-7> 주요 사망원인 ····· 29
<표 1-8> 질병부담 (Global Burden of Disease) ····· 30
<표 1-9> 12-23개월 아동의 예방접종률 ····· 35
<표 1-10> 아동 사망률 추이 ····· 34
<표 1-11> 모잠비크의 성 격차 지수(Gender Gap Index) ····· 51
<표 2-1> 2010-2012년 모잠비크 ODA 지원 현황 ····· 54
<표 2-2> 모잠비크의 ODA 지원 공여기관 현황 (2011-2012년 평균) ····· 57
<표 2-3> 모잠비크 보건문야 양자 공여기관별 지원 규모 (2009-2010년) ····· 62
<표 2-4> 모잠비크 보건문야 다자기구별 지원 규모 (2009-2010년) ····· 63
<표 2-5> 캐나다의 잠베지아(Zambezia) 지역 내 프로젝트 ····· 76
<표 2-6> 네덜란드의 대 모잠비크 협력 - 보건 분야(SRHR) 달성 목표 ····· 80
<표 2-7> 사업 개요 ····· 81
<표 2-8> 일본의 대 모잠비크 ODA 지원규모 추이 ····· 89
<표 2-9> 사업 개요 ····· 90
<표 2-10> CUAMM의 프로젝트 현황 (2011년) ····· 104
<표 2-11> 사업 개요 ····· 106

그림 목차

<그림 1-1> PESS 2014-2019의 개념적 프레임워크 ····· 8
<그림 1-2> 모잠비크 보건부 조직도 ····· 12
<그림 1-3> 일인당/전체 보건분야 지출 (1995-2009년) ····· 15
<그림 1-6> 주별 의사 · 간호사 · 조산사 수 (인구 10만 명당) ····· 23
<그림 1-7> 주별 의사 수(인구 10만 명당) ····· 23
<그림 1-8> 주별 간호사 수(인구 10만 명당) ····· 23
<그림 1-9> 주별 조산사 수(인구 10만 명당) ····· 23
<그림 1-10> 교육기관들의 의사 · 간호사 · 조산사 인력 배출 추이 ····· 25
<그림 1-11> 직무별 인력 배출 현황 ····· 25
<그림 1-12> 보건분야 공공 및 민간 교육기관 분포 현황 ····· 26
<그림 1-13> 시설분만율 현황 ····· 30
<그림 1-14> 지난 5년간 출산을 경험한 15-49세 여성 산전관리 이용률 현황 ····· 32
<그림 1-15> 모잠비크 출산율 추이 ····· 33
<그림 1-16> 5세 미만 아동의 주요 사망원인 ····· 36
<그림 1-17> 청소년의 성적 행동 현황 ····· 39
<그림 1-18> 15-24세 미혼인구의 콘돔 사용 현황 ····· 39
<그림 1-19> HIV 수직감염 관련 지표 현황 ····· 41
<그림 1-20> 신속진단키트(RDT)와 혈액검사를 통한 아동의 말라리아 유병률 ····· 42
<그림 1-21> 주(province)별 출산율 ····· 45
<그림 1-22> 임산부의 HIV 검사 및 상담 이용 비율 ····· 45
<그림 1-23> 숙련된 인력에 의한 분만율 ····· 46
<그림 1-24> 지난 2년간 출산한 15-49세 여성 중 1회이상 산전관리와 2회이상 항말라리아약(SF/Fansidar)을 받은 비율 ····· 46
<그림 1-25> 지난 1년간 15-24세 인구의 HIV 진단검사 및 검사결과를 받은 비율 ····· 47
<그림 1-26> 경제수준별 15-29세 기혼 여성의 현대적 피임법 이용률 ····· 48
<그림 1-27> 경제수준별 15-49세 인구의 HIV 검사 및 검사결과 수령율 (지난 1년간) ····· 48

<그림 1-28> 교육수준에 따른 이상적인 자녀 수 ····· 49
<그림 1-29> 교육수준에 따라 15-19세 여아 중 임신하거나 자녀가 있는 경우 ····· 49
<그림 1-30> 모잠비크의 부문별 성 격차 지수(Gender Gap Index) 추이 ····· 52
<그림 2-1> 모잠비크 ODA 수원현황 차이 (DAC 데이터 vs. ODAMoz 데이터) ····· 55
<그림 2-2> 전체 협력국들 및 모잠비크의 ODA 지원 형태별 규모 ····· 56
<그림 2-3> 모잠비크의 총 ODA 분야별 지원 현황, 2011년 ····· 57
<그림 2-4> 모잠비크 보건분야 ODA 지원 추이 (일인당 규모) ····· 58
<그림 2-5> 전체 보건분야 ODA 지원 형태, 2011년 ····· 58
<그림 2-6> 모잠비크 보건분야 ODA 지원분야별 규모 추세 ····· 59
<그림 2-7> 모잠비크 보건분야 ODA 주요 공여기관 지원 규모 (2009-2010) ····· 60
<그림 2-8> 주요 공여기관의 지원 대상 지역 ····· 61
<그림 2-9> HPG(Health Partners Group)의 구성 ····· 65
<그림 2-10> HPG 구성원 리스트 (2014년 3월 업데이트) ····· 66
<그림 2-11> 캐나다 DFATD 대 모잠비크 지원 전략 및 현황 ····· 77
<그림 2-12> Movercado의 작동 원리 ····· 82
<그림 2-13> 개별 코드를 포함하는 카드 ····· 83
<그림 2-14> Troca Aki 마크 ····· 83
<그림 2-15> IPC 요원들의 성과에 대한 평가 설문조사 예시 ····· 83
<그림 2-16> Movercado를 통해 제공받을 수 있는 물품 중 하나인,
물 정화액 ····· 84
<그림 2-17> 네덜란드 대 모잠비크 지원 전략 및 현황 ····· 87
<그림 2-18> 프로젝트 ProFORSA의 기대결과 ····· 92
<그림 2-19> JICA 대 모잠비크 지원 전략 및 현황 ····· 94
<그림 2-20> PGB 적용 학교의 임신율 추이 ····· 98
<그림 2-21> 청소년 생식보건을 위한 기술지원 사례
(청소년 생식보건 포스터) ····· 98
<그림 2-22> UNFPA 대 모잠비크 지원 전략 및 현황 ····· 99
<그림 2-23> NAIMA+ 가입 NGO ····· 102
<그림 2-24> Pathfinder의 ISS 모델: 상호작용구역의 기능 ····· 108

글상자 목차

<Box 2-1> 무스코카 이니셔티브(Muskoka Initiative)의 개요 ····· 74
<Box 2-2> Movercado의 기능 및 실제 작동원리 ····· 85

제1장. 국가 보건의료 현황 분석

1. 개 요

<요약. 모잠비크의 정치, 경제, 사회, 문화적 특성>

- (정치・경제적 특성) 모잠비크는 과거 포르투갈 식민지였으며, 독립 후에도 지속적으로 내전을 겪어옴. 1992년 내전 종료 후 궤부자 대통령이 장기집권체제를 유지해오고 있음. 3차 산업이 GDP에서 차지하는 비중은 절반에 가깝지만 실제로 노동인구의 80%가 농업에 종사하고 있음. 최근 천연가스 생산으로 8%대의 경제성장률이 기대되고 있음.

- (사회・문화적 특성) 문해율이 56%이며, 남성은 71%, 여성은 43%로 남녀간의 격차가 매우 크며, 초등학교 등록률은 95%를 달성했지만 초등학교 졸업률이나 중등학교 진학률은 각자 56%와 26%로 여전히 낮음. 인구의 절반 이상이 절대빈곤인구에 속하며, 인간개발지수(HDI)는 전체 187개국 중 185위를 차지하였음.

○ (일반 특성) 모잠비크 공화국(Republic of Mozambique)은 아프리카 동남부 해안에 위치하며, 국토는 한반도의 약 3.6배(799,000km^2)이며 인구는 약 2,250만명이다. 수도는 모잠비크 남부에 위치한 마푸토(Maputo)이며, 수도와 10개 주(province)를 포함한 11개 행정구역으로 구성되어 있다.

○ (정치・역사적 특성) 모잠비크는 과거 포르투갈의 식민지였으나, 1962년 결성된 모잠비크해방전선(FRELIMO)의 무장 독립 투쟁 끝에 1975년 독립하였으며, 모잠비크해방전선(FRELIMO)의 지도자 출신인 사모라 마셀(Samora Machel) 대통령이 초대 대통령으로 취임하게 되었다. 마셀 대통령이 로디지아의 흑인 반군을 지원함으로써 로디지

아는 모잠비크 민족저항운동(RENAMO)을 조직하여 내전상태에 돌입하게 되었다. 1986년 이후 마셀 대통령이 사망한 이후 1990년에는 사회주의 노선을 포기하고 복수정당제와 대통령 직선제를 채택하고, 모잠비크 인민공화국이었던 국명을 모잠비크 공화국으로 변경하였다. 1986년 6월 모잠비크 민족저항운동(RENAMO)과 평화협정을 결정하고 1992년 협정이 체결되면서 내전이 종료되었다. 1994년 10월 독립 이후 최초의 다당제 자유 총선거를 실시하였고, 아르만도 궤부자(Armando Guebuza) 대통령이 당선되어 현재까지 장기집권체제를 유지 중이다. 2014년 10월 다음 대통령 선거가 실시될 예정이다.

○ (경제적 특성) 모잠비크의 1인당 GDP(PPP)는 2013년 기준 1,200불로 추정되었으며, 최근 3년간 연 7%대 경제성장률을 유지하고 있다. GDP로는 3차 서비스업이 46.4%로 가장 큰 비중으로 차지하며, 1차 농수산업이 28.7%, 2차 제조업이 24.9%를 차지한다. 그러나 노동인구의 81%가 여전히 농업에 종사하고 있는 것으로 나타난다. 그러나 최근 모잠비크에서 4조 3000억 가량의 가치를 가진 것으로 평가되는 양의 천연가스가 발견됨에 따라 (한국가스공사, http://www.kogas.or.kr/), 산업 경제 구조가 변화하고 있으며, 2014년에는 8.5%, 2015년에는 8.2%의 경제성장률(African Economic Outlook, http://www.africaneconomicoutlook.org/en/)을 기록할 것으로 전망된다 (관계부처합동, 2013).

○ (사회문화적 특성) 모잠비크는 Makhuwa, Tsonga, Lomwe 등의 아프리카 인종이 99% 이상을 차지한다. 공식언어는 포르투갈어 이지만, Emakhuwa 어도 많이 쓰인다. 카톨릭이 24%, 이슬람교가 18%, 기독교가 18%를 차지한다. 모잠비크의 문해율은 2010년 기준으로 56%인 것으로 나타났으며, 남성이 71%, 여성이 43%로 남녀간의 격차가 매우 크다. 2010년 초등교육 등록율은 95%를 기록하였으나, 2011년 초등학교 졸업율이 56%이며 중등학교 진학률은 26%로 여전히 낮다. 양질의 교육을 지원하기 위한 인프라와 교사인력이 취약한 것으로 나타난다 (관계부처합동, 2013; CIA, The World Factbook).

○ (빈곤과 개발) 모잠비크의 1997년 절대빈곤인구는 70%였으나 2009년에는 54.7%까지 감소하였다. 그러나 여전히 절대빈곤인구비율이 높은 수치이며 계층간, 지역간 빈부격차가 심각하다. 모잠비크의 인간개발지수(HDI, Human Development Index)는 2013년 0.327로 총 187개국 중 185위를 차지하였다 (UNDP, 2013).

2. 보건 문제 분석

가. 주요 개발 정책 및 보건 정책

<요약. 모잠비크의 주요 개발 정책 및 보건 정책>

- (모잠비크의 개발정책) 모잠비크는 Agenda 2025를 기조로 하여, 현재 빈곤감축 이행전략(PARP, 2011-2014)를 시행하고 있으며, 농업과 수산업 분야 생산성 증가, 일자리 창출, 인력 및 사회개발을 전략 목표로 하고 있음. 2001-2005년, 2006-2009년 2단계에 걸친 절대빈곤감소를 위한 행동계획(PARPA)를 통해 절대빈곤인구비율을 1997년 70%에서 2009년 54.7%까지 감소시켰음.

- (국가 보건 정책 및 주요 전략) 모잠비크의 보건정책 및 전략은 정부의 5개년 계획 및 PARP와 연계되어 시행되고 있으며, 보건분야 전략계획인 PESSⅢ (2014-2019)가 시행 중에 있음. PESSⅢ의 우선순위 분야로 1)출산율 감소를 포함한 모성 및 신생아 보건, 2)만성 영양실조 감소, 3)3대 전염성 질환을 포함한 질병부담 감소, 4)5세 미만 아동 사망률 감소, 5)비전염성질환과 부상 관리가 선정됨.

1) 개발정책

○ (모잠비크의 국가개발전략들) 모잠비크는 Agenda 2025를 기조로 하여 2단계에 걸쳐 절대빈곤감소를 위한 행동계획(Action Plan for Reduction of Absolute Poverty)를 이행하였으며, 현재는 빈곤감소 행동계획(Poverty Reduction Action Plan) 2011-2014와 정부의 5개년 계획 2010-2014를 시행 중에 있다. 절대빈곤감소를 위한 행동계획은 각각 2001-2005년, 2006-2009년에 2단계에 걸쳐 시행된 바 있다.

○ (Agenda 2025) 모잠비크의 장기 국가개발전략으로써 2003년에 완성되어 2025년까지의 이행을 목표로 하고 있다. 빈곤감축, 문맹률 감소, 경제적 발전을 주요 목표로 선정하여 지속가능하고 사회빈곤층을 포함하는 개발을 실현하고자 한다. 4대 전략으로 1)기초생활수준의 향상을 통한 인적자원 개발, 2)국가통합, 평화와 안정, 사회적 정의의 실현, 지역공동체의 토지 소유사회, 경제발전에서 여성과 청년층의 효과적인 참여 유도를 통한 사회적 자본의 개선, 3)농촌 개발과 중소기업의 경쟁력 강화를 통한 거시경제의 발전, 4)굿 거버넌스와 법치국가의 실현을 선정하였다.

○ (절대빈곤감소를 위한 행동계획, PARPA: Action Plan for the Reduction of Absolute Poverty) 2001-2005년, 2006-2009년에 걸쳐 2단계의 절대빈곤감소를 위한 행동계획이 시행되었다. 2001-2005년의 1단계 계획에서는 빈곤감소를 핵심목적으로 하고 1997년 70%이던 절대빈곤인구를 2005년까지 60%로, 2010년까지는 50% 이하로 감소하는 것을 목표로 삼았다. 다음의 6가지 우선순위 분야에 대한 전략을 제시하고 시행하였다. 1)교육, 2)보건, 3)사회기반시설(도로, 에너지, 물), 4)농업 및 농촌 개발, 5)굿 거버넌스, 6)거시경제 및 재정정책. 2단계 PARPA는 2006년부터 2009년까지 시행되었으며, 2003년 54%의 절대빈곤인구를 2009년 45%까지 감소하는 것과 경제성장을 핵심목적으로 삼았다. 우선순위 분야는 거버넌스와 인적자원개발, 경제발전으로 선정하였다 (관계부처합동, 2013; Government of Mozambique, 2001).

○ (빈곤감축 이행전략, PARP: Poverty Reduction Action Plan, 2011-2014) PARPA의 시행 이후, 현재 빈곤감축 이행전략이 시행 중에 있으며, 빈곤률을 2009년 54.7%에서 2014년 42%로 감소하는 것을 우선적 목표로 삼고 있다. 1)농업과 수산업 분야 생산성 증가 및 생산량 확대, 2)일자리 창출, 3)인력 및 사회개발이 3가지 전략목표이며, PARPA의 우선목표에 포함되었던 굿 거버넌스와 거시경제 및 재정관리를 목표달성에 필요한 지원전략으로 선정하여 시행하고 있다.

○ (정부 5개년 계획, Government Five Year Plan 2010-2014) 모잠비크 정부는 농촌 중점 개발을 근간으로, Agenda 2025의 목표 달성을 촉진하고자 5개년 계획을 마련하여 이행하고 있으며 주요 달성 목표는 1)빈곤율 감소(57.5%에서 42%로 감소), 2)연간 실질 GDP 성장률 8% 달성, 3)남북 고속도로 750km 완성, 4)발전능력 증가, 5)농촌 지역의 상수 공급률 52%에서 69%로 증가 하고 있다 (관계부처합동, 2013).

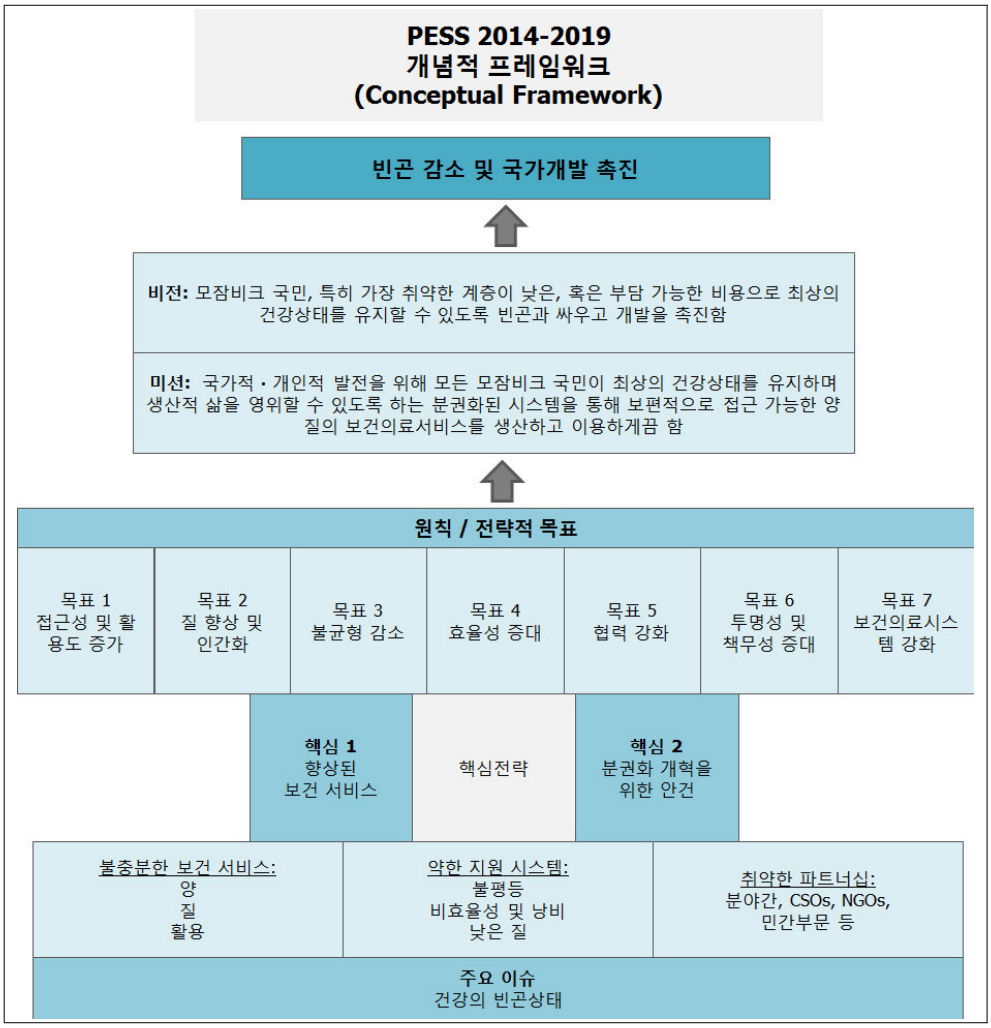
2) 국가 보건 정책 및 전략

○ (보건정책 및 전략) 모잠비크의 보건정책 및 전략들은 정부의 5개년 계획과 PARP와 연계되어 시행되고 있으며, 현재는 3차 보건분야 전략계획(PESSⅢ, Plan Estrategico do Sector Saude 2014-2019)가 시행 중이다. 이 외에도 보건분야 세부분야들을 지원하기 위한 Integrated MDG 4&5 Plan, Strategic Plan for Malaria 2012-2016, Human Resources Development Plan 2008-2015 등이 이행되고 있다 (WHO Regional Office for Africa-Mozambique, n.d.).

○ (국가 보건분야 전략계획(PESS)의 수립 배경) 이전의 보건분야 전략계획인 PESSⅡ가 2007년부터 시행되어 2012년에 종료될 예정이었으나, PESSⅢ의 수립을 위해 1년 연장되어 2013년까지 시행되었다. PESSⅡ의 검토와 함께 2012년 보건부는 보건부 내 기획협력부(Directorate of Planning and Cooperation, DPC) 하에 PESS 수립을 위한 소위원회(GTT, Technical Working Group)을 설립하기도 하였다. 여러 차례에 걸친 보건부 및 개발파트너들의 검토 후, 2013년 9월, 2014년부터 2019년까지 시행될 PESSⅢ가 발간되었다.

○ (국가 보건분야 전략계획, PESSⅢ) PESSⅢ는 매 2년마다 달성 목표를 설정하여 이를 기반으로 비용을 책정하였으며, 전체 계획기간동안 약 2억불의 예산이 책정되었다. PESSⅢ는 빈곤감소와 국가개발에 기여하고자 취약계층을 중심으로 모든 모잠비크 국민들에게 경제적으로 접근 가능한 동시에 최상의 보건의료서비스를 제공함으로써 보편적 건강보장을 달성하고자 하는 것을 비전으로 삼고 있다. 이를 위해 우선순위 분야를 선정하고, 전략적 목표들을 수립하였으며, 개념적 프레임워크에서 전략의 전체적인 틀을 보여주고 있다.

<그림 1-1> PESS 2014-2019의 개념적 프레임워크



출처: Ministerio Da Saude Mocambique (2013) Plano Estrategico do Sector da Saude, PESS 2014-2019. 저자 재구성.

- (우선순위 분야) PESSⅢ에서는 다음 5가지를 보건 분야 내 우선순위 분야로 선정하였다. 1)출산율 감소를 포함한 모성 및 신생아 보건, 2)만성 영양실조 감소, 3)3대 전염성 질환(HIV/AIDS, 결핵, 말라리아)를 포함한 질병 부담 감소, 4)5세 미만 아동의 사망률 감소, 5)비전염성질환(NCD, Non-communicable Disease)와 부상 이 우선순위 분야로 선정되었다.

- (전략적 목표) 그림에서 나타나듯이 다음의 7가지 전략적 목표가 PESS의 미션 및 비전의 달성을 지지하고 있도록 하고 있다. 1)보건의료서비스의 접근성과 이용률 향상, 2)보건의료서비스의 질 개선, 3)보건의료서비스 이용의 지리적 접근성에 대한 불평등 개선, 4)보건의료서비스 전달 및 자원 활용의 효율성 향상, 5)보건분야 파트너십 강화, 6)투명성 및 책무성 향상, 7)보건의료시스템 강화 (Ministerio Da Saude Mocambique, 2013).

<주요개발정책 및 보건정책의 현황과 과제>
A. 경제개발 중점 지원으로 인한 사회서비스 지원의 소외 가능성
▪ 모잠비크는 1990년대 말 절대빈곤인구가 70%에 달했던 국가로, 빈곤감소전략을 통해 빈곤율을 감소시켜왔으며, 최근 천연가스 생산과 함께 경제 성장을 촉진하기 위해 경제 성장 중심에 초점을 맞추고 있는 상황임. 개발 전략 내에 보건분야를 포함한 사회서비스 지원도 포함시키고 있으나, 경제성장에 대한 집중지원으로 사회개발 서비스 지원이 소외될 우려가 있음.
B. 체계적으로 수립된 PESSⅢ의 효과적 시행을 위한 지속적 파트너십 필요
▪ PESSⅢ의 수립 기간이 길어짐에 따라 PESSⅡ가 1년 연장되어 2013년까지 시행된 바 있음. PESSⅢ는 보건부 및 소위원회, 개발파트너들의 수차례의 검토를 거쳐 체계적으로 수립되었음. 그러나 전략의 시행에 있어 개발파트너 및 이해관계자들의 지속적인 관심 및 파트너십이 필요한 것으로 판단됨.

나. 보건의료시스템

<요약. 모잠비크의 보건의료시스템 현황과 과제>

- (책무성 및 비효율성 문제) 모잠비크 보건분야 내 지방분권화가 시행되고 있으나, 주 정부 이하 지방정부들에게는 실질적으로 권한이 이양되고 있지 않아, 지역사회 내 보건분야 운용에 있어서 비효율성 문제가 발생하고 있음. 보건의료서비스 전달체계 내 여러 수준에서의 부정부패 문제로 인해 정부에서 관련 민원부서를 설치하는 등 노력을 기울이고 있으나, 보건의료시스템 개선 및 강화를 위한 근본적인 해결책을 통한 개선이 필요한 것으로 보임.

- (높은 외부재정의존도 및 취약한 재정 예측성) 모잠비크 보건분야 예산의 외부재정 의존도는 65.7%로 사하라 이남 아프리카 평균인 40.2%에 비해 높으며, 보건분야 공동기금(PROSAUDE)의 운영에도 불구하고 여전히 재정에 대한 예측성이 낮은 편이며, 수직적 기금의 절대적 규모는 계속해서 증가하고 있음.

- (전반적인 서비스 전달의 취약) 공공보건의료체계가 갖추어져 있으나, 수적으로나 질적으로 큰 개선이 없었으며, 후송체계가 정상적으로 작동하지 않는 상태임. 2010년 인구의 60%만이 보건의료시설과 10km 내에 위치하고 있어 지리적 접근성이 떨어지며, 국가의료보험제도의 부재로 경제적 접근성이 낮음. 제공되는 서비스의 질 또한 낮은 것으로 평가됨.

- (인력의 수적·질적 부족 문제) 취약한 서비스 전달은 주로 인력 문제에서 비롯되는 경우가 많음. 열악한 업무 환경, 낮은 임금으로 인한 사기 저하 등의 요인으로 인해 인력이 수적으로 부족하며, 동시에 인력의 역량 부족이나 기초교육 미흡 등의 문제로 질적인 문제도 심각한 상황임.

1) 개요

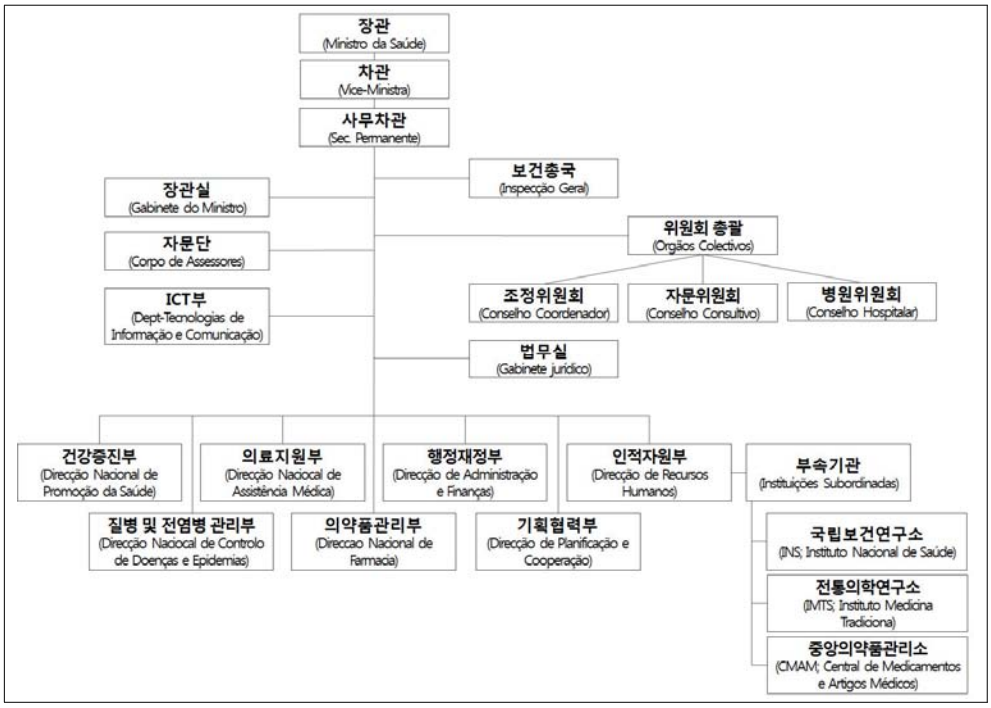
○ (모잠비크 보건시스템 구성요소 분석)[1] 모잠비크 보건시스템 분석에 WHO(2007)에서 제시하고 있는 6가지 요소로 나누어 현황을 알아보았다. 리더십 및 거버넌스, 보건의료 서비스 전달, 의약품 및 기술, 보건의료인력, 보건의료재정으로 각각 그 현황과 당면한 주요 문제점을 파악하였다.

1) 보건의료정보시스템의 경우, 정보 접근의 어려움으로 모잠비크의 경우는 다루지 못하였음.

2) 리더십과 거버넌스 (Leadership & Governance)

○ (보건부의 거버넌스 및 조직도) 모잠비크 보건부는 건강 증진과 질병 예방 및 치료를 제공하고 실행하는 주된 주체로서의 역할을 하며, 동시에 여러 수준의 서비스 전달 체계를 통해 모잠비크 국민에게 제공되는 서비스에 대한 관리 감독 역할을 수행한다. 모잠비크 보건부는 최근 조직 구조를 개편한 바 있으며[2], 현재 건강증진부, 질병 및 전염병 관리부, 의료지원부, 의약품관리부, 행정재정부, 기획협력부, 인적자원부의 주요 보건부서를 중심으로 기능하고 있으며, 부속기관으로는 국립보건연구소, 전통의학연구소, 중앙의약품관리소가 설치되어 있다. 이 외에도 ICT 부서가 별도로 설치되어 있어 보건부 내 ICT 적용 및 관리에 있어 중심적인 역할을 하고 있다 (USAID, 2012).

<그림 1-2> 모잠비크 보건부 조직도



출처: USAID (2012) Relatório Da Revisão Do Sector De Saúde (Mozambique Health Sector Review). 저자 재구성.

2) 2012년 3월 현지조사 결과 참고.

○ (지방분권화) 모잠비크에서는 2005년부터 보건분야의 지방분권화를 법적으로 규정하여 지지하고 있으며, 2006년부터는 국가 예산 체계 내에서 분리된 지방정부의 보건분야 운용 예산을 갖도록 규정하였다. 모잠비크 보건분야의 2010년 주체별 예산지출 현황을 살펴보면, 전체 예산 지출 중 73.6%를 중앙 정부가 차지하였으며, 주(province) 정부는 20.8%를 차지해, 군(district) 단위 및 이하 지방정부들의 예산 지출은 5%로 미미한 것으로 나타났다. 이는 재정 및 정책 시행에 대해 주정부의 영향력이 이하 지방정부에 크게 미치고 있음을 보여주며, 본격적인 지방분권화를 위해서 개선되어야 할 점이 많음을 시사한다 (USAID, 2012).

<표 1-1> 보건분야의 지방분권화에 따른 주체별 예산지출 현황 (2010년)

MTn '000	경상지출 (Despesas correntes)	자본지출 (Despesas de capitais)	총지출 (Total de despesas)
중앙정부 (Governo Central)	30,873,453	41,365,025	72,238,478
주 (Provincias)	16,155,255	4,218,471	20,373,726
군 (Distritos)	3,102,747	1,590,107	4,692,854
지방정부 (Municipios)	558,021	279,010	837,031
전체 (Total)	**50,689,476**	**47,452,613**	**98,142,089**
비율 (Percentagem total)			
중앙정부 (Governo Central)	60.91	87.17	73.61
주 (Provincias)	31.87	8.89	20.76
군 (Distritos)	6.12	3.35	4.78
지방정부 (Municipios)	1.10	0.59	0.85
전체 (Total)	**100.00**	**100.00**	**100.00**

출처: 출처: USAID (2012) Relatório Da Revisão Do Sector De Saúde (Mozambique Health Sector Review). 저자 재구성.

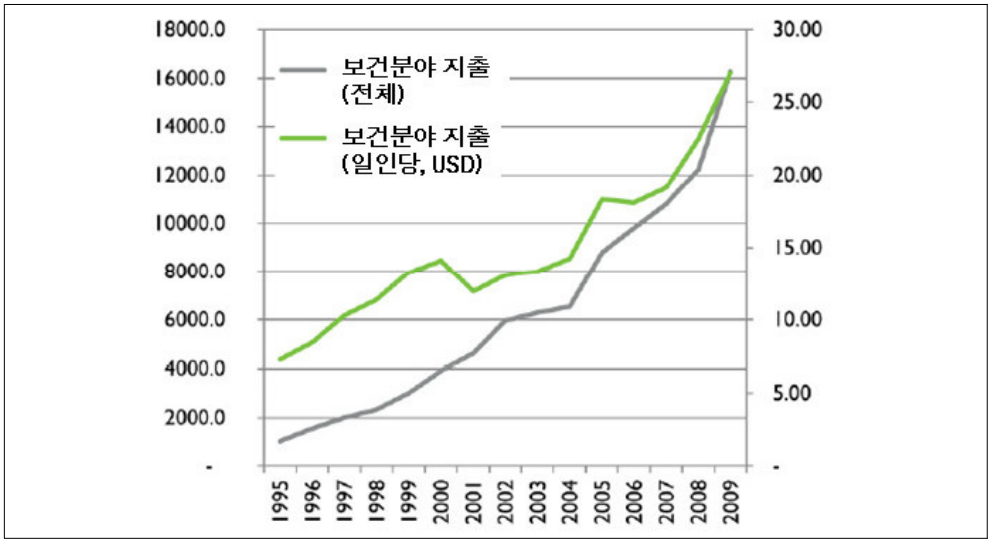
○ (책무성 및 비효율성 이슈) 모잠비크 보건부는 책무성과 투명성 이슈, 관리 역량의 미흡으로 그 기능을 효과적으로 하지 못하고 있는 것으로 평가되고 있다. 모잠비크 정부는 중앙집권적인 성격이 강한 편으로, 보건 분야에서도 중앙 수준에서 중요한 보건문제 및 관련 수요들이 우선 순위화 되더라도, 실제로 지역 수준으로 효과적으로 전달되어 적용되고 시행되지 못하고 있는 것으로 나타나는 편이다. 또한 모잠비크 공공 보건부문에서 부정부패 문제가 서비스에 대한 형평성있

는 접근성과 질을 저하시키고 서비스를 이용하기 위한 비용을 증가시키고 있다는 지적이 있다. 부정부패는 모잠비크 공공 보건부문체계의 여러 단계에 산재해 있으며, 의사와의 진료 예약이나, 실험실 서비스를 이용하려고 할 때, 장례 과정에서도 나타나고 있다. 때문에 서비스를 이용하기 위해 뇌물을 수수할 형편이 되지 않는 환자들은 필요한 서비스에 대해 접근하지 못하고 있는 상황이다. 이를 해결하기 위해 보건부는 중앙 수준에 일반 국민들이 관련 부정부패 문제나 부적합한 서비스 제공 등을 보고할 수 있는 부서를 설치하였고, 이는 시민사회나 지역 지도자들, 서비스 이용자들로 구성되어 운영되고 있다. 최근 이로 인해 상당수의 관련 문제가 줄어들고 있는 것으로 보이지만, 지속적인 관찰 및 문제의 근본적인 해결을 위한 노력이 필요한 것으로 보인다 (GHI, n.d.; Mugo, 2013).

3) 보건의료재정 (Health Financing)

○ (보건분야 지출 현황) 모잠비크에서는 GDP 대비 6.2%를 보건 분야에 지출하고 있으며, 1인당 보건분야 지출은 약 27불로 지속적으로 증가해 온 것으로 나타났다. 다른 사하라 이남 아프리카 국가들의 평균치와 비교했을 때, 공공재정의 비중은 75.5%로 평균치인 56.7%에 비해 더 높았고, 외부 재정 의존도 또한 65.7%로 평균치인 40.2%에 비해 높게 나타났다. 본인부담금의 비중은 평균치인 51.2%에 비해 낮은 다소 낮은 43.6%인 것으로 나타났다 (USAID, 2012).

<그림 1-3> 일인당/전체 보건분야 지출 (1995-2009년)



출처: USAID (2012) Relatório Da Revisão Do Sector De Saúde (Mozambique Health Sector Review). 저자 재구성.

○ (보건분야 재정 현황)[3] 모잠비크 보건분야의 재정원은 크게 다음의 세 가지로 나뉘며 이는 세입 및 정부예산으로의 직접 기여금(direct contribution), 수직적 재원(vertical resources), 그 외 재정원이다. 첫 번째는 세입을 포함하여, 원조기

3) Mozambique Health Sector Review. USAID. September 2012. 포르투갈어판 (RELATÓRIO DA REVISÃO DO SECTOR DE SAÚDE)

관들부터로의 일반예산지원과 보건분야 공동기금인 PROSAUDE를 포함한다. 두 번째인 수직적 재원은 주로 질병별로 지원되는 자금으로써 정부의 기획 및 시행체계와 통합되지 않고 개별적인 시행체계를 통해 집행된다. 세 번째는 주로 본인부담금으로 구성되는 민간으로부터의 재원이 포함된다. 2000년 SWAp 도입과 함께 수직적 기금이 2001년 82%에서 2007년 55%로 점차 감소하였다. 그러나 전체 보건분야 예산의 규모가 증가함에 따라 수직적 기금의 절대적 규모는 사실상 증가하였다.

○ (PROSAUDE의 운용 현황) 2000년 보건 분야 내 SWAp의 도입과 함께 분야별 자금지원(Sector budget support)이 시작되었으며, 보건 분야 내에서 나뉘어져 지원되던 PROSAUDE Ⅰ, 주별 공동기금(Provincial Common Fund), 의약품 공동기금(Common Fund for Drugs)는 2008년 PROSAUDE Ⅱ로 통폐합되어, 보건분야 내 하나의 공동기금으로서 지원되어 오고 있다. 보건 분야의 공동기금인 PROSAUDE는 수직적 기금과는 달리 정부시스템을 최대한 이용할 수 있으며 자금 규모에 대한 예측성이 있다는 장점이 있었으나, 수직적 기금의 규모가 PROSAUDE에 비해 지속적으로 증가하고 있어 그 효과성에 대한 의문이 제기되고 있는 상황이다 (USAID, 2012).

○ (그 외 이슈들) 현재 국가 의료보험제도는 갖추어져 있지 않으며, 공공 보건의료서비스 이용 시에는 5 메티카(한화 약 170원) 정도의 상징적인 진료비를 지불하도록 되어 있다. 5 메티카의 진료비는 약 20년 전에 책정된 것으로 이번 PESSⅢ 기간에 걸쳐 보건부에서는 수정할 계획 및 보편적 건강보장(Universal Health Coverage)를 도입하려는 계획을 마련하고 있는 것으로 보인다. 성과기반재정(Performance based financing)이나 결과기반재정(Results based financing)은 현재 일부 주(province)만 시범적으로 운영되고 있는 상황이다 (WHO Regional Office for Africa-Mozmabique, n.d.).

4) 보건의료서비스 전달 체계 (Health Service Delivery System)

○ (보건의료서비스 전달체계) 모잠비크의 보건의료서비스는 공공부문과 민간부문을 통해 전달된다. 민간부문은 영리기관들과 비영리기관들을 모두 포함하고 있다. 공공부문이 공공부문 네트워크(NHS, National Health System)을 통해 전체 인구의 60%에게 서비스를 전달하는 역할을 하고 있다.

○ (공공부문 보건의료서비스 전달체계) 공공부문 네트워크(NHS)는 크게 4개 수준으로 나뉘어져 있으며, 2011년 기준으로 전체 1,392개 보건의료시설을 포함하고 있다(표). 2004년 1,210개의 보건의료시설에 비해 6년간 시설 수의 증가가 11%에 그쳤으며 이는 대부분 1수준의 증가로 인한 것으로 나타났다. 가장 하위 단계(1수준)는 1,314개의 보건소와 보건지소들을 포함하고 있어 전체 보건의료시설의 94%가 이에 포함된다. 2수준에서는 군(district) 병원들이 포함되고 응급진료시설과 긴급산과 수술이나 외상 수술 정도를 시행할 수 있는 역량을 갖추도록 규정하고 있다. 3수준은 주립 병원들로 구성되며 2수준에서 후송된 환자들에 대한 치료를 담당하는 역할을 한다. 4수준에는 중앙 병원과 전문병원들이 포함된다 (USAID, 2012; WHO, 2009).

<표 1-2> 공공부문(NHS) 보건의료시설 주별 현황

단계	주(Province)											
	Ns	**CD**	**Nm**	**Z**	**T**	**Mn**	**S**	**I**	**G**	**MP**	**MC**	**전체**
3 & 4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	10
2	1	3	8	10	5	5	8	8	8	6	4	66
1 (rural)	142	107	197	200	97	90	147	106	118	78	32	1,314
그 외*	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	2
전체	**144**	**111**	**207**	**211**	**103**	**96**	**156**	**115**	**127**	**84**	**38**	**1,392**

*그 외: 주립 병원과 마푸토 병원 포함

주(Province) 명칭: Ns(Niassa), CD(Cabo Delgado), Nm(Nampula), Z(Zambezia), T(Tete), Mn(Manica), S(Sofala), I(Inhambane), G(Gaza), MP(Maputo), MC(Maputo City)

출처: USAID (2012) Relatório Da Revisão Do Sector De Saúde (Mozambique Health Sector Review). 저자 재구성.

○ (공공 보건의료시설의 접근성) 2010년 기준으로 60% 이하의 인구에게만 보건의료시설이 10km 이내에 위치하고 있는 것으로 조사되었다. 마푸토 시티에 인구당 시설의 수가 가장 많으며, 전체 보건분야 병상 수 중 50% 정도가 마푸토와 베이라(Beira)에 위치한 2개의 중앙 병원에 있는 것으로 파악되었다. 인구밀도가 가장 높은 주들인 남풀라 주(Nampula)와 잠베지아 주(Zambezia)에 위치한 보건의료시설 수가 가장 적은 것으로 나타났다. 1차 보건의료시설에 대한 낮은 접근성과 지역사회와 보건의료시설 간의 먼 거리가 서비스를 전달하는 데 가장 큰 장애가 되고 있는 것으로 나타난다. 또한 국가의료보험 제도의 부재로 보건의료서비스에 대한 경제적 접근성이 떨어지는 것으로 나타난다.

○ (서비스의 질) 접근성뿐만 아니라 제공되는 서비스의 질 또한 낮은 것으로 평가되고 있다. 특히 1차 보건의료시설에서는 인력의 역량 부족과 및 열악한 업무환경, 임금 등으로 인한 동기 저하, 위생 문제, 기초시설 부족과 열악한 유지·보수, 상위 보건의료체계로부터의 관리 및 감독 부족 등으로 인해 서비스의 질이 저하되는 문제가 발생하고 있는 실정이다.

○ (후송(referral) 시스템의 작동 현황) 공공부문 내 보건의료서비스 전달 체계가 4수준으로 나뉘어져 있지만, 실제로 각각의 단계 사이의 후송체계는 작동하지 않고 있는 것으로 나타난다. 의사소통 문제와 후송 수단의 부재, 시설 간의 먼 거리 등의 다양한 문제점들이 그 원인이 되고 있다. 후송 시스템의 붕괴는 상위 병원의 업무 과부하나 상위 병원 내 기초 서비스에 대한 비용 증가, 상위 병원에서의 서비스 질 저하 등 보건의료시스템 내 또 다른 문제들을 야기하고 있다. 또한 상위 병원들에서 제공하도록 하는 전문화된 서비스들은 전문 인력이나 장비의 부족으로 제공되지 못하고 있는 실정이다.

