

발간 등록 번호

11-B260003-000484-01



아프리카지역 보건분야 협력방안 연구 시리즈 5 : 에티오피아 사례

2014. 8



아프리카지역 보건분야 협력방안 연구 시리즈 5 : 에티오피아 사례

2014. 08

한국국제협력단

저자

책임연구원

박 정 한

- (사)글로벌발전연구원 ReDI 보건분야 자문위원
- 대구가톨릭대학교 명예교수

이 태 주

- (사)글로벌발전연구원 ReDI 원장
- 한성대학교 교양학부 교수

국별연구원

▶ 우간다/르완다/모잠비크

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

▶ DR콩고/카메룬/에티오피아

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

▶ 가나/나이지리아

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

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

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

목 차

제1장. 국가 현황 분석

1. 개 요	1
2. 보건 문제 분석	5
가. 주요 개발 정책 및 보건 정책	5
1) 개발정책	5
2) 국가 보건 정책 및 전략	7
나. 보건의료시스템	10
1) 개요	11
2) 리더십과 거버넌스 (Leadership & Governance)	12
3) 보건의료 재정 (Health Financing)	17
4) 보건의료서비스 전달 (Health Service Delivery)	21
5) 보건의료 인력 (Human Resources)	28
6) 의약품 및 기자재 (Medical products, Vaccines and Technologies)	34
7) 보건의료 정보 (Information)	36
다. 건강 및 질병 현황	41
1) 일반보건현황	42
2) 모성보건	43
3) 영유아 보건 및 영양	49
4) 주요 전염성 질병	54
라. 보건과 불평등	60
1) 취약계층	60
2) 교육 및 소득에 따른 불평등	62
3) 지역별 격차	65

제2장. 타공여기관 보건분야 지원 현황

1. 대 협력국 보건분야 지원 현황.....	69
가. 개요.....	70
1) 대 협력국 전체 ODA 지원 현황.....	70
2) 대 협력국 전체 보건 ODA 지원 현황.....	74
나. 보건분야 내 주요 공여기관 및 지원 분야.....	81
1) 주요 양자기관.....	81
2) 주요 다자기구.....	82
3) 분야예산지원(Sector Budget Support).....	83
2. 보건분야 공여협의체 현황.....	86
3. 주요 공여기관의 보건분야 협력.....	88
가. 개요.....	88
나. 양자기관 (Bilateral organisations).....	89
1) USAID.....	90
2) DFID.....	98
3) Italian Development Cooperation.....	104
4. 민간부문 보건분야 협력사례.....	110
가. 사례1: Pathfinder international.....	110
나. 사례2: Family Guidance Association of Ethiopia(FGAE).....	113
나. 사례3: JSI Research & Training Institute.....	116

제3장. 종합제언

1. 요약 및 시사점.....	119
2. 에티오피아 보건전략의 기본방향.....	124
3. 에티오피아 보건사업의 수행전략.....	127

4. 맺음말.....	134
참고문헌.....	135
부 록.....	138

표 목차

<표 1-1> 의료기관 현황	22
<표 1-2> Health Extension Package 구성요소(16가지)	27
<표 1-3> 의료인력현황	29
<표 1-4> 10대 주요사망원인	42
<표 1-5> 세계적 질병부담(Global Burden of Disease)	42
<표 1-6> 에티오피아 말라리아 목표 및 진행	57
<표 1-7> 에티오피아 결핵 목표 및 진행	58
<표 2-1> 에티오피아 ODA 지원 공여기관 현황(2011-2012년 평균)	71
<표 2-2> 2009-2010년 주요 양자기관 보건분야 지원 순위 및 규모	81
<표 2-3> 2009-2010년 보건분야 지원 규모	82
<표 2-4> 재조정된 2013년 이후 영국 보건분야 분야별 기대결과	101
<표 2-5> DFID 에티오피아 실행 프로그램	102
<표 3-1> 에티오피아 보건 분야 프로젝트형 사업 현황	123
<표 3-2> 보건전략 기본 방향 및 수행전략 프레임워크 (에티오피아)	132
<표 3-3> 에티오피아 통합적 프로그램 사업 사례 (예시)	133