○ (민간 보건의료부문 현황) 공공부문에서 제공되는 서비스에 대한 불만족과 인구의 경제력 향상은 최근, 특히 마푸토 내, 사설 클리닉과 병원들의 증가로 이어졌다. 전체 시설 중 대부분이 약국이며, 수도인 마푸토에 크게 집중되어 나타나고 있다. 공공부문에서 제공하는 서비스나 의약품도 민간부문에서 제공되고 있으므로 경제력이 있는 인구는 민간부문을 이용하는 경우도 많은 것으로 나타난다. 그러나 여

전히 보건부는 민간부문에 대해 정확히 파악하지 못하고 있으며 민간 부문에서의 진료나 의약품 공급 등에 관련된 규정도 미흡한 상황이다. 민간 부문에서의 보건 의료인력들은 주로 공공 부문에서의 인력과 중복되며, 공공부문의 인력유출 현상의 단면을 보여준다. 민간 부문 내 비영리 기관들은 주로 NGO들로, HIV/AIDS 분야를 중심으로 한 서비스를 지역사회 기반으로 제공하고 있으며, 이들은 보건부의 서비스 제공 역할을 기술적으로 지원하는데 중요한 역할을 하고 있다. 그러나 NGO들의 활동도 지역적으로 격차가 크며 많은 농촌 지역이나 취약 인구에게는 서비스가 전달되지 않고 있다 (USAID, 2012).

<표 1-3> 민간 보건의료시설 현황

주 (Province)	보건지소 (Posto Saúde)	보건소 (Centro Saúde)	컨설팅 (Consult.)	클리닉 (Clinicas)	실험실 (Laborat.)	기관 (Institutos)	앰뷸런스 (Ambulância)	약국 (Farmácias)
Maputo City	30	24	48	13	9	5	4	322
Maputo	26	21	1	4	1	0	0	0
Gaza	3	7	0	1	0	0	0	0
Sofala	23	2	6	1	2	0	0	0
Tete	0	2	1	0	0	0	0	0
Inhambane	4	1	0	1	0	0	0	0
Cabo Delgado	1	0	0	1	0	0	0	3
Zambezia	1	3	0	0	0	0	0	0
Manica	3	1	0	2	0	0	0	7
Nampula	5	2	11	0	2	0	0	0
Niassa	0	0	0	0	0	0	0	2
전체	96	63	67	23	14	5	4	334

출처: USAID (2012) Relatório Da Revisão Do Sector De Saúde (Mozambique Health Sector Review). 저자 재구성.

5) 보건의료인력 (Human Resources)

○ (모잠비크 보건분야의 인력문제)[4] 모잠비크 내 보건분야의 인력문제는 현지조사 시 대부분의 면담자들이 가장 심각한 문제이자 보건분야 개선에 장애가 되고 있는 요소로 지적되었던 문제이다. 양질의 보건의료인력의 충분한 공급은 보건의료 서비스로의 접근성을 보장하고 서비스 이용자들의 양질의 서비스를 제공하도록 하는 중심 역할을 한다. 지난 몇 년간 보건 지표들이 개선되어 오기는 했지만, 여전히 목표치와는 거리가 먼 상태이며, 보건의료 인력의 수적·질적 부족 문제가 보건 지표 개선 성과를 둔화시키고 더 이상 진전하지 못하게끔 하는 장애가 되고 있는 것으로 나타난다. 주변 국가들과의 비교에서도 낮은 수치를 나타내며, 보건분야 인력 유출 문제가 심각하고, 인력의 동기가 부족하며, 수적 부족으로 인한 근로 부담, 상벌의 부재 등의 원인이 되고 있으며, 기초교육의 미흡으로 개인적인 역량에서 한계를 겪기도 하고 있다 (Ministerio Da Saude Mocambique, n.d.).

<표 1-4> 모잠비크와 4개 타 국가의 보건의료인력 수 비교

(인구 10만 명당)	의사 수	간호사 수
모잠비크	**5.1**	**25**
말라위	1	27
잠비아	7	60
짐바브웨	6.6	135
남아프리카공화국	55	383

출처: Ministerio Da Saude Mocambique (n.d.) Informe sobre Recursos Humanos para Saude no Serviço Nacional de Saude de Moçambique (Report on Human Resources for Health in the National Health Service in Mozambique). 저자 재구성.

4) 2014년 3월 현지조사 결과 참고.

○ (보건의료인력 현황) 모잠비크 보건부는 2015년까지 의사의 수를 인구 10만명당 7.8명, 간호사의 수를 29명까지, 전체 보건의료인력의 수를 2006년 25,683명보다 79% 증가한 45,904년까지 증가시키고자 하는 목표를 가지고 있다 (Ministry of Health Mozambique, 2008). 2004년 3.0명이었던 의사 수는 2010년 3.9명까지 증가하였으나, 목표의 반밖에 미치지 못하고 있으며, 간호사의 수도 2004년 21명에서 2010년에는 4명이 증가한 25명으로 여전히 수적으로 부족한 상태이다. WHO는 필요한 보건수요를 충족시키기 위해 인구 1,000명당 보건의료인력(의사, 간호사, 조산사만을 포함) 수가 2.28명 이상이어야 한다고 보고 있으나, 모잠비크는 의사, 간호사, 조산사의 수가 인구 1,000명당 0.749명에 그치는 것으로 나타나 인력 부족이 심각한 수준임을 보여준다 (Ministerio Da Saude Mocambique, n.d.).

<표 1-5> 보건의료인력별 수 추이 (10만 명당)

(10만 명당)	2004년	2006년	2010년
의사	3.0	3.0	3.9
간호사	21	22	25
조산사	31	31	46
실험실 기사	3.2	4.3	6.3
약사	3.2	4.1	5.6
예방의학 담당인력*	2.6	4.1	5.9**

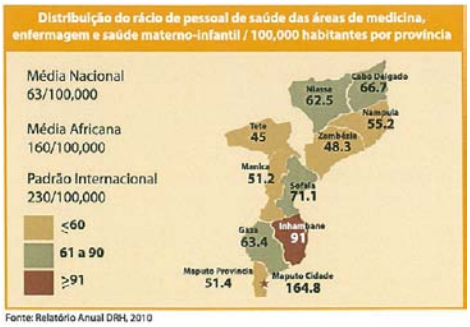
*포르투갈어로 Medicina Preventiva라고 표기되어 있으며, 이는 Preventive Medicine으로 해석됨.
**공중보건의 포함

출처: Ministerio Da Saude Mocambique (n.d.) Informe sobre Recursos Humanos para Saude no Serviço Nacional de Saude de Moçambique (Report on Human Resources for Health in the National Health Service in Mozambique). 저자 재구성.

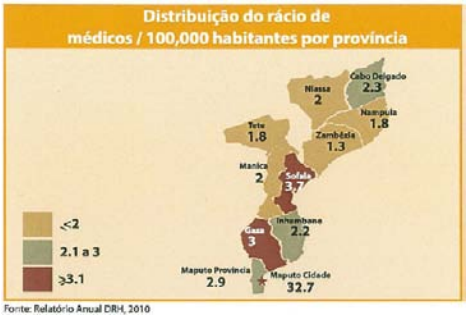
○ (지역사회 보건요원, APEs의 역할) 모잠비크의 지역사회 보건요원은 APEs (Agentes Polivalentes Elementares)라는 명칭으로 1979년 처음으로 도입되었으며 내전으로 인해 시스템이 붕괴되었으나, 1989년 내전이 진정국면에 접어들면서 SDC(Swiss Development Cooperation)의 지원과 함께 다시 활성화되었다. 2010년 보건부는 지역사회 보건요원 프로그램을 재활성화하기 위한 새로운 전략을 도입하였고, 교육과정이 새롭게 만들어졌으며 지역사회 보건요원들을 교육하기 시작했다. 이후 2011년 더 많은 지역에 기술적, 재정적 지원과 함께 지역사회 보건요원들이 추가적으로 교육받게 되었다. 지역사회 보건요원 프로그램은 지속적으로 개선되어 왔으나 여전히 여러 가지 도전과제들을 가지고 있다. 지역사회 보건요원이 모잠비크의 보건분야를 개선할 수 있는 열쇠가 될 수 있으므로 이를 지원하고자 하는 정치적 의지가 필요하다고 보여진다. 두 번째로는 개발 파트너들의 지원이 단기에 그치는 것이 아니라 지속적이고 장기적으로 이루어져야 할 것이라고 평가된다. 또한 보건부와 기술지원을 제공할 수 있는 파트너들의 협력관계을 긴밀히 유지하고 향상함으로 실제 지역사회 보건요원들의 역량 및 기능을 개선할 수 있도록 지원하는 것이 필요할 것이다 (Capobianco, 2012; USAID, 2012).

○ (지역별 인력 차이) 모잠비크의 보건의료인력은 지역별로도 큰 차이를 보이고 있다. 모든 인력이 수도인 마푸토에 압도적으로 많은 것으로 나타났으며, 특히 마푸토의 의사 수는 가장 열악한 지역인 잠베지아 지역의 1.3명에 비해 25배 차이가 나는 32.7명으로 집계되었으며, 이는 마푸토 다음으로 의사 수가 많은 소팔라 지역(3.7명)에 비해서도 9배 가까이 많은 것으로 나타났다. 간호사 수나 조산사 수도 지역별로 차이가 컸으며, 간호사 수의 경우에는 마푸토 주, 니아싸 수, 테테 주가 20명에 못 미쳐 가장 열악했고, 조산사 수는 잠베지아 주에서 가장 열악했다 (Ministerio Da Saude Mocambique, n.d.).

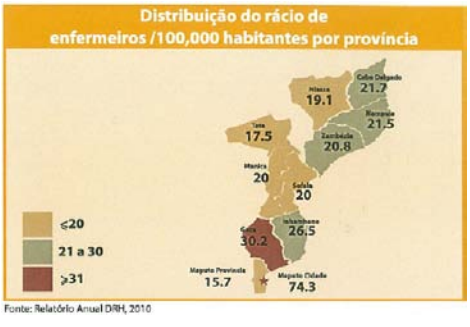
<그림 1-6> 주별 의사·간호사·조산사 수 (인구 10만 명당)



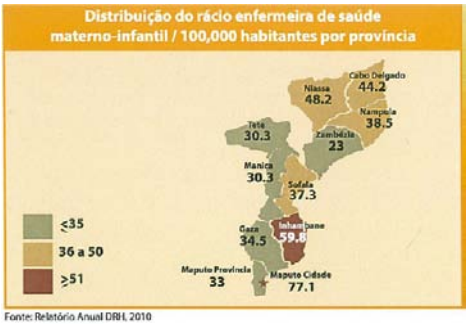
<그림 1-7> 주별 의사 수 (인구 10만 명당)



<그림 1-8> 주별 간호사 수 (인구 10만 명당)



<그림 1-9> 주별 조산사 수 (인구 10만 명당)



출처: Ministerio Da Saude Mocambique (n.d.) Informe sobre Recursos Humanos para Saude no Serviço Nacional de Saude de Moçambique (Report on Human Resources for Health in the National Health Service in Mozambique).

○ (교육 수준별 인력 양성 현황) 보건분야의 인력 문제로 인해 필요한 양질의 인력을 양성하기 위한 정부 및 공여기관의 지원이 제공됨에 따라, 기관 및 배출인력이 증가해 오고 있다. 보건의료 교육기관(IdFs)은 2004년에서 2010년 사이 교육을 제공할 수 있는 수용력(capacity of classroom)이 34% 증가하였으며, 2000년부터 2010년까지 13,181명의 전문가가 13개의 보건의료 교육기관을 통해 배출되었다. 2006년부터 2009년까지 PAF(Accelerated Training Plan)의 시행기간 동안 보건의료 교육기관의 졸업생을 크게 증가하였으며, 2010년 인적자원개발계획(PDRH)의 종료와 함께 전체 인력 증강 목표에 대해 96%의 달성률을 보였다. 기초 수준(Basico)의 과정을 마친

인력은 목표의 89%, 중급 수준(Medio) 인력은 117%에 해당하는 인력을 배출하였다. 그러나 중급 전문 수준(M Especial) 인력은 목표치의 14%만이 실제로 배출되었는데, 이는 교육과정이 재편성되는 과정에서 수치가 실제보다 낮게 나타난 것이기는 하지만. 실제로 고급 및 전문인력의 양성이 아직 미흡한 수준임을 보여 준다. 2000년부터 2010년까지 10년간 전문의 과정을 수료한 졸업생은 208명으로 국가 내 보건분야 수요를 충족시키기에는 매우 모자란 수치이다 (USAID, 2012).

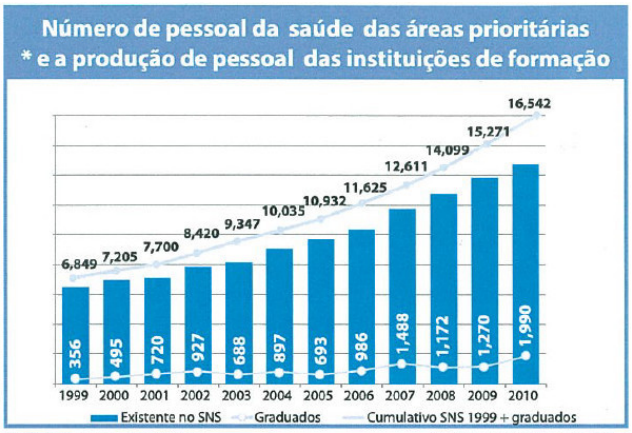
<표 1-6> PDRH(2005-10)와 PAF(2005-09) 시행 후 인력 양성 목표치의 달성현황

수준	목표치	달성치	달성률
기초(Basico)	3,975	3,551	89%
중급(Medio)	3,650	4,285	117%
중급 전문(M Especial)	625	90	14%
전체	**8,250**	**7,926**	**96%**

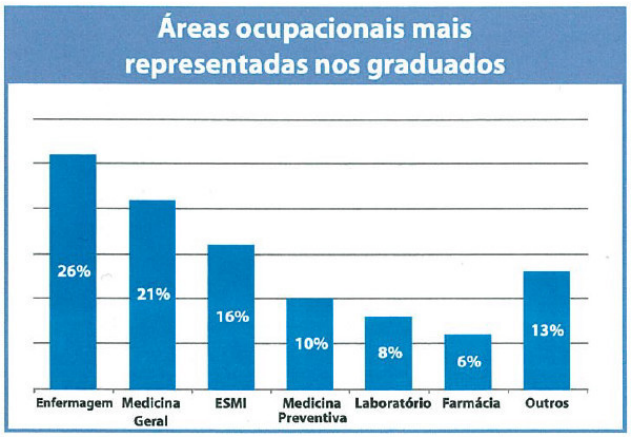
출처: USAID (2012) Relatório Da Revisão Do Sector De Saúde (Mozambique Health Sector Review). 저자 재구성.

○ (직무별 인력 양성 현황) 1999년부터 의사·간호사·조산사 자격으로 양성되는 인력 수는 지속적으로 증가하였고 2010년에는 2005년, 693명의 3배 가까이 되는 1,990명이 배출되었다. 2010년 배출된 전체 보건의료인력 중에는 간호사가 26%로 가장 큰 비중을 차지했고, 다음이 일반의로 21%, 조산사가 16%를 차지했다.

<그림 1-10> 교육기관들의 의사·간호사·조산사 인력 배출 추이



<그림 1-11> 직무별 인력 배출 현황



원문	Enfermagem	Medicina Geral	ESMI	Medicina Preventiva	Laboratorio	Farmacia	Outros
국문	간호사	일반의	조산사	-	실험실기사	약사	기타

출처: Ministerio Da Saude Mocambique (n.d.) Informe sobre Recursos Humanos para Saude no Serviço Nacional de Saude de Moçambique (Report on Human Resources for Health in the National Health Service in Mozambique).

○ (보건의료 교육기관 현황) 2010년 기준으로 모잠비크 내에는 21개의 공공 및 민간 보건의료 교육기관이 있으며, 수도인 마푸토나 중부 지역에 다소 집중되어 있는 것으로 나타난다.

<그림 1-12> 보건분야 공공 및 민간 교육기관 분포 현황

Fonte: DRH/Formação 2010

*Escolas superiores de formação de saude: 보건의료 상급교육학교
*Institutos de Ciencia de Saude: 보건과학기관
*Centros de Formação de Saude: 보건의료 교육센터

출처: Ministerio Da Saude Mocambique (n.d.) Informe sobre Recursos Humanos para Saude no Serviço Nacional de Saude de Moçambique (Report on Human Resources for Health in the National Health Service in Mozambique).

○ (보건의료인력 개발 지원)[5] 모잠비크에서는 의과대학들이 보건부가 아닌 교육부의 관리 하에 있으며, 보건부에서는 의사를 제외한 간호사나, 조산사, 실험 기술자 등의 교육에 초점을 맞추고 있다. 전체 보건분야 인력에서 의사의 역할이 매우 중요한데 반해, 보건의료인력 양성에 대한 보건부와 교육부 역할의 분절화는 인력 양성 계획을 적극적으로 시행하고 효과적인 성과를 거두는데 장애가 되고 있는 것으로 평가되고 있다.

5) 2014년 3월 현지조사 결과 참고.

<보건시스템 현황과 과제>		
분야		
리더십과 거버넌스	도전 과제	▪ 지방분권화의 시행에도 불구하고 지방정부에 대해 실질적으로 권한이 이양되지 않고 있음 ▪ 보건의료체계의 전 수준에서 관리 능력 문제가 있음 ▪ 전 수준에 걸친 부정부패 문제로 책무성 이슈가 있음
보건의료재정	강점	▪ 개발파트너들이 보건분야 공동기금(PROSAUDE) 지원을 통해 국가 시스템을 통한 원조를 하고자 함 ▪ 전체 원조 규모가 큰 편임
	도전 과제	▪ 만성적인 재정 부족 현상이 있음 ▪ 재정에 대한 예측성이 낮은 편임 ▪ 수직적 기금의 지속적 증가로 중기예측성 및 국가 재정시스템 활용면에서 개선되지 않고 있음
보건의료 서비스 전달	도전 과제	▪ 의료기관에 대부분의 인구가 지리적 접근성이 취약함 ▪ 국가의료보험의 부재 및 보건의료 재정부담 경감 정책이 미흡하여 경제적 접근성 또한 취약함 ▪ 후송체계가 제대로 작동하지 않음 ▪ 제공되는 서비스의 질이 낮은 것으로 평가됨
보건의료인력	강점	▪ 보건의료인력 문제로 정부 및 공여기관들의 관심이 집중되면서 최근 인력을 양성하기 위한 지원이 증가하고 있음
	도전 과제	▪ 보건의료인력이 여전히 수적으로 부족하며, 민간부문으로 인력 유출 현상이 큼 ▪ 지역별 인력보유 현황의 격차가 매우 큼 ▪ 전문의 등의 고급인력이 매우 부족함 ▪ 기초 교육의 부족 등의 원인으로 인해 인력의 역량이 취약함 ▪ 의사 양성이 보건부가 아닌 교육부에 의해 관리되고 있어, 필요한 양질의 보건의료인력을 양성하고 개발하는데 부처 간 분절화 문제가 있음

다. 건강 및 질병 현황

<요약. 모잠비크의 건강 및 질병 현황과 과제>

- (일반 보건 현황) HIV와 말라리아가 주요 사망원인과 질병부담을 차지하고 있어, 전염성 질환이 심각한 일임을 보여줌. 또한 설사나 신생아 감염, 출산 시 질식 및 외상, 모성 질환 등의 모자보건 관련 요인들이 전염성 질환들에 이어 높은 질병부담을 차지함.

- (모성보건 현황) 모잠비크의 모성사망비는 감소하고 있으나 2011년 408명으로 2015년 목표치인 230명을 달성하기는 어려움. 출산율이 2011년 5.9명으로 2003년 5.5명에 비해 오히려 증가하였으며, 피임율은 17%로 낮게 나타나, 가족계획 및 생식보건의 수요가 높은 것으로 나타남.

- (아동보건 및 영양) 5세 미만 아동 사망률 및 영아 사망률은 비교적 빠르게 감소하여 각각 2011년에 출생아 1,000명 당 97명, 64명을 달성하였으나, 신생아 사망률은 30명으로 감소 속도가 느린 편임. 5세 미만 아동의 43%가 발육부진을 겪고 있으며, 모잠비크 내 만연한 여러 사회적 관습들이 아동의 영양에 부정적인 영향을 가져오는 것으로 보임.

- (주요 전염성 질병) HIV는 모잠비크 사망원인의 22%와 질병부담의 22.4%를 차지하며 15-49세 성인의 11.1%가 HIV 양성으로 나타남. 특히 HIV에 새롭게 감염되는 인구 중 25세 이하 인구 비율이 60%로 청소년 HIV 감염이 심각한 문제로 나타남. 말라리아는 주요 사망원인 및 질병부담 2위를 차지하며, 아동의 말라리아 유병률은 감소하였으나 농촌지역에서의 아동의 말라리아 감염은 여전히 심각함.

1) 일반 보건현황

○ (모잠비크의 주요 사망원인) 모잠비크의 주요 사망원인으로 가장 큰 비중을 차지하는 것은 HIV(22%)이며, 그 다음이 말라리아(16%), 하기도감염(5%)인 것으로 나타났다. 결핵도 5위(5%)에 나타나고 있어, 주요 전염성 질환인 HIV/AIDS와 말라리아, 결핵이 여전히 모잠비크에서는 심각한 보건문제로 남아있다.

<표 1-7> 주요 사망원인

순위	Causes of Death	% of Total
1	HIV	22
2	Malaria	16
3	Lower Respiratory Infections	6
4	Cancer	5
5	Tuberculosis	5
6	Diarrheal Diseases	5
7	Stroke	4
8	Sepsis	3
9	Road Injuries	2
10	Meningitis	2

출처: CDC (2013). CDC in Mozambique: Factsheet.

○ (모잠비크의 질병부담) 모잠비크의 주요 사망원인과 함께 가장 큰 질병부담을 가져오는 질병은 HIV/AIDS(22.4%)인 것으로 나타났고, 2,3위도 주요 사망원인과 동일하게 말라리아(9.4%), 하기도감염(7.8%)으로 나타났다. 이 외에 설사(5.3%)나 신생아 감염 및 기타 질병(4.0%), 출산 시 질식 및 외상(trauma)(3.5%), 모성 질환(3.3%), 조산 및 저체중아 출산(3.1%), 단백질과 에너지 영양부족(2.3%) 등 모자보건 분야 질병들이 대부분의 순위를 차지해 모잠비크 내 전염성 질환의 문제와 모자보건 문제를 함께 보여주고 있다.

<표 1-8> 질병부담 (Global Burden of Disease)

순위	Cause of Burden of Disease	% of Total DALY's
1	HIV/AIDS	22.4
2	Malaria	9.4
3	Lower Respiratory Infections	7.8
4	Diarrhoeal diseases	6.3
5	Neonatal infections and other conditions	4.0
6	Birth asphyxia and birth trauma	3.5
7	Maternal conditions	3.3
8	Tuberculosis	3.3
9	Prematurity and low birth weight	3.1
10	Protein-energy malnutrition	2.3

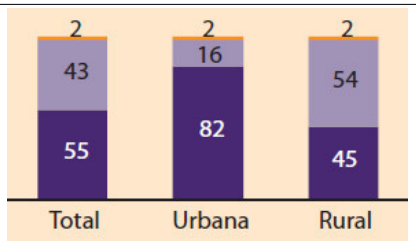
출처: WHO (2010). WHO Health Statistics Profile.

2) 모성보건

○ (모성사망비 현황) 모잠비크의 모성사망비는 2003년 640명(출생아 10만 명당)에서 2008명 550명으로 감소하였으며, 2011년에는 408명까지 감소한 것으로 나타났으나, 2015년 목표치인 230명을 달성하는 것은 가능하지 않은 것으로 보인다 (IDS, 2011c; Ministerio Da Saude Mocambique, 2012).

○ (시설분만율 현황) 모잠비크의 시설분만율은 2011년 55%로, 2003년 48%에 비해 향상되기는 했지만 그 증가폭이 크지 않았다. 도시 지역에서는 82%, 농촌 지역에서는 45%로 나타나 도농 간의 격차가 크다 (IDS, 2011a).

<그림 1-13> 시설분만율 현황

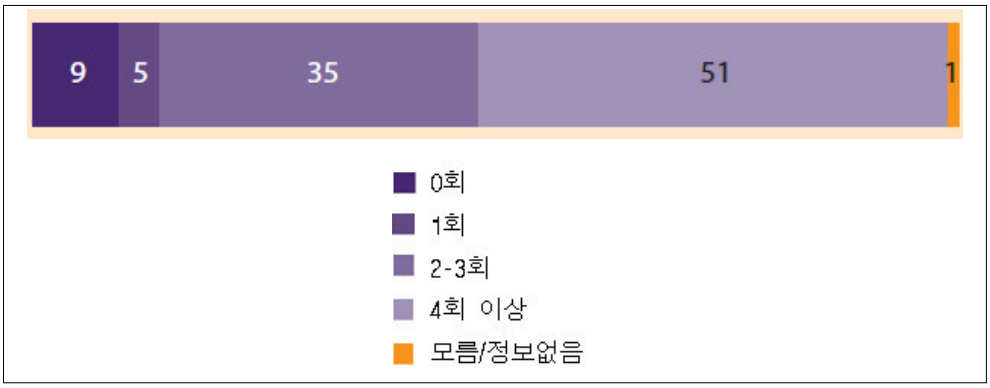


출처: IDS (2011a). A Saúde Materno-Infantil no Inquérito Demográfico e de Saúde de Moçambique 2011 (The Maternal and Child Health in the Demographic and Health Survey of

Mozambique 2011). 저자 재구성.

○ (산전 및 산후관리 수진 현황) 2011년 DHS에 의하면 지난 5년간 출산을 경험한 15-49세 여성의 대부분인 90%가 최소 1회의 산전관리를 받았으며, 51%는 4회 이상의 산전관리를 받았다. 1회 산전관리 수진율이 1997년 71%, 2003년 85% 꾸준히 증가했다 (WHO & UNICEF, 2012). 그러나 2008년 실시되었던 MICS(Multiple Cluster Indicator Survey)에서는 92%로 나타나 2008년에서 2011년 사이에는 거의 개선이 이루어지지 않은 것으로 해석될 수 있다. 산후관리 이용률은 2003년 56%에서 2009년 66%로 개선되었다 (IDS, 2011a; Ministerio Da Saude Mocambique, 2012).

<그림 1-14> 지난 5년간 출산을 경험한 15-49세 여성의 산전관리 이용률 현황

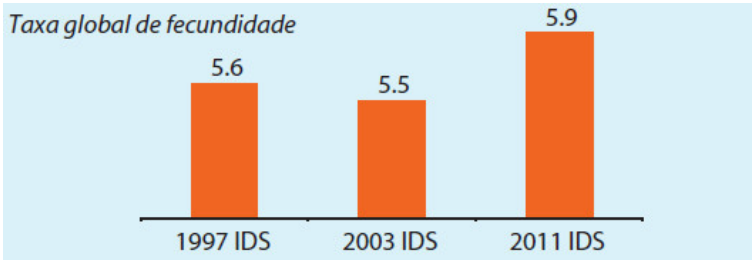


출처: IDS (2011a). A Saúde Materno-Infantil no Inquérito Demográfico e de Saúde de Moçambique 2011 (The Maternal and Child Health in the Demographic and Health Survey of Mozambique 2011). 저자 재구성.

○ (전문인력에 의한 분만율) 지난 5년간 출생아의 분만 중 간호사나 조산사 보조에 의한 분만이 36%로 가장 높았고, 25%의 분만이 친척이나 다른 사람들에 의해서 이뤄졌다. 18%만이 의사나 간호사, 조산사에 의해서 이루어졌으며 17%가 전통산파(TBA)에 의해 이루어졌다. 모잠비크 UNICEF와의 현지조사 면담에 의하면 모잠비크에서는 사회적 규범이 모성의 출산과 관련된 결정에 큰 영향을 미치기 때문에, 분만을 보건의료시설에서 하도록 유도하는데 집중하기 보다는 전통산파를 교육하여 안전한 분만이 이루어질 수 있도록 하는 방식으로도 지원하고 있다고 하였다 (IDS, 2011a).

○ (출산율 현황) 모성사망비와 밀접하게 연관되는 모잠비크의 합계출산율은 2011년 5.9명으로 1997년 5.6명, 2003년 5.5명에 비해 오히려 증가되었으며, 아프리카 지역 평균치인 4.8명에 비해서도 훨씬 높았다 (IDS, 2011c).

<그림 1-15> 모잠비크 출산율 추이



출처: IDS (2011c). Fecundidade e Planeamento Familiar no Inquérito Demográfico e de Saúde de Moçambique (Fertility and Family Planning in the Demographic and Health Survey of Mozambique 2011).

○ (가족계획 및 생식보건 현황) 모잠비크는 높은 출산율과 함께 피임률(현대적 피임법)이 17%로 낮게 나타났으며, 조혼율이 매우 높은 나라 중 하나이며 청소년 임신율도 18.5%로 높다. 15-19세 여성 중 기혼여성과 미혼여성 모두에게서 미충족 가족계획 수요가 각각 23%와 56%로 높게 나타났다. 또한 결혼한 15-19세 여성 중 6%만이 현대적 피임법을 사용하고 있는 것으로 나타났다 (IDS, 2011c; IDS, 2011e; UNICEF-Mozambique, n.d.).

3) 아동보건 및 영양

○ (아동 사망률 추이) 모잠비크의 5세미만 아동 사망률과 영아 사망률은 2011년 각각 97명(출생아 1,000명당), 64명으로 1997년 각 219명, 147명에 비해 반 이상 감소하였다. 2015년 MDG 목표치인 108명, 67명을 각각 달성하였다. 영아 사망률에는 예방접종의 확대와 모기장 보급, 말라리아 약 보급이 크게 기여한 것으로 평가된다.[6] 반면, 신생아 사망률은 1997년 59명에서 2011년 30명까지 감소했으나, 영아사망률이나 5세 미만 아동 사망률에 비해 감소 속도가 느리게 나타나고 있다 (IDS, 2011e; Republic of Mozambique, 2008).

<표 1-10> 아동 사망률 추이

Quadro 8.1 Mortalidade infantil e na infância

Taxas de mortalidade neonatal, pós-neonatal, infantil, pós-infantil e infanto-juvenil, para períodos quinquenais antes do inquérito, Moçambique 2011

Períodos quinquenais antes do inquérito	Mortalidade neonatal (NN)	Mortalidade pós-neonatal (PNN)[1]	Mortalidade infantil ($_1q_0$)	Mortalidade pós-infantil ($_4q_1$)	Mortalidade infanto-juvenil ($_5q_0$)
0-4	30	34	64	35	97
5-9	34	45	79	46	122
10-14	49	57	106	59	158

[1] Calculado a partir da diferença entre a mortalidade infantil e neonatal

*Mortalidade neonatal: 신생아 사망률
*Mortalidade infantil: 영아 사망률
*Mortalidade infanto-juvenil: 5세 미만 아동 사망률

출처: IDS (2011e) Moçambique: Inquérito Demográfico e de Saúde (Demographic and Health Survey, Mozambique 2011).

6) 2014년 3월 현지조사 면담결과 참고.

○ (예방접종률 현황) 12-23개월 아동 중 모든 기초 예방접종(Todas as vacinas basicas)를 받은 비율은 64.1%로 나타났으며, 홍역 예방접종률은 81.5%로 나타났다. 그러나 예방접종률의 도농간 격차가 커, 도시 지역의 예방접종률은 75%, 농촌 지역은 60%인 것으로 나타났다. UNICEF와의 현지조사 면담에 의하면 현재 예방접종에 대한 수요는 매우 높으며, 효과적인 예방접종을 위해 시스템을 강화하고자 하는 노력이 행해지고 있다. 또한 앞으로 폐렴구균이나 로타 바이러스(Rota), HPV(Human Papillomavirus, 인유두종 바이러스), IPV(Poliovirus vaccine inactivated, 불활성 폴리오바이러스 백신), 홍역 2차 접종백신(Measles 2nd dose) 등이 새롭게 보급될 예정이라고 하였다 (IDS, 2011e).

<표 1-9> 12-23개월 아동의 예방접종률

Quadro 10.2 Vacinação por fonte de informação

Percentagem de crianças entre 12 e 23 meses de idade que receberam vacinas específicas, segundo informação fornecida pelo cartão de vacinação ou pela mãe, Moçambique 2011

Fonte de informação	BCG	DPT 1	DPT 2	DPT 3	Pólio 0	Pólio 1	Pólio 2	Pólio 3	Sarampo	Todas as vacinas básicas[2]	Número médio de vacina-ções	Percentagem com cartão de saúde
Vacinada a qualquer momento antes do inquérito												
Cartão de saúde	79.6	79.7	76.1	69.0	75.6	80.3	77.0	71.0	70.4	62.4	0.6	1,931
Informação da mãe	11.6	11.6	10.0	7.2	9.0	11.6	8.7	2.2	11.0	1.7	4.1	394
Ambas fontes	91.1	91.3	86.1	76.2	84.6	91.8	85.7	73.2	81.5	64.1	4.7	2,325
Vacinada até 12 meses de idade[3]	90.3	89.9	82.8	70.9	84.3	90.5	83.0	67.7	66.2	51.5	5.7	2,325

[1] Pólio 0 e pólio à nascença.
[2] Crianças com vacinas completas (BCG, sarampo e três doses de DPT e pólio).

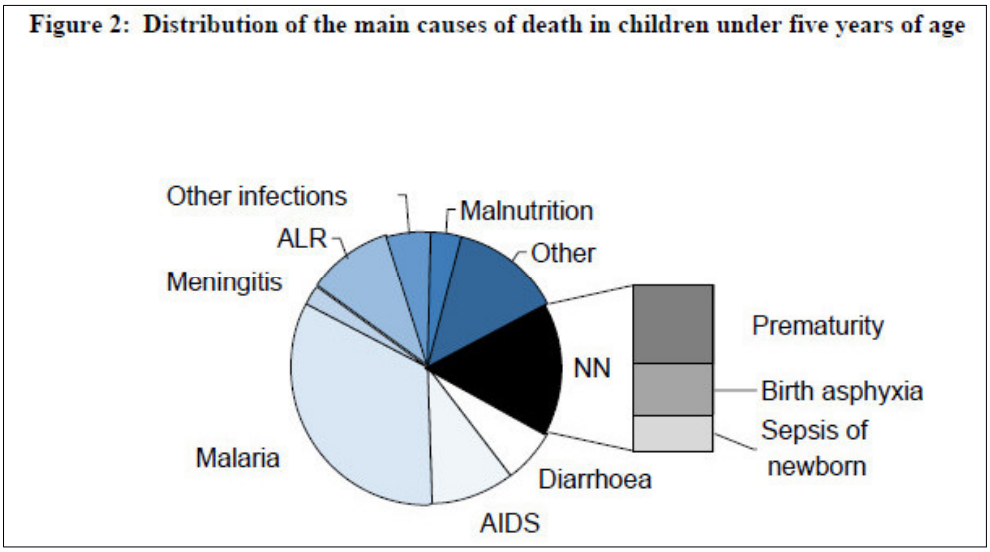
*Ambas fontes: 보건증(Cartão de saúde)과 모성으로부터의 확인(Informação da mãe)에 의해 예방접종을 받은 것을 확인된 비율

*Sarampo: 홍역(measles)
*Todas as vacinas basicas: All basic vaccines(BCG, 홍역, DPT3, 소아마비)

출처: IDS (2011e) Moçambique: Inquérito Demográfico e de Saúde (Demographic and Health Survey, Mozambique 2011).

○ (5세 미만 아동의 주요 사망원인) 모잠비크의 5세 미만 아동의 주요 사망원인은 말라리아로 전체 사망원인의 33.2%를 차지했으며, 다음으로 급성호흡기감염이 10.1%, HIV/AIDS이 9.8%, 조산이 7.6%, 설사가 6.7%를 차지했다. 전체 사망원인 중 신생아 질환인 조산, 출산시 질식, 신생아 패혈증이 15.9%로 큰 비중을 차지했다 (National Institute of Health, Ministry of Health Mozambique, 2009).

<그림 1-16> 5세 미만 아동의 주요 사망원인



출처: National Institute of Health, Ministry of Health Mozambique (2009) Mozambique National Child Mortality Study 2009 (Summary).

○ (아동 영양 및 모유수유)[7] 2011년 DHS에 의하면 모잠비크의 5세 미만 아동 중 43%가 만성 영양실조(moderate chronic malnutrition)를, 20%가 중증 영양실조(severe chronic malnutrition)를 겪는 것으로 나타났다. 5세 미만 아동의 발육부진율은 43%로 아프리카 평균치인 40.9%에 비해 아직 높은 편이며, 저체중 아동의 비율은 18%로 나타났다. 2011년 DHS에 의하면, 97%의 아동이 모유수유를 받고 있으며 92%가 출산 후 첫날부터 모유수유를 받는 것으로 나타났다. 그러나 6개월 미만 아동의 완전 모유수유율은 1997년과 2003년에는 30%로 향상되지 않았으나 2011년에는 43%로 개

7) 2014년 3월 현지조사 면담결과 참고.

선되었으나 여전히 매우 낮은 것으로 나타난다. 보충식과 이유식이 필요한 생후 6-24개월 사이의 영양 공급은 아동의 발육에 중요한 영향을 미쳐 발육 부진 여부를 결정짓는 주된 요소 중 하나인데, 모잠비크 내에서는 사회적 규범 및 관습이 아동의 영양 상태를 결정짓는 경우들이 있는 것으로 나타난다. 일부 지역사회에서는 신생아에게 초유 대신이 꿀을 먹이는 관습을 갖고 있기도 하며, 가족 구성원 중 가장(보통 아버지)에게 좋은 음식이 먼저 돌아가고 자녀들에게는 가장 나중에 음식이 주어지는 관습, 망고 등 영양소가 풍부하고 접근성이 좋은 과일의 섭취를 지양하는 등의 관습이 만연하고 있어, 아동의 영양에 부정적인 영향을 가져오고 있다. 이를 개선하기 위해서는 지역사회 리더나 전통적 리더의 역할이 중요할 것이라는 전문가의 의견이 있었다(National Institute of Health. Ministry of Health Mozambique, 2009).

다) 주요 전염성 질병

○ (HIV/AIDS 현황) 2004년 15-49세 인구의 유병률은 16.2%로 집계되었고, 이로 인해 정부는 HIV/AIDS에 대한 범국가적 응급상황을 선포한 바 있다 (UNICEF-Mozambique, n.d.). 현재 HIV/AIDS는 모잠비크에서 사망원인의 22%차지하는 가장 주된 사망 원인인 동시에 22.4%에 달하는 가장 큰 질병 부담을 차지한다. UNAIDS (The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS)에 의하면, 2012년 HIV 보균자 수는 160만 명인 것으로 나타났으며 15-49세 성인의 11.1%(오차 범위 9.9%-12.9%)가 HIV 양성으로 나타났다. 이 중 여성의 수가 절반이 넘는 81만명(약 58%)로 집계되었으며 0-14세 사이 아동 중 HIV 양성인 경우는 18만명으로 나타났다. AIDS로 인해 고아가 된 0-17세 아동 및 청소년 수는 74만명에 달했다 (UNAIDS-Mozmabique, n.d.).

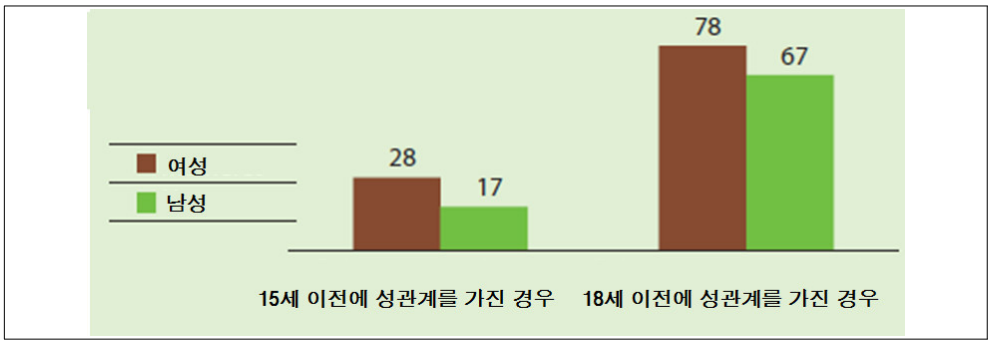
○ (HIV/AIDS 관련 지식 현황) 15-49세 인구 중 52%의 여성만이 HIV 예방법에 대한 지식(콘돔 사용, 비감염자와의 성관계 등)을 가지고 있는데 비해 74%에 달하는 남성이 HIV 예방법을 인지하고 있는 것으로 나타났다. 그러나 예방법을 포함한 HIV에 대한 전반적 지식을 알고 있는 경우는 더 적게 나타나 여성의 경우는 31%, 남성은 51%에 그쳤다 (UNICEF-Mozambique, n.d.).

○ (HIV 관련 행동 현황) 15-49세 인구 중 지난 12개월 간 2명 이상의 파트너와 성관계를 가진 경우는 여성이 3%, 남성이 30%이었으며, 그 중에서 성관계 시 콘돔을 사용한 비율은 여성은 31%, 남성은 26%인 것으로 나타나 남성이 전반적으로 HIV 관련 위험행동에 더 많이 노출되어 있는 것으로 보인다.

○ (청소년의 HIV 관련 행동 현황) 현재 모잠비크 내 HIV에 새롭게 감염되는 인구 중 25세 이하 인구 비율이 60%에 달해, 청소년의 HIV 감염은 심각한 문제로 나타나고 있다. 또한 15-24세 인구 중 여성이 남성에 비해 HIV에 2.5배 더 많이 감염되는 것으로 보고되었다 (National AIDS Council Mozmabique, 2010). 20-24세 인구 중 15세 이전에 성관계를 갖는 경우는 여성이 28%, 남성이 17%였으며 18세 이전에 성관계를 갖는 경우는 여성이 78%, 남성이 67%로 대부분의

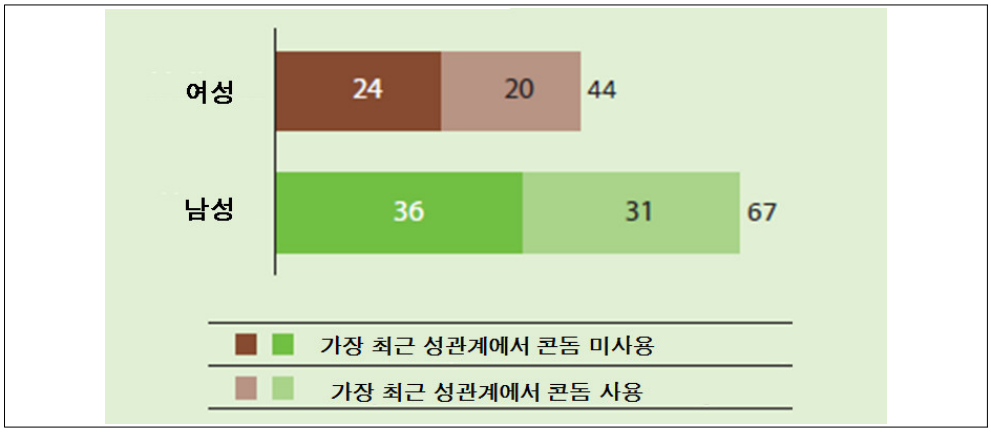
조사 대상이 18세 이전에 성관계를 갖는 것을 알 수 있다. 또한 여성이 성관계에 노출되는 시기가 남성에 비해서 더 이른 것으로 나타났다. 보통 성관계에 노출되는 시기를 늦추는 것은 HIV 감염에 대한 위험성을 감소시킬 수 있는 중요한 전략 중 하나이다. 15-24세 미혼인구 중 지난 12개월간 성관계를 경험한 적이 있는 비율은 여성이 44%, 남성이 67%였는데 그 중 각각 20%, 31%만이 콘돔을 사용하였다 (IDS, 2011b).

<그림 1-17> 청소년의 성적 행동 현황



출처: IDS (2011b) Conhecimento e Comportamento sobre HIV/SIDA no Inquérito Demográfico e de Saúde de Moçambique 2011 (Knowledge and behavior about HIV/AIDS in the Demographic and Health Survey of Mozambique 2011). 저자 재구성.

<그림 1-18> 15-24세 미혼인구의 콘돔 사용 현황



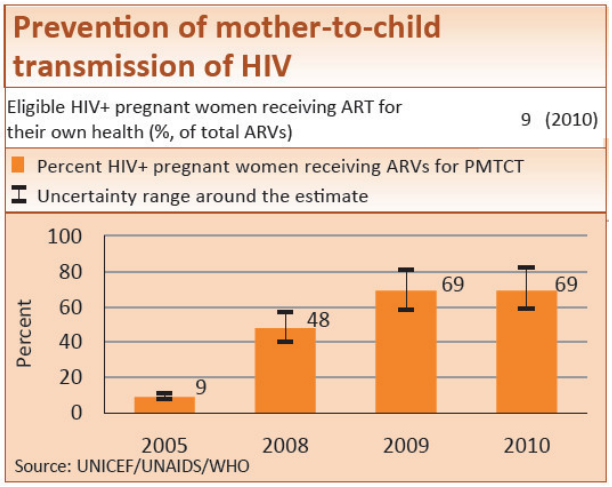
출처: IDS (2011b) Conhecimento e Comportamento sobre HIV/SIDA no Inquérito Demográfico e de Saúde de Moçambique 2011 (Knowledge and behavior about HIV/AIDS in the Demographic and Health Survey of Mozambique 2011). 저자 재구성.

○ (HIV 검사율) 지난 12개월간 HIV 진단 검사를 받은 15-49세 인구 비율은 여성이 45%, 남성이 23%로 여성이 남성에 비해 더 높은 것으로 나타났다. 이는 여성이 산전 관리를 받음으로 인해 HIV 진단검사에 대한 더 높은 접근성을 가지고 있기 때문인 것으로 보인다. 지난 2년간 출산을 경험한 15-49세 여성 중 산전에 HIV 상담이나 검사, 검사결과를 받은 경우는 42%였으며 교육수준에 따른 격차가 큰 것으로 나타났다 (IDS, 2011b).

○ (ART 접근성 현황) 2007년 통계에 따르면 HIV 보균자 중 24%가 ART를 처방받았으며 그 중 10%만이 청소년인 것으로 나타났다. 그러나 이들 중 적게는 10%에서 37%가 중간에 치료를 중단하거나 추적에 실패한 것으로 보고되었다 (OECD, 2014).

○ (HIV의 수직감염 예방) 임신한 HIV 감염 여성 중 본인의 치료 목적으로 ART를 받은 경우는 2010년 9%에 그친 것으로 나타났으며 수직감염 예방 목적으로 ART를 받은 경우는 2005년 9%에서 꾸준히 증가해 2009년, 2010년에는 69%인 것으로 나타났다 (WHO&UNICEF, 2012).

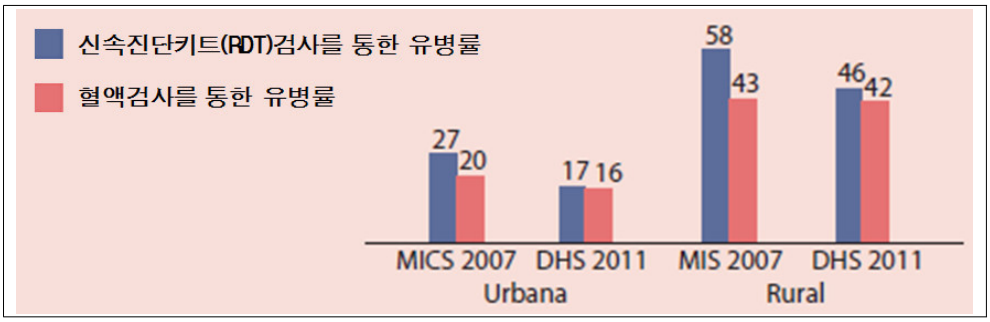
<그림 1-19> HIV 수직감염 관련 지표 현황



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

○ (말라리아) 말라리아는 모잠비크의 사망원인과 질병부담 2위를 차지하고, 아동의 주요 사망원인 중 하나이기도 하다. 2007년 보건부의 조사에 의하면 외래환자 중 40%가 말라리아로 내원했으며, 입원 환자 중 60%가 말라리아로 인해 입원한 것으로 나타났다. 신속진단키트(RDT, Rapid Diagnostic Test)를 통한 검사와 혈액검사 모두, 6-59개월 아동에서 2007년에 비해 2011년에 말라리아 유병률이 감소하였다. 도시 지역에서는 RDT 검사 결과, 유병률이 27%에서 17%로 감소하였으며, 농촌 지역에서는 68%에서 46%로 감소하였다. 모든 지역에서 감소했지만 농촌 지역 아동의 말라리아 감염은 여전히 심각한 것으로 나타난다 (IDS, 2011d).

<그림 1-20> 신속진단키트(RDT)와 혈액검사를 통한 아동의 말라리아 유병률



출처: IDS (2011d) Malaria no Inquérito Demográfico e de Saúde de Moçambique 2011 (Malaria in the Demographic and Health Survey of Mozambique 2011).

- (말라리아 예방 현황) 2011년 DHS에 의하면, 절반의 가구가 장기살충모기장(LLIN)을 1개 이상 보유하고 있으며, 5세 미만 아동의 35%와 임산부의 34%가조사 전날 장기살충모기장을 이용한 것으로 나타났다.

- (말라리아 치료 현황) 지난 2주 이내에 출생을 경험한 여성 중 40%가 임신 기간동안 항말라리아제를 복용한 경험이 있었으며, 발열 증상이 있었던 아동의 15%가 발열 당일 혹은 다음 날 항말라리아제를 처방받은 것으로 나타났다 (IDS, 2011e).

<건강 및 질병 현황과 과제>
A. 높은 출산율과 조혼율, 모성사망비
▪ 모잠비크의 출산율은 1997년의 5.6명보다 오히려 증가해 2011년 5.9명으로 아프리카 지역 평균치인 4.8명에 비해서도 훨씬 높음. 피임률이 17%로 낮으며 조혼율이 가장 높은 나라 중 하나로 청소년 임신율이 18.5%에 달해 생식보건 및 가족계획에 대한 수요가 높으며 특히 청소년 생식보건 관리가 중요할 것으로 보임. ▪ 모잠비크의 모성사망비는 2003년 640명에 비해 2011년 408명까지 감소하였으나, 여전히 높으며 2015년 목표치인 230명을 달성하기 힘들 것으로 전망됨.
B. 신생아 사망률 감소 지체와 높은 발육부진(Stunting) 아동 비율
▪ 신생아 사망률은 감소해 오고 있으나 영아사망률 및 5세 미만 아동사망률에 비해 감소속도가 느리며 2011년 30명(출생아 1,000명당)으로 여전히 높은 수치임. 예방접종이나 모기장, 말라리아 약 보급으로 영아사망률은 대폭 감소하였으나, 신생아 사망률 감소를 위해서는 지역사회 보건의료시스템 강화 및 지역사회 보건요원들의 역할 확대가 필요할 것으로 보임. ▪ 5세 미만 아동의 발육부진율은 43%로 아프리카 평균치인 40.9%를 상회함.
C. HIV/AIDS와 말라리아의 높은 사망률 및 질병 부담
▪ HIV/AIDS와 말라리아는 사망원인 및 질병부담의 1, 2위를 차지하고 있으며, HIV/AIDS는 사망원인의 22%, 말라리아는 16%를 차지함. 15-49세 성인 중 HIV 양성인 인구는 11.1%에 달하며, 두 질병은 아동과 모성의 건강과 사망에도 큰 영향을 미침.

라. 보건과 불평등

<요약. 모잠비크의 보건과 불평등>

- (지역간 격차) 모잠비크의 보건지표는 도농간 격차 뿐만 아니라 주(province)별 격차가 극심하게 나타남. 북부지방이 특별히 합계출산율이 높고, 숙련된 인력의 의함 분만율, 임산부의 HIV 검사 및 상담 이용 비율 등의 지표들은 낮음.

- (경제수준 및 교육수준에 따른 불평등) 피임율이나 HIV 검사율 등도 경제수준에 따른 격차가 확연하며, 교육수준에 따라서도 차이가 큼. 교육을 받지 못한 15-19세 여성 중 절반 이상에게 자녀가 있거나 임신한 상태인 반면 중등교육 이상을 수료한 경우는 26%만이 이에 해당하였음.

- (여성에 대한 불평등) 모잠비크는 세계에서 조혼율이 가장 높은 나라 중 하나로, 25-49세 기혼 여성 중 60%가 20세 이전에 결혼한 것으로 나타나며, 여성의 평균 결혼연령은 18.8세로 남성에 비해 6세 가량 낮음. 성 격차 지수(GGI)의 전반적인 향상에도 불구하고, 보건부문에서의 성 격차는 오히려 악화된 것으로 나타남.

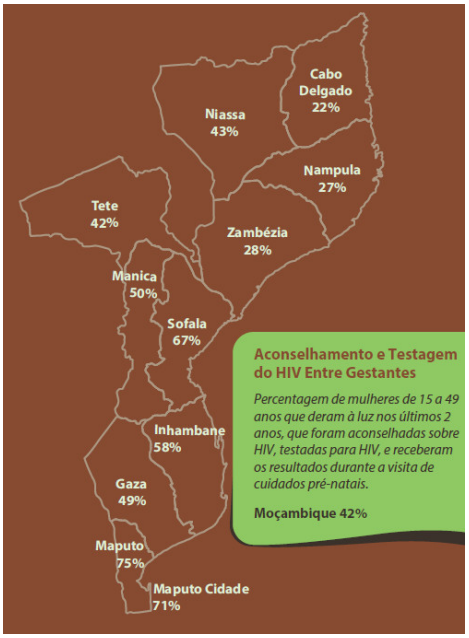
1) 지역간 격차

○ (주(province)별 격차) 모잠비크의 10개 주에서는 대부분의 보건지표의 격차가 매우 큰 것으로 나타났다. 모잠비크의 평균 출산율이 5.9명인데, 가장 낮은 마푸토 시티에서는 3.1명으로, 가장 높은 지역인 니아사(Niassa) 주에서는 7.1로 격차가 2배 이상이었다. 임산부의 HIV 검사 및 상담 이용 비율은 모잠비크 평균이 42%였고 가장 높은 마푸토(Maputo) 주에서는 75%였으나, 가장 낮은 카보 델가도(Cabo Delgado) 주에서는 22%로 나타나, 평균의 절반 수준이었다 (IDS, 2011b; IDS, 2011c).

<그림 1-21> 주(province)별 출산율

출처: IDS (2011c) Fecundidade e Planeamento Familiar no Inquérito Demográfico e de Saúde de Moçambique (Fertility and Family Planning in the Demographic and Health Survey of Mozambique 2011).

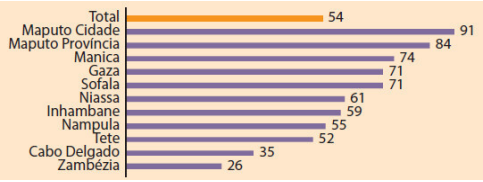
<그림 1-22> 임산부의 HIV 검사 및 상담 이용 비율



출처: IDS (2011b) Conhecimento e Comportamento sobre HIV/SIDA no Inquérito Demográfico e de Saúde de Moçambique 2011 (Knowledge and behavior about HIV/AIDS in the Demographic and Health Survey of Mozambique 2011).

○ (주(province)별 격차) 모잠비크의 분만율이 54%인데 비해 수도인 마푸토에서는 91%로 매우 높게 나타났지만 가장 낮은 잠베지아(Zambezia) 주에서는 26%로 3배 이상 차이를 보였다. 지난 2년간 출산을 경험한 15-49세 여성 중 1회 이상의 산전관리와 함께 2회 이상 항말라리아약(SF/Fansidar)를 처방받은 비율은 평균이 19%였고, 가장 높은 남풀라(Nampula) 주에서 36%였으나, 가장 낮은 지역인 니아사(Niassa) 주에서는 1%에 그쳤다. 모잠비크의 보건 현황은 주별로 격차가 매우 심각했으며, 질병의 종류에 따라 다소 다른 양상을 보이기는 했지만, 주로 북부지방에서 전반적인 보건현황이 열악한 것으로 나타났다. 모잠비크는 지역별로 다양한 문화나 관습을 보유하고 있어 종교나, 생활습관 등을 포함하는 사회문화적 차이가 지역별 격차를 가져오기도 한다. 북부 지방에는 남부나 중부에 비해 농촌 지역이 많으며, 무슬림이 주요 종교로 많은 인구가 농업이나 어업에 종사하고 있다 (IDS, 2011a; IDS, 2011d).

<그림 1-23> 숙련된 인력에 의한 분만율



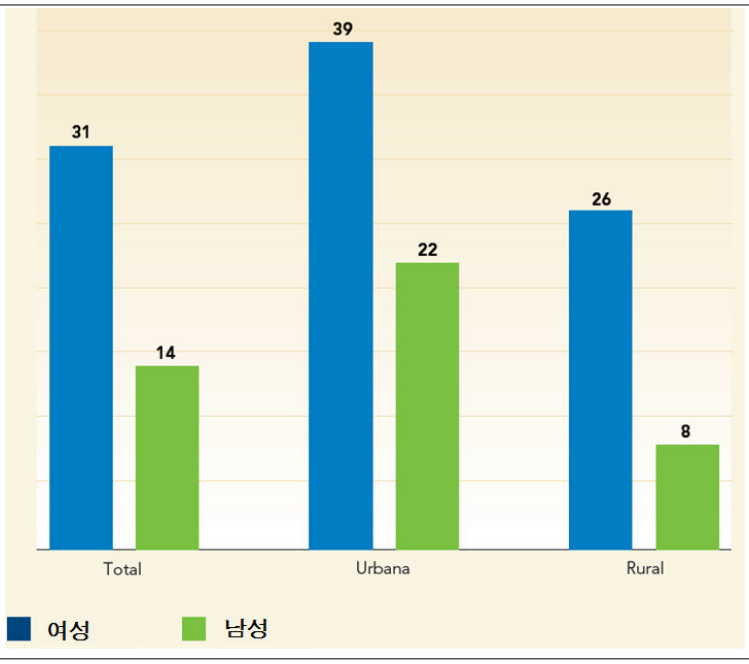
출처: IDS (2011a) A Saúde Materno-Infantil no Inquérito Demográfico e de Saúde de Moçambique 2011 (The Maternal and Child Health in the Demographic and Health Survey of Mozambique 2011).

<그림 1-24> 지난 2년간 출산한 15-49세 여성 중 1회이상 산전관리와 2회이상 항말라리아약(SF/Fansidar)을 받은 비율

출처: IDS (2011d) Malaria no Inquérito Demográfico e de Saúde de Moçambique 2011 (Malaria in the Demographic and Health Survey of Mozambique 2011).

○ (도농간의 격차) 모잠비크에서는 도농간의 보건지표 격차도 함께 나타났으며, 시설분만율의 경우에는 도시 지역이 62%, 농촌 지역이 45%로 나타났고, 15-24세 인구의 HIV 검사율 및 검사결과 수령율은 여성이 도시지역에서 39%, 농촌지역에서 26%, 남성이 도시지역에서 22%, 여성이 8%로 나타났다 (Ministerio Da Saude Mocambique, 2013).

<그림 1-25> 지난 1년간 15-24세 인구의 HIV 진단검사 및 검사결과를 받은 비율

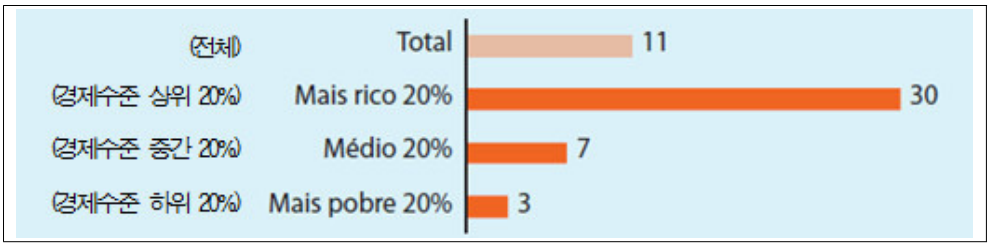


출처: Ministerio Da Saude Mocambique (2013). Cartaz de Dados sobre a População Moçambique (Poster Data on Population of Mozambique). 저자 재구성.

2) 경제수준에 따른 불평등

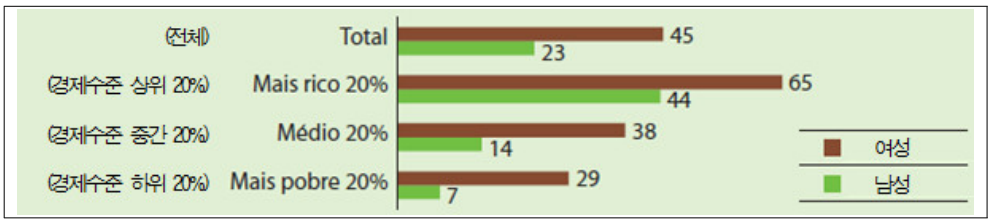
○ (경제수준에 따른 불평등) 모잠비크의 15-29세 기혼 여성의 현대적 피임법 이용률은 11%였으나 가장 경제수준이 높은 20%에 해당하는 인구집단에서는 30%로 모잠비크 평균의 3배 가까이 높게 나타났으나 경제수준이 가장 낮은 하위 20%에서는 3%로, 격차가 매우 컸다. HIV 검사율 및 검사결과 수령율에 있어서도 경제수준별로 확연한 격차가 나타났다 (IDS, 2011b; IDS, 2011c).

<그림 1-26> 경제수준별 15-29세 기혼 여성의 현대적 피임법 이용률



출처: IDS (2011c) Fecundidade e Planeamento Familiar no Inquérito Demográfico e de Saúde de Moçambique (Fertility and Family Planning in the Demographic and Health Survey of Mozambique 2011).

<그림 1-27> 경제수준별 15-49세 인구의 HIV 검사 및 검사결과 수령율 (지난 1년간)



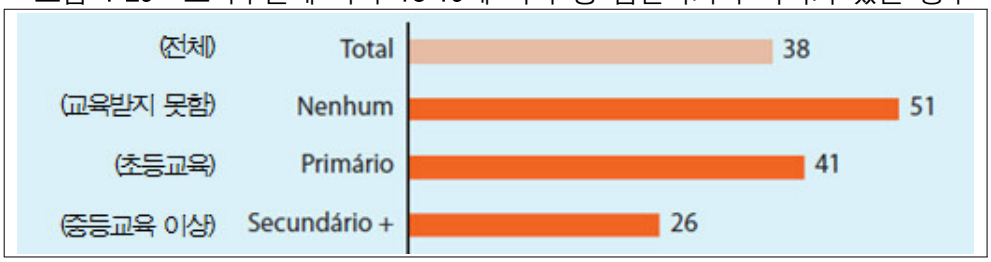
출처: IDS (2011b) Conhecimento e Comportamento sobre HIV/SIDA no Inquérito Demográfico e de Saúde de Moçambique 2011 (Knowledge and behavior about HIV/AIDS in the Demographic and Health Survey of Mozambique 2011).

3) 교육수준에 따른 불평등

○ (교육수준에 따른 불평등) 15-49세 인구들을 대상으로 했을 때 이상적으로 생각하는 자녀수의 평균은 4.8명이었으며, 교육을 받지 못한 그룹의 경우에는 5.7명이라고 답하였고, 중등교육 이상을 수료한 그룹은 3.4명이라고 답하였다. 또한 교육을 받지 못한 15-19세 여성 중 절반 이상인 51%에게 자녀가 있거나 임신한 상태였으며, 중등 교육 이상을 수료한 15-19세 여성 중에서는 26%가 해당하여 이 또한 큰 격차를 보였다 (IDS, 2011c).

<그림 1-28> 교육수준에 따른 이상적인 자녀 수

<그림 1-29> 교육수준에 따라 15-19세 여아 중 임신하거나 자녀가 있는 경우



출처: IDS (2011c) Fecundidade e Planeamento Familiar no Inquérito Demográfico e de Saúde de Moçambique (Fertility and Family Planning in the Demographic and Health Survey of Mozambique 2011).

4) 계층 간 불평등

가) 사회 전반적 불평등

○ (경제성장과 불평등) 모잠비크의 최근 경제성장은 주로 천연가스 생산에 따른 것으로 이는 3500억 불의 가치를 갖는 것으로 평가되었으며, 모잠비크의 연간 GDP가 130억불인 것을 고려할 때 천연가스 생산의 모잠비크 경제 기여도는 매우 큰 것으로 나타난다. 이로 인해 연간 GDP 성장률은 7%를 상회할 것으로 예상되고 있다. 그러나 이러한 경제성장으로부터 오는 이익이 전체 인구에게 고르게 분배될 수 있을지는 의문이며, 많은 전문가 및 학자들은 모잠비크 내에 사회계층 간 격차가 여전한 것으로 평가하고 있다 (Mutch, 2013).

나) 여성에 대한 불평등

○ (모잠비크의 조혼 문화) 모잠비크는 세계에서 조혼율이 가장 높은 나라 중 하나로 2011년 DHS에 의하면 15세 이전에 결혼한 여성은 14%이며, 25-49세 기혼 여성 중 60%가 20세 이전에 결혼한 것으로 나타났다. 모잠비크 남성의 평균 결혼연령은 24.7세인데 비해 여성은 18.8세로 매우 낮게 나타났다. 25-49세 인구에서 처음으로 성관계를 갖는 평균 연령은 남성이 17.1세, 여성은 16.1세로 여성이 1년 가량 더 이른 것으로 나타났다. 전체 인구 중 11%의 남성이 2명 이상과 중혼 관계인 것으로 나타났으며 문화적 차이에 따라 니아사(Niassa) 지방에서는 23%, 카보 델가도(Cabo Delgado) 지방에서는 19%가 풍습을 유지하고 있는 것으로 나타났다 (IDS, 2011c).

○ (모잠비크의 성평등 현황) 2013년 세계경제포럼(World Economic Forum)의 The Global Gender Gap Report에 의하면 모잠비크의 성 격차 지수(GGI, Gender Gap Index)는 0.735로 전체 136개 국가 중 26위를 차지했으며, 사하라 이남 아프리카 지역에서 평균을 상회한다. 그러나 부문별로 각각 살펴봤을 때 경제 참여(Economic participation)와 정치적 임파워먼트(Political empowerment) 부문에서는 26위보다 훨씬 높은 11위와 18위를 차지하고 있지만, 교육수준(Education attainment) 및 보건(Health and survival) 부문에서는 최하위 수준인 124위와 112위를 차지하였다. 전체 GGI는 2007년 이래로 개선되어 왔지만 보건 부문의 지표는 오히려 악화되어 온 것으로 나타났다. 성평등을 나타내는 또 다른 지표인 성불평등지수(GII, Gender Inequality Index)에 의하면 모잠비크는 2012년 성불평등지수가 측정된 148개국 중 125를 차지해 성불평등 현상이 심각함을 다시 한 번 보여준다(UNDP, 2012; World Economic Forum, 2013).

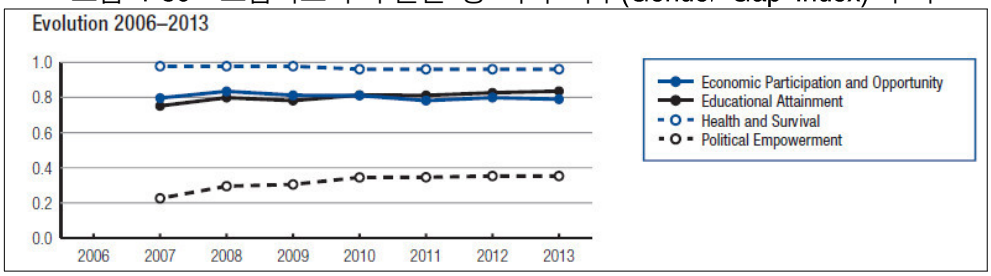
<표 1-11> 모잠비크의 성 격차 지수(Gender Gap Index)

Mozambique

	OVERALL		ECONOMIC PARTICIPATION		EDUCATIONAL ATTAINMENT		HEALTH AND SURVIVAL		POLITICAL EMPOWERMENT	
	Rank	Score	Rank	Score	Rank	Score	Rank	Score	Rank	Score
Gender Gap Index 2013 (out of 136 countries)	26	0.735	11	0.790	124	0.836	112	0.961	18	0.353
Gender Gap Index 2012 (out of 135 countries)	23	0.735	9	0.799	123	0.827	111	0.961	12	0.353
Gender Gap Index 2011 (out of 135 countries)	26	0.725	9	0.782	124	0.812	111	0.961	12	0.346
Gender Gap Index 2010 (out of 134 countries)	22	0.733	5	0.811	123	0.814	110	0.961	11	0.345
Gender Gap Index 2009 (out of 134 countries)	26	0.720	3	0.813	126	0.782	62	0.978	15	0.305
Gender Gap Index 2008 (out of 130 countries)	18	0.727	1	0.835	121	0.799	59	0.978	17	0.295
Gender Gap Index 2007 (out of 128 countries)	43	0.688	1	0.797	120	0.752	57	0.978	22	0.226
Gender Gap Index 2006 (out of 115 countries)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

출처: World Economic Forum (2013) The Global Gender Gap Report 2013.

<그림 1-30> 모잠비크의 부문별 성 격차 지수(Gender Gap Index) 추이



출처: World Economic Forum (2013) The Global Gender Gap Report 2013.

<빈곤과 불평등 현황과 과제>
A. 사회전반적 불평등 현상
▪ 최근 천연가스 생산으로 인해 급격하게 경제가 성장하고 있지만, 그 이익이 취약계층에까지 도달하지 못하며, 격차가 오히려 심화될 염려가 큰 상황임. 빈곤 격차나 지역간 격차, 성별 격차 등이 모두 큰 편임.
B. 보건 부문의 여성에 대한 불평등 심화
▪ 모잠비크의 GGI(성 격차 지수)는 전체 135개국 중 26위로 높은 편이지만, 보건 부문에서는 112위를 차지했으며, 이는 2007년 이래로 계속해서 악화된 수치이며, GII(성불평등지수) 또한 148개국 중 125를 차지해 낮게 나타남. ▪ 조혼문화로 인해 조혼율이 매우 높고, 피임률은 낮고 청소년 임신율은 높아 특히 여성 청소년의 건강이 심각하게 위협받을 수 있는 환경임.
C. 북부 지방의 열악한 보건 현황
▪ 모잠비크 북부 지방에는 여전히 농업 및 어업인구가 주를 이루며, 농촌 지역이 많음. 북부 지방에서 대부분의 보건지표가 매우 열악하며 그 격차가 수도인 마푸토나, 전국 평균에 비해 매우 큰 편임. ▪ 여러 가지 보건 지표들의 도농간 격차도 크게 나타나고 있음.

제2장. 타공여기관 보건분야 지원 현황

1. 대 협력국 보건분야 지원 현황

<요약. 모잠비크의 보건분야 ODA 지원 현황 및 특징>

- (ODA 지원 규모 및 특징) 모잠비크는 아프리카 내 ODA 수원국 중 2012년 5번째로 많은 ODA를 지원받은 국가임. 2010년부터 ODA 규모는 증가해오고 있으며 양자규모가 2012년 70%로 큰 비중을 차지하였음. 주요 공여기관은 2011-2012년 기준으로 미국과 EU로 나타났음.

- (보건분야 ODA 지원 규모 및 특징) 보건분야 ODA 규모는 꾸준히 증가하고 있으며, 1인당 보건분야 ODA 규모는 2000년 3.21불에서 2009년 20.04불로 증가함. MDG6(HIV/AIDS, 결핵, 말라리아 등)에 대한 지원이 가장 많은 비중을 차지하며 2010년 전체 보건분야 지원 중 63%가 해당 분야에 지원된 것으로 나타남.

- (양자 공여기관) 2009-2010년 모잠비크 보건분야의 주요 양자 공여기관은 미국으로 전체 양자 지원규모의 55.3%를 차지하였으며, 뒤를 이어 아일랜드가 7.1%, 영국이 6.2%, 캐나다가 6.0%를 지원함.

- (다자 공여기관) 2009-2010년 모잠비크 보건분야의 주요 다자 공여기관은 Global Fund로 전제 다자 지원금의 46.9%를 지원하였으며, EU가 20.1%, GAVI가 9.6%를 지원함.

- (공여협의체 현황) 모잠비크 보건분야 내 SWAp(Sector wide Approach)의 도입과 함께 HPG(Health Partners Group)이 만들어짐. HPG는 1개의 양자기관과 1개의 다자기관이 포컬 포인트를 맡고 있고 6개의 Aid Effectiveness Working Group을 구성하여 보건 분야 내 파트너들 간의 협력을 강화하고, 보건부와의 정기적 논의를 통해 전략적 조언 및 지원을 제공함.

가. 개요

1) 대 협력국 전체 ODA 지원 현황

○ (대 협력국 ODA 지원추이) 모잠비크는 아프리카 내 ODA 수원국 중 2012년 5번째로 많은 ODA를 지원받은 국가로 전체 아프리카 ODA 중 4%에 달하는 20억 9,700만불을 지원받았다. 2010년부터 ODA는 증가추세를 보여왔으나 GNI 대비 ODA 비율은 2010년 21.2%에서 2012년 14.4%로 감소하였다. ODA 중에는 양자 규모가 2012년 70%로 큰 비중을 차지했다 (OECD, 2014).

<표 2-1> 2010-2012년 모잠비크 ODA 지원 현황

Mozambique

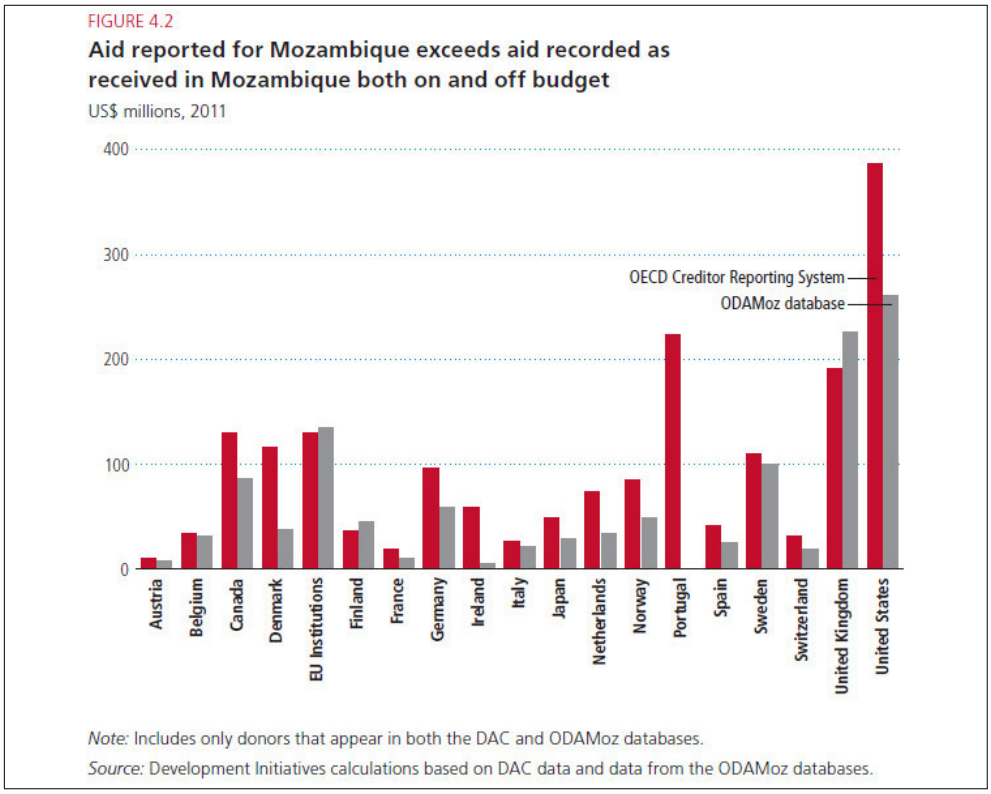
Receipts	2010	2011	2012
Net ODA (USD million)	1 952	2 085	2 097
Bilateral share (gross ODA)	69%	81%	70%
Net ODA / GNI	21.2%	16.8%	14.4%
Net Private flows (USD million)	880	537	- 42

For reference	2010	2011	2012
Population (million)	24.0	24.6	25.2
GNI per capita (Atlas USD)	430	450	510

출처: OECD (2014) Aid Statistics. Retrieved from http://www.oecd.org/dac/stats.

○ (ODA 수원 현황의 데이터별 격차) 모잠비크 ODA 수원현황은 DAC 데이터와 모잠비크 내에서 집계되는 ODAMoz 데이터 간의 격차가 크게 나타나고 있다. ODA는 때때로 NGo나 다자기구, 혹은 민간기관에 의해 직접 프로젝트에 지원되기도 하는데 이 경우 정부에서 집계하지 못하는 경우가 있어 ODAMoz에서 ODA 규모를 더 적게 집계하고 있는 상황이다. DAC 데이터에 의하면 2011년 모잠비크 내 ODA 규모는 18억불로 집계되었으나, ODAMoz는 6억불이 모자란 12억불로 집계한 바 있다 (Development Initiatives Ltd., 2013).

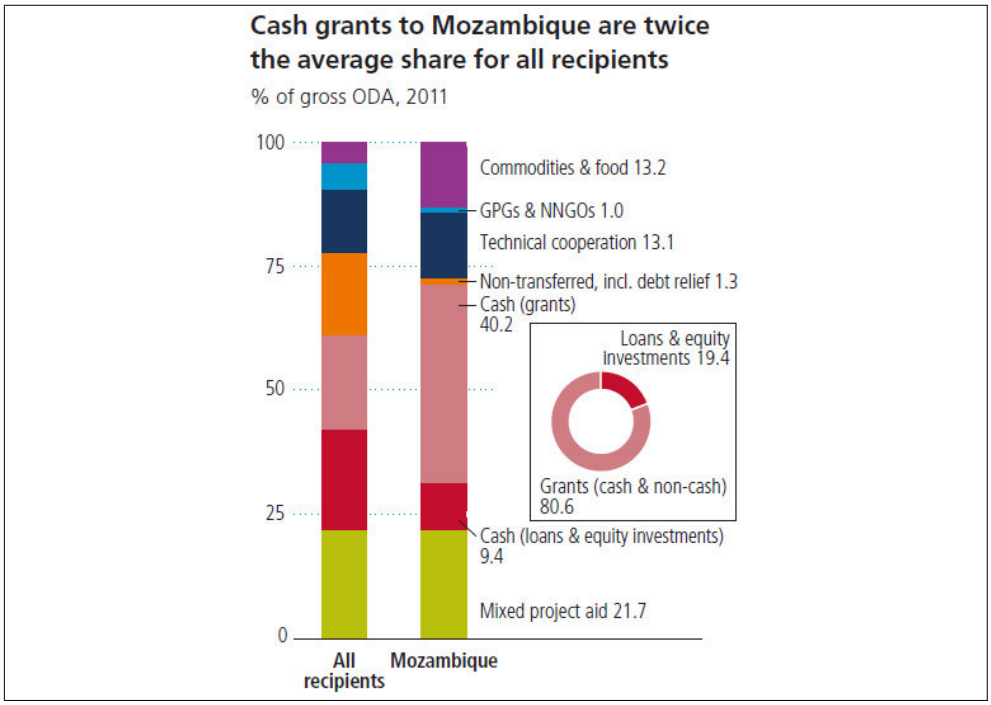
<그림 2-1> 모잠비크 ODA 수원현황 차이 (DAC 데이터 vs. ODAMoz 데이터)



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

○ (대 협력국 ODA 지원 형태) 모잠비크는 다른 협력국들에 비해 전체 ODA 중 현금 무상원조의 규모가 두 배 정도 많은 40.2%인 것으로 나타났다. 2011년 ODA 통계에 의하면, 대부분의 협력국에서 가장 큰 규모를 차지하는 Mixed project aid는 현금 무상원조 다음으로 많은 21.7%를 차지했다 (Development Initiatives Ltd., 2013).

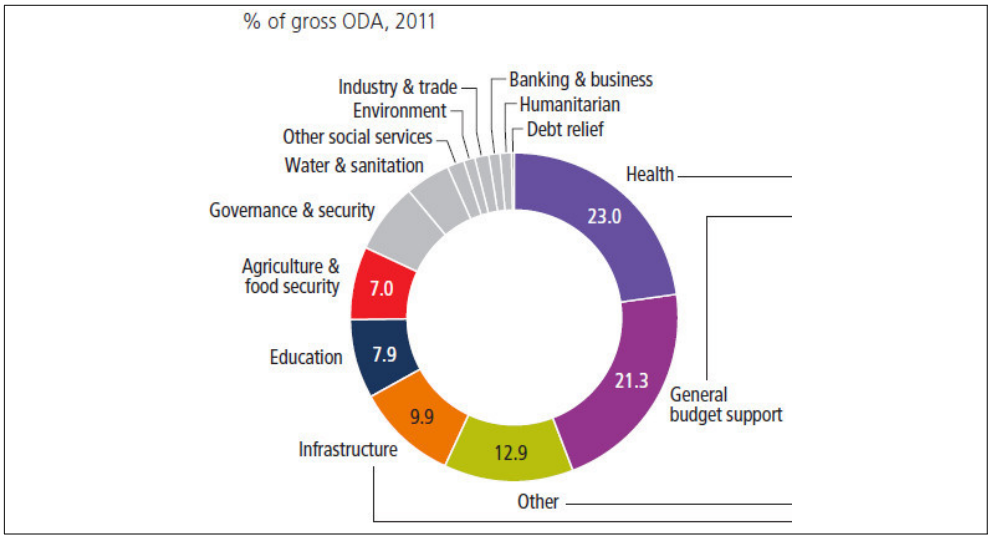
<그림 2-2> 전체 협력국들 및 모잠비크의 ODA 지원 형태별 규모



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

○ (대 협력국 ODA 지원 분야) 2011년 기준으로 전체 ODA 중 보건 분야에 가장 큰 규모(23%, 4억 8040만불)가 지원되었으며 그 다음으로 일반예산지원에 21.3%(4억 4520만불)가 지원되었다. 기타(Other)을 제외하고는 사회기반시설에 그 다음으로 큰 규모(9.9%, 2억 660만불)가 지원되었다 (Development Initiatives Ltd., 2013).

<그림 2-3> 모잠비크의 총 ODA 분야별 지원 현황, 2011년



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

○ (대 협력국 주요 공여기관 지원 현황) 양자와 다자지원을 통합했을 때, 2011-2012년 평균 원조 규모를 살펴보면 미국이 4억 1,700만불로 타 공여기관에 비해 매우 큰 규모로 지원하였으며, 다음으로 EU가 1억 7,400만불, IDA가 1억 6800만불, 영국이 1억 6,300만불, 포르투갈이 1억 5,600만불을 지원하였다 (OECD, 2014).

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

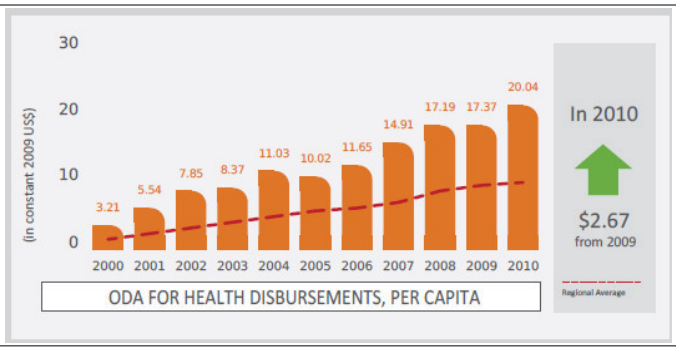
순위	공여기관	규모 (USD mil)
1	미국	417
2	EU	174
3	IDA	168
4	영국	163
5	포르투갈	156
6	캐나다	127
7	스웨덴	112
8	덴마크	98
9	노르웨이	85
10	독일	79

출처: OECD (2014) Aid Statistics. Retrieved from http://www.oecd.org/dac/stats.

2) 대 협력국 전체 보건 ODA 지원 현황

○ (보건분야 ODA 지원 추이) 모잠비크의 보건분야 ODA 지원추세는 아래 그림에서처럼 꾸준한 증가추세에 있으며 2009년 1인당 17.37불에서 2.67불 증가하여 2010년에는 1인당 보건분야 ODA 규모는 20.04불인 것으로 나타났다 (WHO, n.d.).

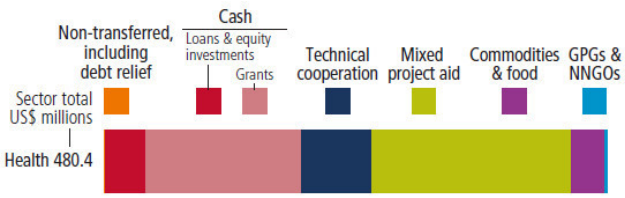
<그림 2-4> 모잠비크 보건분야 ODA 지원 추이 (일인당 규모)



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

○ (보건분야 ODA 지원 형태) 모잠비크의 2011년 보건분야 ODA는 Mixed project aid의 형태가 가장 많았으나, 비슷하게 현금 무상원조 형태의 지원도 많았다 (Development Initiatives Ltd., 2013).

<그림 2-5> 전체 보건분야 ODA 지원 형태, 2011년



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

○ (보건분야 ODA 주요 지원 분야) 2004년부터 모잠비크 보건분야 지원은 MDG6(HIV/AIDS, 결핵, 말라리아 등)를 달성하기 위한 지원이 절반 이상을 차지하기 시작해 2010년까지 꾸준히 증가해 왔다. 다음으로 보건정책 및 행정관리가 큰 비중을 차지했으나 최근 소폭 감소하였다. 2010년 MDG6(HIV/AIDS, 결핵, 말라리아 등) 분야 지원은 전체 4억 6868만불 중 63%를 차지하였다 (WHO, n.d.).