그림 목차

<그림 1-1> 에티오피아 지리적 특징	2
<그림 1-2> 에티오피아 인간개발지수	4
<그림 1-3> 에티오피아 제3차 빈곤감소전략 GTP 2010/11-2014/15	6
<그림 1-4> 보건분야개발계획(HSDPIV) 2010/11-2014/15	8
<그림 1-5> 에티오피아 보건분야 기관 조직	13
<그림 1-6> 에티오피아 보건분야 기관 조직	14
<그림 1-7> 보건지출 변화 (USD/Capita)	17
<그림 1-8> 에티오피아 보건분야 예산 추이	18
<그림 1-9> 지역별 보건분야 예산 분포 비율	18
<그림 1-10> 지역별 보건분야 예산 분포 비율	20
<그림 1-11> 에티오피아 보건전달체계	22
<그림 1-12> 보건지소 개수 추이	23
<그림 1-13> 지역별 보건지소 개수	24
<그림 1-14> 보건소 개수 추이	24
<그림 1-15> 지역별 보건지소 개수	25
<그림 1-16> 지역별 병원 개보수 현황	25
<그림 1-17> 의과대학 학생 수	30
<그림 1-18> 포괄적 응급산과인력 수	31
<그림 1-19> 조산사 수	31
<그림 1-20> 레벨5 마취전문가 교육생 수	32
<그림 1-21> 지역보건요원(Health extension Worker)의 수	33
<그림 1-22> PFSA의 의약품 및 기자재 배포 예산	35
<그림 1-23> 보건정보체계	37
<그림 1-24> 보건정보체계	37
<그림 1-25> 에티오피아 모성사망비(100,000LB) 및 관련 지표	43
<그림 1-26> 에티오피아 모성사망비(100,000LB) 현황	44
<그림 1-27> 에티오피아 모성사망비(100,000LB) 현황	45
<그림 1-28> 숙련된 보건인력에 의한 출산	46
<그림 1-29> 산전관리	46

<그림 1-30> 산전 및 산후관리와 숙련된 인력에 의한 출산 비율	47
<그림 1-31> 출산 장소	47
<그림 1-32> 가족계획	48
<그림 1-33> 영유아 사망 현황	49
<그림 1-34> 영유아 예방접종	50
<그림 1-35> 5세 미만 아동 폐렴 치료	51
<그림 1-36> 5세 미만 아동 설사병 치료	51
<그림 1-37> 영유아 말라리아 예방 및 치료	51
<그림 1-38> 영유아 영양 상태	52
<그림 1-39> 지역사회 기반 영양부족	53
<그림 1-40> HIV/AIDS 유병률	54
<그림 1-41> 연령별 HIV/AIDS	55
<그림 1-42> HCT, PMTCT, ART 서비스 제공하는 보건 의료기관의 수	55
<그림 1-43> HIV/AIDS 수직감염	56
<그림 1-44> 말라리아 발생건수	58
<그림 1-45> 0-14세 여아의 FGM 현황	60
<그림 1-46> 지역별 FGM 현황	61
<그림 1-47> 소득별 산전관리	62
<그림 1-48> 모성 교육수준별 산전관리	63
<그림 1-49> 모성의 교육수준별, 가구 소득별 5세 미만 아동의 사망률	64
<그림 1-50> 도농별, 지역별 5세 미만 아동의 사망률	65
<그림 1-51> 도농 산전관리 격차	66
<그림 1-52> 도농 출산율의 격차	67
<그림 2-1> 2010-2012년 에티오피아 ODA 지원 현황	70
<그림 2-2> 에티오피아 ODA 지원 분야 현황	71
<그림 2-3> 공여기관별 ODA 지원 유형	72
<그림 2-4> ODA 분야별 지원 유형	73
<그림 2-5> 에티오피아 보건분야 지원 현황	74
<그림 2-6> 에티오피아 보건분야 지원 분야	75
<그림 2-7> 2009-2010년 주요 양자기관 보건분야 지원 규모	76
<그림 2-8> 에티오피아 원조 모달리티 유형	77

<그림 2-9> 주요 기관별 보건분야 지원 현황	78
<그림 2-10> 주요 기관별 보건분야 지원 현황	79
<그림 2-11> 주요 공여기관의 지원 지역	80
<그림 2-12> 주요 기관별 보건분야 지원 현황	84
<그림 2-13> 주요 기관별 보건분야 지원 현황	85
<그림 2-14> 개발원조그룹(Development Assistance Group)조직도	87
<그림 2-15> USAID 에티오피아 국가협력전략	90
<그림 2-16> USAID 에티오피아 국가협력전략 중 보건의료	91
<그림 2-17> USAID 에티오피아 2013년 지원 현황	92
<그림 2-18> USAID 보건분야 지원 금액	93
<그림 2-19> 에티오피아 지역별 USAID 보건분야 지원 현황	94
<그림 2-20> USAID 대 에티오피아 지원 전략 및 현황	97
<그림 2-21> 재조정된 2013년 이후 영국의 보건분야 지원 중점활동 분야	100
<그림 2-22> 이탈리아 예산 계획	105
<그림 2-23> Italian Development Cooperation(DGCS) 대 에티오피아 지원 전략 및 현황	109