<그림 2-6> 모잠비크 보건분야 ODA 지원분야별 규모 추세

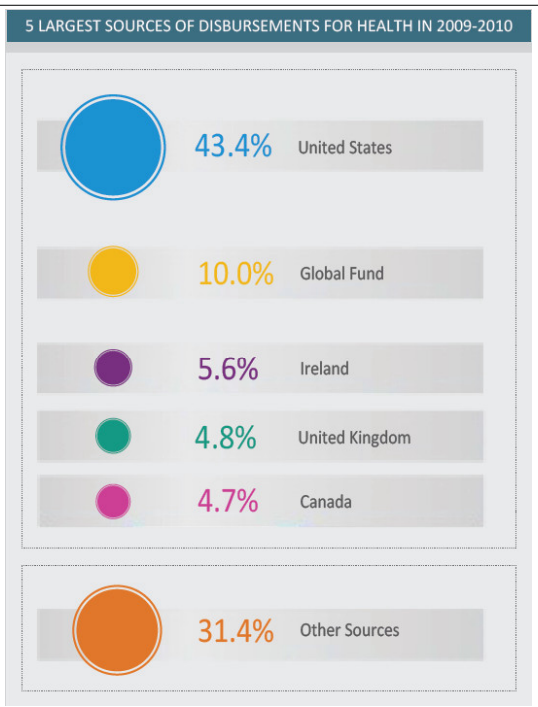
Purpose of Allocation of ODA for Health

DISBURSEMENTS in Million (constant 2009 US$)	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Health Policy & Admin Management	22.70	28.62	38.63	61.96	65.40	53.94	58.73	82.42	69.87	111.70	95.16
MDG6 (Control of HIV/AIDs, TB, Malaria and other diseases)	13.15	23.30	30.49	30.93	96.17	86.81	129.77	177.66	241.01	225.59	296.91
Other Health Purposes	21.52	43.77	69.15	51.64	48.95	53.52	47.59	51.76	59.87	45.58	58.55
Reproductive Health & Family Planning	1.00	7.87	12.52	20.51	12.83	13.91	11.98	13.36	13.23	14.08	18.06
Grand Total	58.37	103.56	150.78	165.03	223.36	208.18	248.07	325.20	383.98	396.96	468.68

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

○ (보건분야 ODA 지원 주요 공여기관-양·다자 통합) 2009-2010년 대 모잠비크 보건분야 ODA 지원은 43.4%를 차지만 미국이 가장 대규모 공여기관인 것으로 나타났다. 다음으로 10.0%를 차지한 Global Fund, 5.6% 아일랜드, 4.8% 영국, 4.7% 캐나다가 주로 지원하였다 (WHO, n.d.).

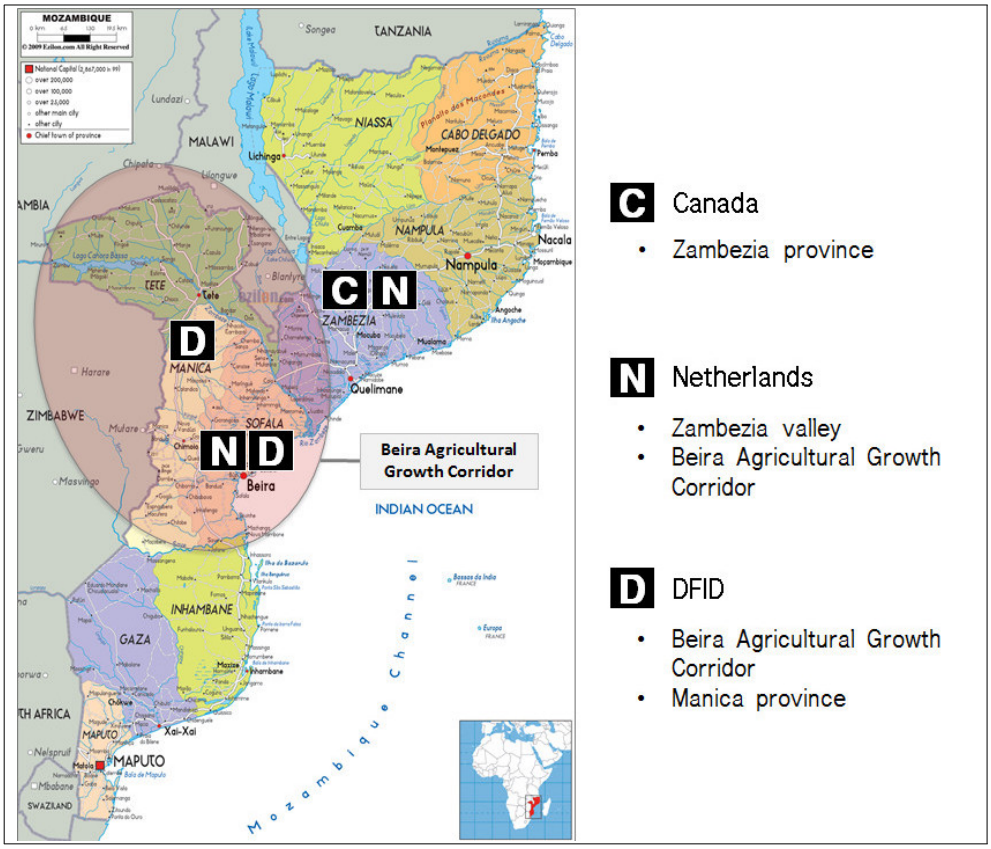
<그림 2-7> 모잠비크 보건분야 ODA 주요 공여기관 지원 규모 (2009-2010)



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

○ (모잠비크 보건분야 주요 지원지역 현황) 모잠비크 중부에 위한 베이라 농업 성장 지역(Beira Agricultural Growth Corridor)에서 여러 공여기관들의 집중적인 원조가 이루어지고 있다. DFID나 네덜란드 공여기관을 포함한 다수 공여기관들이 해당 지역이 원조를 제공하고 있다. 또한 잠베지아 지역에도 캐나다 DFATD 및 네덜란드 공여기관이 원조를 제공하고 있다. 주별 보건문제의 특성 및 환경이 상이한 편으로 공여국별로 특정 주에 집중하여 지원하는 경향을 보이고 있다.

<그림 2-8> 주요 공여기관의 지원 대상 지역



출처: 저자 작성.

나. 보건분야 내 주요 공여기관

1) 주요 양자 공여기관

○ (모잠비크 보건분야 주요 양자 공여기관) 2009-2010년 모잠비크 보건분야의 주요 양자 공여기관은 미국으로 전체 양자지원 규모 중 55.3%에 달하는 3억 7,598만 불을 지원하였으며, 그 뒤로 아일랜드가 4,824만불(7.1%), 영국이 4,194만불(6.2%), 캐나다가 4,063만불(6.0%)를 지원하였으며 한국은 지원이 없었다 (WHO, n.d.).

<표 2-3> 모잠비크 보건문야 양자 공여기관별 지원 규모 (2009-2010년)

순위	공여기관	규모 (USD mil)	%
1	미국	375.98	55.3
2	아일랜드	48.24	7.1
3	영국	41.94	6.2
4	캐나다	40.63	6.0
5	스페인	32.12	4.7
6	덴마크	28.55	4.2
7	네덜란드	19.07	2.8
8	벨기에	15.09	2.2
9	핀란드	14.08	2.1
10	일본	13.87	2.0
⋮			
-	한국	-	-
	합계	**680.05**	**100**

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

2) 주요 다자기구

○ (모잠비크 보건분야 주요 다자기구) 2009-2010년 모잠비크 보건분야에 가장 큰 규모로 지원한 다자기구는 Global Fund로 전체 다자지원 중 46.9%에 해당하는 8,697만 불을 지원하였다. 그 다음으로 EU가 20.1%(3,734만 불), GAVI가 9.6%(1,780만 불)을 지원하였다 (WHO, n.d.).

<표 2-4> 모잠비크 보건문야 다자기구별 지원 규모 (2009-2010년)

순위	다자기구	규모 (USD mil)	%
1	Global Fund	86.97	46.9
2	EU	37.34	20.1
3	GAVI	17.80	9.6
4	UNFPA	16.07	8.7
5	IDA	9.04	4.9
6	AfDF	6.87	3.7
7	UNICEF	6.53	3.5
8	UNAIDS	2.02	1.1
9	WFP	1.65	0.9
10	UNDP	0.74	0.4
	합계	**185.58**	100.0

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

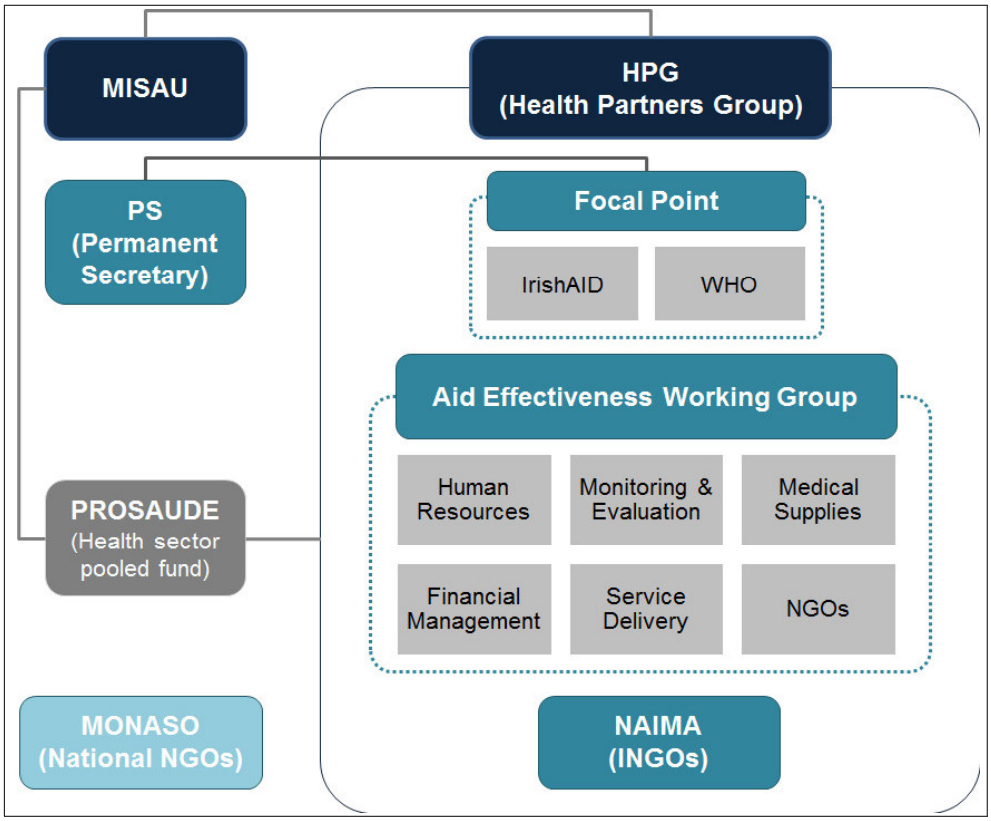
2. 보건분야 공여협의체 현황

가. Health Partners Group (HPG)

○ (HPG의 기능 및 역할)[8] HPG(Health Partners Group)는 모잠비크 내 보건분야 개발파트너들의 협의체로서, 보건 분야에서 파트너들 간의 협력을 강화하고, 모잠비크 정부에 효과적이고 효율적인 보건의료서비스를 전달할 수 있도록 전략적 조언 및 지원을 제공하는 역할을 하도록 규정하고 있다. HPG의 구성원들 중 1개의 양자와 1개의 다자기관이 포컬 포인트(focal point)를 담당하고 있으며 현재는 IrishAID와 WHO가 그 역할을 담당하고 있고, 정기적으로 보건부 차관(Permanent Secretary)과의 면담을 통해 관련 이슈를 제기하며 논의하는 역할을 한다. HPG 내에는 다음 6개의 원조 효과성 공여 협의체(Aid Effectiveness Working Group)가 조직되어 있다. 1)인적자원 협의체, 2)평가 및 모니터링 협의체, 3)의약품 협의체, 4)재정관리 협의체, 5)서비스 전달 협의체, 6)NGO 협의체. 6개의 공여협의체 의장들 또한 보건부 내 부서 담당자들과의 논의를 통해 관련 정책에 반영될 수 있도록 하며, 지원하고 있다.

8) 2014년 3월 현지조사 결과 참고.

<그림 2-9> HPG(Health Partners Group)의 구성



출처: 저자 작성. (2014년 3월 현지조사 결과 참조).

○ (HPG의 구성원)[9] 아래의 목록이 최근인 2014년 3월 업데이트된 구성원 목록으로서, 모잠비크 보건 분야에 지원하는 모든 양자 및 다자 기관들과 국제 NGO 네트워크인 NAIMA+가 참여하며, 일부 국제 NGO들도 개별적으로 참여하고 있다. 현지 NGO 네트워크인 MONASO는 참여하고 있지 않다. 한 명의 코디네이터가 전체 코디네이션을 담당하고 있다.

9) 2014년 3월 현지조사 결과 참고.

<그림 2-10> HPG 구성원 리스트 (2014년 3월 업데이트)

	HPG MEMBERS		
No.	Organisation	Name	Position
1	ACCD	Rui Álvaro Serra C. Reis	Representative
2	AECID	Jaime Puyoles	Coordinator
3	AECID	Cristina Manzanares	Head of Social Programs
4	French Cooperation	Philippe Tabard	Regional Counsellor for Health Issues
5	AFD(Agencia Francesa Des.)	Ghislain Rieb	AFD Chief of Project
6	AFD	Phillippe Walfard	Director Health Projects Paris
7	AFD	Adelina Dumangane	Local officer
8	Belgium Tech.Coop.	Eric Korsten	HR Advisor to MISAU
9	CDC	Alfredo Vergara	Health Syst. Strengthen.Branch Chief
10	CDC	Edgar Monterroso	Country Director
11	CDC	Mark Pelletier	Dep.Country Direct.
12	CDC	Mindy Hochgesang	M&E Advisor
13	CDC	Chantal Auger	USG Global Fund Advisor
14	Canada/ CIDA	Jeea Saraswati	Counsellor-Team Leader Health
15	Canada/ CIDA	Eliane Moser	First Secretary - Health
16	CHC	Guillaume Legros	First Secretary - Development
17	CIDA CCO	Fernanda Mausse	Health Advisor
18	CIDA CCO	Morag Humble	Health Cooperante
19	Clinton Foundation	Lise Ellyin	Country Director
20	DANIDA	Kirsten Havemann	Counsellor (Health, Nutrition and HIV)
21	DANIDA	Mbate Matandalasse	Programme Officer
22	DFID	Bridget Crumpton	Human Dev.Team Leader
23	DFID	Etelvina Mahanjane	Health Advisor
24	DFID	Saul Walker	Senior HealthAdvisor
25	EU	Bela Matias	Head Social&Humanit. Sect.
26	EU	Geert Haghebaert	HIV/AIDS&Health Advisor
27	Flanders	Katrien Vandepladutse	Country Rep.
28	Flanders	Alberto Musatti	PFM Advisor – Health sector
28	Global Fund	Kirsi Viisainen	Senior Fund Portfolio Manager
29	Global Fund	Chandrani Banerjee	Senior Program Officer
30	Global Fund	Ute Sunderbrink	LFA Team Leader Moz
31	Global Fund	Paul Bonilla	Program Officer
32	CCM-GF	Celmira Silva	CCM Executive Secretary
33	GIZ (GTZ) Health	Karolina Santana	HIV Maintreaming Advisor
34	GIZ (GTZ) Health	Claudia Herlt	Head HIV Multisectoral Program
35	Irish Aid	Jonas Chambule	Health Programme Advisor
37	Irish Aid	Nicole McHugh	Development Specialist
36	Irish Aid	Diarmuid McClean	1st Secretary

	Organisation	Name	Position
37	NAIMA	Sally Griffin	Coordinator
38	Italian Cooperation	Vincenzo Oddo	Head of Health and Social Program
39	Netherlands	Marco Gerritsen	First Secretary-Health&HIV/AIDS
40	Netherlands	Ritchie Adams	Assistant Controller
41	Netherlands	Ger Steenbergen	Senior Policy Officer HQ
42	Norway	Camilla Hogberg-Hoe	First Secretary
43	SDC	Leo Näscher	Head of Health Domain
44	SCD	Benedito Toalha	Senior Health Officer
45	SDC	Rebekka Ott	Intern
46	UNAIDS	Benjamin Gobet	Investment and Efficiency Adviser
47	UNAIDS	José Enrique Zelaya Bonilla	UCC - UNAIDS Country Coordinator
48	UNFPA	Pilar de La Corte Molina	Tech.Adv. SRH and SWAP
49	UNFPA	Amir Modan	NPO SSR
50	UNFPA	Bettina Maas	Representative
51	UNICEF	Maaike Arts	Nutrition Specialist
52	UNICEF	3602	Chief, Health & Nutrition
53	UNICEF	Mónica Zaccarelli Davoli	Systems and Policy Specialist
54	UNICEF	Luigi D'Aquino	MCH Specialist
55	UNICEF	Roberto de Bernardi	Deputy Representative
56	US Embassy-PEPFAR	April Kelley	Country Coordinator
57	USAID	Alyssa Leggoe	Dep.Dir.Integratd Health Off.
58	USAID	Elias Cuambe	Health Sector Specialist
59	USAID	Meagan Schronce	Policy Advisor
60	WFP	Filippo Dibari	Nutrition Advisor
61	WHO	Daniel Kertesz	Country Representative
62	WHO	Hilde De Graeve	Health Systems Strength.
63	WHO	Abdou Moha	HIV/AIDS Country Officer
64	WHO	Eva Pascoal	Health Economist
65	WHO	Daisy Trovoada	NPO/CAH
66	WHO	Alicia Carbonell	NPO/FHP
67	WHO	Eduardo Celades	Strategic Planning, M&E
68	World Bank	Aya Ishizuka	Junior Professional Officer
69	World Bank	Humberto Cossa	Senior Health Specialist
70	Health Alliance Internat.	Ferrucio Vio	Mozambique Country Director
71	Malaria Consortium(Inhambane)	Teresa Cerveau	Project Coordinator
72	Malaria Consortium	David Wood	Representative
73	Medicus Mundi	Begoña Hermida Val	Mozambique Country Representative
74	Medicus Mundi	Ivan Zahinos Ruiz	Head of Project Spain

No.	Organisation	Name	Position
75	Oxfam	Renaud Leray	Humanitarian Coordinator
76	MSF Switzerland	Reveka Papadopoulou	Head of Mission
77	MSF Belgium	Jean Luc Anglade	Head of Mision
78	MSF Belg./Swiss	Carlota Silva	HIV Analyst
79	Pathfinder	Rita Badiani	Country Director
80	PSI	Iulian Circo	Country Director
81	PSI	Natacha Bobin	Program Director
82	Friends in Global Health	Patricia Mclaughlin	Country Director
83	FioCruz Africa	José Telles	Country Director
84	FioCruz Africa	Licia de Oliveira	Deputy Country Director
85	Save the Childrren	Erica Wetzler	
86	IOM	Katy Barwise	Migration Health Coordinator
87	HPG Coordinator	Patricia David e Silva	HPG Coordinator

출처: 2014년 3월 현지조사. (HPG 코디네이터 Patricia David e Silva 제공)

3. 주요 공여기관의 보건분야 협력

가. 개요

○ (주요 공여기관 선정이유) 모잠비크에서는 HIV/AIDS가 가장 주요한 사망원인이자 가장 큰 질병부담을 가져오는 보건문제로서 대부분의 원조가 HIV/AIDS 분야에 집중되고 있으나, 높은 출산율 문제와 더불어 생식보건이나 모성 및 신생아 보건, 가족계획, 청소년 보건 등 다양한 보건문제가 산재해 있는 실정이다. 동시에 보건분야 공동기금인 PROSAUDE에 대한 대규모 지원과 더불어 민관협력을 및 다자협력을 통한 지원방안을 모색하고자 하는 기관들이 늘어나고 있다. 이러한 현황을 반영하여, HIV/AIDS 분야를 포함하여 주요 문제가 되는 생식보건, 모성 및 신생아 보건, 가족계획 등에 지원하고 있는 양자 공여기관 및 다자기구, 이들과 함께 사업을 직접 수행하고 있는 NGO들을 살펴보고자 하였다. 또한 민관협력으로 시행되고 있는 프로젝트와 해당 보건 분야에서 지원하고 있는 다자 기구를 살펴보았다.

나. 양자기관 (Bilateral organisations)

<요약. 모잠비크의 보건분야 양자기관의 전략 및 특징>

- (양자기관 고려 사항) 모잠비크는 PROSAUDE의 도입과 함께 수직적 기금들의 규모가 줄어드는 듯 싶었으나, 절대적 규모는 사실상 증가하고 있는 추세임. 최근 PROSAUDE의 효율성에 대한 제고를 위해 평가가 시행되었으며, 일부 공여기관들은 다자 협력이나 민관협력을 통한 다른 형태의 협력방안을 모색하고 있음. 또한 모잠비크의 보건문제는 HIV/AIDS 등의 전염성 질환, 모성 보건, 아동 보건, 생식 보건 등 다양한 보건 분야에 걸쳐 나타나고 있어, 최대한 다양한 지원 형태와 지원 분야를 살펴보고자 하였음. 이러한 목적으로, PROSAUDE와 모자보건에 초점을 맞춘 캐나다 DFATD, 생식보건 분야 지원 및 민관협력에 집중하는 네덜란드 공여기관, 보건부와의 협력을 통해 인력개발 분야에 지원하는 JICA를 살펴보았음.

- (캐나다 DFATD의 보건 전략과 사업의 특징) DFATD는 초기에는 일부 지역에 한해 HIV/AIDS를 지원하다 2006년부터는 보건의료시스템 강화를 위한 지원을 시작하였음. 특히 Muskoka Initiative를 통한 모자 보건 증진에 초점을 맞추고 있음. PROSAUDE에 지원기관 중 지원규모가 가장 크며, 다자기구, 보건부와의 협력, 시민사회 지원, 삼각협력 등 다양한 형태로 보건분야에 지원하고 있음. 모자 보건이 매우 취약한 잠베지아(Zambezia) 주에 집중적으로 지원하고 있음.

- (네덜란드 공여기관의 보건전략과 사업의 특징) 네덜란드 공여기관은 모잠비크 내에서 주로 생식보건 분야에 지원하고 있으며, 전략적 파트너들과 함께 혁신사업을 수행하기 위해 노력하고 있음. 특히 민관협력을 강조하고 있으며 Movercado라는 민관협력을 통한 mHealth 프로젝트를 진행하고 있음.

- (JICA의 보건전략과 사업의 특징) JICA는 모잠비크 보건분야에서 주로 인력 개발과 인프라 구축 및 개선에 집중적으로 지원하고 있음. PROSAUDE나 다자 협력의 형태로는 지원하고 있지 않으며, 주로 기술협력이나 봉사단 파견의 형태로 지원하고 있음. 현재 보건부를 파트너로 하여 보건의료인력 역량 강화를 위한 프로젝트들을 시행하고 있음.

1) 캐나다 DFATD (Department of Foreign Affairs, Trade and Development)

가) 공여기관의 전략

○ (캐나다의 국제개발 원조 동향) 1959년 캐나다가 국제사회에 대한 원조를 본격적으로 시작하면서, 1960년 캐나다는 해당 부서의 기능을 DFAIT(Department of External Affairs and International Trade)로 이전하였다. 1968년에는 CIDA (Canadian International Development Agency)를 설립하여 ODA 프로그램을 관리 및 운영하도록 하였다. 1968년 이래로 최근까지 캐나다는 CIDA를 통해 ODA를 지원하고 있었으나, 2013년 3월부터 캐나다의 Economic Action Plan 2013을 통해 CIDA와 DFAIT을 합병하였고, 더욱 통합적이고 효과적인 원조 및 국제 정책 목표의 달성을 위해 DFATD(Department of Foreign Affairs, Trade and Development)를 통해 ODA를 포함한 원조를 담당토록 하였다 (CIDA, 2013).

○ (캐나다의 국제개발 원조 전략) 캐나다는 2009년까지 2004/05년에 비해 아프리카에 대한 전체 원조 규모를 약 10.5억불에서 2배인 21억불로 증가시켰으며, 2010년에는 "Canada's Aid Effectiveness Agenda: Focusing on Results"를 통해 원조 효과성을 이루기 위한 원칙들과 모잠비크를 포함한 20개의 중점 협력국, 5개의 중점 협력분야 등을 발표하였다.

• (중점 협력분야) 5개의 중점 협력분야 중 당시 CIDA가 지원하도록 하는 3개의 중점 협력분야는 1)식량안보의 증강, 2)아동과 청소년의 장래 보장, 3)지속가능한 경제성장의 촉진으로 선정되었다. 다른 2개의 분야(1)민주주의 증진, 2)안보와 안정성, 지속가능성의 증진)으로 다른 정부 부처에 의해 주도되고 있다. 이후 2010년 G8 정상회의를 거쳐 캐나다가 Muskoka Initiative를 주도하게 되면서 모성 및 신생아, 아동 보건(Maternal, newborn and child health) 분야에서도 집중적으로 지원하게 되었다. 또한 경제성장과 국제개발에서의 성과를 달성하는데 민간

분야의 중요성을 인식하고 민간부문과의 협력하고자 한다.

- (범분야 이슈) 3개의 범분야 이슈를 선정하였으며, 이는 1)환경지속성 증가, 2)성평등 증진, 3)거버넌스 강화에 대한 지원 이다 (CIDA, 2010).

○ (캐나다의 대 모잠비크 협력 전략) 가장 최근 캐나다의 대 모잠비크 협력 전략은 2009년에 발표되어 유지되고 있으며, 이는 모잠비크 정부의 PRSP 2006-2010과 조화할 수 있도록 하고 있다. 캐나다의 모잠비크 협력에 있어 중점 협력분야는 1) 아동과 청소년의 장래 보장(모성 및 신생아, 아동 보건 포함), 2)경제 성장 으로 선정되어 있으며 식량 안보 분야와 함께 지속적으로 성과를 달성해 오고 있다 (CIDA, 2009).

나) 공여기관의 보건분야 지원의 전략 및 현황

○ (보건분야 지원 분야)[10] 캐나다는 2002년부터 모잠비크 내 보건분야 지원을 시작하였으며, 초기에는 지역적 접근을 강조하는 캐나다 정부의 정책에 의거하여 일부 지역에서 HIV/AIDS 분야 지원을 제공하였다. 2006년부터는 캐나다 내 정책변화에 따라 본격적으로 보건의료시스템을 강화하기 위한 지원을 시작하였다. 현재 캐나다는 모잠비크에서 특히 모자보건 서비스를 증진하기 위한 국가 보건의료시스템을 개선하기 위해 중점적으로 지원하고 있다. Muskoka Initiative를 통한 지원 및 보건의료인력 개발을 위한 Saskatchewan 대학과의 협력 등을 시행하고 있다.

○ (보건분야 지원 형태)[11] 캐나다는 모잠비크 보건분야에서 일반자금지원, 보건분야 자금지원(PROSAUDE), 지방정부 지원, 시민사회 지원 등 다양한 형태로 지원하고 있다. 최근 PROSAUDE에 대한 Global Fund Office of the Inspector General의 감사로 인해, 이의 1차적 결론에 의해 캐나다는 예방적 조치로서 모잠비크 정부에 대한 양자지원을 중단하기도 하였다. 이에 모잠비크 정부는 감사의

10) 2014년 3월 현지조사 면담결과 (DFATD와의 면담).
11) 2014년 3월 현지조사 면담결과 (DFATD와의 면담).

1차적 결론과 관련된 문서를 구성하여 제출함으로써 해당 부분에 대한 부정이 부재함을 증명하였고, 이에 따라 캐나다는 양자지원을 재개한 바 있다. 캐나다는 2011년부터 매년 3천 4백만 불씩을 PROSAUDE에 지원해 오고 있으며, PROSAUDE에 지원하는 기관 중 지원규모가 가장 크다 (DFATD Canada, 2013).

○ (보건분야 지원 파트너십)[12] 캐나다는 보건 분야 지원을 위해 주로 보건부 및 UNICEF나 World Bank 등의 다자기구들과 협력하고 있다. 캐나다는 정부의 시스템 및 공공재정관리가 취약하여 자금의 투명성과 효과성에 대한 관리가 어려운 것으로 판단하고 있으므로 이에 대한 재고가 필요하다고 보고 있다. 사업실행 파트너로서 국제 NGO들 및 캐나다 대학과 협력하고 있다. 그 외에도 브라질과의 삼각협력(Trilateral cooperation)을 통해 보건분야에 지원하고 있다.

다) 보건분야 주요 프로그램 및 프로젝트 현황

○ (무스코카 이니셔티브, Muskoka Initiative) 무스코카 이니셔티브는 모잠비크에서 크게 세 가지의 활동을 지원하고 있다. 첫째로는 지역사회 수준에서 보건의료 시스템을 강화하고자 하며, 이를 위해 숙련된 인력의 부족, 서비스에 대한 접근성의 형평성 문제, 인프라의 미흡 문제 등을 개선하고자 한다. 둘째로 모잠비크에서 높은 질병부담을 야기하고 있는 HIV와 말라리아의 부담을 줄이기 위해 HIV 수직감염 서비스에 대한 접근성을 향상하고, HIV의 소아 치료 서비스 접근성을 향상, 말라리아에 감염된 임산부를 치료하고, 살충제처리모기장 제공을 확대하는 등의 노력을 하고 있다. 마지막으로 모성과 아동의 영양 상태를 개선하기 위해 영양확대 프로그램(SUN, Scaling Up Nutrition movement)를 시행하고 있으며, 이를 통해 6개월 이하 영아에 대한 완전 모유수유를 증진하고, 미량영양소 공급 개선과 구충 사업을 진행하고, 급성 영양실조를 치료할 수 있는 영양재활센터(Nutritional rehabilitation centre)를 더 많이 설립하고자 한다 (세이브더칠드런, 2014).

12) 2014년 3월 현지조사 면담결과 (DFATD와의 면담).

<Box 2-1> 무스코카 이니셔티브(Muskoka Initiative)의 개요

[참고] 무스코카 이니셔티브(Muskoka Initiative)

■ 개요

2010년 6월 개최된 G8 Summit에서 정상회의 주최국인 캐나다의 수상 스티픈 하퍼(Stephen Harper)는 개발도상국의 모성, 신생아 및 아동 보건의 이슈에 주목하여 '무스코카 이니셔티브 (Muskoka Initiative)'를 공표하였다. 무스코카 이니셔티브는 향후 5년간 5세 미만 아동 130만 명의 사망, 모성 6만 4천 명의 사망을 방지하고, 1천 2백만 쌍의 부부에게 현대적 가족계획법을 활용할 수 있게 하는 것을 목표로 한다. 이와 같은 목표를 달성하기 위하여, 캐나다는 G8은 물론, 비(非)G8 국가지도자들에게 전세계 빈곤국의 모성 및 아동 사망률을 낮추고 모성과 아동의 건강을 증진시키기 위한 지구적 조치를 취하기 위해 모스코카 이니셔티브를 통해 73억 달러를 지원할 것을 촉구하였다. 캐나다는 향후 5년간 다자 및 국제적 파트너와 손을 잡고, 10개국(아프가니스탄, 방글라데시, 에티오피아, 아이티, 말라위, 말리, 모잠비크, 나이지리아, 남수단, 탄자니아)의 모성 및 아동 보건 프로그램을 위해 총 28억 달러를 지원할 계획임을 밝혔다. 무스코카 이니셔티브는 새천년개발목표(MDGs) 목표 4와 5를 달성하기 위한 노력의 일환이다. 또한 MDGs 목표 1, '빈곤퇴치' 중 영양, 그리고 목표 6, 'HIV/AIDS, 말라리아 및 주요 질병퇴치' 에도 상당한 영향을 미치리라는 점을 전략의 근거로 삼고 있다.

■ 원칙 및 세부내용

무스코카 이니셔티브는 다음의 원칙을 근간으로 한다.

1. 결과의 지속가능성
2. 입증된, 비용효율성이 높은, 증거기반적 참여
3. 가장 긴박한 국가를 중심으로 지원시행
4. 지역적으로 지원가능한 국가주도적 보건정책 및 계획지원
5. 협조와 조화를 통한 개발의 일관성 증진
6. 책무성 증진
7. 모니터링, 보고 및 평가 강화

무스코카 이니셔티브는 다음의 세부내용들을 포함한다.

- 어버이 양육
- 산후조리
- 자발적 가족계획을 포함한 성•생식관련 보호 및 서비스 제공
- 보건교육
- 감염질병을 포함한 질병의 치료와 예방
- 모성에서 아동으로의 수직적 에이즈 감염 방지
- 면역력 강화

● 기초영양
● 안전한 식수와 위생

■ CIDA의 정책과 무스코카 이니셔티브(Muskoka Initiative)
CIDA는 원조효과성 어젠다(aid effectiveness agenda) 구조틀에 의거하여, 국제개발분야의 3대 우선 순위를 1)식량안보증진(Increasing food security), 2)아동과 청소년의 미래확보(Securing the future of children and youth), 3)지속가능한 경제발전 촉진(Stimulating sustainable economic growth)로 선정하였다. 아동과 청소년의 미래 보장이라는 우선순위 내 세부목표에는 1)아동 생존과 모자보건(Child survival, including Maternal, Newborn and Child Health), 2)양질의 교육과 학습기회(Access to a quality education), 3)아동 및 청소년의 안전(Safe and secure futures for children and youth)이 포함되어 있다.

우선순위 중 아동과 청소년의 미래확보, 그리고 그 하위의 세부목표 중 아동생존과 모자보건(child survival, including Maternal, Newborn and Child Health)은 무스코카이니셔티브의 정책적 기반으로, 특히 모성, 유아 및 아동 보건(Maternal, Newborn and Child Health)을 강조하고 있다.

■ 무스코카 이니셔티브 파트너십 프로그램(Muskoka Initiative Partnership Program)
모성, 신생아 및 아동보건 이슈를 전세계적으로 주도해온 캐나다 정부는 파트너들과 함께 무스코카 이니셔티브 파트너십 프로그램을 수행하고 있다. 캐나다는 향후 3년간 모성, 신생아 및 아동 사망률 감소에 기여하고자 하는 28개 기관들을 지원할 계획이다. 각 프로젝트들은 1)지역사회 내 보건서비스 강화, 2)영양개선, 3)주요질병감소로 구분되는 3가지 중점분야 중 적어도 한 가지 이상에 초점을 맞추고 있다.

캐나다는 2010년부터 2015년까지 무스코카 이니셔티브 파트너십 프로그램에 (7500만 달러는 무스코카이니셔티브를 통해, 7백만 달러는 캐나다외무개발청을 통해) 8200만 달러를 지원할 계획이다. 최근 2013년 10월, 수상 스티픈 하퍼는 개발도상국의 모성 및 아동의 생명구제를 위한 새로운 프로젝트들을 공표하여, 모성, 신생아, 아동보건 이슈의 중요성을 다시금 강조하였다.

출처: 세이브더칠드런 (2014). ODA와 아동: 국내외 원조기관 아동정책 비교 연구.

○ (잠베지아 지역에 대한 지원)[13] 캐나다는 모잠비크 내에서 모성사망률과 아동사망률이 가장 높은 지역 중 하나인 잠베지아(Zambezia) 지역에 다양한 형태로 주로 모자보건에 대한 지원을 집중하고 있다. 잠베지아 지역에서 캐나다가 지원하고 있는 프로젝트는 다음 세 가지로 나타난다.

13) 2014년 3월 현지조사 면담결과 (DFATD와의 면담).

<표 2-5> 캐나다의 잠베지아(Zambezia) 지역 내 프로젝트

프로젝트명	파트너	규모	기간	지원형태
잠베지아 주 지역 통합 서비스 전달 개선 (영문명: Improving integrated local health service delivery in Zambezia province)	모잠비크 재정부 (잠베지아 주 정부)	5백만불	2013.3-2015.3	지역 정부 지원
증가하는 출산관련 서비스의 수요에 대한 지원 (영문명: Support to the increasing demand for childbirth health services)	DFID	3백만불	2013.3-2015.3	위임협력
모성 및 신생아, 아동보건을 위한 집중지원 프로젝트(high-impact intervention) (영문명: High-impact intervention for maternal, newborn and child health)	UNDP (Joing UN programme)	2천만불	2012.1-2015.3	다자 협력

출처: DFATD Canada (n.d.) Retrieved from http://les.acdi-cida.gc.ca/. 저자 재구성.

<그림 2-11> 캐나다 DFATD 대 모잠비크 지원 전략 및 현황

캐나다 DFATD의 대 모잠비크 지원 전략

모잠비크 정부의 PRSP과 조화할 수 있도록 하며 Muskoka Initiative를 시행 중임

캐나다 DFATD 대 모잠비크 중점 지원 분야

▪아동과 청소년의 장래 보장 (모성 및 신생아, 아동 보건 포함)
▪경제 성장

캐나다 DFATD 대 모잠비크 보건분야 지원 전략

HIV/AIDS 분야 위주의 지원에서 최근 본격적으로 보건의료시스템을 강화하기 위한 지원에 집중하고 있으며, 특히 모자보건 분야 개선을 위해 중점적으로 지원하고 있음

원조 형태 및 주요 채널

- 보건분야 자금지원 (PROSAUDE)
- 프로그램 및 프로젝트 이행
- 보건부 및 지방정부를 통한 지원
- 다자기구와의 협력
- 국제 NGO 및 대학협력
- 삼각협력

주요 지원 분야

- 보건의료시스템 강화
- 모자보건 분야
  - HIV 및 말라리아 예방 및 관리, 신생아 보건, 영양

대상 지역

- 잠베지아(Zambezia) 지역에 중점적 지원

중점 지원 대상

- 모성 및 신생아

주요 사업사례

- 무스코카 이니셔티브(Muskoka Initiative)
- [잠베지아 지역 내 프로젝트]
  - 잠베지아 주 지역 통합 서비스 전달 개선 프로젝트 –지역정부를 통한 사업
  - 증가하는 출산 관련 서비스의 수요에 대한 지원- DFID와 위임협력을 통해 지원
  - 모성 및 신생아, 아동 보건을 위한 집중 지원 프로젝트- 다자 협력 사업

출처: 저자 작성.

2) 네덜란드 공여기관

가) 공여기관의 전략

○ (네덜란드의 대 모잠비크 협력전략) 네덜란드 대사관은 대 모잠비크 다년도 전략(Netherlands Embassy Maputo-Mozambique Multi-annual Strategic Plan (MASP) 2014-2017)을 통해 모잠비크의 에너지 분야의 성장으로 인한 경제 성장을 지원하고 동시에 MDG 달성 및 post-2015 어젠다 목표의 달성을 이루는 것으로 목적으로 모잠비크와 협력하고 있다. 2017년까지 상당수의 네덜란드 기업들이 모잠비크 내에 설립되는 것을 네덜란드 대사관의 목표 중 하나로 삼고 있으며, 해당 기업들의 사회적 책임을 통해 모잠비크의 포괄적이고 지속적인 성장을 지원하고자 한다. 시행되는 프로그램들은 민관협력을 기반으로 하는 결과 지향적인 성격을 띠도록 한다. 그러나 모잠비크 내에 만연한 모든 분야 내 여러 수준에 걸쳐 나타나는 역량 부족 문제를 개선할 수 있도록 네덜란드가 시행하는 프로그램들 내에 역량 개선 문제를 중요하게 다루고자 한다.

○ (중점 협력분야) 네덜란드는 모잠비크에서 다음의 4개 분야를 중점적으로 지원하고 있다. 1)물, 2)영양 및 식량 안보, 3)SRHR(Sexual and Reproductive Health and Rights), 4)에너지.

○ (MASP 2014-2017의 기대결과) 네덜란드는 본 전략의 시행과 함께, 중점 협력분야 및 전반적 협력 형태에서 특정한 변화와 개선을 기대하고 있다.

• (전반적 기대 결과) 2014년부터 2017년까지 적용되는 본 전략을 통해 전략의 종료 시에는 기존의 시행 전략 및 프로그램들이 민간부문의 협력과 함께 상당부분의 ODA 지원이 민간투자로 전환될 것으로 기대하고 있으며, 감소코자 하는 ODA 지원이 추후에는 중소기업의 발전을 지원하는 전략적 파트너들에게 집중될 수 있도록 하고자 한다. 그러나 보건분야에 대한 지원이 아직 불충분한 것을 감안하여 SRHR(Sexual and Reproductive Health and Rights) 분야에 대한 지원은 2017

년에도 기존의 ODA 지원을 유지하고자 한다. 그러나 본 전략의 도입과 함께 네덜란드가 보건 분야 내 네덜란드의 민간부문의 역할 확대를 이끌 수 있도록 혁신적인 모달리티(modality)를 도입하는 역할을 하고자 한다.

- (협력 유형(cooperation modality)에 대한 변화) 2012년 72개이던 사업수를 2013년 말에는 45개로 줄이고, 해당 전략이 종료되는 2017년에는 20여개의 사업만을 유지하고자 한다. 또한 네덜란드 기업들에게 파트너십 기회를 제공하며, 민간부문 개발과 빈곤감소를 달성할 수 있는 다양한 프로그램들을 통합 시행할 수 있을만한 지역에 대해 전략적 파트너들이 협력 및 지원을 집중할 수 있도록 중점 지원지역을 잠베지아 지역(Zambezia Valley), 베이라 농업 성장 지역(Beira Agricultural Growth Corridor), 다른 개발 corridor들에 모이도록 하고자 한다.

- (굿 거버넌스(Good governance)를 위한 변화) 투명하고 포괄적인 성장을 이룰 수 있는 기반이 되는 공공재정관리와 책무성 및 투명성 향상을 위해 지원하고자 한다. Dutch Sustainability Unit과의 협력을 통해 시행되고 있는 프로그램들이 가져올 젠더, 기후변화, 환경과 관련된 영향을 모니터링할 수 있도록 한다.

- (전반적 역량 강화) 4년의 기간동안 1200만 유로가 모잠비크의 역량 강화를 위해 NICHE(고등 교육 내 역량강화, Capacity development in Higher Education)과 TMT(Tailor-Made Training)을 통해 지원될 것이다. 모든 중점 협력 분야에 대해서 네덜란드와 모잠비크의 기술전문학교(Polytechnics)나 대학, 지식기관들과 교류 및 협력(twinning)을 통해 대상으로 선정된 민간 및 공공분야 전문가들에게 체계적인 트레이닝과 단기 트레이닝 프로그램이 함께 지원될 것이다.

- (EU 조인트 프로그램, EU Joint Programming) EU와 EU 구성원들이 원조 포트폴리오와 교역에 있어서의 조화일치를 이룰 수 있도록 조인트 프로그램을 시작하는 단계이며, 네덜란드 또한 모잠비크에서의 유럽 민간 부문의 참여와 더불어 조인트 프로그램에 적극적으로 참여하고 이를 지원하고자 한다 (Kingdom of the Netherlands, 2013).

나) 보건분야 지원의 전략 및 현황

○ (보건분야 지원 분야) 네덜란드는 주로 SRHR 프로젝트들을 통해 보건 분야를 지원하고 있다. 해당 분야에서의 사업수행을 통해 기본적으로 원조에 대한 의존성을 줄이고자 하며 보건의료서비스, 특히 SRHR과 HIV/AIDS 서비스에 대한 형평성있는 접근성을 향상하고자 한다. 다음의 표에서 해당 분야 지원을 통해 달성하고자 하는 목표와 기대하는 구체적인 결과를 볼 수 있다 (Kingdom of the Netherlands, 2013).

<표 2-6> 네덜란드의 대 모잠비크 협력 - 보건 분야(SRHR) 달성 목표

달성 목표	
1	청장년층의 생식보건 관련 선택의 자유와 성적 지식을 개선 → 가족계획의 수요 충족 → 청소년 임신과 조혼 감소 → 아동의 만성 영양실조 감소
2	의약품과 피임약에 대한 접근성 강화 및 현대적 가족계획 방법 사용의 장려 → 합계 출산율 감소 → HIV 감염자들에게 실질적으로 치료 제공
3	말라리아와 HIV/AIDS 예방 → 해당 질병의 사망률 감소 (특히 청소년과 모성)
4	임신과 출산 기간동안 더 나은 보건의료서비스(안전한 낙태 포함) 제공 및 산전관리 및 분만 지원 서비스 이용 장려 → 모성 및 신생아 사망률 삼고 → 수직감염 감소 → 성적 소수자의 권리 보호 및 공식적 인지 향상과 낙태에 대한 합법적 접근
5	보건부와 PSI, 네덜란드 기업들을 포함하는 민관협력(Public Private partnerships)의 개발에 기여
6	Movercado의 적극적인 활용을 통해 공공분야 주체들과 모잠비크 중소기업들 간의 시너지 효과 강화
7	SRHR과 HIV/AIDS 분야 개선을 위한 조건적 현금 이전과 함께 지역 프로그램(Regional Program)의 성과 달성

출처: Kingdom of the Netherlands (2013). Netherlands Embassy Maputo-Mozambique Multi-annual Strategic Plan (MASP) 2014-2017. 저자 재구성.

○ (보건분야 지원 내용) SRHR 포트폴리오는 한정된 수의 프로젝트들로 구성되는데, 이들은 네덜란드의 전략적 파트너들에 의해서 시행된다. 재정지원의 대부분이 전략적 파트너인 보건부와 PSI(Population Services International)이 혁신적인 개발을 모색하는데 지원된다. 혁신적인 개발의 대표적인 예로는 "Movercado"가 있으며, 이는 아래 사례 소개에서 자세히 다뤄지고 있다. 이외에도 네덜란드는 보건부와 MOU를 체결하여 3개 클리닉에 대한 재건작업과 장비 제공을 지원하고자 있다. 새로운 협력 형태로 삼각협력(trilateral cooperation)의 기회를 모색하고 있으며 브라질과 함께 'Zambezia Valley Development Agency와의 전략적 파트너십에 연관되는 분야 및 보건분야에서 협력 방안을 모색하고 있다 (Kingdom of the Netherlands, 2013).

다) 사업 사례: Movercado[14)]

<표 2-7> 사업 개요

프로젝트 명	Movercado
프로젝트 유형	민관협력 (mHealth 분야)
집행 담당기관	PSI(Population Services International)

출처: 저자 작성.

○ (프로젝트의 개요 및 배경) Movercado는 PSI에서 개발된 에코시스템[15)]의 일종으로서 시스템에 포함된 이해관계자들의 영향력을 배가하고 동시에 수혜자에게 효과적으로 혜택이 돌아갈 수 있도록 하고자 한다. Movercado는 지역 시장과 SMS라는 수단을 이용해 BOP(Bottom of Pyramid)에게 효율적으로 원조를 전달하고자 설계되었다.

○ (Movercado의 작동 원리) Movercado는 현재 크게 두 가지 방식의 메카니즘을 통해 작동하고 있다. 첫째가 IPC(Inter-Personal Communication, 상호 의사소

14) 2014년 3월 현지조사 면담결과 (네덜란드 공여기관 면담)

15) 에코 시스템(eco-system): 가치 사슬 내에서 다른 단계에 있는 기업들(제조업자, 공급자, 유통업자 등)과의 공생관계 속에서 상호보완적인 협력을 통한 가치를 창출해 내고자 하는 시스템.

통)이고, 그 다음이 소셜 마케팅(Social marketing)이다 (Movercado 홈페이지, n.d.; Rodmelia, 2013).

<그림 2-12> Movercado의 작동 원리

출처: Movercado 홈페이지 (n.d.) Retreived from http://movercado.wordpress.com/. 저자 재구성.

- (IPC, Inter-Personal Communication) IPC는 서비스 이용자들에게 핵심 메시지를 전달하기 위해 직접 접근하거나 가능하다면 서비스 이용자가 서비스나 상품을 사용할 수 있도록 초대하는 것을 가리킨다. 서비스 이용자에게 최대 45분 정도의 교육을 제공하고 식별코드(code)가 적혀있는 카드(아래 그림)을 제공한다. 서비스 이용자가 무료 SMS를 이용해 바우처의 식별코드와 함께 필요한 일부 정보를 보내면 활성화된 바우처를 통해 'Troca aki'에서 서비스나 물건으로 교환하거나 할인 받을 수 있게 된다. 서비스 이용자에 대해 수집된 정보는 IPC 요원들이 성공적으로 임무를 수행했는지 확인할 수 있는 수단이 되며, 추후 서비스 이용자들에게 확인 전화를 함으로써 IPC 요원들의 성과를 확인하고 서비스 이용자들의 정보(성별, 연령, 임신여부, 자녀 유무 여부 등)를 재확인하는 기회로 삼는다. 이를 통해 IPC 요원들의 성과를 평가할 수 있으며 성과에 따라 급여를 지불할 수 있게 된다. 요원들에 성과평가에 있어서는 이전의 성과, 제공한 교육 세션 수, 활동지역의 휴대전화 보급률이 기준이 된다.

- (소셜 마케팅) 서비스나 상품을 판매/제공하는 소매상점인 Troca Aki 상점주들은 매주 PSI에 의해 할인액이나 제공한 서비스 및 상품에 대한 금액을 환급받는다 (Movercado 홈페이지, n.d.; Rodmelia, 2013).

<그림 2-13> 개별 코드를 포함하는 카드

출처: 2014년 3월 현지조사.

<그림 2-14> Troca Aki 마크

(Troca Aki 마크가 있는 상점에서 서비스나 물품을 받을 수 있다)

출처: Rodmelia (2013) Big data for development. Retrieved from http://knowming.com/.

<그림 2-15> IPC 요원들의 성과에 대한 평가 설문조사 예시

	Very agrees	Agrees	Disagree	Very Disagree	Do not know / replied
S1) The conversation served only to learn but it was also fun and interesting					
	30%	67%	2%	0%	2%
S2) who explained that I felt understood my problems					
	20%	75%	2%	3%	0%
S3) The conversation was difficult to follow, and did not understand what they were saying					
	5%	15%	74%	7%	0%
S4) had already participated in conversations like this, for me the conversation was not new					
	7%	34%	56%	3%	0%
S5) The conversation is not for me or like me					
	3%	10%	75%	7%	5%

(IPC 이후 서비스 이용자에게 전화통화로 필요한 정보를 확인하고, 위와 같은 내용을 조사함으로써 IPC 요원들의 성과를 평가한다.)

출처: Rodmelia (2013) Big data for development. Retrieved from http://knowming.com/.

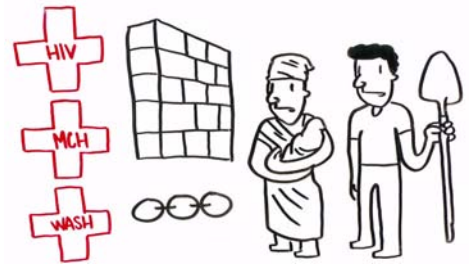
○ (시사점) Movercado는 관여하는 다양한 집단에게 혜택을 제공할 수 있는 잠재력을 가진 도구인 것으로 보인다. 서비스 이용자에게는 서비스에 대한 접근성을 향상시켜주는 역할을 하며, 지역사회 보건요원의 적극적으로 활용함으로써 그들의 기능을 활성화하고, 인센티브를 통해 동기를 부여할 수 있다. 또한 서비스나 제품을 판매하는 중소상공인들을 포함시킴으로써 지역 경제를 활성화할 수 있는 계기를 제공하기도 한다. 보건 분야 지원에 민간기관을 끌어들임으로써 더욱 효과적으로 서비스를 제공할 수 있는 방법을 모색한 좋은 사례이기도 하다. 바우처의 남용 등 일부 부작용이 발생할 수 있으나, 긍정적인 효과가 더욱 큰 것으로 보인다. 그러나 기술적인 부분이나 유지 비용에 있어서는 진행 상황을 더욱 지켜볼 필요는 있는 것으로 판단된다. Movercado는 민관협력을 적극적으로 활용하고 있으며, 추후 mHealth 사업을 기획 및 시행 시 참고할 수 있는 사례인 것으로 평가된다.

<그림 2-16> Movercado를 통해 제공받을 수 있는 물품 중 하나인, 물 정화액

출처: 2014년 3월 현지조사.

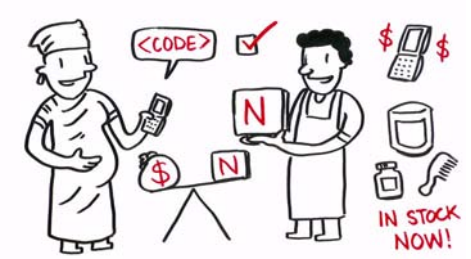
○ (Movercado의 기능 및 실제 작동원리) Movercado는 동영상을 통해 실제 작동원리를 보여주고 있으며, 동영상의 내용을 아래에 나타내었다.

<Box 2-2> Movercado의 기능 및 실제 작동원리

 (1) 지역사회 요원들에 대한 관리 비용 및 감독 문제나 비용으로 인해 비효율성이 발생함.	 (2) 이러한 비효율성 및 접근성 등의 문제로 실제 서비스를 필요로 하는 인구가 서비스를 적극적으로 제공받기 힘든 경우가 많음.
 (3) 빠르게 판매/소모되는 상품을 판매하는 산업은 활발하게 작동하지만, 보건관련 물품을 판매하는 소상인들은 원조기관들이 같은 물품을 무료로 제공함으로 인해 위협받기 쉬움.	 (4) Movercado는 원조를 전달하는 과정에서 동시에 지역경제를 활성화시키며 다양한 이해관계자들을 참여시킬 수 있는 에코시스템임.

(5) (어린 임산부의 사례) IPC를 통해 그녀는 산전관리를 이용하도록 안내받으며, 이후 그녀의 건강관리와 관련한 맞춤 안내나 필요한 물품/서비스/교통수단을 이용할 수 있는 바우처를 SMS로 받게 됨. 동시에 그녀를 전담한 IPC 요원는 수당을 받게 됨.

(6) (어린 임산부의 사례) 바우처를 이용해 보건소 진료를 위해 교통수단을 무료로 이용할 수 있게 되며, 주변 Troca Aki 상점을 이용해 필요한 물품을 제공받게 됨. 바우처 코드는 SMS나 종이, 심지어는 손등에 스탬프로도 제공됨.



(7) (어린 임산부의 사례) 모기장 바우처를 가지고 주변 Troca Aki 상점에서 모기장을 무료로 제공받으며, 상인은 이에 대한 비용을 환급받게 되며, 동시에 다른 물품에 대한 꾸준한 수요를 보장할 수 있게 됨.

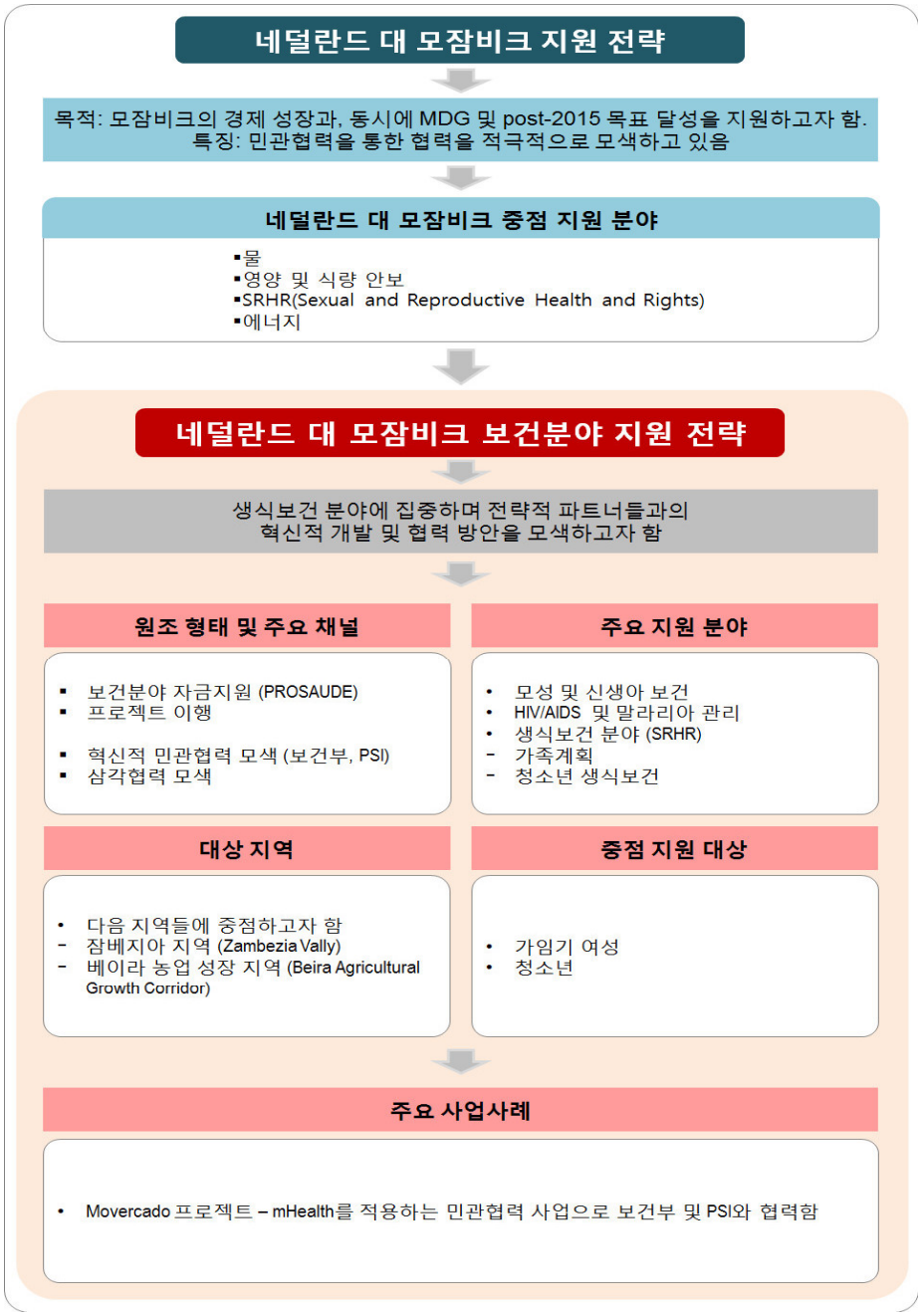
(8) 기존에 모기장 공급을 위해 소모되었던 비용과 시간은 소상점의 물품 공급 체인을 같이 이용함으로써 소상인들에게 지속적인 수요를 확보하게끔 해주며 경제를 활성화시키는 역할을 하게 됨.

(9) (어린 임산부의 사례) 물품 제공 기능 외에도 필요한 보건 관련 안내 사항을 지속적으로 SMS를 통해 전달하며, 보건의료서비스를 이용할 수 있게끔 유도하며 추구관리의 역할을 함.

(10) (어린 임산부의 사례) 출산 후에도 모유수유나 예방접종, 영양에 대한 정보, 보건소를 방문을 위한 교통수단 바우처, 미량 영양소 바우처 등을 SMS를 통해 받게 됨.

출처: Movercado 홈페이지 (n.d.) Retreived from http://movercado.wordpress.com/. 저자 재구성.

<그림 2-17> 네덜란드 대 모잠비크 지원 전략 및 현황



출처: 저자 작성.

3) JICA

가) 공여기관의 전략

○ (JICA의 대 모잠비크 지원 전략) 일본과 1992년 모잠비크 내 시민전쟁이 종료되면서 주로 무상원조와 기술협력의 형태로 모잠비크에 대한 지원을 시작하였다. 1994년 모잠비트 내 원조정책에 대한 대화와 함께, 다음의 우선순위 분야 3개를 선정한 바 있다. 1)농업, 2)사회분야(인간기본욕구(basic human needs) 및 사회기반시설 등), 3)인적자원개발. 이후 2003년 JICA 사무소가 모잠비크에 설립되었으며 2006년에는 처음으로 유상원조를 제공하기도 하였다. 2013년 기준으로 포괄적이고 역동적인 개발을 달성하는 것을 비전으로 삼고 있다. 미션으로는 1)글로벌 어젠다를 다루는 것, 2)형평성있는 성장을 통해 빈곤을 감소, 3)거버넌스 향상, 4)인간안보 달성 을 선정하였다 (JICA, 2012).

○ (JICA의 대 모잠비크 지원 우선순위 분야) JICA는 모잠비크 지원에 있어 다음의 3가지 우선순위 분야를 선정하였다. 1)지역경제의 활성화, 2)환경 및 기후변화 관련 액션, 3)인적자원개발 및 역량 강화. 보건 분야는 세 번째 우선순위 분야인 인적자원개발 및 역량 강화 분야에 포함되어 있다 (JICA, n.d.).

○ (일본의 대 모잠비크 지원규모) 일본의 모잠비크에 대한 ODA 지원 규모는 유상원조, 무상원조, 기술협력을 모두 포함하여 증가추세에 있었으며 기술협력이 2012년 가장 큰 비중을 차지한 것으로 나타났다. 기술협력이 2011년 1,708만불에 비해 2011년 3,157만불로 두 배 가까이 증가하였으며, 무상원조는 2012는 2,418만불로 나타났다 (Ministry of Foreign Affairs Japan, 2014).

<표 2-8> 일본의 대 모잠비크 ODA 지원규모 추이

1.Japan's ODA Disbursements to Mozambique

Year	Loan Aid	Grant Aid	Technical Cooperation	Total
2008	-	17.58	6.15	23.72
2009	-	50.19	10.49	60.67
2010	0.38	48.95	13.52	62.85
2011	17.21	14.20	17.08	48.49
2012	14.55	24.18	31.57	70.30
Total	65.64	849.79	155.84	1,071.28

Source: OECD/DAC

(Net disbursements, $ million)

출처: Japan's ODA data by country: Mozambique (2014) Retrieved from http://www.mofa.go.jp/policy/oda/data/.

나) 공여기관의 보건분야 지원 현황

○ (JICA의 모잠비크 보건분야 지원 현황)[16] JICA의 모잠비크 보건분야 지원은 주로 인력 교육이나 전염성 질병 통제, HIV 통제에 있어 기술협력을 시행하는데 초점이 맞춰 왔으며, AIDS 통제 등을 위해 봉사단을 파견하기도 하였다. 현재 주된 지원분야는 보건분야 인력 개발과 관련 인프라 구축 및 개선이다. PROSAUDE나 다자 협력의 형태로는 지원하고 있지 않으며, PBA를 통한 지원 또한 고려하고 있지 않다. 모잠비크 보건부를 파트너로 하여 보건의료인력 분야 지원을 위해 2개의 프로젝트를 시행하고 있으며, 보건의료인력 교육을 위해 간호사 및 기술자 인력을 봉사단으로 파견하고 있다. 그 외 보건부의 인력센터 총 15개 중 5개의

16) 2014년 3월 현지조사 면담결과 (JICA 면담).

시설 개선 및 보수 사업을 진행해 오고 있다 (JICA, 2012).

○ (보건인력개발 분야 지원 프로젝트)[17] 현재 JICA는 모잠비크의 보건분야 인력개발 지원을 위해 무상원조의 형태로 Health Training Institute(IdFs) Maputo Construction Project(2012-2016)를 시행하고 있으며, 기술협력을 통해 Project for Strengthening Pedagogical and Technical Skills of Teachers of Health Training Institute in Mozambique(ProFORSA, 2012-2016)를 시행하고 있다. 다음 사례 분석에서 ProFORSA 프로젝트를 상세히 살펴보고자 한다.

다) 사업 사례: 보건의료인력 교육 및 역량 강화 프로젝트[18][19]

<표 2-9> 사업 개요

프로젝트 명	Project for Strengthening Pedagogical and Technical Skills of Teachers of Health Training Institute in Mozambique (ProFORSA)
프로젝트 기간	2012-2016년
프로젝트 유형	기술협력
집행 담당기관	보건부, 모든 보건교육기관들 (IdFs, Instituições de Formação de Saúde)

출처: 저자 구성.

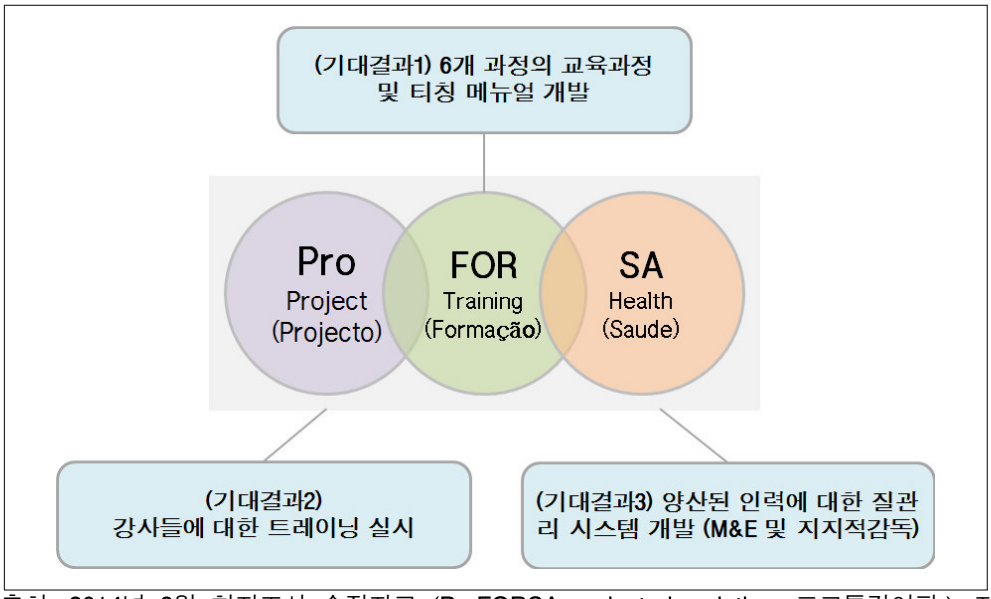
○ (프로젝트의 배경) 모잠비크는 만성적인 인력의 역량 부족 문제로 보건부를 포함한 타 분야에서도 문제를 겪고 있다. 보건부는 2008년에 국가 보건의료인력 개발계획(National Plan for Health Human Resources Development)를 도입하여 2015년까지 보건분야 인력의 수를 79% 증가시키겠다는 목표를 두고 있다. JICA는 보건 분야 내에서 JICA의 우선순위 분야 중 '인적자원개발 및 역량 강화' 에 부합할 수 있는 방향으로 프로젝트를 시행해 오고 있다.

17) 2014년 3월 현지조사 면담결과 (JICA 면담).
18) 2014년 3월 현지조사 수집자료 참고 (ProFORSA project description. 포르투갈어판.)
19) 2014년 3월 현지조사 수집자료 참고 (ProFORSA project description summary. 영문판.)

○ (프로젝트 개요) 본 프로젝트는 모잠비크의 보건교육기관인 IdFs(Health Training Institutes, Instituições de Formação de Saúde)을 통해 적합한 수준의 보건의료 서비스를 제공할 수 있는 역량을 가진 보건의료인력을 양성하는 것을 목적으로 하고 있다. IdFs에서는 2가지로 구별된 과정을 제공하는데 하나는 초급과정으로 7년의 기초 교육을 이수하고 과정을 시작하는 학생들을 대상으로 하며, 다른 하나인 중급과정은 7년의 기초 교육 과정 및 5년의 중등 교육을 이수하고 과정을 시작하는 학생들을 대상으로 한다. 초급에서 중급과정으로 진급은 2년이 소요되며 중급과정의 수료는 2.5년 가량이 소요된다. JICA는 간호사나 실험실 기사, 임상 기술자 등의 기술적 인력에 대한 지원을 주로 제공한다.

○ (프로젝트 기대 결과 및 내용) 본 프로젝트를 통해 JICA는 크게 3가지 기대결과를 달성하고자 한다. (1) IDF에서 제공되는 총 28개 과정 중 6개의 기술과정(Technical course)에 대해서 교육과정과 티칭 매뉴얼을 개발하고, (2) 강사들에 대한 트레이닝을 제공하고자 한다. 또한 (3) 교육과정을 거쳐 양산된 인력에 대해서 질을 지속적으로 관리할 수 있는 시스템을 개발하고자 하며 이는 평가 및 모니터링이나 지지적 감독을 통해 수행될 수 있다. 이 밖에도 보건부의 필요에 따라 부합하는 교육을 제공하고 있다. 필요한 전문성을 공급하기 위해 나가사키 대학의 교수들을 포함한 전문가들을 통해 자문 및 기술 협력을 제공하고 있으며, 언어 문제를 해결하기 위한 방법으로는 브라질 상파울로 대학의 일본인 교수를 초청해 세미나나 워크숍 등을 개최하기도 한다.

<그림 2-18> 프로젝트 ProFORSA의 기대결과

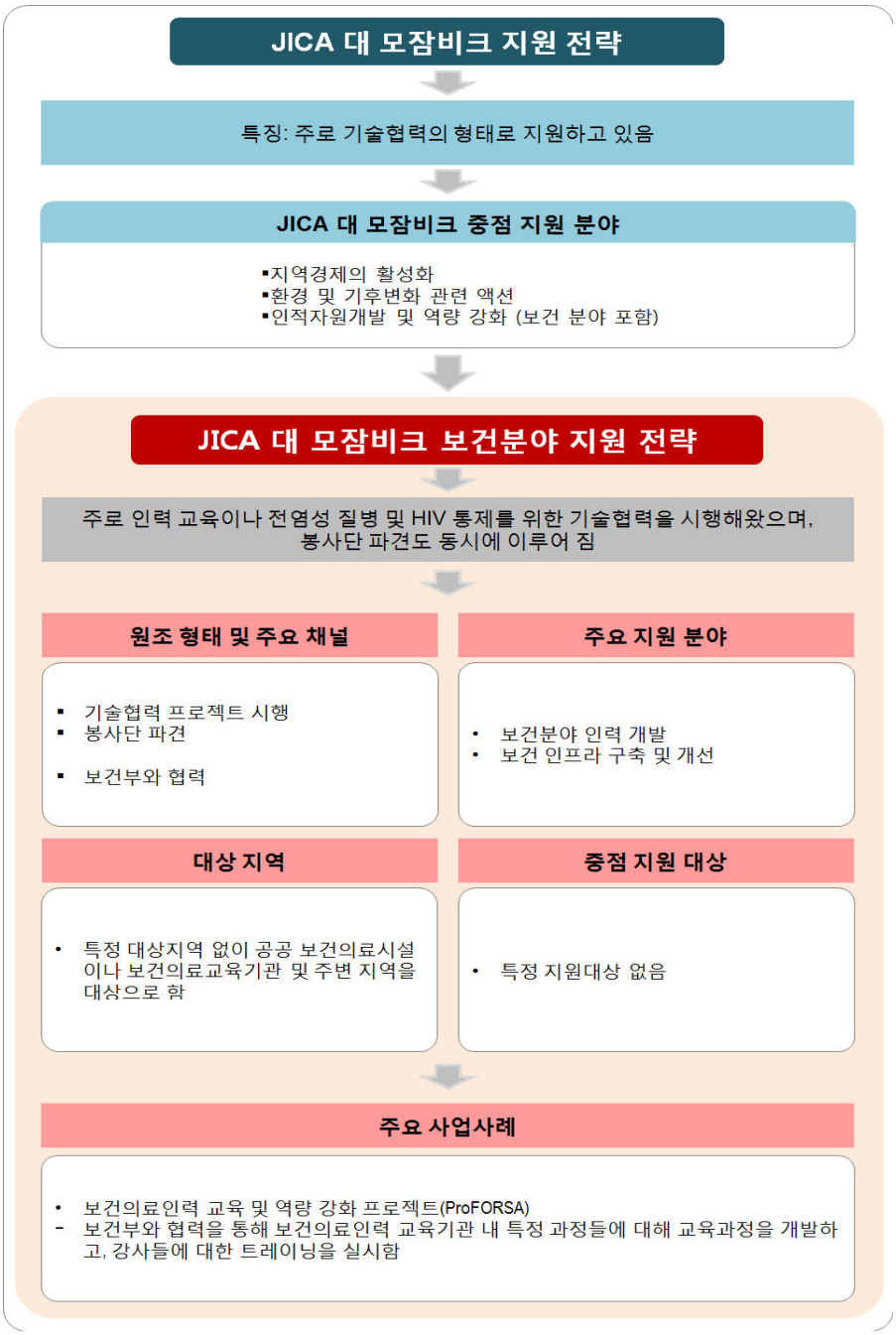


출처: 2014년 3월 현지조사 수집자료 (ProFORSA project description. 포르투갈어판.). 저자 재구성.

○ (시사점) 모잠비크에서는 전 분야에 걸쳐 만성적인 인력의 역량 부족 현상이 나타나고 있으며, 보건 분야에서도 이로 인해 필요한 수준의 서비스를 제공하는데 필요한 인력을 공급하는 데 있어 문제를 겪어 오고 있다. 모잠비크 보건부의 국가 보건의료인력 개발계획의 시행과 함께 USAID, CDC, DFATD, 이탈리아 등 다양한 공여기관이 보건분야 인력개발을 위해 지원하고 있으며 다양한 교육과정의 제공에 대한 지원이 이루어지고 있다. 그러나 의사인력을 양산하는 의과 대학들은 교육부의 관리 하에 있으므로, 보건부를 통해 보건분야 인력개발을 지원하는 경우에는 간호사나 실험실 기사 등 기술적인 인력에 한해서 지원되고 있는 실정이다. 본 프로젝트에서 기술 지원을 제공받고 있는 IdFs의 전체 28개 과정 중 6개만이 지원받고 있는 실정이므로, 나머지 22개 과정에 대한 수요가 있는 것으로 나타났다. 그러나 이미 여러 기관들이 다양한 트레이닝을 제공하고 있음에도 불구하고 그 성과가 두드러지지 않고 있으며, 모잠비크에서는 공용어가 포르투갈어로 영어가 비교적 상용화되어 있지 않는다는 언어적인 문제가 있는 것으로 나타난다. 향후 모잠비크 보건분야의 가장 큰 문제 중 하나인 인력 문제를 지원하기

위한 유사 사업을 기획하고 이행하는 데 있어 기존의 지원 형태 중 하나에 대한 예시가 될 수 있으며, 지원에 있어 고려해야 하는 도전과제들을 보여주는 사례라고 할 수 있다.

<그림 2-19> JICA 대 모잠비크 지원 전략 및 현황



출처: 저자 작성.

다. 다자기구 (Multilateral organisations)

<요약. 모잠비크의 보건분야 다자기관의 전략 및 특징>

- (다자기구 고려 사항) 모잠비크의 높은 출산율과 청소년 임신율이 주요 보건 문제로 지적되는 상황에서, 생식 보건 및 가족계획에 대한 수요가 높음. 이와 관련하여 양자 기관들 및 NGO들과의 협력을 통해 지원하고 있는 다자기구에 대해 살펴보고자 함.

- (UNFPA의 보건 전략과 사업의 특징) 모잠비크는 UN의 'Delivering as one' 이니셔티브의 시범 적용 국가임. UNFPA는 생식보건 분야에서 보건부의 핵심 관리자 및 정책 결정자들에게 기술지원을 제공하고 정책 대화에 영향을 미치며, 생식 보건 분야 내 보건 전문가들의 역량강화를 위한 교육 및 관리 역할을 하기도 함. 최근 종료한 청소년 생식보건 프로그램이 긍정적인 평가를 받았으며, 청소년 생식보건 분야를 포함하여 다양한 파트너들에게 기술지원을 제공하고 있음.

1) UNFPA

가) UNFPA-모잠비크 국가 프로그램 2011-2015

○ (지난 프로그램에서의 성과) 2007년부터 2011년까지 시행된 지난 UNFPA-모잠비크 국가 프로그램에서는 다음과 같은 성과를 거둔 것으로 평가되었다. 1)2007년 시행된 인구 및 가구 센서스를 통해 중앙 및 주(province) 수준에서 활용할 수 있는 인구 데이터가 증진되었으며, 2)생식보건 서비스에 대한 접근성과 질을 향상할 수 있는 MDG 4와 5 달성을 위한 국가 통합 계획(National Integrated Plan to achieve MDG 4 and 5, 2008)과 가족계획을 위한 국가전략(National

Strategy for Family Planning, 2010) 등의 정책들이 승인되었다. 3)UNFPA가 협력하여 시행한 국가 HIV 예방 전략(National accelerated HIV prevention strategy)을 통해 콘돔에 대한 이용도가 향상되었으며, 4)가정폭력을 금지하고 예방하기 위한 법률이 승인되었으며 젠더 기반 폭력에 대해 다양한 대응방안들이 시행될 수 있게 되었다.

○ (UNDAF의 적용) 모잠비크는 UN(United Nations)의 'Delivering as one' 이니셔티브의 시범 적용 국가로서 UNFPA-모잠비크 국가 프로그램 (2012-2015)는 UNDAF(United Nations Development Assistance Framework)의 일부로써 적용된다 (UNFPA, 2012).

○ (UNFPA의 역할) UNFPA는 모잠비크 내 생식보건 분야에서의 전략적 파트너 역할을 하며, 보건부의 핵심 관리자 및 정책 결정자들에게 기술지원을 제공하며 정책 대화에 영향을 미친다. 동시에 생식보건 분야 내 다양한 보건 전문가들의 역량강화를 위한 교육 및 관리 역할을 하기도 한다. 모잠비크 내 목표 피임률(2014년 63%)을 달성하기 위해 관련 시민사회 단체와 언론, 지역사회 리더들과의 전략적 파트너십을 통해 관련 분야 서비스 제공을 위한 옹호역할도 한다.

○ (주요 파트너) 모잠비크에서 UNFPA는 주로 보건부, 주별 보건부서(Provincial Directorates of Health), 생식보건 분야에서 활동하는 주요 국내 및 국제 기관들(Amodefa, Coalizao, DKT, pathfinder, PSI)와 협력하고 있다.[20)]

○ (프로그램 지원 규모) 2012년부터 2015년까지 4년 동안 시행되는 본 국가 프로그램에는 총 4400만 불이 지원된다. 75%에 달하는 3330만 불은 생식보건 및 권리 분야에 지원되어 510만 불은 인구 및 개발에, 500만 불은 성평등 부문에 지원된다. 60만불은 프로그램 지원 및 코디네이션을 위해 지원하도록 하고 있다 (UNFPA, 2012).

20) 2014년 3월 현지조사 면담.

○ (전략적 목표) UNFPA는 모잠비크 PESS 2014-2019에서의 우선순위 분야 중 모성 및 신생아 사망률 감소와 출산율 감소에 있어서 함께 우선순위를 두고 있다. 전략적 목표로는 다음의 4가지를 선정하였다. 1)HIV 예방을 포함하는 생식보건 분야에 대한 정치적 사회적 환경을 증진하는 것이다. 이를 위해 정책 대화나 시민사회참여, 파트너십 강화를 위해 노력하며 피임률, 청소년 임신율, 모성사망비 등의 양질의 보건데이터를 수집하고 관리하며 지속가능한 보건의료재정을 지원하고자 한다. 2)1차 보건의료시설부터 상위의 시설에 이르기까지 통합적이며 양질의 생식보건 서비스에 대한 접근성을 향상하며, 세부적으로는 피임약 제공, 응급산과서비스에 대한 트레이닝, 청소년 생식보건 서비스, 가족계획 서비스, 젠더기반 폭력에 대한 통합적 서비스 등을 효과적으로 제공할 수 있도록 지원한다. 3)지역사회 수준에서의 양질의 생식보건 서비스를 제공하며 이에 대한 참여를 이끌어 내도록 한다. 4)지역사회 주도의 사회문화적 변화 및 행동변화를 지원함으로써 HIV에 감염된 청소년과 여아들의 취약성을 감소할 수 있도록 하고 있다.[21]

○ (청소년 생식보건 분야 지원) UNFPA는 1999년부터 2011년까지 청소년 생식보건을 증진하고자 하는 목적 아래 Generation Biz Program(PGB, Programa Geracao Biz)라는 프로그램을 성공적으로 수행한 바 있으며, 이를 통해 조기 임신과 성병, HIV/AIDS, 위험한 인공유산 등을 방지하고자 하였다. 이를 위해 관련 행동변화 및 실제 적용을 위한 교육을 실시하고, 청소년 친화적 서비스와 상담 서비스를 제공하였다. 보건부와, 교육부 및 학교, 지역사회를 통한 접근으로 각각의 서비스를 전달하였다. 결과적으로 PGB는 수백만명의 청소년들과 그들의 부모, 지역사회에 도달하는데 성공하였고, 행동변화를 위한 메시지와 서비스를 전달하였다. 지역사회나 학교 등에서 청소년의 생식보건을 증진할 수 있는 변화들이 발견되었으며 프로그램 종료시에는 학교당 평균 임신수가 2005년 2.54에서 2010년 0.55로 감소하였다. UNFPA는 여전히 청소년 생식보건 증진을 위한 기술지원을 지속하고 있다 (UNFPA, 2011).

21) 2014년 3월 현지조사 면담.

<그림 2-20> PGB 적용 학교의 임신율 추이

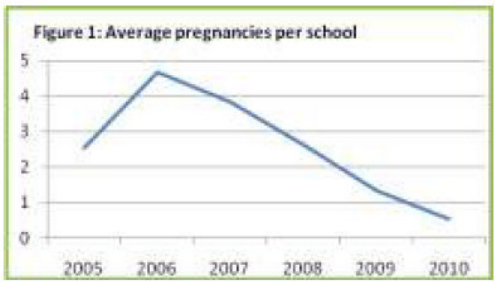


Table 2: Pregnancy Trend in PGB Schools			
Year	Schools	Pregnancies	Average
2005	233	593	2.54
2006	325	1515	4.66
2007	444	1701	3.83
2008	594	1564	2.63
2009	664	884	1.34
2010	710	388	0.55

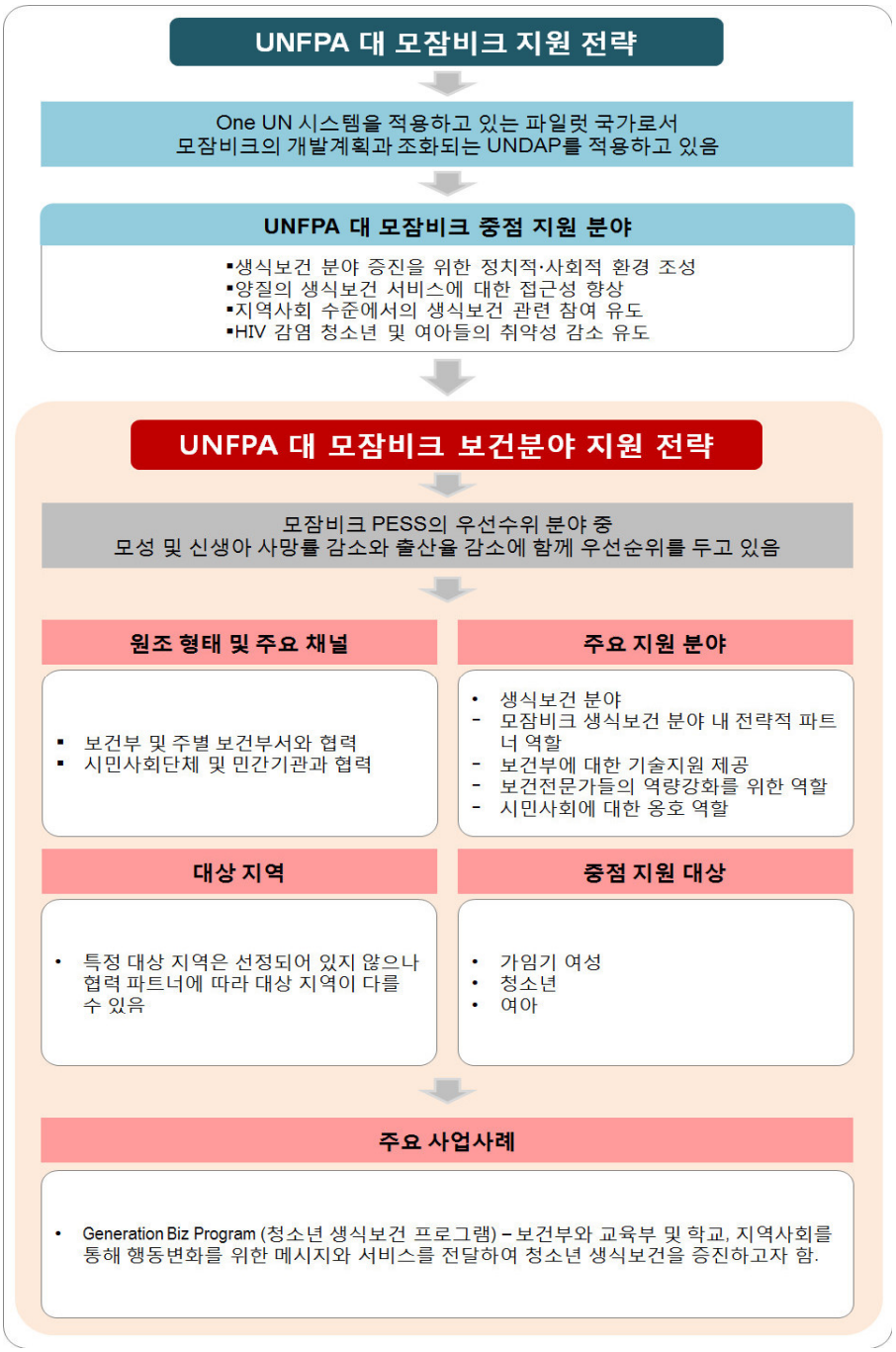
Data sources: PGB database and PGB provincial reports.

출처: UNFPA (2011) PROGRAMA GERACAO BIZ (Inventing in Youth: The story of a national SRH programme for adolescents and youths in Mozambique).

<그림 2-21> 청소년 생식보건을 위한 기술지원 사례 (청소년 생식보건 포스터)

출처: 2014년 3월 현지조사 사진자료.

<그림 2-22> UNFPA 대 모잠비크 지원 전략 및 현황



출처: 저자 작성.

4. 민간부문 보건분야 협력사례

<요약. 모잠비크의 보건분야 민간부문 지원 특징>

- (NAIMA+의 특징) NAIMA+는 모잠비크 보건분야 내 국제 NGO 네트워크 조직으로 약 36개의 국제 NGO들이 가입되어 있음. NAIMA+는 이들을 중재하고 조정하며, 정보를 교환하고 모니터링하는 역할을 맡고 있음. HPG에 소속되어 국제 NGO들을 대표하여 정보를 교환하는 역할을 함.