글상자 목차

<Box 2-1> USAID의 사업사례	95
<Box 2-2> Italian Development Cooperation의 사업사례	107
<Box 2-3> Pathfinder의 사업사례	111
<Box 2-4> FGAE의 사업사례	113
<Box 2-5> JSI Research & Training Institute의 사업사례	116

제1장. 국가 현황 분석

1. 개 요

<요약. 에티오피아의 정치, 경제, 사회, 문화적 배경>

- (정치·경제적 배경) 에티오피아는 3천년 이상이 된 국가로 1991년 공화국이 붕괴된 이후로 멜레스 정부가 시장경제체제를 도입하였으며 1994년 헌법 제정 이후, 반군 주도한 멜레스 제나위(Meles Zenawi)가 2012년 사망 시까지 총리직 역임하였음. 정부 주도하에 2006년 이후로 10% 이상의 경제성장률을 기록하였으나 1인당 GDP가 380불로 지금까지 최빈국임.
- (사회·문화적 배경) 에티오피아는 80여개 이상의 부족이 모여 있는 국가로서 종족간의 대립 요소가 존재하며, 대외적 관계도 불안한 상황임. 국가 전반적으로 문자해독률이 낮으며, 여성 및 농촌지역의 성인 문자해독률은 남성 및 도시지역에 비해 심각한 상황이며, 빈곤선 이하 인구가 2009/10년 29.2%로 감소하였으나 도심지역의 빈곤인구는 늘어나고 있음

- (지리적 특성) 에티오피아는 한반도의 약 5배 이상(110만 Km²)되는 국토를 가지고 있으며 국토의 대부분이 해발 2,000미터 이상 되는 고원지대로 구성되어 있다. 에티오피아는 기후와 지리적 특성에 따라 크게 3가지 에티오피아로 구분을 하고 있다. 1) 농업지역(Agrarian), 2) 도심지역(Urban), 3) 목축지역(Pastoralist)의 3가지로 구분되는데 이러한 구분에 따라 보건부 정부에서도 각각 지역별 부서를 지정하고 있다. 농업지역은 수량이 풍부하고 예측 가능한 기후로 인해 생산성이 높은 에티오피아로 불린다. 도심지역은 불안정한 기후와 비옥하지 못한 토양으로 인해 식량 부족을 겪는 에티오피아로 불리며, 마지막은 동부 쪽의 목축지역이며, 이 지역 또한 기후가 불안정한 지역으로 알려져 있다 (USAID, 2014).

<그림 1-1> 에티오피아 지리적 특징



출처: USAID (2014) Ethiopia Program Presentation

- (정치·역사적 특성) 3천년 이상의 역사를 가진 국가로 1930년대 이전까지 봉건왕 조국가를 유지하였다.
- 1935년 1941년 이태리 점령 이후 셀라시에 황제에 의해 입헌군주제
- 1974년 공산 쿠데타(맹기스투 소령 주도)로 재정 붕괴 (군사독재체제: 임시군사행정회의, Provisional Military Administrative Council)
- 1977년 사회주의 군사정부가 국민투표에 의해 에티오피아 인민민주주의 공화국 수립
- 1991년 다당제와 시장경제를 지향하는 반군에 의해서 공화국 붕괴
- 1994년 새로운 헌법 제정, 내각책임제, 연방제 채택
- 1994년 헌법 제정 이후 반군 주도한 멜레스 제나위(Meles Zenawi)가 2012년 사망시까지 총리직 역임
- (경제적 특성) 에티오피아는 정부 주도하에 경제성장을 위한 정책을 실시하였으며, 이로인해 연평균 2006년 11.5%로 시작하여 지속적으로 10% 이상의 경제성장률을 이루었다. 하지만 에티오피아는 1인당 GDP가 380불로 지금까지 최빈국

으로 전반적인 경제상황이 어려운 상황이다 (World Bank, 2012). 또한 기본적인 인프라가 전체적으로 취약하여 도로와 인프라를 통해 전달되는 제품과 관련된 시장의 경우 이에 따른 제약을 받고 있는 상황이다. 하지만 최근 중국의 지원이 많아지면서 수도인 Addis Ababa를 중심으로 도로와 인프라 개발이 지속되고 이루어지고 있다.