- (CUAMM 사업의 특징) CUAMM은 이탈리아 NGO로서 보건의료시스템을 강화하고자 하는 핵심목적을 가지고 다양한 수준에서 서비스를 전달하고 있음. 주로 보건의료인력 역량강화에 지원하고 있음. 소팔라(Sofala) 주와 남풀라(Nampula) 주에서 사업을 수행하고 있음.

- (Pathfinder 사업의 특징) Pathfinder International은 생식보건 및 가족계획, 모자보건, HIV/AIDS 분야에 지원하며, 직접적으로 서비스를 제공하지는 않지만 기술지원 및 평가, 모니터링 역할을 주로 함. 주요 공여기관은 미국 정부임.

가. 사례1: NAIMA+

○ (기관 소개 및 역할) NAIMA+는 "The Network of International NGOs working in Health and HIV/AIDS in Mozambique"를 지칭하며, 14년간 운영되어 온 모잠비크 보건분야 내 국제 NGO 네트워크 조직이다. 현재 NAIMA+에는 약 36개의 국제 NGO들이 가입되어있으며, NAIMA+는 모잠비크 보건 분야 내에서 이들을 중재하고 조정하는 역할과 모니터링 및 옹호 역할을 하고 있다. 처음에는 HIV/AIDS 분야의 시민사회 플랫폼으로 시작했지만, 해당 역할인 정보 교환 및 코디네이션 역할에 대한 수요가 증가함에 따라 보건 분야 전반의 NGO를 포함하게 되었다. NAIMA+는 HPG에 소속되어 있어 가입된 국제 NGO들을 대표하여 정보를 교환하는 역할을 맡고 있지만 HPG에서 실질적으로 의견을 교환하는 것은 공여기관들이기 때문에 정보 공유 정도의 역할을 하고 있는 실정이다. 보건부에게는 PESS 수립 과정에서 자문을 제공하거나 보건부와 인력 고용 등의 이슈에 대해 로비 기능을 수행하기도 한다. 1인의 코디네이터가 NAIMA+를 운영하고 있는 상황이다.

○ (가입 NGO) 36개의 국제 NGO가 가입되어 있으며, 모잠비크 보건분야에서 활동하는 대부분의 국제 NGO들을 포함한다. Save the Children, PATH, VSC, Meicos Com Africa CUAMM, Solidar Med, Handicap International, Malaria Consortium, World Vision, FHI360, Friends in Global Health, PSI, Plan International, Pathfinder International, ChildFund 등이 가입되어 있다. 가입 NGO들의 분야별 및 지역별 활동 정보도 제공하고 있다.

<그림 2-23> NAIMA+ 가입 NGO

출처: 2014년 3월 현지조사.

○ (MONASO) MONASO는 NAIMA+와 비슷한 역할을 하는 국내 NGO들의 네트워크로서, Mozambican Network of AIDS Services Organisation를 지칭한다. MONASO는 HPG에 소속되어 있지는 않다.[22]

22) 2014년 3월 현지조사 결과.

나. 사례2: Doctors with Africa CUAMM

○ (기관 소개 및 역할) CUAMM은 이탈리아 NGO로서, 지난 33년간 모잠비크 보건 분야에서 활동하며 보건의료시스템을 강화하기 위한 핵심목적을 가지고 다양한 수준에서 서비스를 전달해 왔다. 주로 보건의료인력에 대한 교육을 제공함으로써 인적자원의 역량을 강화하는데 기여하고 있다. CUAMM은 모잠비크에서 소팔라(Sofala) 주와 남풀라(Nampula) 주에서 모자보건 및 결핵 관련 서비스, 임상 서비스, 인력 교육 등을 제공하고 있다. 소팔라 주에서는 주로 베이라 중앙병원(Central hospital of Beira)를 지원하며, 모잠비크 카톨릭 대학(Catholic University of Mozambique)의 보건인력에 대한 교육도 하고 있다. 남풀라 주에서는 결핵 서비스와 HIV 감염 모성 및 아동에 대한 서비스를 위주로 지원하고 있다. 두 주(province)에서의 자세한 프로젝트는 다음과 같다 (CUAMM, 2011).

<표 2-10> CUAMM의 프로젝트 현황 (2011년)

A. 소팔라(Sofala) 주 대상 프로젝트

프로젝트 명	대상인구	지원 기관	내용
임상 및 교육 활동의 통합적 시행 (영문명: Integration of clinical and teaching activities)	베이라 중앙병원 이용자 및 보건의료 인력, 모잠비크 카톨릭 대학의 학생들	이탈리아 외교부, Geneto 지역정부, Cariparo Foundation, 민간 도너	• (목적) 산부인과, 외과 등의 서비스 수준 향상 • (내용) 의과대학생 및 응급구조사 등의 보건의료인력에 대한 교육 제공
교육 및 질, 연구 (영문명: Training, quality and research)	11만 명의 가임기 여성 및 150명의 보건의료인력	Veneto 지역정부, Caiparo Foundation, 민간 도너	• (목적) 임신기간 및 분만시 서비스와 보건의료인력의 OJT(on-the-job training) 개선 • (내용) 관련 장비 및 교육이 제공되었으며, 관련 연구 수행
의사 트레이닝 (영문명: Training of doctors in Mozambique)	363명 의과대학생	이탈리아 외교부, Italian Episcopal Conference, 모잠비크 카톨릭 대학교, Gucci, 민간 도너 등	• (내용) 의과대생에 대한 교육 및 필요한 물품 및 자료 지원
HIV/AIDS 예방 및 치료 (영문명: HIV/AIDS prevention and treatment)	4만 명의 HIV 감염 모성 및 아동	UNICEF, Fondazione InSe, Association of Friends of children infected by HIV/AIDS 등	• (목적) AIDS의 수직감염 감소 • (내용) 해당 대상에 대한 산전관리 및 치료 서비스 제공, 관련 교육 제공.

B. 남풀라(Nampula) 주 대상 프로젝트

프로젝트 명	대상인구	지원 기관	내용
결핵 관리 (영문명: Tuberculosis care)	Angoche, Mogovolas, Moma 지역 주민	FHI360, 민간 도너	• (목적) DOTS을 통한 결핵 치료 • (내용) 지역사회에서 활동할 인력 교육
HIV 혈청반응양성 모성 및 아동에 대한 서비스 확대 제공 (영문명: More services for HIV-seropositive mothers and children)	23만 명의 여성과 아동	UNICEF, 민간 도너	• (목적) 지역사회 내 보건의료시스템 기획에 대한 지원 및 HIV 관련 모자보건 서비스 제공

출처: CUAMM (2011) Medici con l'Africa CUAMM-Mozambique Annual report 2011. 저자 재구성.

다. 사례3: Pathfinder International

1) 기관 소개

○ (기관 소개) Pathfinder international은 모든 사람들이 건강한 성과 생식 보건을 영위하는 삶을 살 수 있는 기회와 권리를 제공하기 위한 것을 목표로 삼고 있는 기관이다. Pathfinder는 20개 이상의 국가에서 피임과 신생아보건부터 에이즈 예방과 치료를 제공하는 서비스에 이르기까지 질 높은 보건서비스를 여성, 남성, 청소년들에게 제공하고 있다.

○ (모잠비크 Pathfinder 소개) Pathfinder는 1997년부에 모잠비크에 설립되었으며 현재 직원 206명으로 구성되어 31개 군(district)에서 활동하고 있다. 연간 예산은 천 만불 가량으로 주요 활동 분야는 피임지원, HIV/AIDS, 청소년 생식보건, 인공 유산, 모성 및 신생아 보건, 옹호이다. 직접적으로 서비스를 제공하는 역할을 하지는 않지만 중앙 정부의 정책 및 전략 개발 시 워킹그룹을 통해 기술 지원 및 평가, 모니터링 역할을 하며, 주(province) 수준에서는 기술지원, 군(district) 수준에서는 보건의료시설 개발 및 정부 정책의 시행 지원, 지역사회 동원 및 참여를 촉진하는 역할을 한다. 주요 공여기관은 미국 정부이며 노르웨이나 벨기에로부터도 지원받고 있다.

○ (시행 프로그램) 현재 12개 프로젝트가 시행중이며, 10개 공여기관으로부터 지원받고 있다. mHealth를 적용한 'mCenas 프로젝트'는 USAID가 지원하며, 청소년을 대상으로 가족계획을 개선하고자 SMS를 이용하여 필요한 정보를 제공하고 청소년으로부터 SMS을 통해 질문을 받기도 한다. '여성 콘돔 및 성소수자 지원(Female condom and LGBT support) 프로젝트'는 노르웨이 외교부의 지원과 함께 PSI와 협력하여 시행되고 있으며, 여성이 적극적으로 피임할 수 있도록 교육하며 필요한 도구를 제공하고 있으며, 동시에 성적 소수자들의 권리를 신장할 수 있도록 옹호 및 건강증진 활동을 한다. USAID가 지원하는 '가족계획 이니셔티브 프로젝트(Family Planning Intiative Project)'를 통해서는 모잠비크 내 피임

률이 가장 낮은 지역들에서 가족계획 및 생식보건 서비스를 1차 보건의료 및 HIV 서비스에 통합함으로써 서비스의 접근성을 향상하고 청소년 친화 서비스를 강화하고, 지역사회 동원, 인력 교육 등을 제공하고 있다. 이 밖에도 HIV/AIDS 서비스나 안전한 인공유산을 지원하기 위한 프로젝트들이 있으며, 대표적인 프로젝트인 '통합 프로그램을 통한 지역사회 강화(SCIP, Strengthening Communities through Integrated Programming) 프로젝트'을 아래 사례를 통해 소개한다(Pathfinder International 홈페이지, http://www.pathfinder.org/).[23]

2) 사업 사례: 통합 프로그램를 통한 지역사회 강화 (SCIP)

<표 2-11> 사업 개요

프로젝트 명	Strengthening Communities through Integrated Programming (SCIP)
프로젝트 기간	2009-2014년
프로젝트 예산규모	4700만불 이상
프로젝트 유형	프로그램
집행 담당기관	Pathfinder International이 주도하는 컨소시움(PSI, Care, World Relief, CLUSA(Cooperative League of the United States of America))
공여기관	USAID, PEPFAR
대상 지역	남풀라(Nampula) 주의 14개 군(district)

출처: 저자 작성.

○ (사업 개요) 본 프로젝트는 지역사회 내 가구들의 보건 및 영양상태를 개선하고 경제적 자립을 지원함으로써 이들의 삶의 질을 증진할 수 있도록 하는 통합 프로그램이다. 이는 생식보건, 모자보건, HIV, 말라리아, 식수, 위생 서비스를 비롯하여 경제적 자립활동을 포함하는 폭넓은 서비스를 제공한다. 남풀라(Nampula) 주의 14개 구역을 대상으로 시행하며, 남풀라 주는 모잠비크에서 가장 인구가 많은 주(province)로서 빈곤과 다양한 보건 문제가 심각한 것으로 나타난다.

23) 2014년 현지조사 면담결과.

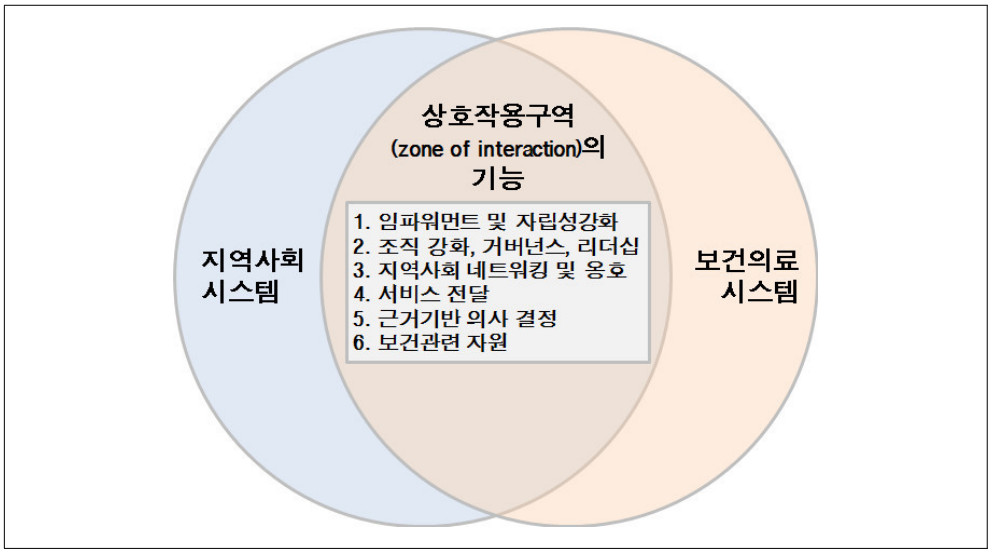
○ (파트너십) 본 프로젝트는 USAID와 PEPFAR에 의해 지원받으며, Pathfinder International의 주도하에 PSI, Care, World Relief, CLUSA와의 협력 및 남풀라주의 주정부 및 지역정부, 지역사회와의 긴밀한 협력을 기반으로 시행된다.

○ (사업 내용) 본 프로젝트의 전략적 목표는 1)대상지역에서 지속가능한 경제 성장을 촉진하는 것, 2)아동 및 생식보건 서비스의 사용을 증대하는 것, 3)HIV 전파를 감소시키고 전염성 질환의 영향을 경감하는 것으로 나타난다.

○ (사업 수행 내용–ISS 모델) SCIP는 Pathfinder의 통합 시스템 강화(ISS, Integrated Systems Strengthening) 모델을 적용하고 있다. ISS 모델은 지역사회와 보건의료시스템을 상호의존적인 두 체계로 인식하여 둘 사이에 상호작용 구역(zone of interaction)을 설정하여 이를 강화하기 위해 필요한 기능을 개선하고 달성하는데 초점을 맞춘다. 상호작용구역을 강화할 수 있는 기능은 크게 6가지로 나타나며 이는 1)임파워먼트 및 자립성강화, 2)조직강화, 거버넌스, 리더십, 3)지역사회 네트워킹 및 옹호, 4)서비스 전달, 5)근거기반 의사 결정, 5)보건관련 자원 이다. SCIP는 이 6가지 기능을 향상할 수 있는 활동들에 초점을 맞춤으로써 지역사회와 보건의료시스템의 기능을 동시에 강화하고자 한다 (Pathfinder International, 2012).[24)]

24) 2014년 3월 현지조사 면담.

<그림 2-24> Pathfinder의 ISS 모델: 상호작용구역(zone of interaction)의 기능



출처: Pathfinder International (2012) Empowering communities through integrated systems strengthening in Northern Mozambique. 저자 재구성.

○ (사업수행 분야) ISS 모델을 기반으로 SCIP는 주로 생식보건, 가족계획, HIV/AIDS, 만성질환의 가정기반 케어, 고아 및 취약아동(OVC, Orphans and vulnerable children) 지원, 모성 및 신생아, 아동보건(MNCH, Maternal, newborn and child health), WASH(Water, Sanitation, and Hygiene) 분야에서 지원하고 있다. 지역사회 개발 요소로는 지역사회 지도자 그룹(CLC, Community leader council)과 청장년 농부회(YFCs, Youth Farmer Clubs) 등을 구성하여 이들로 하여금 자발적으로 지역사회 개발을 이끌어가고 보건 및 개발 목표들을 달성하도록 지원하였다.

○ (현재까지의 성과) 2012년 발간된 보고서를 기반으로 지난 3년간의 성과를 살펴보면, 143개의 보건소 및 보건지소가 지원받았으며, 31만 여명의 보건의료인력들을 교육하였다. 동시에 적극적인 가족계획 서비스 제공 및 지역사회 동원을 통해 해당 지역인 남풀라(Nampula) 주의 피임률이 개선되어, CYP(Couple-years of protection)[25]

25) The CYP is calculated by multiplying the quantity of each method distributed to clients by a conversion factor, to yield an estimate of the duration of contraceptive protection provided per unit of that method (Wishik and Chen, 1973; Stover, Bertrand, and Shelton, 2000).

지표가 2009년 31,131에서 3년 후 71,750까지 증가하였다. 또한 사업이 수행되는 14개 구역에 대한 정보를 담는 지도를 체계화함으로서 사업 수행에 있어 중복을 피하고, 체계적인 평가를 가능하게 했다는 성과가 있다 (Pathfinder International, 2012).

○ (시사점) 본 사업 사례는 USAID의 지원을 통해 국제 NGO가 직접 개발한 툴(ISS 모델)을 이용하였으며, 보건분야 지원과 지역사회 개발을 통합함으로써 시너지 효과를 기대한 사업이라는 특징을 가지고 있다. 지역주민의 경제자립성을 길러주고 교육에도 적극적으로 지원함으로써 보건사업의 효과가 단기에 그치지 않고 지속적으로 유지될 수 있도록 하고 있다는 점에서 의미가 있다.

제3장. 종합제언

1. 요약 및 시사점

관련 문헌조사 결과와 현지조사 중 수집된 자료들을 분석한 내용, a) 협력국의 보건 분야 정책 우선순위와 우리나라 CPS 및 KOICA의 보건전략과의 일치, b) 협력국의 보건과 질병 문제 및 보건의료 시스템의 문제의 심각성, 모잠비크 내 주요 공여기관들의 보건 분야 지원 전략과 특징, d) KOICA의 대 모잠비크 보건 분야 지원전략과 현황을 종합적으로 고려하여 협력방안을 제시함.

가. 협력국의 보건정책 우선순위와 CPS 및 KOICA의 보건전략과의 일치

○ **(경제발전 계획의 강조와 불평등 심화에 대한 우려)** 모잠비크는 일련의 빈곤감소 계획들의 이행을 통해 1997년 70%였던 빈곤선 이하 인구비율을 2009년에 54.7%까지 개선하였다. 그러나 여전히 빈곤선 이하 인구비율은 전체 인구의 반 이상을 차지하고 있으며, 최근 시작된 오일 붐과 급속한 물가상승 등, 단기 고용 촉진 등 거시적인 경제지표상의 발전에도 불구하고 사회적 빈곤 및 불평등 현상은 심화되고 있다. 한편, 주요 공여국들은 모잠비크 국가재정의 20%이상을 담당하며, 모잠비크의 재건과 개발을 위해 협력하고 있으며, 그 정책적 근간을 〈경제개발 및 빈곤감소 전략 Ⅱ〉와 조화시키고자 노력하고 있다. 모잠비크 국가개발전략의 4대 중점분야는 a) 빠른 경제 성장을 위한 경제체제 전환, b)농촌개발, c)생산성 증대 및 청년고용 창출, d) 책임성 있는 거버넌스의 강조이다. 그러나 국가개발전략에 사회개발 전략은 들어 있지 않다.

○ **(우리나라 CPS 내 우선 지원분야 및 모잠비크 정부의 보건정책 우선순위)** 현재 우리 정부의 모잠비크 국가협력전략(CPS)의 제시된 3대 우선순위 분야는 a)에너지 · 교통 · 인프라, b) 농업, c) 인적자원개발로, 경제개발에 직접적인 영향을 미치는 분야에 집중하고 있으며 보건분야는 우선 지원분야로 선정되어 있지 않다. 現 모잠비크 정부의 보건 분야는 첫째, 인적자원의 증대; 둘째, 양질의 의약품, 백신 및

의약품의 공급향상; 셋째, 서비스에 대한 지리적 접근성 향상; 넷째, 서비스에 대한 경제적 접근성 향상; 다섯째, 질병 통제 및 서비스의 질을 개선; 여섯째, 환자 의뢰체계와 연구 및 치료기관을 강화, 일곱째, 제도역량강화를 강조하고 있다. 세부전략이라고 할 수 있는 PESSⅢ는 첫째, 모성 및 신생아 보건; 둘째, 만성 영양실조 감소; 셋째, 3대 전염성 질환을 포함한 질병부담 감소; 넷째, 5세 미만 아동 사망률 감소; 다섯째, 비전염성질환과 부상관리를 우선순위로 선정하였다.

○ **(경제개발과 사회개발의 균형 있는 협력전략 수립 요구)** 주요 공여국들은 모잠비크 지원에 있어서의 국가 경제 문제를 중요하게 다루고 있다. 그러나 무상원조를 주로 제공하는 타 해외원조기관의 경우 경제협력과 개발원조의 목적성을 구분하여 개발원조는 빈곤문제와 사회경제 계층별, 성별, 교육의 격차를 줄이는 전략을 강조하고 있다. 특히, 원활한 국가발전의 원동력이 되어야 할 건강하고 교육받은 인재양성에 부정적인 영향을 미치는 3%의 높은 인구 증가율(세계 17위, 매년 3%, 심각한 보건과 교육문제(문해율 56%, 초등학교 졸업률 56%, 중등학교 진학률 26%) 해결에 많은 지원을 하고 있다. 이와 같은 맥락에서 향후 KOICA의 모잠비크 협력전략 수립과정에서 거시경제의 발전과 사회 및 인간개발의 주요 문제들을 균형 있게 지원 할 수 있는 방안이 마련되어야 할 것이다. 특히 인구의 절반 이상이 절대빈곤인구이며, 인간개발지수(HDI)는 전체 187개국 중 185위를 차지하고 있는 최빈국 모잠비크 협력전략은 경제협력을 중심으로 교류하고 있는 중·저소득국가에 대한 ODA 와는 그 접근법이 달라야 할 것이다.

나. 협력국의 건강/질병 및 보건의료 시스템 문제의 심각성

○ 모잠비크 보건분야는 모자보건 문제와 전염성 질병 문제가 주가 되어 다양한 보건문제가 나타나고 있으며, 더불어 취약한 보건의료시스템이 문제를 악화시키는데 기여하고 있는 상황이다. 모잠비크 보건분야에서 지방분권화가 시행되고 있으나, 주 정부 이하의 지방정부들에게는 실질적으로 권한이 이양되고 있지 않아, 지역사회 내 보건분야 거버넌스에 비효율성 문제가 발생하고 있다. 또한 보건분야 예산의 외부재정의존도가 65.7%로 매우 높으며 예측성이 낮고 공동기금이 수립된 이후에도 여전히 수직적 기금의 비중이 크다는 이슈가 있다. 만성적으로 보건

의료서비스의 지리적·경제적 접근성이 취약한 문제가 있는데, 근본적인 원인은 인력 부족 및 인력의 역량 미흡이다. 모잠비크 내 주요 사망원인은 HIV/AIDS와 말라리아가 1, 2위를 차지하여 전염성 질병이 여전히 심각한 질병부담을 주고 있다. 더불어 모잠비크는 조혼율이 가장 높은 나라 중 하나로 청소년 임신율이 18.5%에 달하며, 피임률은 17%로 낮다. 또한 15-49세 인구의 HIV 유병률은 16.2%로 집계되고 신감염 환자의 60%가 15-24세로, HIV 문제와 청소년 생식보건 문제가 복합적으로 나타남을 알 수 있다. 합계 출산율은 2011년 5.9명으로 1997년 5.6명보다 오히려 증가하여, 가족계획을 포함하여 청소년을 주요 대상으로 하는 생식보건 분야에도 큰 수요가 있음을 보여준다. 모성사망비는 2011년 408명(출생아 10만명당)으로 높으며 신생아 사망률은 2011년 30명(출생아 1,000명당)으로 높은 수치를 나타내고 있다. 5세 미만 아동의 발육부진율은 43%로 아프리카 평균치인 40.9%를 상회하고 있다. 주요 사망원인의 2위를 차지하는 말라리아는 도시지역 5세 미만 아동의 유병률은 17%까지 감소하였으나, 농촌 지역의 아동에게서는 46%로 도시 지역에 비해 3배 가까이 높다.

○ **(빈곤과 보건 불평등의 심화)** 최근 천연가스 생산으로 모잠비크 경제는 급속히 성장하고 있지만, 그 이익이 취약계층에까지 아직 도달하지 못하며, 격차가 오히려 심화될 우려가 있다. 모잠비크는 최빈곤국가 중 하나로 빈부 격차나 지역 간 격차, 성별 격차가 존재했으나, 최근 급격한 경제성장으로 격차가 확대 될 가능성이 높다. WHO, UN 및 주요 공여기관들을 통해 수집한 모든 자료에서 공통적으로 북부 지방이 대부분의 보건지표가 매우 불량하여 출산율이나, 숙련된 인력에 의한 분만율, 임산부의 HIV 검사 및 상담 이용 비율 등의 지표이다. 피임율이나 HIV 검사율 등은 경제수준에 따른 격차가 확연하게 나타났으며, 교육수준에 따라서도 보건지표의 차이가 컸다. 성 격차 지수(GGI)의 전반적인 향상에도 불구하고, 보건부문에서의 격차는 오히려 악화된 것으로 나타났다. 향후 KOICA의 보건분야 전략은 이와 같은 보건 문제의 특수성을 고려해야 할 것이다.

다. 모잠비크 내 주요 공여기관들의 보건 분야 지원 전략과 특징

○ **(보건분야 원조 현황)** 모잠비크 전체 ODA 규모와 함께 보건분야 ODA 규모 역시 꾸준히 증가하고 있으며, HIV/AIDS · 말라리아 · 결핵 등 전염성 질병에 대한 지원이 가장 많은 비중을 차지하고 있다. 보건분야의 주요 양자 공여기관은 미국으로 전체 양자지원 규모의 55%(2009/10년)을 차지했으며 다자 공여기관 중에서는 Global Fund가 50% 가까이 되는 비중을 차지하였다. 보건 분야 내 SWAp (Sector Wide Approach)의 도입과 함께 HPG(Health Partners Group)가 수립되어 보건 분야 내 파트너들 간의 협력을 강화하고 보건부와의 정기적 논의를 통해 전략적 조언 및 지원을 제공하는 역할을 담당하고 있다. 모잠비크 보건분야 지원을 위해서는 HPG에 참여하여 적극적으로 보건분야 내 현황을 파악하고 파트너십을 모색하는 것이 중요하다. 여러 주요 공여기관들이 보건분야 공동기금(PROSAUDE)에 참여하고 있으나 최근 효율성 제고를 위해 평가가 시행된 바 있으며, 현재는 기금에 대한 지원이 지속되고 있다. 그러나 일부 공여기관들은 다자협력이나 민관협력 등 다른 형태를 통한 지원을 모색하고 있는 추세이다.

○ **(주요 공여기관들의 보건분야 지원전략 및 특징)** 모잠비크 보건분야에는 20개가 넘는 양자 공여기관 및 다자기구들이 HPG(Health Partners Group)에 참여하여 원조를 제공하고 있다. 보건분야의 특징적인 지원형태로 보건분야 공동기금인 PROSAUDE에는 주도적 역할을 하고 있는 캐나다 DFATD를 포함하여, Irish Aid, DFID, 네덜란드, 덴마크, 이탈리아 등이 지원하고 있으며, 최근 일부 공여기관은 효율성 측면에서 PROSAUDE 지원에 대해 재고려하고 있는 추세이다. 이러한 자금지원이나 전통적인 프로그램 및 프로젝트 수행을 통한 양자지원 형태 외에, 다자채널을 통한 지원이나 민관협력, 삼각협력 등 전략적 파트너들과 혁신적 개발 및 협력방안을 모색하고자 하는 공여기관이 늘어나고 있다. 캐나다 DFATD는 모잠비크와 동일 언어사용국가인 브라질과의 삼각협력을 추진하고 있으며, 네덜란드는 대 모잠비크 협력전략에서 지원전략을 NGO나 민간기업들을 통한 민관협력에 집중할 것을 명시해 놓고 있다.

2. 모잠비크 보건전략의 기본방향

본 연구의 시사점을 바탕으로 a) 다양한 파트너십 및 원조채널의 활용 강조, b) 모성 및 신생아 보건, 영양, 생식보건과 HIV/AIDS, 말라리아를 중심으로 하는 지원, c) 지방중심의 보건의료시스템 인프라 개선 및 인력양성에 집중하는 전략을 제시함.

가. (협력방안) 다양한 유형 및 파트너십을 활용하는 '선택적 협력형'

○ KOICA의 모잠비크 보건분야 협력전략은 정부채널을 통한 직접적 양지지원보다 NGO, 기업, 다자 등의 다양한 채널을 통해 지원하는 '선택적 협력형(FP형, Focused Partnership)'으로 구분될 수 있다.

나. (지원 세부분야) 아동 영양 개선, HIV/AIDS 예방과 연계한 생식보건 증진, 모성 및 신생아 사망률 감소

○ 향후 모잠비크에서 보건사업을 발굴하는 경우, 모성 및 신생아 사망률 감소, 아동 발육부진 개선을 위한 사업을 중점적으로 발굴하는 것이 타당하며, 더불어 청소년을 주요 대상으로 한 생식보건 증진에 HIV/AIDS 예방 및 관련 인식 개선을 위한 요소들을 포함할 수 있을 것이다.

○ **(아동 영양 지원)** 영양 문제는 보통 절대적인 식량의 부족, 필요한 영양소의 부족, 부적절한 식습관 등이 원인으로 작용한다. 모잠비크의 아동 발육부진 문제는 사회적 규범 및 관습이 주된 원인이 되는 것으로 보인다. 일부 지역사회에서는 신생아에게 모유수유가 아닌 꿀 등의 음식물을 섭취하게끔 하고 망고 등 쉽게 찾을 수 있으면서도 영양소가 풍부한 음식물의 섭취를 지양하는 관습 등이 있기도 하다. 또한 가족 구성원 중 가장에게 먼저 음식이 주어지고 마지막으로 아이들에게 제공되는 문화도 아동의 영양 상태에 부정적인 영향을 가져오고 있는 것으로 보인다. 아동 영양 문제를 개선하기 위해서는 영양소의 공급 뿐만 아니라, 각 지역적 특성 및 주요원인을 파악하고 지역사회의 협조를 통해 인식을 개선하는 접근법이 유효할 것으로 판단된다.

○ **(청소년을 주요 대상으로 하는 생식보건 분야 지원)** 모잠비크는 조혼율이 높으나 피임률은 매우 낮아, 청소년 임신율이 18.5%에 달하며, 결혼한 15-19세 여성 중 6%만이 현대적 피임법을 사용하고 있어 청소년을 대상으로 하는 생식보건 지원이 특히 시급한 것으로 보인다. 특히 HIV 감염들이 15-24세 인구 중 여성이 남성에 비해 2.5배 더 높으며, 여성이 남성이 비해 청소년기에 성관계를 갖게 되는 경우가 더 많았다. HIV/AIDS는 전체 사망원인 중 22%를 차지하고 있으며, HIV에 새롭게 감염되는 인구 중 25세 이하 인구 비율이 60%에 달해 청소년의 HIV 감염이 심각한 문제로 대두되고 있는 실정이다. 그러나 HIV/AIDS 예방 및 관리를 위한 전반적 개입은 이미 전문성을 가지고 있는 미국이나 Global Fund 등의 기관들이 전통적으로 대규모 지원을 해온 바 있으므로, HIV/AIDS 예방을 위한 구성요소가 생식보건 사업에 포함되는 정도가 적당할 것이다. 생식보건 분야 지원 시 다른 성병들을 포함한 HIV/AIDS 예방을 위한 개입이 필수적으로 함께 이루어져야 하며, 특히 청소년을 대상으로 하는 사업들이 큰 파급효과를 가져올 것이다. 이미 모잠비크 내에서는 HIV/AIDS가 가장 큰 질병부담을 가져오는 보건문제로써 이를 예방하기 위한 캠페인, 교육 및 콘돔을 포함한 피임도구 보급이 청소년을 대상으로 크게 이루어지고 있다. 한국의 해당 분야 지원 시 파급력 있는 파트너들과의 협력을 통해 여성 청소년 뿐 아니라 남성 청소년의 근본적 인식 개선을 통해 실질적인 피임율을 개선하고 HIV 및 성병 예방에 기여할 수 있는 피임도구 보급 및 상담서비스 등을 제공할 수 있을 것이다.

○ **(모성 및 신생아 사망률 개선을 위한 인력 강화)** 모잠비크의 모성사망비는 여전히 높으며, 신생아 사망률은 매우 느리게 감소하고 있다. 예방접종이나 모기장, 말라리아 약 보급 등의 지원이 대대적으로 이루어지면서 영아 사망률 및 5세 미만 아동 사망률은 크게 감소하였으나 보건의료시스템 강화를 기반으로 하여야만 개선될 수 있는 신생아 사망률은 상대적으로 감소추세가 지체되고 있다. 특히 모성 및 신생아 사망률 감소를 위해서는 지역사회 보건의료체계를 개선하고, 지역사회 보건요원(APEs)들의 역할 및 규모 확대를 지원해야할 것이다. 이는 아래의 시스템 개선방안을 통해서 상세하게 다뤄진다.

다. (시스템 개선방안) 지방중심의 보건의료시스템 인프라 개선 및 인력양성

○ KOICA가 보건협력 사업을 계획하게 될 경우, 정책과 기획 역량이 취약한 모잠비크 중앙 정부(보건부)의 역량을 고려하고, 중장기적으로 보건의료 행정체계와 의료서비스 전달체계를 강화하는 데 기여해야 한다. 현재 모잠비크 보건부는 서비스 전달체계를 가다듬기 위하여 노력하고 있다. 그러나, 최근 진행되고 있는 지방 분권화의 흐름과 지역마다 다양하게 존재하는 거버넌스 문화를 파악하고 이에 적합한 시스템을 만드는데 많은 어려움을 겪고 있다. 중장기적으로 KOICA의 모든 보건사업은 중앙-지방-지역 수준의 인프라, 기자재지원, 프로그램 지원, 인력 및 역량강화 기획 제공 등 종합적인 지원을 통해 시스템의 안정화에 기여해야 할 것이다. 중장기적으로 보건의료 협력이 대규모로 이루어 질 경우에는 국가의료보험제도 관련 체계 및 정책 강화에도 많은 지원이 이루어 질 수 있을 것이다.

○ **(보건의료시스템 내 인프라 개선)** 본문에서 인용한 다양한 보건 분야 평가보고서에 의하면, 모잠비크의 보건의료 분야는 중앙정부부터 마을 수준의 지역사회보건소까지 총체적인 인프라의 문제 (건물, 전기, 식수 등)가 있다. 현재 KOICA의 모잠비크 중점지원분야인 인프라 개선과 연계하면 보건소나 병원 등의 보건의료 인프라를 개선하는데 기여할 수 있을 것이다.

○ **(지역사회 보건요원(APEs) 규모 및 역할의 확대 지원)** 현재 모잠비크 내 APEs는 4,000명 정도이며 예방적·치료적 역할을 수행하며, 주로 설사나 말라리아, 폐렴의 치료를 하고 있다. 그러나 이들의 수가 부족하여 업무량이 과중하여 제공하는 서비스가 제한적이다. 지역사회 보건요원은 모성 및 신생아 사망의 감소, 아동의 영양 개선, 가족계획 등의 다양한 분야에서 단순하면서도 핵심적인 역할을 할 수 있다. 산전·산후 관리를 포함한 모성 및 신생아 관련 모니터링, 모성을 대상으로 하는 모유수유나 보충식 관련 영양지도 및 가족계획 상담이 가능하다. 이러한 역할을 수행할 수 있는 교육과 훈련을 제공하는 것이 중요하다.

○ **(양질의 간호사 및 조산사 양성을 위한 훈련 지원)** 모잠비크의 보건분야 인력 부족 및 역량 미흡 이슈가 보건의료시스템 전반에 영향을 미치는 핵심적인 문제로

지적되어 오면서, 인력 양성을 위해 지원하는 공여기관이 증가해 왔으며, 최근 보건의료 교육기관의 수용력 및 배출인력이 증가하였다. 그러나 여전히 필요한 양질의 인력을 공급하기에는 교육기관들의 역량이 부족한 것으로 판단된다. 교육기관에 대한 교육과정 컨설팅, 강사 훈련 등을 통해 간호사 및 조산사 인력 양성에 기여할 수 있을 것으로 기대된다. 그러나 인력 양성 후에도 인력 유출로 인해 필요한 시설에 인력이 충분히 배치되지 못하게 되는 상황 및 지역간 인력 배치 격차가 큰 상황을 염두에 둘 필요가 있다.

○ **(건강보험제도의 수립 및 건강보험 재정관리에 대한 기술지원)** 현재 모잠비크에는 건강보험제도가 수립되어 있지 않으며, 정부는 차차 보험제도를 도입하는 과정에 있다. 기존에는 진료 당 소액의 진료비를 지불하는 방식으로 서비스에 대한 비용을 지불해 왔으나, 이는 오래 전에 지정된 금액 및 제도로 현재 상황에는 들어맞지 않는다는 지적을 받고 있다. 이에 모잠비크 정부는 국민건강보험제도를 도입하고자 하는데, 한국에서 이미 수립된 국민건강보험제도를 기반으로 해당 과정에 대한 기술지원을 지원할 수 있으며, 담당자들을 대상으로 초청연수를 제공할 수 있을 것이다. 동시에 수립된 보험제도에 대한 재정관리도 같은 방식으로 기술지원을 제공할 수 있다.

3. 모잠비크 보건사업의 수행전략

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

가. 유형별 지원 방안

○ **(양자사업 발굴)** KOICA의 모점비크 국가전략에 현재 보건 분야는 우선 지원분야로 선정되지 않았으며, 〈KOICA 모잠비크 전략〉 하위에도 보건 분야가 주요 협력 분야로 선정되어 있지 않은 상황이다. 그러나 현재 모잠비크의 보건 분야의 정부수요, 보건 문제의 심각성, 보건시스템의 총체적인 문제를 감안할 때, 보건 분야의 외부 지원의 중요성은 의심 할 여지가 없었다. 하지만 KOICA의 전략적 과제, 특히 경제 인프라와 산업, 농업중심의 국가협력전략의 방향성, 선택과 집중의 문제, KOICA 차원에서 非중점 분야의 대규모 사업 발굴 가능성과 한계, KOICA 현지사무소의 전략 및 인적-물적 환경을 고려 할 때, 새로운 양자사업을 시도하는 것은 어려움이 있을 것이다.

○ **(민관협력)** 다양한 민관협력 사업을 통해 보건 분야를 지원할 수 있는 가능성은 풍부하다. 특히 모잠비크의 보건 문제의 심각성과 중요성을 고려 할 때, KOICA는 INGO, 한국NGO, 모잠비크 보건 의료 NGO 등이 한국의 시민사회, 기업 또는 대학과 협력하여 보건 분야의 사업을 수행 할 수 있도록 지원해야 할 것이다. 현지조사를 통해서 모잠비크의 언어적 특수성(포르투갈어 사용) 때문에 모잠비크 지역사회 접근이 용이하고 사업 경험이 풍부한 한국 NGO를 찾기 어려웠다. 특히 보건의료에 전문성과 우선순위를 두고 직접 사업을 하는 단체는 발견하지 못하였다. 그러나 각 보건 세부분야에서 공여기관과의 협력을 바탕으로 활발하게 사업을 수행하고 있는 여러 INGO 및 민간기관을 찾아볼 수 있었다. 특히 모잠비크의 Movercado 등 혁신적 민관협력 사업에는 NGO 뿐만 아니라 기업이나 그 밖의 형태를 갖는 민간기관들이 참여하고 있었다. 이러한 현황을 고려할 때, 향후 모잠비

크 내 보건사업 수행을 위해서는 한국 NGO가 현지에서 명확한 실적을 갖고 있는 INGO나 민간기관과의 협력을 통하는 것이 대안이 될 것으로 생각된다. 또한 이러한 경험을 통해 우리나라 보건분야 시민사회의 현지 역량 강화 및 기술적 역량 강화에 기여할 수 있을 것이다.

○ **(빈곤퇴치기여금 등 혁신펀드)** KOICA는 빈곤퇴치기여금의 국가프로그램(KIMCHI)를 통해 다자기구와의 협력을 착수 할 예정이며, 관련 성과관리 또한 진행되고 있다. 국제기구 사업 특유의 까다로운 행정절차를 고려하더라도, 가족계획 및 생식보건관련 사업은 구체적이고 세밀한 사업 디자인을 통해 성과가 입증되는 기여금 사업이 될 수 있도록 한국의 본부, 현지사무소, 국제기구 사무소가 원활한 협력이 필요 할 것이다.

나. 형태별 지원 방안

○ **(자금지원)** 모잠비크는 다른 협력국들에 비해 전체 ODA 중 현금 무상원조의 규모가 두 배 정도 많은 40.2%의 지원을 받고 있으나, 보건 분야 섹터자금지원 프로그램(SBS)인 PROSAUDE에 대한 주요 공여국들의 신뢰는 높지 않았다. PROSAUDE는 수직적 기금과는 달리 정부시스템을 최대한 이용할 수 있으며 자금 규모에 대한 예측성이 있다는 장점이 있으나, 수직적 기금의 규모가 PROSAUDE에 비해 지속적으로 증가하고 있으며, 중앙정부의 부패와 효율성 문제를 주요 공여기관들이 제기하면서 최근 전통적으로 자금지원을 강조했던 주요 공여기관들이 SBS를 줄이고 있는 상황이다. 현지조사 결과, 현재 KOICA가 모잠비크에 섹터자금지원 프로그램의 도입을 고려하는 것은 요원하다고 판단된다.

○ **(프로그램 및 프로젝트)** 중장기적으로 중점분야인 농업, 인적자원 개발 분야와 보건을 연계한 프로그램형 사업의 도입이 필요하다. 모잠비크의 경우, 타 아프리카 국가에 비해 부처 간, 기관 간, 행정단위 간 코디네이션 역량이 상당히 취약한 상황이므로, 모잠비크에서 KOICA가 SWAPs을 도입하는 것에는 현실적인 한계가 있을 것이다. 향후 소규모의 프로젝트성 사업의 유형에서 벗어나기 위해서는 하나의 보건문제 해결을 위한 특정 지역(province 혹은 district)에서의 보건인프라,

정보인프라, 역량개발을 엮은 종합적인 프로그램형 사업을 발굴해 나가야 할 것이다.

○ **(개발컨설팅)** 모잠비크 보건부는 중앙정부와 직접적으로 진행하는 다양한 정책 수준의 컨설팅이 가능하며, 중앙부처의 정책, 전략, 모니터링, 정보관리, 통계, ICT 및 새롭게 대두되는 mHealth와 같은 신기술에 대한 개발컨설팅에 관심이 있다. KOICA는 모잠비크에서 기술협력의 한 형태로 정책, 전략, 기술 분야에서 다양한 유형의 기술협력을 진행해온 경험이 있다. 따라서 단기적으로 ICT 분야, 보건의료 분야 신기술, 보건의료 정보체계 강화 등의 기술 분야 컨설팅을 시작으로 건강보험제도 수립과 보험재정관리를 위한 컨설팅으로 확대할 수 있는 가능성이 있다. 별도의 Stand-alone activity로 추진되는 것을 지양하고, 중장기적으로는 프로그램형 사업으로 발전 될 수 있도록 노력해야 할 것이다.

다. 중점지원 지역

○ **(경제수준 및 교육 수준에 따른 불평등)** 모잠비크에서는 출산율이나, 숙련된 인력에 의한 분만율, 임산부의 HIV 검사 및 상담 이용 비율 등의 지표들은 주로 북부지방이 취약하다. 피임율이나 HIV 검사율 등의 지표에 있어 경제수준에 따른 격차가 확연하게 나타나고 있다. 교육수준에 따라서도 보건지표의 차이가 컸으며, 이와 같은 경제 계층간 격차, 도농 간의 격차, 교육 수준 간 격차가 가장 심각하게 문제로 부각된 지역은 여전히 농업 및 어업인구가 많은 북부지방과 중부지방이다. 북부 지방에서 대부분의 보건지표가 매우 열악하며 그 격차가 수도인 마푸토나, 전국 평균에 비해 매우 크게 나타난다. 그러나 북부 및 중부 지방에 여러 개의 주가 포함되어 있으며, 질병의 종류에 따라 각 주들 간의 차이도 상이하게 나타나는 편으로, 지원하고자 하는 보건사업의 세부분야 및 종류에 따라서 중점지원지역을 다르게 선정할 수 있을 것이다.

라. 우선 지원 대상

○ **(청소년에 대한 지원의 중요성)** 모잠비크의 경우 조혼이 관습적으로 장려되어왔으며, 동시에 청소년의 HIV에 대한 노출 위험도 높다. 청소년의 생식보건 악화가 개인 및 사회의 전반적인 보건상태에 미치는 영향을 고려할 때 우선 지원대상으로 고려되어야 한다. 교육을 받지 못한 15-19세 여성 중 절반 이상에게 자녀가 있거나 임신한 상태인 반면 중등교육 이상을 수료한 경우는 26%만이 이에 해당해 여성 청소년에서 특히 심각하게 문제가 발생하고 있음을 알 수 있다. 그러나 지원 대상으로는 상호 영향을 미치는 남성과 여성 청소년을 함께 대상으로 보는 것이 중요하다.

○ **(신생아 포함 아동에 대한 지원의 중요성)** 신생아 사망률이 여전히 높으며, 동시에 영아 및 5세 미만 아동 사망률이 감소하더라도 지역간, 계층간 격차가 크게 나타나고 있다. 일례로 말라리아로 인한 사망은 감소하고 있으나 농촌 지역에서의 감소는 훨씬 더디게 나타나고 있다. 아동에 대한 중점적 고려와 함께 신생아 관리가 국가 전반의 보건상태를 개선하는데 기여하는 바는 클 것으로 보여진다.

마. 타 분야와의 연계

○ **(중점협력분야와의 연계를 통한 보건지표 개선)** 앞서 언급된 바와 같이 현 모잠비크의 국가협력전략의 우선순위는 도로, 교통 등의 인프라 개선과 인력양성에 초점을 두고 있다. 이는 인적자원 지원을 통해 개발의 안전성 및 지속성 확보와 둘째, 모잠비크의 열악한 인프라를 고려한 국가의 기초 인프라 기반 마련을 위한 것이다. 이는 효과적인 제도 및 행정제도 구축 등을 포함한 포괄적 지원을 통해 국가 체제의 안정화를 달성하고자 하는 장기적 차원의 접근으로 보건시스템에 대한 개선 역시 이러한 목표와 연계될 수 있을 것이다. 대규모의 보건의료 양자사업을 발굴하지 않더라도, 보건의료 분야 전자정부 시스템에 대한 지원 시 보건정보의 수집과 관리를 위한 효율적인 보건의료정보시스템 구축을 연계할 수 있다. 또한 지방정부 및 지역 수준의 보건의료 지표에 긍정적으로 영향을 미칠 수 있는 인프라 사업을 통해 기여 할 수 있는 방안도 있을 것이다.

바. 보건사업을 위한 환경조성

○ 위에 제시한 전략적인 변화를 위해 a) 향후 보건 분야가 중점분야에 선정되는 CPS 차원에서의 정책결정이 필요하며, KOICA 차원에서는 b) 〈KOICA 모잠비크 전략〉 하위에 보건 분야가 주요 협력 분야로 선정을 위한 전략적 결정, c) 非양자사업 분야에서 새로운 유형, 형태, 채널, 파트너, 기술을 접목하여 사업을 발굴하고 기획 할 수 있는 의지와 전략적 결정이 필요하다.

○ 이를 이행하기 위한 KOICA 현지사무소의 인력 운영계획 보강, 보건 분야 전문성 강화방안, 국내외 보건사업을 담당하는 전문기관 및 시민사회 단체들과의 긴밀한 협력이 필요하다. 특히, 총제적인 보건시스템의 과제를 안고 있는 모잠비크의 경우, 그 국가개발의 맥락, 보건문제의 특이성, 보건시스템의 문제와 과제를 이해하면서 보건 사업을 발굴하고 효과적으로 모니터링 할 수 있는 현지사무소 상주 전문관 제도가 확대되어야 한다. 해외 현지사무소에는 중점분야별로 1~2인의 전문관이 반드시 상주해야 하나, 모잠비크의 경우 보건의료, 교육 등 사회개발의 주요 이슈를 다루는 전문관의 파견이 요원한 것으로 보인다. 향후 보건 분야가 향후 전략분야라고 판단할 시에는 보건전문관 파견과 함께, 사업형성 전문가 혹은 다자전문가 혹은 민관협력분야 발굴전문가가 파견되는 것이 중요하다. 이와 같은 전문인력과 행정인력 파견의 확대 없이 현장중심으로 진행되는 양질의 사업 발굴, 긴밀한 모니터링, 국제기구 및 국내외 보건전문기관과의 밀접한 협력관계가 용이하지 않을 것으로 예상된다.

4. 맺음말

○ 본 연구는 KOICA가 지원하는 모든 국가를 대상으로 하는 상위 보건전략의 내용과 조화를 고려하면서 동시에 모잠비크의 개발의 맥락과 보건문제의 특수성을 고려한 국가중심의 맞춤형 보건전략 수립을 위해 기획되었다. KOICA는 모잠비크가 아프리카의 주변국가와 정책 환경이 상당히 상이하다는 것을 고려하고, 정책과 전략을 수립하는 과정에서 접근법, 전략, 과정, 환류의 과정이 타 아프리카국가를 상이한 특수한 맥락을 이해하고 그 전략을 수립해야 할 것이다.

○ 모잠비크의 보건의료 분야의 환경, 시스템, 질병과 건강 현황을 살펴 볼 때, 모든 층위에서 복합적인 과제를 안고 있으며, 이에 대한 국제사회의 지원이 시급하다는 것을 본 연구에서 강조하였다. 그러나, 지속가능한 보건 분야 전략 마련을 위해서는 향후 KOICA 차원에서 〈KOICA 모잠비크 전략〉 하위에 보건 분야를 주요 협력 분야로 선정하는 전략적 결정을 통해, 보건 분야의 사업 발굴을 진행해야 할 것이다. 이와 같은 판단이 이루어 질 경우, a) 중앙-지방 보건의료 전문인력 양성 , b) 중앙-지방 간의 보건의료 체계 강화, c) 기초인프라(건물, 기자재) 및 환경(전기, 식수 등) 개선 e) 멀티바이, 시민사회, 기업과의 협력사업 지원 발굴에 중점을 두고, 모잠비크에 가장 심각한 보건문제로 도출된 a) HIV/AIDS, 말라리아 등 전염성질환, b)가족계획과 생식보건, 생식보건, c)신생아 보건 및 영·유아 영양 분야 지원의 문제를 해결하는데 기여 할 것을 제안한다. 향후 보건 분야의 양자사업 발굴이 용이하지 않은 경우에도 위에 제시한 보건문제 해결에 기여 할 수 있는 다양한 사업의 유형과 채널을 활용해 볼 수 있을 것이다.

참고 문헌

[국내 문헌]

관계부처합동 (2013). 모잠비크 국가협력전략 2013-2015.

세이브더칠드런 (2014). ODA와 아동: 국내외 원조기관 아동정책 비교 연구.

[국외 문헌]

CDC (2013) CDC in Mozambique: Factsheet.

CIDA (2009) Mozambique Country Strategy.

CIDA (2010) Canada's Aid Effectiveness Agenda: Focusing on Results.

CUAMM (2011) Medici con l'Africa CUAMM-Mozambique Annual report 2011.

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

DFATD Canada (2013) Canadian International Development Agency 2012-13: Department Performance Report.

GHI (n.d.) The United States Global Health Initiative-Mozambique Strategy

2011-2015. Version 4.0.

Government of Mozambique (2001) Action Plan for the Reduction of Absolute Poverty (2001-2005) (PARPA). Final versino approved by the Council of Ministers.

IDS (2011a) A Saúde Materno-Infantil no Inquérito Demográfico e de Saúde de Moçambique 2011 (The Maternal and Child Health in the Demographic and Health Survey of Mozambique 2011).

(2011b) Conhecimento e Comportamento sobre HIV/SIDA no Inquérito Demográfico e de Saúde de Moçambique 2011 (Knowledge and behavior about HIV/AIDS in the Demographic and Health Survey of Mozambique 2011).

(2011c) Fecundidade e Planeamento Familiar no Inquérito Demográfico e de Saúde de Moçambique (Fertility and Family Planning in the Demographic and Health Survey of Mozambique 2011).

(2011d) Malaria no Inquérito Demográfico e de Saúde de Moçambique 2011 (Malaria in the Demographic and Health Survey of Mozambique 2011).

(2011e) Moçambique: Inquérito Demográfico e de Saúde (Demographic and Health Survey, Mozambique 2011).

JICA (2012) Data Collection Survey on Health Sector: Country Report (Republic of Mozambique).

JICA (n.d.) JICA's cooperation in Mozmabique (brochure).

Kingdom of the Netherlands (2013) Netherlands Embassy Maputo-Mozambique Multi-annual Strategic Plan (MASP) 2014-2017.

Ministerio Da Saude Mocambique (2012) RELATÓRIO DA REVISÃO DO SECTOR DE SAÚDE.

(2013a) Cartaz de Dados sobre a População Moçambique (Poster Data on Population of Mozambique).

(2013b) Plano Estrategico do Sector da Saude, PESS 2014-2019 (Health Sector Strategic Plan 2014-2019).

(n.d.) Informe sobre Recursos Humanos para Saude no Serviço Nacional de Saude de Moçambique (Report on Human Resources for Health in the National Health Service in Mozambique).

Ministry of Health Mozambique (2008) Sufficient and Competent Health Workers for Expanded and Improved Health Services for the Mozambican People.

National AIDS Council Mozambique (2010) UNGASS(United Nations General Assembly Special Session on HIV and AIDS) Progress Report 2008-2009 Mozambique.

National Institute of Health, Ministry of Health Mozambique (2009) Mozambique National Child Mortality Study 2009 (Summary).

OECD (2014) Development aid at glance (statistics by region): 2.Africa.

Pathfinder International (2009) Increasing HIV/AIDS Therapy Adherence among Youth in Mozambique: The TAP/Pathfinder International Experience.

(2012) Empowering communities through integrated systems strengthening in Northern Mozambique.

Republic of Mozambique (2008) Report on the Millennium Development Goals.

UNDP (2012) Gender Inequality Index.
(2013) Human Development Report 2013.

UNFPA (2011) PROGRAMA GERACAO BIZ (Inventing in Youth: The story of a national SRH programme for adolescents and youths in Mozambique).
(2012) UNFPA Final country programme document for Mozambique.

USAID (2012) Relatório Da Revisão Do Sector De Saúde (Mozambique Health Sector Review).

WHO & UNICEF (2012) Countdown to 2015.

WHO (2009). WHO Country Cooperation Strategy 2009-2013.
_____(2010). WHO Health Statistics Profile.
_____(n.d.) ODA for Health to Mozambique.

World Economic Forum (2013) The Global Gender Gap Report 2013.

[인터넷 웹페이지]

African Economic Outlook. http://www.africaneconomicoutlook.org/en/.

Capobianco, E. (2012) Will Mozambique lead the community health

workers revolution? Saude e Vida. Retrieved from http://www.saudeevida.org/.

CIA World Factbook. https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/.

CIDA (2013). Mission and Mandate. Retrieved from http://www.acdi-cida.gc.ca/acdi-cida/acdi-cida.nsf/eng/

DFATD Canada (n.d.) Retrieved from http://les.acdi-cida.gc.ca/.

Ministry of Foreign Affairs Japan (2014) Japan' s ODA data by country: Mozambique. Retrieved from http://www.mofa.go.jp/policy/oda/data/.

Movercado 홈페이지 (n.d.) Retreived from http://movercado.wordpress.com/.

Mugo, J. (2013) Improving governance in healthcare systems in Africa. Consultancy Africa Intelligence. Retrieved from http://www.consultancyafrica.com/.

Mutch, T. (2013) Fuelling inequality in Mozambique. OSISA(Open Society Initiative for Southern Africa). Retrieved from http://www.osisa.org/.

UNAIDS-Mozambique (n.d.) Retrieved from http://www.unaids.org/en/regionscountries/countries/mozambique/.

UNICEF-Mozambique (n.d.). http://www.unicef.org/mozambique.

OECD (2014) Aid Statistics. Retrieved from http://www.oecd.org/dac/stats.

Pathfinder International 홈페이지. http://www.pathfinder.org/.

Rodmelia (2013) Big data for development. Retrieved from http://knowming.com/.

WHO Regional Office for Africa-Mozambique. http://www.afro.who.int/en/mozambique/.

<부록>

1. 주요 보건지표
2. 지역별 주요 보건지표
3. 현지조사 결과보고서
4. 현지조사 면담 대상자 목록
5. 최종보고회 PPT

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 1,000 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
	3) 심혈관 질환 및 당뇨	290	382
	4) 만성호흡기질환	68	92
모 성 보 건 지표	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 (%)		
	1) 1회 이상 방문	98	74
	2) 4 회 이상 방문	35	43
아동보건지표	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 쇄약 아동 비율 (%)	11.7	10.4
	5세 미만 저체중 아동 비율 (%)	3.0	25.2
	5세 미만 발육부진 아동 비율 (%)	44.3	40.9
	모유 수유 아동 비율 (%)	85	35
질병별 지표	질병별 사망률 (인구 10만 명당)		
	1) HIV/AIDS	58	139

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

출처: World Health Statistics, 2013

부록 2. 지역별 주요 보건지표

주요 보건 지표

분류		Indicator (English)	지표 (국문)
생식보건	1	Total fertility rate (15-49세 여성)	합계출산율 (15-49세 여성)
	2	Teenage pregnancy & motherhood (15-19세, who have had a live birth & who are pregnant with first child)	청소년 임신율 (15-19세 여성 중 출산했거나 첫 임신 중인 여성)
	3	Contraceptive rate (any modern method)	현대적 피임법에 의한 피임률
모성보건	4	Maternal mortality ratio (per 100,000 LB)	모성사망비 (출생아 10만 명당)
	5	Number of antenatal care visits (1회 이상)	산전관리율 (1회이상)
	6	Number of antenatal care visits (4회 이상)	산전관리율 (4회이상)
	7	Facility delivery	시설분만율
	8	Delivery by a skilled provider	숙련된 인력에 의한 분만율
아동보건	9	Under 5 child mortality (per 1,000 LB)	5세 미만 아동 사망률 (출생아 1,000명당)
	10	Infant mortality (per 1,000 LB)	영아 사망률 (출생아 1,000명당)
	11	Neonatal mortality (per 1,000 LB)	신생아 사망률 (출생아 1,000명당)
	12	Vaccination coverage (12-23개월 아동)	예방접종률 (12-23개월 아동)
아동영양	13	Stunting (Under 5)	5세 미만 아동 발육부진아 비율
	14	Wasting (U5)	5세 미만 아동 쇄약아 비율
	15	Underweight (U5)	5세 미만 아동 저체중아 비율
HIV/AIDS 및 말라리아	16	HIV prevalence (15-49세)	HIV 유병률 (15-49세)
	17	Malaria among children (6-59 month)	5세 미만 아동 말라리아 이환율 (6-59개월 아동)
	18	Percentage who slept under an ITN last night (U5)	5세 미만 아동의 살충제처리모기장 이용률

부록. 지역별 주요보건지표

	1. 생식보건			2. 모성보건		
지역구분	합계 출산율 (15-49세)	청소년 임신율 (15-19세)[26]	현대적 피임법에 의한 피임률	산전 관리율	시설 분만율	숙련된 인력에 의한 분만율
전체	5.9	29.3/8.2	11.3	90.6	54.8	54.3
Urban	4.5	25.4/5.4	21.1	96.3	81.8	80.3
Rural	6.6	31.7/9.8	7.2	88.2	44.5	44.3
(지역별)						
Niassa	7.1	37.8/13.9	11.4	90	61.4	60.5
Cabo Delgado	6.6	44.4/9.8	2.9	96.1	36.2	35.3
Nampula	6.1	31.1/14.8	5	92.9	53.3	55.3
Zambezia	6.8	33.3/7.7	4.6	73.7	27.8	26.4
Tete	6.8	28.7/7.8	15.1	90.1	50.7	51.7
Manica	5.8	31.9/6.9	12.5	99.2	75.3	74
Sofala	6.1	23.1/5.5	8	95.2	73.4	71.1
Inhambane	4.9	22.4/5.9	12	96.4	57.7	59.4
Gaza	5.3	28.2/7.2	18.2	96.6	70.7	71.1
Maputo Provinica	4.1	26.3/5.5	32.8	99	88.3	84
Maputo Cidade	3.1	16.7/2.8	35.1	97.4	91.8	90.8

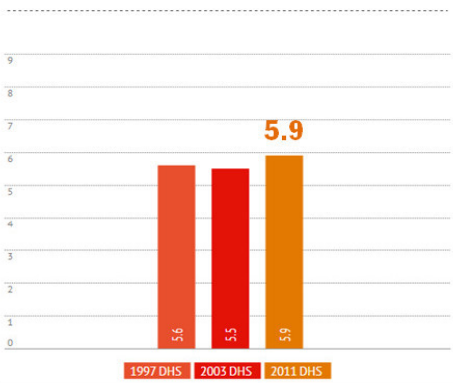
	3. 아동보건				4. HIV/AIDS 및 말라리아
지역구분	5세미만 아동사망률 (출생아 1,000명당)	영아 사망률 (출생아 1,000명당)	신생아 사망률 (출생아 1,000명당)	예방접종률 (12-23개월 이동)	5세 미만 아동의 살충제처리모기장 이용률
전체	-	-	-	64.1	35.7
Urban	100	69	34	75	42.2
Rural	111	72	31	60	33.1
(지역별)					
Niassa	101	61	28	77.2	38.9
Cabo Delgado	116	82	31	58.5	49.7
Nampula	67	41	15	66.3	51.1
Zambezia	142	95	37	47.3	31.6
Tete	129	86	48	58	31.5
Manica	114	64	23	64.6	38
Sofala	105	73	41	78.4	39.3
Inhambane	58	39	16	64.7	24.3
Gaza	110	63	34	76.3	9.7
Maputo Provinica	96	68	37	87.9	21.8
Maputo Cidade	80	61	33	76.7	30.9

출처: National Institute of Statistics & Ministry of Health (2013). Mocambique Inquerito Demografico e de Saude 2011

26) 출산한 여성 비율 또는 (/) 첫 임신 중인 여성 비율

(모잠비크) 건강/질병의 심각성

Trends in Fertility



Causes of death

1. HIV/AIDS (22%)

청소년 임신율

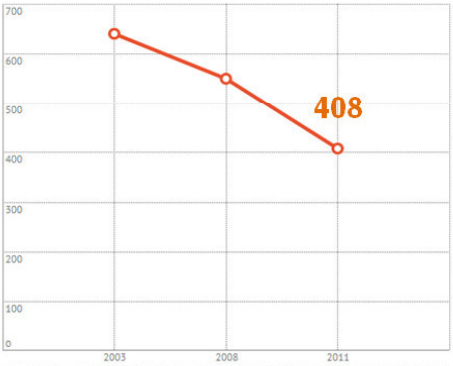
HIV 신감염 환자 중 15-24세 인구 비율

- (생식보건) 합계 출산율이 15년 전에 비해 오히려 증가하여 가족계획에 대한 수요가 높음
  - 합계출산율: 1997년 5.6명 → 2011년 5.9명
- (생식보건) 청소년 생식보건에 대한 수요가 높음
  - 조혼율 및 청소년 임신율(18.5%)이 높고, 피임률이 매우 낮음(17%).
  - 더불어 HIV 신감염 환자의 60%가 15-24세에 해당하여, HIV 및 성병 문제도 청소년 보건에 크게 영향을 미치고 있음

48

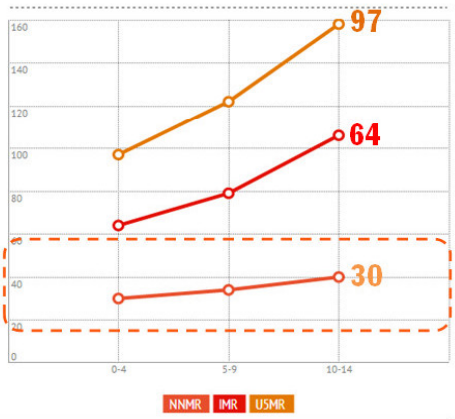
(모잠비크) 건강/질병의 심각성

Maternal Mortality Ratio



2012 DHS MMR: 408 (per 100,000 Live Births)

Childhood Mortality Rate



- (모성사망비) 지난 기간 동안의 감소에도 불구하고 여전히 모성사망비가 높음 (408명)
- (신생아 사망률) 영아 사망률 및 5세 미만 아동 사망률은 1997년 이후 반 이상 감소하였으나, 신생아 사망률은 감소속도가 상대적으로 느림
  - 신생아 사망률: 1997년 59명 → 2010년 30명 (출생아 1,000명당)
- (아동 영양) 5세 미만 아동 발육부진 비율 43%

49

(모잠비크) 보건 의료 시스템 현황 및 분석

보건의료재정

- 보건분야 예산의 외부재정의존도가 높음 (65%)
- 수직적 기금의 규모가 큼
- 국가의료보험제도 부재

보건의료서비스 전달

- 후송체계가 정상적으로 작동하지 않음
- 전체 인구의 60%만이 10km 내에 보건의료시설이 위치함

보건의료인력

- 인력이 수적으로 부족함
- 동기부여 및 역량 부족 문제로 인력의 질적인 문제가 심각함

보건의료시스템의 주요 문제점

- 보건분야 재정의 외부재정의존도가 높고 수직적 기금의 규모가 커, 예측성 문제가 지적되고 있음
- 서비스 전달 체계의 미흡으로 지리적 접근성이 떨어지며, 보험제도의 부재로 경제적 접근성 또한 보장되지 않음
- 근본적인 문제로 인력의 역량 미흡 문제가 제기됨

ReDI 사회글로벌발전연구원 Re-shaping Development Institute

(모잠비크) 보건과 빈곤/불평등과의 연계

지역적 격차

- **(북부지역의 보건상태 취약)** 출산율 및 HIV 관련 서비스 이용률 지표 등, 여러 보긴 지표가 북부 지역에서 더욱 취약함
- **(지역별 격차)** 지역간 격차가 크게 나타남

취약계층 - 여성 및 청소년

- 국가 전반에 걸친 조혼문화와 낮은 피임률, 높은 HIV 감염률이 청소년, 특히 여성 청소년의 보건상태를 위협하고 있음
- 성 격차 지수(GGI)에서는 보건 부문에서 최하위 수준을 차지하였으며, 성불평등지수(GII) 또한 148개국 중 125위를 차지하여 성 불평등 현상이 심각함을 보여줌

보건과 빈곤/불평등과의 연계

- (지역적 격차) 모잠비크 북부 지방에는 여전히 농업 및 어업인구가 주를 이루며, 농촌 지역이 많음. 북부 지방에서 대부분의 보건지표가 매우 열악하며 그 격차가 수도인 마푸토나, 전국 평균에 비해 매우 큰 편임.
- (여성 및 청소년에 대한 불평등) 기본적으로 성불평등현상이 사회전반에 만연하며, 특히 여성 청소년의 보건에 악영향을 미치고 있음

ReDI 사회글로벌발전연구원 Re-shaping Development Institute

(모잠비크) 주요 공여기관들의 보건 분야 지원 전략과 특징

보건 분야 ODA 지원 현황

- **전체 ODA 지원현황(ODA/GNI)** : 14.4%
- **보건분야 ODA 지원현황(ODA/보건재정)**: 65%
- **(주요 양자 공여기관)** 미국이 원조 규모의 큰 부분을 차지함(55%), 그 다음으로 아일랜드, 영국, 캐나다 등
- **(주요 다자기구)** Global Fund가 다자지원의 47%를 차지하며, 그 EU, GAVI, UNFPA 등

DISBURSEMENTS in Million (constant 2009 US$)	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Health Policy & Admin Management	22.70	28.62	38.63	61.96	65.40	53.94	58.73	82.42	69.87	111.70	95.16
MDG6 (Control of HIV/AIDs, TB, Malaria and other diseases)	13.15	23.30	30.49	30.93	96.17	86.81	129.77	177.66	241.01	225.59	296.91
Other Health Purposes	21.52	43.77	69.15	51.64	48.95	53.52	47.59	51.76	59.87	45.58	58.55
Reproductive Health & Family Planning	1.00	7.87	12.52	20.51	12.83	13.91	11.98	13.36	13.23	14.08	18.06
Grand Total	58.37	103.56	150.78	165.03	223.36	208.18	248.07	325.20	383.98	396.96	468.68

보건 분야 ODA 지원 현황의 특징

- **(보건분야 지원 증가)** 전체 ODA 규모의 증가와 함께 보건분야 ODA 규모 역시 꾸준히 증가하고 있음
- **(HIV/AIDS 및 말라리아, 결핵 분야에 대한 집중적 지원)** 질병부담 및 주요 사망원인이 되고 있는 해당 질병들에 대해 집중적 지원이 이루어 지고 있음

ReDI 사회글로벌발전연구원 Re-shaping Development Institute

(모잠비크) 주요 공여기관들의 보건 분야 지원 전략과 특징

지원 전략의 기본 방향

- **(HPG, Health Partners Group)** 보건분야 내 SWAp 도입과 함께 HPG가 수립되어 개발 파트너들 간, 개발파트너와 정부 간 협력을 중재하고 있음
- **(보건분야 공동기금(PROSAUDE)에 대한 지원)** PROSAUDE에 대한 효율성 제고를 위해 평가가 이루어진 바 있으며, 일부 공여기관들은 다자협력 및 민관협력을 통한 지원을 모색하고 있음

원조 형태 및 전달 채널

- 전통적인 양자지원이 다른 형태의 원조로 대체되는 추세임
- (보건분야 공동기금, PROSAUDE) 캐나다 주도로 여러 공여기관들이 참여하고 있음
- (다자협력 및 삼각협력) 특정분야에 전문성을 가진 다자기구를 활용하거나, 브라질 등 타 국가와의 삼각협력 사례가 증가하고 있음
- (민관협력) NGO 및 기업과의 민관협력 증가 추세

세부 보건 지원 분야

- (보건분야 인력 개선) 보건분야 인력 양성을 위한 지원이 일본이나, 스페인, 이탈리아 등 여러 양자기관 등을 통해 이루어지고 있음
- (캐나다) 모자보건 분야에 집중적으로 지원하고 있음
- (네덜란드) 생식보건 분야에 집중적으로 지원하고 있음

중점 지원 지역 및 대상

- (중점 지원 지역) 공여기관별로 특정 주에 집중하여 지원하는 경향이 강함

ReDI 사회글로벌발전연구원 Re-shaping Development Institute

SP 형 : 우간다, 카메룬, 모잠비크

이름	국가	협력국 특성	주요 지원 전략
SP 형	우간다 카메룬(*) 모잠비크	▪ 리더십과 거버넌스의 투명성 및 책무성 문제로 정부 직접 지원이 어려운 경우 ▪ CPS내 보건 분야가 중점 분야로 포함되지 않은 국가 ▪ 기존 KOICA가 소규모 보건 분야 지원 사업(봉사단 파견, 연수생 조정)을 수행하는 경우	▪ 멀티바이 채널/위임협력 활용 ▪ 민간(NGO, 기업)지원을 통한 보건 프로젝트형 사업 지원

111

(모잠비크) KOICA 보건 분야 지원 전략

보건의료시스템 강화+세부 지원분야	사업 유형별+형태별 지원
<보건의료시스템의 강화> - 기초인프라(건물, 기자재, 전기, 식수 등) 개선 - 중앙-지방 보건의료 전문인력 양성 (APEs 규모 및 역할 확대, 양질의 간호사와 조산사 양성) - 중앙-지방 간 보건의료 체계 강화 - 국민의료보험제도 수립 기여 / - 보건의료 정보화 개선 **<보건 세부 지원 분야>** - HIV/AIDS 및 말라리아 - 신생아 및 영유아 보건 / - 아동 영양 - 생식보건 및 가족계획	- 양자 지원 사업 발굴의 한계 - 자금지원의 한계 - 민관협력, 멀티바이, 빈퇴금을 통한 혁신 사업발굴
<중점 지원 지역> - 지역별 격차 심각 (북부와 중부) - 타 공여기관 대비 소외된 지역에 지원 **<중점 지원 대상>** - 영·유아, 여성 및 남성청소년에 대한 지원의 중요성	- 중점협력분야인 인프라와의 연계를 통한 보건지표 개선
중점 지원 지역 + 중점 지원 대상	범분야 이슈 및 타 분야와의 연계

ReDI 새글로벌발전연구원 Re-shaping Development Institute

부록4. 현지조사 면담 대상자 목록

기관	이름	소속/직위	연락처
Italian cooperation	Mr. Guilio Borgnolo	Pediatric specialist	borgnolo@gmail.com 823050625
UNICEF/HPG	Emmanuele Capobianci	Child of Health and Nutrition/ Focal Point of HPG	ecapobianco@unicef.org 823063608
KOICA Mozambique office	조병선	소장	
National Institute of Statistics	Arão Balate	Director	Arao.balate@ine.gov.mz
	Ceistovao Muahio	-	Ceistovao.muahio@ine.gov.mz
	Cassiano Chipembe	-	Cassiano.chipembe@ine.gov.mz
Dutch cooperation/ HPG	Gerritsen Marco	First secretary Health & HIV/AIDS/ Focal Point of HPG	Marco.gerritsen@minbuza.nl 829844902
Pathfinder International	Rita Badiani	Country director	RBadiani@pathfinder.org +258 82 325 7100
	Estrella Alcalde	Gender officer	EAlacalde@pathfinder.org +258 82 515 0955
MOH	Ms. Lidia Chongo	Deputy national director (National direction of planning & cooperation)	Lchongo@misau.gov.mz +258 84 735 2986
MOH	Marcelio E.S. Lucas	Permanent secretary	miucas@misau.gov.mz +258 82 307 9260
	Celia Goncalves	National director (National direction of planning and cooperation)	Goncalves.celia@gmail.com
UNFPA	Bettina Maas	Representative	maas@unfpa.org +258 21 491644 +258 82 300 4560

	Ms. Pascale Barate	Monitoring & Evaluation officer	barate@unfpa.org +258 84 443 0223
	Dr. Amir Modan	National program officer, Sexual & reproductive health	modan@unfpa.org +258 82 322 6950
High commission of Canada	Ms. Eliane Moser	Senior development officer-health	Eliane.moser@inkmahonal.gcca +258 21 49 2623 +258 84 305 7666
JICA	Hiroyuki Hasegawa	Representative of Health and Education	Hasegawa.hiroyuki@jica.go.jp +258 21 486357 +258 82 3079910
	Simoes Victorino	Program officer	Simoesvictorino.mz@jica.go.jp +258 21 486357 +258 82 325 4240
NAIMA	Sally Griffin	Coordinator	Naima.mocambique@gmail.com +258 82 65 19 261
CUAMM	Paolo Lanzoni	Health officer	p.lanzoni@cuamm.org +258 82 575 5559
WHO	Dr. Eduardo Celades	Strategic Planning, Monitor and Evaluation	Celadese@who.int +258 21 49 2732 +258 84 225 4767
AECID	Mr. Manuel Pascual	Responsible for programs in the health sector	823073856 21309777
KOICA Mozambique office	고희석	부소장	

KOICA 아프리카지역 보건분야 협력방안 연구 - 모잠비크 현지조사 결과 보고서

2014. 4월

ReDI 사회적 글로벌발전연구원
Re-shaping Development Institute

I. 모잠비크 현지조사 개요

1 모잠비크 현지조사의 목적

❑ 모잠비크 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 모잠비크를 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.

❑ 모잠비크 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.

❑ 모잠비크 현지조사의 목적

첫째, 현지의 정부 및 비정부 관계자와의 면담을 통해, 차별화된 KOICA의 보건 부문 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 모잠비크 현지조사 일정 및 담당자

❑ 모잠비크 현지조사팀 구성

- 전체일정: 2014.03.01(토) ~ 2014.03.08 (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/워크샵 및 일일 브리핑 진행
마연지	연구조원	일정 관리 및 자료수집, 현지조사 보고서 작성

❑ 모잠비크 현지조사 세부 일정

일정	시간	면담기관	면담 참석자
3/03 (월)	오전	Italian Cooperation	Mr. Guilio Borgnolo, 보건 전문가
	오후	UNICEF/HPG	Mr. Emmanuele Capobianci, 보건전문가, Focal point of HPG
		KOICA 모잠비크사무소	조병선, 사무소장
3/04 (화)	오전	National Institute of Statistics	Mr. Arão Bakate, Director Mr. Ceistovao Muahio Mr. Cassiano Chipembe
		Dutch Cooperation/HPG	Mr. Gerritsen Marco, Focal point of HPG
	오후	Pathfinder International	Ms. Rita Badiani, Country Director Ms. Estrella Alcalde, Gender Officer
3/05 (수)	오전	Ministry of Health	Ms. Lidia Chongo, Deputy Director (DNC Cooperation)
		Ministry of Health	Mr. Marcelio E.S. Lucas, Permanent Secretary Ms. Celia Concalves, Director of Deparment of cooperation
	오후	UNFPA	Ms. Bettina Maas, Representative Ms. Pascale Barate, Monitoring & Evaluation officer Dr. Amir Modan, National program officer, Sexual & Reproductive Health
		High commission of Canada	Ms. Eliane Moser, Senior development officer-health
3/06 (목)	오전	JICA	Mr. Hiroyuki Hasegawa, Representative of Health and Education
		NAIMA	Ms. Sally Griffin, Coordinator
	오후	CUAMM	Dr. Paolo Lanzoni, Health Officer
3/07 (금)	오전	WHO	Dr. Eduardo Celades, Strategic Planning, Monitoring and Evaluation
	오후	AECID	Mr. Manuel Pascual, Responsible for programs in the health sector
		KOICA 모잠비크사무소	고희석, 부소장

II. 현지조사 회의별 내용

1 협력국 정부 (보건부, 통계청)

가. 보건부 (Ministry of Health)

- 일시: 2014년 3월 5일 (수) 10:00-11:00
- 장소: 보건부
- 면담대상자: Dr. Lidia Chongo (Deputy natioonal director, National directorate of planning & cooperation)

❑ 주요 안건

1. 정책 및 전략

○ (상위 정책) 2003년 완성된 장기 국가개발목표인 Agenda 2025를 기조로 함. Agenda 2025의 비전과 모잠비크 정부의 5개년 계획(Government Five Year Plan 2010-2014)에 부합하는 3차 빈곤감소전략(PARP, Poverty Reduction Action Plan 2011-2014)가 수립되어 적용되어 옴.

○ (보건 전략) 지난 Health Sector Strategic Plan Ⅱ(PESS Ⅱ 2007-2012)의 시행이 1년 연장되어 2013년까지 적용되었고 현재는 2013년 9월 발표된 PESS Ⅲ 2014-2019가 적용되고 있음.

2. 주요 보건 문제

○ (세부분야) 높은 모성사망률, 높은 신생아 사망률, 낮은 보건의료 서비스 커버리지(60%)가 주요 문제로 부각되고 있음. 말라리아, 결핵, HIV, 영양(임산부, 어린이)도 국민 건강에 큰 위협으로 작용하고 있음.

○ (보건의료재정 분야)

- 외부재정의존도(50%)가 높음. 감소시키려는 노력을 기울이는 중임.

- 전국민의료보험제도는 없으며 현재 개발하려는 과정에 있음.
- 현재 공공보건의료서비스는 5MTN(한화 약 170원) 정도의 상징적인 진료비만 지불하도록 되어 있음.

3. 보건분야 공여현황

○ (지원 방식) 프로사우데(PROSAUDE) 도입 이전에는 공여기관들이 직접 프로빈스(province)나 프로그램에 지원하는 방식이었음. 현재는 공여기관들이 프로사우데(PROSAUDE) 지원 혹은 기존의 방식으로 지원하고 있음. 보건부는 공여기관의 지원시 국가 보건 정책 및 전략과 조화일치하는 것을 매우 중요하게 여김.

○ (프로사우데(PROSAUDE), 보건분야 공동기금) 주요 공여기관은 CIDA, USAID, CDC 등으로 총 26개 가량의 공여기관이 지원하고 있음. 현재 예측성 문제가 제기되고 있음.

❑ 수집자료

○ MOH Mozambique (2013). Plano Estratégico do Sector da Saúde (PESS) 2014-2019. September 2013.

○ MOH Mozambique (2008). Sufficient and competent health workers for expanded and improved health services for the Mozambican people. 2008.

○ MOH Mozambique (2010). Multisectoral action plan for the reduction of chronic undernutiritioon in Mozambique 2011-2015 (2020). September 2010.

나. 보건부 (Ministry of Health)

● 일시: 2014년 3월 5일 (수) 11:00-12:00 ● 장소: 보건부 ● 면담대상자: Mr. Marcelino Luca (Permanent Secretary), Celia Goncalves (National director, National directorate of planning & cooperation)

❑ 주요 안건

1. 우선순위 분야

○ 보건 분야 내 모든 이슈가 우선순위임.

○ 인프라, 보건의료인력, 비즈니스 컨트롤 등 전반적으로 보건의료시스템이 취약함.

2. 보건 분야 전략 (PESS 2014-2019)

○ 2015년부터 본격적으로 시행하게 되므로, PESS 2014-2019에 부합하하여 KOICA가 보건분야 사업을 시작하기에 시의적절(timely)한 것으로 보임.

○ (내용) 새로운 PESS는 보건문야의 문제점 및 목적, 액티비티를 더욱 명확하면서도 포괄적으로 다루고 있으며 보건재정관련 분석(Financial gap analysis 등)도 포함하고 있음.

○ (우선순위) 모자보건 분야

- 우선순위 분야 중 하나로 MDG 지표 개선 추세를 반영하여 선정함. 이를 개선하기 위해 적절한 가족계획이 시행되어야 함.

3. 보건 분야 분석 및 분야 내 연구 현황

○ (연구 수요) 보건분야 내 연구를 이끌어 갈 싱크탱크(Think Tank)의 수요가 높음.

○ (현황분석) 높은 모성사망률

- 시설분만률이 54%로 접근성이 큰 문제가 되고 있음. 모성사망률이 지난 수년 동안 감소하지 않고 유지되고 있으며 지난 PESS 시행 기간 동안에도 향상

되지 않음.

○ (현황분석) 취약한 보건의료시스템

- 모든 레벨에서 전원(referral) 체계의 개선이 필요하며 인프라, 장비, 인력을 포괄하는 통합적 접근 및 전략(Integrated plan)이 필요함. 의료체계 전 분야(시설 및 장비, 인력, 재원조달)의 부족과 비효율(외부 지원이 주민에게 도달하지 않음), 지역간 심한 편차(인종, 언어, 문화의 차이 등)가 문제로 분석됨.
- 인력의 역량강화를 위한 노력이 시급함.

다. 통계청 (National Institute of Statistics)

● 일시: 2014년 3월 4일 (화) 09:00-10:30 ● 장소: 통계청 ● 면담대상자: Mr. Arão Balate(Director, Direction of demographic statistics), Mr. Ceistovao Muahlo(Direction of demographic statistics), Mr. Cassiano Chipembe(Direction of demographic statistics),

❑ 주요 안건

1. 파트너십 현황

○ (지원) 주로 미국기관인 USAID(DHS 지원. HIV/AIDS, 말라리아, 아동사망률, 모성사망률 등 수집), CDC(Young adolescent behavior), Johns Hopkins(Sexual behaviors), North Caroline로부터 지원받음.

2. 통계 현황

○ 연차보고서는 없음.

○ (DHS, Demographic Health Survey) 가장 최근에는 2011년이 시행되었으며 매 5년마다 시행됨. USAID의 지원을 받아 보건부, IDEA(Informing Decisionmakers To Act), PRB(Population Reference Bereau)와의 협력 하에 DHS를 발간함.

- DHS 발간과 더불어 질병별 지역별 데이터를 시각화하여 보여주는 브로셔를 함께 발간함. (말라리아, HIV/AIDS, 모자보건, 가족계획, 젠더, 중앙/남부/북부 지역별 브로셔)

○ (센서스(Census)) 가장 최근은 2007년이며 매 10년마다 실시함.출생 등록 시스템은 따로 갖춰져 있지 않음. 모성·아동 사망률은 DHS를 통해 집계됨.

○ (NGO 집계 데이터) 2014-15년 경 모잠비크 내 활동하고 있는 NGO들에 대한 새로운 데이터를 형성하려고 계획하고 있으며, 가장 최근 자료는 2004년에 발간됨.

○ (보건의료시스템 데이터) 보건의료시설, 인력 등의 시스템에 대한 데이터는 보건부를 통해 집계됨.

❑ 수집자료

- National Institute of Statistics (2011). Moçambique Inquerito Demografico e de Saude 2011. March 2013.
- National Institute of Statistics (2011). Genero no Inquerito Demografico e de Saude de Moçambique (IDS) 2011. 2013.
- National Institute of Statistics (2011). A Saude Materno-Infantil no Inquerito Demografico e de Saude de Moçambique (IDS) 2011. 2013.
- National Institute of Statistics (2011). Fecundidade e Planeamento Familiar no Inquerito Demografico e de Saude de Moçambique (IDS) 2011. 2013.
- National Institute of Statistics (2011). Conhecimento e Comportamento sobre HIV/SIDA no Inquerito Demografico e de Saude de Moçambique (IDS) 2011. 2013.
- National Institute of Statistics (2011). Malaria no Inquerito Demografico e de Saude de Moçambique (IDS) 2011. 2013.
- National Institute of Statistics (2011). Região Central - Resultados do Inquerito Demografico e de Saude de Moçambique (IDS) 2011. 2013.
- National Institute of Statistics (2011). Região Norte - Resultados do Inquerito Demografico e de Saude de Moçambique (IDS) 2011. 2013.
- National Institute of Statistics (2011). Região Sul - Resultados do Inquerito Demografico e de Saude de Moçambique (IDS) 2011. 2013.
- 모잠비크 내 NGO 집계 데이터 (2004). (받을 예정임)

2 양자공여기관 (Bilateral Organisation)

가. 네덜란드 원조청

- 일시: 2014년 3월 4일 (화) 11:00-12:30
- 장소: 주 모잠비크 네덜란드 대사관
- 면담대상자: Mr. Marco Gerritsen (First secretary Health & HIV/AIDS, Netherlands Embassy | Focal partner, HPG)

*해당 면담 대상자는 네덜란드 원조청 보건분야 담당자이자 HPG(Health Partners Group)의 포컬 포인트(Focal point)로서 네덜란드의 모잠비크 보건분야 원조 현황 뿐만 아니라, HPG 포컬 포인트(Focal point)의 입장에서 여러 가지 정보를 제공함.

❑ 주요 안건

1. 모잠비크 보건분야 공여현황

○ (규모) 매년 약 5-10억 불이 지원되고 있음(제공받은 엑셀자료를 통해 정확한 수치 확인 필요). 미국으로부터는 3.5억 불 가량 지원 받음(PEPFAR, CDC, NGOs 포함).

○ (프로사우데(PROSAUDE)-보건분야 공동기금) 정부시스템을 최대한 이용할 수 있으며 펀딩 규모에 대한 예측성이 있다는 것이 장점이나 공여기관의 영향력이 상대적으로 적음. 그러나 최근 프로사우데(PROSAUDE)에 대한 예측성이 사실상 보장되지 않고 있음. 프로사우데(PROSAUDE)에 대해 회의적인 공여기관이나 위험을 감수하고 투자를 계속하고자 하는 공여기관 모두에게 사실상 프로사우데(PROSAUDE)는 더 이상 효과적으로 작동하지 않고 있음.

  - 보건 분야 내 하위 분야(sub-sector) 별(모자보건, 생식보건, 전염성 질환 등)로 예산을 책정하지 않고, 현재 시스템 구성요소 별(시스템 강화, 인력개발, 정보시스템 등)로 예산을 책정하고 있음.

○ (공여현황 및 추세)

  - 많은 수의 공여기관이 지원하고 있지만 대다수 기관의 공여국 내의 정책변

화에 따른 협력국 내 지원정책 변경 등의 요인들로 인해 보건분야 재정 및 지원현황에 대해 예측성을 확보되지 않고 있음. 보건부는 적은 수의 도너에게서 큰 규모의 지원을 받는 것을 선호하는 경향이 있음.

- 전체 공여기관들의 프로사우데(PROSAUDE) 지원은 감소할 것으로 예측되며 양자 채널의 지원 또한 감소할 것으로 봄.

○ (네덜란드의 원조추세) 네덜란드는 양자 채널 지원 시 규모보다는 질을 향상하는데 집중할 것임. 원조를 단순화하기위한 방법을 모색 중(Global Fund, GAVI 등을 통해 지원. 이는 DFID 등의 원조추세이기도 함). 민관협력 및 ICT 활용을 강조함.

2. 네덜란드 원조청의 새로운 원조형태

○ (Social Investment Bond)

- 시행방식: 채권을 발행해서 기업(혹은 민간기관)이 해당 사업을 수행하게끔 하고, 일정기간 후 사업의 효과를 측정해 이에 따라 만기 시 이자 및 원금을 상환받게 됨.

- 진행 상황: 시행을 위해 현재 논의 및 검토가 진행 중인 상황임. 관련 워크숍이 3-4월 경에 있을 예정임.

- 기대 효과: 이를 통해 더욱 효율적인 사업관리를 기대할 수 있음. 민간 부문의 참여자가 명성이나 사회적 가치 공유의 목적을 이룰 수 있게 함으로써 참여를 이끌어 낼 수 있음. 공여기관에 대한 의존도를 줄이는데 의미가 있음. 실행 과정에서는 기존의 공여기관들이 기술적 지원과 역량 개발에 기여함으로써 효과성 및 효율성을 향상할 수 있음.

○ (보건분야 ICT 활용 사례: Movercado)

- 휴대전화나 인터넷을 이용하는 프로젝트임. PSI(Population Services International)에 의해 개발됨.

- 원리: 보건요원(Health worker)이 바우처를 대상자에게 배급하고 활용 용도 등을 설명해 준 뒤, 대상자가 시스템의 개인 정보 및 필요한 사항을 입력하면 보건요원(Health worker)이 그에 따른 보수를 지급받으며 동시에 대상자는 활성화된 바우처를 이용할 수 있게 되는 원리임. 부가적으로 콜센터에서 대상자에게 전화해서 정보 수집 및 설문조사를 실시하게 됨. 설문 조사 시 보건요원(Health worker)이 정보를 효과적으로 전달하여 대상자가 제대로 기억하고 있는 경우(Better recall rate)에는 해당 보건요원(Health worker)에게 인센티브가

주어짐.

- 바우처의 사용: 물품 및 서비스를 제공받을 수 있음. 시장에서 콘돔이나 미량 영양소들을 받을 수 있음(제공자는 소규모 사업자들). 보건소에 가기 위해 택시를 무료로 이용할 수도 있음.
- 의의: BOP(Botton Of Pyramid)를 보호하고 장려하는 방법 중 하나임. 소셜 마케팅의 일종이기도 함.
- 효과성: 대상 인구에게 서비스 및 물품이 전달되는 데 효과적으로 기여하는 것으로 보여짐. 바우처의 남용 등 일부 부작용이 있을 수 있으나 긍정적인 효과가 더 큰 것으로 판단됨.
- 관련 웹사이트: enter.movercado.org, movercado/wordpress.com.

❑ 수집자료 -네덜란드 원조청

○ Netherlands Embassy Maputo-Mozambique (2013). Multi-Annual Strategic Plan (MASP) 2014-2017. October 2013.

❑ 수집자료 -HPG(Health Partners Group)

○ (엑셀 파일) 2014년 기준 모잠비크 보건 분야 내 공여 현황 분석 데이터- 기관별 프로사우데(PROSAUDE) 및 각 프로그램 지원현황, 보건 분야 내 시행 프로그램 현황 포함.

○ (엑셀 파일) 2012년 기준 모잠비크 보건 분야 세부 지표 데이터.

○ HPG 정보 공유 네트워크(Huddle)에 대한 접근권 제공함. HPG 관련 대부분의 정보 조회 가능함.

나. 캐나다 원조청 (DFATD)

- 일시: 2014년 3월 5일 (수) 16:00-17:30
- 장소: 주 모잠비크 캐나다 대사관
- 면담대상자: Ms. Eliane Moser (Senior development officer-Health)

❑ 주요 안건

1. 캐나다의 모잠비크 내 보건분야 지원

○ (지원 정책 및 전략) 2002년부터 모잠비크 내 보건분야 지원을 시작함. 초기에는 지역적 접근을 강조하는 캐나다 정책에 의거, HIV/AIDS 분야에서 일부 지역에서 지원하였으나, 2006년부터는 캐나다 내 정책변화에 의거, 본격적으로 보건의료시스템 강화 지원을 시작함(약 CA$4억). 2010년에는 무스코카 이니셔티브(Muskoka Initiative)기 출범됨. 일반자금지원, 보건분야 자금지원(PROSAUDE), 특정 지방정부 지원, 시민사회 지원 등 다양한 모달리티 활용하여 지원하고 있음.

○ (프로사우데(PROSAUDE)) 2011년부터 매년 약 3천 4백만불씩 지원해오고 있음. 프로사우데(PROSAUDE) 내 지원규모가 가장 큰 공여기관임.

○ (보건의료인력 개발) 보건의료시스템을 강화하기 위한 중요한 요소는 인력 개발임. 그러나 현재 모잠비크 보건의료인력은 수적으로나 질적으로 매우 취약한 상태임. 현재 Saskatchewan 대학과 협력하여 보건의료인적자원 개발 지원.

○ (대상 지역) 취약지역인 잠베지아(Zambezia)에 4개의 UN Agency와 협력지원하고 있음.

○ (파트너십) 보건부 및 다자기구들(UNICEF, World Bank)과 협력함. APEs(지역사회 보건요원)에 대한 지원이 큰 비중을 차지함.

- 정부와의 협력: 정부의 시스템이 및 공공재정관리가 취약하여 자금의 투명성과 효과성에 대한 관리가 어려우며 이에 대한 재고가 필요한 실정임.
- 사업실행 파트너와의 협력: 캐나다 NGO를 통해 프로그램을 수행하는 것을 선호하지만 현재 모잠비크 보건 분야에서 활동하는 캐나다 NGO가 많이 없는 실정임.

- 그 외 협력: 브라질과 삼각협력(Trilateral cooperation- 2개의 공여기관이 함께 1개의 수원국에 지원하는 방식)하고 있음. DFID의 Delegated cooperation과는 구별됨.

2. 주요 과제(Challenges)

○ (조화 및 협력) 보건분야 내 다수의 수직적 지원(vertical fund)이 이루어지고 있음. 이같은 지원들에 대해서 조화 및 협력을 이루는 것이 쉽지 않음.

○ (균형) 모잠비크 보건분야에 가장 많은 지원을 하는 USAID의 경우 HIV/AIDS 분야 지원에 집중하며, 이에 비해 다른 분야는 아직 지원이 비교적 미흡한 것으로 보여짐.

○ (역량 강화) 보건 분야 내 인력의 역량 강화의 수요가 높음. 지역사회 보건요원 프로그램에 대한 정부 지원이 적절하게 이루어지지 않고 있어 프로그램의 효과성이 떨어짐.

○ (모자보건) 모자보건 증진을 위해서는 보건의료시스템 강화, 형평성(equity) 향상, 혁신(innovation)이 중요함.

○ (잠베지아(Zambezia) 지역) 취약 지역으로서 많은 지원이 필요함.

3. KOICA의 지원에 대한 제언

○ (지원분야) 기술 지원에 대한 수요가 있음. 잠베지아 지역의 사업에도 다양하고 심층적은 기술지원이 필요함 (재정관리 등).

○ (인력 지원) 고급의료인력 및 간호사 지원이 필요함.

○ (e-Health 분야) 비교적 단기간에 효과를 낼 수 있는 분야이긴 하지만 객관적인 평가에 기반한 장기적 관점에서의 전략이 요구될 것임.

○ 새로운 공여기관이 지원하고자 하는 분야 및 목적을 명확히 하고 집중한다면 충분히 역할을 할 수 있을 것으로 보여짐. 사업형성 기간이 타 국가에 비해 상당히 오래 걸리므로 논의기간을 여유있게 잡아야 할 필요가 있음.

4. 추후 이메일 전달 사항

○ (2012년 KOICA와 DFATD간에 체결된 MOU) 당시 체결된 MOU에 따르면 모잠비크는 캐나다와 한국 간의 협력을 통해 지원할 수 있는 대상국 중 하나로 판단된 바 있음. 또한 MOU를 통해 아프리카 국가 1개, 아시아 국가 1개를 대상으로

삼각협력(Trilateral/tricangular cooperation)을 추진하고자 논의한 바 있음. (수집자료 참고)

○ (삼각협력) 면담 당시 본인이 언급한 삼각협력과 DFATD의 HQ가 지칭하는 삼각협력에는 약간의 차이가 있는 것으로 판단됨. 한국-캐나다의 삼각협력은 다음과 같은 방식들을 통해 가능할 것으로 보임. (내용의 정확한 전달을 위해 영문 그대로 표기함)

- Joint projects (including PBAs, etc.): where both collaborators would make a common contribution to a project led by a third party, such as an international NGO, multilateral organization, or partner government department;
- Delegated cooperation: which is when the collaborators share the cost of a project that is being implemented by one of them. This approach is very contractual, and difficult to broker given DFATD's systems and processes. CIDA recently delegated cooperation to AusAid for the conduct of an evaluation, and we have one such agreement with GIZ (Germany's implementing agency) that was signed in 2012
- Untied contracting: when we contract a non-Canadian NGO (e.g., Korean) which is already working locally to implement a project.

❑ 수집자료

○ Evaluation jointly managed by the European Commission, the Ministry of Planning and Development of Mozambique, and the evaluation departments of Ireland, Germany, Belgium, Italy, Finland, the Netherlands and France. Independent Evaluation of Budget Support in Mozambique (2005-2012) -Draft Final Report Volume One 2014. 2014.

○ Memorandum of Understanding between the Canadian International Development Agency and the Korea International Cooperation Agency on International Development Cooperation. 2012.

○ DFATD. Triangular cooperation guidelines -draft. (받을 예정임)
○ 모잠비크 내 외부재정지원 현황을 파악할 수 있는 웹사이트: www.odamoz.org.mz

다. 이탈리아 원조청

- 일시: 2014년 3월 3일 (월) 09:00-10:00
- 장소: 주 모잠비크 이탈리아 대사관
- 면담대상자: Dr. Giulio Borgnolo (Program director)

❑ 주요 안건

1. 이탈리아 원조청의 모잠비크 내 보건분야 지원현황

○ (보건분야 지원 현황) 자금지원(budget support)에 대한 중요성이 대두되면서 2003년부터 모잠비크 내 지원을 시작함. 주요 프로그램은 프로사우데(PROSAUDE) 지원과 Mavalane 병원 개선 사업(2003년 시작되었으나 정치상황의 변화 등으로 인한 지연으로 현재도 진행 중임), 보건의료인력 개발임.

○ (보건의료인력 개발) 이탈리아는 보건의료인력 개발을 위해 교육부가 아닌 보건부를 지원하는 형태임. 의과 대학들은 보건부가 아닌 교육부의 관리 하에 있으므로, 이탈리아는 간호사 및 테크니션의 교육에 초점을 맞춤. 주로 마푸토 및 소팔라에서 트레이닝을 시행함. 해당 지역에서 간호학교 지원함(주로 직무교육). 보건부-교육부의 보건의료인력에 대한 역할의 분절화에는 문제가 있다고 판단됨.

2. 현황 및 문제점

○ (근본적 문제) 보건의료인력의 부족 및 역량 문제가 근본적인 문제로 보여짐. 수와 더불어 질도 향상하려 노력하지만 특히 질 향상을 측정할 수 있는 지표를 선정 및 측정하기가 쉽지 않음. 기초교육의 미흡으로 인해 보건의료인력 개발에 요구되는 고등교육이 이어지기 어려운 상황임. 국가보건의료인력개발계획 2008-20015가

시행 중에 있으나 목표를 달성하지 못할 뿐 아니라 성과가 거의 나지 않고 있으며 거의 포기된 상태로 보여짐. 정치적 상황 변화, 내부 조직 변화, 비용 문제등이 원인으로 판단됨.

- (MDG 관련) 일부 MDG 지표는 개선되었으나, 모성사망률 및 영아사망률, 신생아 사망률은 개선되지 않음.
- (서비스 제공) 공공보건의료시설에서는 기초적 수준의 진료비만 지불하면 서비스를 제공받을 수 있도록 되어있으나 실상은 서비스를 제공받기 위해서 추가비용(extra charge)를 지불해야 하는 실정임.
- (사회적 이슈) 최빈국이었지만 풍부한 광물자원 개발로 최근 부가 증대하고 있음. 사람들의 행동양식이 부에 의해 상당히 지배받으며, 국가 내 통합적인 문화가 없음. 사람들의 행동에 영향을 미치는 문화적 요소들이 매우 다양함.
- (정부의 투명성 및 효율성 문제) 정부의 투명성 및 효율성 이슈가 제기되어 오고 있는 실정임.
  - 투명성: 자금이 투명하게 조달되지 않는 경우가 발견되며, 약품공급에도 문제가 발견됨.
  - 효율성: 실제 투명성보다는 효율성이 더 큰 문제점으로 보여짐. 취약 지역 및 지원 대상에 지원이 제대로 도달하지 못하는 경우가 많음.

❑ 수집자료

- 연차 보고서 및 보건 사업 보고서들. (받을 예정임)

라. 일본 원조기관 (JICA)

● 일시: 2014년 3월 6일 (목) 10:00-11:00 ● 장소: JICA office ● 면담대상자: Mr. Hiroyuki Hasegawa (Representative of helath and education), Mr. Simoes Victorino (Program officer)

❑ 주요 안건

1. 모잠비크 내 보건분야 지원

○ (모잠비크 내 보건분야 지원) 2005년부터 모잠비크 보건분야 지원하기 시작함. 주된 지원분야는 보건분야 인력 개발과 관련 인프라 구축 및 개선임.

○ (PROSAUDE) 책무성 이슈로 인해 지원하고 있지 않음.

○ (다자 협력) 현재 일체 지원하고 있지 않음.

○ (PBA) 고려하고 있지 않음.

○ (양지지원) 보건의료인력 분야지원을 위한 2개의 프로젝트를 시행하고 있음.

○ (봉사단 파견) 보건인력 트레이닝을 위한 봉사단 인력을 파견함. 주로 간호사와 테크니션이며 의사 인력은 없는 상태임.

○ (그 외) 보건부의 인력센터 총 15개 중 5개의 시설 개선 및 보수 사업을 진행해 옴.

2. 보건의료인력 개발 분야

○ (보건부 정책 및 전략) 보건부의 국가 보건의료인력 개발계획(National Plan for Health Human Resources Development)에 부합해 2015년까지 보건분야 인력의 수를 79% 증가시키겠다는 목표 하에 사업을 수행하고 있음.

○ Project for Strengthening Pedagogical and Technical Skills of Teachers of Health Training Institute in Mozambique (ProFORSA).

- 목적: Health Training Institute(IdFs)를 기반으로 의료 기술자, 간호사 등의 인력을 양산해 보건의료시설 내에서 서비스를 제공할 수 있는 역량을 보장해 주는 것.

- 내용: 1) 커리큘럼 및 티칭 매뉴얼 개발: IdFs의 총 28개 과정 중 6개의 기술과정에 대해 커리큘럼 및 티칭 매뉴얼을 개발함. 2) 강사들에 대한 트레이닝 실시. 3) 양산된 인력에 대한 질 관리 시스템 개발(M&E나 supportive supervision을 통해서).
- 기타: 보건부의 필요에 부합한 트레이닝을 제공. 보건인력 개발 분야는 주로 USAID와 CDC가 지원하고 있음. 전문가와 나가사키 대학의 교수들의 통해 자문 및 기술 협력을 제공함. 언어 문제로 브라질 상파울로 대학에서 일본인 교수를 초청해 세미나나 워크숍 등을 개최함. IdFs에서 교육받는 수강생들은 2가지로 구별된 과정을 밟게 됨 (1)초급과정: 7년의 기초교육을 이수한 그룹. 2)중급 과정: 7년의 기초 교육 및 5년의 중등 교육을 이수한 그룹). 초급에서 중급과정으로의 진급은 2년이 소요됨. 중급과정을 마치기 위해서는 약 2.5년이 소요됨.

○ Health Training Institute(IdFs) Maputo Construction Project (2012-2016) 진행 중임.

3. 기타 논의

○ (KOICA에 대한 제언) IdFs의 28개 과정 중 JICA가 6개의 과정만을 지원하고 있으므로 나머지 과정들에 대한 수요가 있음.

○ (고급인력 양성에 대한 수요) 수요는 있으나 교육부의 관할임.

❑ 수집자료

○ 보건부 제공 보건분야 인력현황 자료 (Informe sobre Recursos Humanos para Saude no Serviço Nacional de Saude de Moçambique).

○ Project for Strengthening Pedagogical and Technical Skills of Teachers of Health Training Institute in Mozambique (ProFORSA) 영문 자료.

○ Project for Strengthening Pedagogical and Technical Skills of Teachers of Health Training Institute in Mozambique (ProFORSA) 포르투갈어 자료.

마. 스페인 원조청 (AECID)

- 일시: 2014년 3월 7일 (금) 14:00-15:00
- 장소: AECID office
- 면담대상자: Mr. Manuel Pascual (Health manager)

❑ 주요 안건

1. AECID의 모잠비크 내 보건분야 지원 현황

○ (역할) PROSAUDE 지원 및 프로젝트 수행하고 있음.

○ (수행 중인 프로젝트) 카보 델가도(Cabo Delgado) 지역에서 지역정부 및 스페인 NGO들과 함께 일함. 1차 보건의료 및 모자보건 증진 사업을 수행하고 있음.

○ (연구) 마푸토 내 연구센터에서 주로 말라리아 백신 개발연구가 진행되고 있음. CRESIB (Center of international research in Barcelona)와 공동연구를 수행함. 지역병원 및 주변 보건소가 연구에 포함됨.

○ (지자체 사업) 다른 지역에서는(주로 Inhambane) 지자체사업들도 수행되고 있음.

2. 메디칼 트레이닝 (Medical Training Programs)

○ 보건부의 수요에 따라 트레이닝 내용 등을 결정하고 지원하는 방식으로 이루어짐. 스페인 대학과의 교환 프로그램(exchange program) 또한 지원되고 있음. 다음의 두 가지 방식으로 트레이닝 프로그램 진행.

- 2-3차 보건의료 인력: 보건부와의 트레이닝 프로그램은 병원에서 일할 인력들을 위한 것.
- 1차 보건의료 인력: Cabo Delgado지역에서 NGO들을 통해서 트레이닝.

3. 현재까지의 성과

○ 1차 보건의료시설 건립, 장비 공급 및 인력 역량 강화 노력해 옴.

○ (한계점) 기본적으로 보건의료인력이 부족하고 역량이 미흡함.
○ (새로운 프로젝트) 1차 보건의료에 대한 프로젝트 준비 과정에 있음.

3 다자공여기관 Mutilateral Organisation)

가. UNICEF

● 일시: 2014년 3월 3일 (월) 14:00-15:30 ● 장소: UNICEF 모잠비크 사무소 ● 면담대상자: Emanuele Capobianco (Chief of Health & Nutrition, UNICEF | Focal point, HPG)

*Emanuele Capobianco는 UNICEF의 Chief of Health & Nutrition임 동시에 HPG(Health Patners Group)의 Focal point이기도 하므로, 두 가지 관점에서 면담하였음.

❑ 주요 안건

1. 보건 및 영양 분야 현황

○ (전반적 현황) 모잠비크의 HDI(Human Development Index)가 굉장히 낮음. 사하라 이남 아프리카 지역 평균보다도 낮음. 1997이후 영아사망률이 반으로 감소했으나 신생아사망률은 감소 속도가 느림.

○ (영아사망률 감소 기여요인) 예방접종, 모기장 보급, 말라리아 약 보급의 효과

○ (보건분야 우선순위-신생아사망률 감소) 지역사회 시스템 강화 및 APEs (Community health workers)에 대한 지원이 필요함. APEs들이 더욱 확대 및 증가될 것으로 예상되며 이 과정에서 이들의 역할 수정 및 지원이 필요할 것임.

- APEs의 역할: 예방적, 치료적 의료 제공. 설사, 말라리아, 폐렴에 대한 치료 지원. 총 4000여 명.

○ (4개 주요 지원 분야) 1)영양 2)아동사망률 감소 3)모성사망률 감소 4)HIV/AIDS

2. 정부와의 파트너십

○ 정부의 정책 및 우선순위와 조화와 일치를 이루기 위해 노력함. UNICEF는 다른 공여기관 및 파트너들의 지원이 미흡하거나 빠진 부분을 보완하는 방식 및 지역이나 대상을 지원하는 방식으로 일함.

○ (지원 규모) 2013년 영양 분야에 대한 양자기관들에 지원은 총 2500만불. 예산 내 지원, PROSAUDE 기금, 보건부 프로그램 지원의 형태로 지원됨.

○ (프로사우데(PROSAUDE)) 2007년에 12개의 기관 참여로 시작됨. 매년 1억불의 기금 지원. sectoral budget support이며 유연성이 있음. 최근 재정관리 문제로 효과성에 대한 리뷰중인 상태임. 리뷰 이후 변화가 있을 수 있음.

○ (거버넌스에 대한 의견) 모잠비크 정부는 'Rich policy + poor implementation'로 평가됨. 더욱 강력한 리더십이 필요함.

3. 그 외 파트너십 현황

○ (양자기관) CIDA, DFID, USAID의 지원을 받음.

○ (INGOs) CHAI, CUAMM이 주 파트너임. CUAMM은 주로 Sofala지역에서 서비스 제공 지원하는 역할.

○ (Local NGOs) NAIMA는 컨소시움을 구성하며, 더욱 잘 조직화되어 있음. MONASO는 현지 NGO들로 구성되어 있으며 사업수행이 주요 역할이며 옹호(advocacy) 역량에는 한계가 있음.

○ (APEs(지역사회 보건요원)) district 이하 레벨에서 일하는데 한계점은 보건의료인력의 역량 부족 및 재정문제임.

4. 기타 이슈

○ (보건분야 내 ICT 활용 현황) 현재는 ICT/Health Information System에 대한 워킹그룹은 없는 상태임. 여러 ICT 파일럿 사업들이 시행되고는 있지만 아직 확실한 가이드라인 등은 없는 상태. Mcel이나 Vodacom을 통해 ICT를 보건분야에 접목하려는 시도가 있음. 다양한 노력들이 시도되고 있는 상태임.

○ (APEs 리포팅 시스템) 현재는 문서에 기초한 (paper-based)시스템이나 곧 휴

대폰을 이용한 시스템을 도입할 것으로 보임. (UNICEF는 보건부에 기술 지원하는 역할)

- (NGO들과의 차이점) 같은 분야에서 일하는 NGO들과의 차별점은 UNICEF는 정부(중앙 및 provincial)를 지원하며, 전체 프로그램의 실행에 대한 정보를 갖고 있으며 보건부와 직접 대화가 가능하다는 점. 보건분야의 다층위(정책, 전략 및 사업 등)에서 역할을 한다는 비교우위가 있음.
- (Decentralization) municipal에서만 적용되고 있으며 아직 강하게 적용되거나 실행되지는 않고 있음.

5. KOICA를 위한 제언

- (모자보건 분야) 우선은 통합적 접근방식(integrated system)에 대한 투자가 필요함.
- (세부 분야) 신생아 보건 및 응급의료가 가장 우선순위가 높은 분야로 판단됨. 신생아 보건은 포괄적인 서비스가 전혀 제공되지 않는 상태임. 현재는 캥거루 mother care, 모유수유 장려 등 단순한 intervention 만이 있으며 많은 공여기관이 지원하지는 않고 있음. 규모가 확대되어야 할 필요가 있음.

6. HPG (Health partners Group)에 대한 소개

- (Focal point) 양자와 다자 기관이 각각 포컬포인트를 담당. 현재는 양자로는 네덜란드 공여기관이 다자로는 UNICEF가 포컬포인트를 맡고 있음. 이들은 보건부와 직접적으로 논의하는 역할을 함.
- (구조) HPG 아래 6개의 Aid effectiveness working group이 있음. 6개 Aid effectiveness working group은 다음과 같음. Human resources, Monitoring & Evaluation, Medical supplies, Financial management, Service delivery, NGOs.
- (역할) 보건부 및 파트너가 모여 논의를 통해 이슈 제기할 수 있으며, 보건부 내 주요 인사들에게 attention을 불러올 수 있음. 한 달에 한 번 차관(Permanent secretary)와 미팅을 가짐.
- (타국과의 차이) 주변국의 보건부내 워킹그룹의 역할이나 구조와 비교했을 때 모잠비크의 HPG는 중재(coordination) 및 대화(dialogue)의 역할을 잘 수행하고 있다고 판단됨.

나. UNFPA

● 일시: 2014년 3월 5일 (수) 14:00-15:00 ● 장소: UNFPA 모잠비크 사무소 ● 면담대상자: Ms. Bettina Maas(Representative), Ms. Pascale Barate(Monitoring & evaluation officer), Dr. Amir Modan(National program officer in Sexual & reproductive health)

❑ 주요 안건

1. 빈퇴금 관련 상황 공유

○ WHO와의 파트너십을 기반으로, 수정된 예산 내역과 함께 제안서가 다시 제출된 상태이며 현재 결과를 기다리고 있는 상태임 (2014년 1월 6일 제출됨).

2. 보건분야 지원 현황

○ (지원 현황) 많은 공여기관들이 지원하고 있음. 그러나 공여기관의 수가 많다고 해서 충분한 지원이 있다는 것은 아님. 코디네이션에 어려움이 있음.

3. 보건분야 이슈

○ (주요 문제) 인프라 및 인력 문제임.

○ (지원하고자 하는 분야) 모자보건에서의 인력 지원.

○ (모자보건 개선 저해 요인) 접근성의 문제. 보건의료시설에 접근하는데 평균거리는 15km. 인력도 다른 하나의 문제. 분만의 50%만이 시설에서 이뤄짐.

○ (지역사회 참여 향상) 다양한 레벨에서의 노력이 필요함. 현재 통합적 프로그램을 시행중. 최근 보건분야와 농업분야의 접목도 시도하고 있음. 그러나 실제 제시되는 아이디어에 비해서 실행이 잘 되지 않고 있음. APEs(지역사회 보건요원) 수가 너무 적음, 재정 문제, 낮은 여성의 교육율 등의 여러 가지 장애가 있음. 한계가 무엇인지, 이미 보유하고 있는 강점은 무엇인지, 옵션이 무엇이 있는지 살펴보고. 인력개발, 시스템 강화 등을 위한 단기, 중장기 계획을 세워야 할 것임.

4. 기타 논의

○ 현재 프로그램들의 중복을 피하기 위한 맵핑 중임.

○ (사업 대상지역) Maputo, Sofala, Zambezia, Nampula, Cabo Delgado 지역.

○ (파트너십) USIAD와 간접적으로 협력 중. Canada- UNFPA- UNICEF- WHO는 잠베지아(Zambezia) 지역에서 협력해서 프로그램 시행 중임. DFID와는 남풀라 (Nampula) 지역에서 프로그램 시행 중임. 네덜란드와 함께 Movercado 프로그램 시행 중임(2009-2012년에는 노르웨이에 의해서 지원받음)

○ (파트너십 현황) 사업 수행에 있어서 상호 간의 의사소통을 원활히 하고자 하며, 팔로우업 및 질/역량 평가를 시행함. 개선점으로 위한 계획을 함께 수립함. 긴밀한 협력관계를 유지하고자 하지만 어려운 점이 있음.

○ (신흥 공여기관에 대한 기대) 'Close & direct communication'을 기대함.

다. WHO

● 일시: 2014년 3월 7일 (금) 11:00-12:00 ● 장소: WHO 모잠비크 사무소 ● 면담대상자: Dr. Eduardo Celades (Strategic planning, Monitoring and evaluation)

❑ 주요 안건

1. PESS 2014-2019

○ (우선순위) 모성 & 신생아 보건, 아동 보건(영양), 3대 전염성 질환, NCD를 우선순위 분야로 선정됨. PESS의 우선순위를 따르는 것이 사실상 바람직함.

○ (재정) 'PESS is fully budgeted.' 매 2년마다 타겟 설정하여 이에 따라 비용을 책정하였고, 총 200mil USD 책정됨. One Health라는 비용책정 툴(costing tool)을 사용함.

2. 모잠비크 내 보건의료재정

○ (재정 현황) 총 연간 약 7억불 그 중 정부재정이 3억불, 프로사우데(PROSAUDE) 기금이 1억불, 예산 외 지원이 3억불 가량임. (정확한 수치 확인 요망)

○ (현황 및 변화) 보건의료서비스는 무료로 제공되어오고 있으며(원칙상) 기본 진료비 (약 5MT)는 20년 전에 책정된 것으로, 변경된 적 없음. 이번 PESS에서는 수정할 것으로 예측됨. Universal Health Coverage에 대한 계획 가지고 있음.

○ (관련 연구 및 분석) 보건재정 현황 분석(Health financing situation analysis), 보건의료서비스 비용에 대한 영향 분석(Impact study of catastrophic cost) 등을 실시하고 있음.

○ (문제점) 외부 재정에 대한 예측성 문제. 예산 외 지원 규모가 예산 내 지원 규모보다 사실상 큼(예: PEPFAR는 2억불을 예산 외로 지원함)

3. 모잠비크 내 보건분야 내 메카니즘

○ (HPG) 2주 뒤 포컬 포인트(focal point) 바뀔 예정임. 새로운 양자 포컬 포인트는 IrishAID, 다자 포컬 포인트는 WHO. 현재 WHO는 HPG 내 M&E Working Group의 공동의장을 맡고 있음.

○ (WHO의 역할) HPG 참여 및 조정 역할, 프로사우데(PROSAUDE)의 코디네이션 역할, 보건 트렌드의 평가 및 모니터링, 정책 모니터링 등의 역할을 함.

○ (프로사우데(PROSAUDE)) 여러 공여기관이 지원에 대한 고려중인 상황임. EU는 프로사우데(PROSAUDE) 지원을 중단하고 일반 예산 지원으로 변경함. WHO는 현재 프로사우데(PROSAUDE) 리뷰에 참여하고 있음.

4. WHO의 보건 분야 역할

○ 다음의 4 cluster를 중심으로 지원하고 있음

- 질병 예방 및 통제 (Prevention and control of diseases)
- 건강 증진 (Health promotion)
- 보건의료시스템 강화 (Health system strengthening)
- 예방접종 (Vaccines and immunization)

○ (보건의료인력 분야) HPG 내 보건의료인력(HR) 워킹 그룹 내에서 활동하여

타 기관들과 협력하고 있음. 보건의료인력 분배 및 부족, 인력 유출(Brain drain)의 문제를 개선하기 위해 노력해옴. 보건의료인력 현황과 추세를 분석함. 연차보고서를 발간하고 증거를 발굴하기 위한 노력을 함.

5. KOICA에 대한 제언

○ (지원분야) 한국의 비교우위 및 가지고 있는 역량이 무엇인지 분석하는 것이 중요할 것임.

○ (지원유형) 각기 다른 유형을 통해 지원하는 타 공여기관에 대한 분석을 통해 KOICA에 맞는 유형을 찾아야 할 것임.

- 예) BTC: 매년 5백만 불을 지원. 자금 지원하거나 직접 프로젝트를 수행하지 않고 다자기구를 통해서 지원함.
- 예) 네덜란드 원조청: 대부분을 사업 수행 파트너를 통해서 지원하고 있음.

4 학계 및 시민사회

가. NAIMA+ (Network of International NGOs Working on Health and HIV/AIDS)

- 일시: 2014년 3월 6일 (목) 11:00-12:00
- 장소: NAIMA office
- 면담대상자: Sally Griffin (Coordinator)

❑ 주요 안건

1. 기관 소개

○ (NAIMA+) The Network of International NGOs working in Health and HIV/AIDS in Mozambique.

○ (역할) 가입비를 지불하고 NAIMA에 가입된 36개의 INGO를 모잠비크 보건분야 내에서 coordinate하고 facilitate하는 역할을 함. 모니터링과 advocacy의 역할을 함. 14년간 운영되어 옴.

○ (설립배경) 해당 역할에 대한 수요가 있어 왔으며 정보 교환 및 코디네이션의 필요가 있어 옴. 처음에는 HIV/AIDS 분야의 Civil society platform으로서 시작함.

○ (보건부와의 협력) PESS에 대한 자문 제공함. 그러나 보건부에서는 초안에 코멘트를 다는 식의 단순한 방식으로만 자문을 요구해오고 있는 실정임. 보건부와 인력 고용 등에 대해 로비 기능을 하기도 함.

○ (HPG에서의 역할) HPG에 소속되어 INGO들을 대표하여 정보를 교환하는 역할을 맡고 있지만 HPG에서 실질적으로 의견을 교환하는 것은 공여기관들임.

○ (MONASO) MONASO는 NAIMA와 유사한 기능을 하는 NGO 네트워크로서 국내 NGO들이 가입하고 있음. HPG에는 참여하고 있지 않음.

○ (가입기관 현황) 총 36개의 INGO가 가입함. Aga Khan, World Relief, Johns Hopkins program 등을 제외한 (모잠비크 보건분야에서 활동하는) 대부분의 INGO가 가입되어 있음.

- 가입기관: Save the Children, PATH, VSC, Meicos Com Africa CUAMM, Solidar Med, Handicap International, Malaria Consortium, World Vision, FHI360, Friends in Global Health, PSI, Plan international, Pathfinder International, ChildFund 등

2. 보건분야 협력 방안 논의

○ (KOICA에 대한 제언) 모잠비크 보건분야에는 많은 이해관계자들이 활동하고 있지만 여전히 개선되어야 할 문제점들이 많으므로 KOICA에게도 보건분야 지원의 여지는 충분히 있을 것으로 판단됨. PROSAUDE에 대한 지원은 바람직한 것으로 보이지 않음. 가족 계획 분야는 지난 10년간 오히려 악화되어 왔으며 이러한 지원이 부족한 분야에 대한 지원이 바람직할 것으로 보임.

○ (도전과제) 보건부 내 부패 및 요직의 정치적 임명, 비효율성 이슈가 있음. Sofala 지역에서의 안전 문제로 현재 주요 지원활동들이 중단됭 상태임. 지속가능성 이슈.

○ (보건의료인력 개발분야) 현재 공여기관들의 지원이 지나치게 집중되어 오히려 시스템이 효과적으로 작동하지 못하고 있는 현상을 보이고 있음.

❑ 수집자료

○ NAIMA+ 소개 및 가입 NGO 소개 책자.

나. CUAMM

- 일시: 2014년 3월 6일 (목) 14:00-15:30
- 장소: CUAMM office
- 면담대상자: Dr. Paolo Lanzoni (Health officer)

❑ 주요 안건

1. 기관 소개

○ (주요 역할) 보건의료시스템 강화를 위해 지원하는 역할을 함. 거버넌스 향상과 트레이닝 제공을 위한 지원을 하며, 보건의료인력 개발을 강조함.

- 거버넌스 향상: 모든 레벨에서 거버넌스 역량이 부족함. 이러한 현상은 지식이나 동기의 부족으로 인해 발생함.
- 인력 개발: 기존의 트레이닝은 정규과정이 아닌 직무교육(OJT)을 중심으로 제공됨. 여러 기관에서 진행하는 인력 개발 프로그램을 통해 양질의 트레이닝을 제공하고자 노력함.

○ (프로젝트)

- Beira 지역에서 카톨릭 대학에 이탈리아의 인력을 파견해 트레이닝 지원 및 티칭 튜토리얼 제공함.
- 디스트릭트 병원에서 보건의료인력에 대한 동기부여를 통해 행동변화를 추구함으로써 신생아 사망률을 개선하고자 함. 실제로 효과를 보이고 있는 것으로 보고되며, 곧 중간 평가가 시행될 예정임.

2. 주요 과제

○ 보건의료인력의 역량 취약으로 인해 개인의 역할을 수행하는데 어려움을 겪음.

○ 인력의 수적 부족, 역량 부족, 동기 부족, 근로 부담, 책임감 이슈, 상벌의 부재가 원인이 됨.

○ 이미 다양한 트레이닝에 대한 지원이 충분히 제공되고 있으나 이는 기술적인 트레이닝에 제한되는 한계점이 있음.

다. Pathfinder International

● 일시: 2014년 3월 4일 (화) 16:00-17:30
● 장소: Pathfinder International office
● 면담참석자: Dr. Rita Badiani (Country director), Ms. Estrella Alcalde (Gender officer)

❑ 주요 안건

1. 기관 소개

○ (소개) 보스턴에 HQ를 두고 있으며 지금은 23개국에서 활동하고 있음. 생식보건(Sexual and reproductive health) 분야에서 포괄적 서비스를 제공하는 역할을 함.

○ (모잠비크 사무소) 1997년에 설립됨. 현재 직원 206명으로 구성되어 31개 디스트릭트(district)에서 활동함. 현재 12개 프로젝트를 수행하고 있으며 10개의 다른 도너로부터 지원받고 있으며 연간 예산은 천 만불 가량임.

○ (주요 분야)

- 피임 지원(contraception)
- HIV/AIDS
- 청소년 생식보건(adolescent & youth SRH)

- 인공 유산(abortion)
- 모성 및 신생아 보건(maternal & newborn health)
- 옹호(advocacy)

○ (역할) 직접적으로 서비스를 제공하지는 않음. 중앙 정부에는 정책 및 전략을 개발하는데 기술 지원 및 평가 & 모니터링 역할을 하며(워킹그룹을 통해), 프로빈스 레벨(Provincial level)에서는 기술지원, 디스트릭트 레벨(district level)에서는 보건의료시설 개발 및 정부 정책의 시행 지원, 지역사회 동원(mobilization) 및 관여(involvement)를 촉진하는 역할을 함.

○ (파트너십) 주요 도너는 미국 정부. 노르웨이 및 벨기에로부터도 지원받음. 모잠비크에서는 아직 신흥 공여기관(emerging donor)에게 지원받은 적은 없음. 다른 NGOs, CBOs와 함께 일함.

- USAID 등의 공여기관으로부터 직접적으로 지원받는 경우는 민관협력의 경우에 해당하고, 대부분의 프로젝트는 공개경쟁을 통해 선정되는 과정을 거침.
- 기관 자체에서 공여기관을 선정하기 위한 재정 및 거버넌스, 프로그램에 대한 평가기준(screening system)을 마련해 놓고 있음.

○ (프로젝트) 수집자료 참조할 것.

2. 보건분야 현황

○ (지방분권화 관련) 정부와 공여기관 사이에 논의를 통해 공통의 목표를 위한 전략이 형성되어 있으나, 중앙정부와 지방정부(Province & district) 간 의사소통의 취약으로 인해 동일한 정책이 전달되거나 반영되지 않는 경우가 많음.

○ (NGOs) 대부분의 현지 NGO는 필요한 역량을 갖추지 못한 경우가 많은데, Pathfinder는 그러한 NGO와 함께 일하면서 역량을 강화시켜주는 역할도 해옴.

3. 주요 과제(Challenges)

○ (기능 측면) 재원이 부족하며 대부분 공개경쟁을 거쳐야 함. NGO로서 역할이 제한되는 경우가 있음.

○ (외부적 요소) 보건부의 외부재정의존도가 높음. 의존도를 낮추기 위해 노력하고 있으며 한계점이 많음. 1994년 전쟁 종결이후 인도적 지원 이외의 지원이

시작된 것은 매우 최근임. 이전에 대부분의 CSO는 주로 관변단체로서의 기능을 함. 모잠비크 내 시민사회단체들의 역사가 짧다는 한계점이 있음.

○ (그 외 이슈)

- DHS 지표를 비교해 보았을 때 최근 관련 지표가 향상되었으나, 아직도 성에 기반한 폭력(Gender-based violence) 문제가 아직 심각함.
- 보건의료 인력의 회전율(turnover rate)이 높음.
- 각 층위의 부정부패 문제가 심각함.
- 시행되고 있는 많은 프로젝트들이 장기목표를 추구하지 않고 있음.

❑ 수집자료

○ Mcenas program overview draft ver. (Feb. 10)

5 KOICA 현지사무소

- 일시: 2014년 3월 7일 (금) 15:30-16:30
- 장소: KOICA 모잠비크 사무소
- 면담대상자: 고희석 (부소장)

❑ 주요 안건

1. 현지조사 면담 내용 공유

○ 현지조사팀의 보건 문제 및 공여 현황, 주요 공여기관들의 전략 및 역할, 기타 이슈들에 대한 조사 내용 공유

○ (KOICA의 역할에 대한 타 공여기관들의 기대) KOICA가 비교우위를 갖는 분야를 선정한 후 지원하게 된다면 긍정적인 효과를 기대할 수 있을 것으로 보

는 입장이 대다수였음.

○ 몇몇 공여기관들로부터 한국이 유상지원을 통해 건립한 Quelinne 지역(확인 요망)의 병원의 활용방안에 대한 문의가 있었음.

2. 코멘트

○ (현지조사 내용에 대한 코멘트) 모잠비크 보건분야의 문제와 공여현황을 광범위하면서도 자세하게 파악하였음.

○ (One roof 정책) 모잠비크를 대상으로 시행될 One roof 정책의 시행으로 적합한 유무상통합지원 방안이 모색되어야 할 것임.

/끝/

연구자료 서아프리카 2014-19-216

아프리카지역 보건분야 협력방안 연구 시리즈 4 :
모잠비크 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
홈페이지 http://www.koica.go.kr
인 쇄 동 화

[본 보고서의 저작권은 한국국제협력단에 있으며,
한국국제협력단의 허락없이 무단 전제와 복제를 금합니다.]

발간물 등록번호 11-B260003-000483-01

연구자료
서아프리카 2014-19-216

아프리카지역 보건분야
협력방안 연구 시리즈 4 : 모잠비크 사례

KOICA 한국국제협력단
461-833 경기도 성남시 수정구 대왕판교로 825
Tel. 031-740-0114 Fax. 031-740-0655
http://www.koica.go.kr