- (사회·문화적 특성) 에티오피아는 80여개 이상의 부족이 모여 있는 국가로서 종족간의 대립 요소가 존재하는 국가로 에리트리아와 소말리아와 같은 인접 국가와의 대외적 관계도 불안한 상황이다. 또한 농촌 지역의 조혼 문화가 일반적인 상황이며, 조혼을 위한 여아의 유괴 등도 만연한 상황이다. 여성의 지위가 낮은 편이며, 이로 인해 1993년 여성을 위한 국가정책(National Policy on Ethiopian Women) 발표 이후 2000년 연방가족법(Federal Family Code) 개정되었고 2004년 여성폭력방지법(Laws on Violence against Women) 시행되고, 2005년 여성부(Ministry for Women's Affairs) 설립되었다. 지방정부에서 성차별적인 지방가족법을 시행중이며 9개 지역 중 7개 지역이 지역고유의 가족법을 가지고 있으며 이 중 6개 지역이 지방 가족법을 시행하고 있다 (관계부처합동, 2013).
- (교육 현황) 초등학교(95.6%, 2009/10년) 등록률이 꾸준히 증가 추세이며 초등학교 수도 16,000개(2004/05년)에서 25,000개(2008/09년)으로 증가하였으나 이수율은 여전히 저조(특히 여아)한 상황이다. 대학교 수 및 등록률이 3.6%(1999년)에서 5.3%(2008/09년)로 증가하였고 대학교수가 2004/05년 이전에는 9개에 불과하였으나 2008/09년까지 22개로 증가하였다. 2009/10년, 36%로 전반적으로 문자 해독률이 낮으며, 여성 및 농촌지역의 성인 문자 해독률은 남성 및 도시지역에 비해 심각하다 (MOFED, 2010).
- (빈곤 문제) 1994/95년 전체 인구의 49.5%가 빈곤선 이하 인구로 빈곤률이 높은 수준이었다. 이는 2004/05년 38.7%, 2009/10년 29.2%로 감소하였다. 1일 1.25달러 이하 인구비율이 60.5%(1995년)에서 36%(2005년)로 감소하였으나 1995/96년 이래 빈곤인구는 농촌지역에서 감소한 반면 도시 지역에서 증가하는 현상이 나타났다. 도시 내 소득불평등 지속적으로 악화되어 빈곤 탈출의 주요 장애요인이 되었으며, 슬

럼지역 거주 도시인구는 총 도시인구의 70%(2000-2004년), 도시 평균 실업률은 26%, 대도시의 경우 40%(2004/05년)로 조사되었다. 기후변화에 취약한 농업 기반 경제구조로 소작농, 목축업자가 잠재적으로 가장 취약한 계층이며 이 계층의 안정이 빈곤층 감소에 핵심적이다.

- (인간개발지수, Human Development Indicator) 에티오피아의 인간개발지수는 2012년 0.396을 기록하여 187개 국가 중에서 173위를 차지하여 매우 낮은 수준을 보이고 있다. 2000년부터 2012년까지 에티오피아의 인간개발지수는 0.275에서 0.396으로 증가한 결과를 보여주고 있다 (UNDP, 2013).

<그림 1-2> 에티오피아 인간개발지수

Table A: Ethiopia's HDI trends based on consistent time series data, new component indicators and new methodology					
	Life expectancy at birth	Expected years of schooling	Mean years of schooling	GNI per capita (2005 PPP\$)	HDI value
1980	43.9	2.4			
1985	44.5	3.2		0.503	
1990	47.1	3.5		0.540	
1995	49.3	2.6		0.479	
2000	51.7	4.4	1.5	0.519	0.275
2005	55.2	6.7	1.5	0.630	0.316
2010	58.7	8.7	2.2	0.928	0.387
2011	59.3	8.7	2.2	0.974	0.392
2012	59.7	8.7	2.2	1,017	0.396

출처: UNDP (2013) Ethiopia, Human Development Report 2013

2. 보건 문제 분석

가. 주요 개발 정책 및 보건 정책

<요약. 에티오피아의 주요 개발 정책 및 보건 정책>

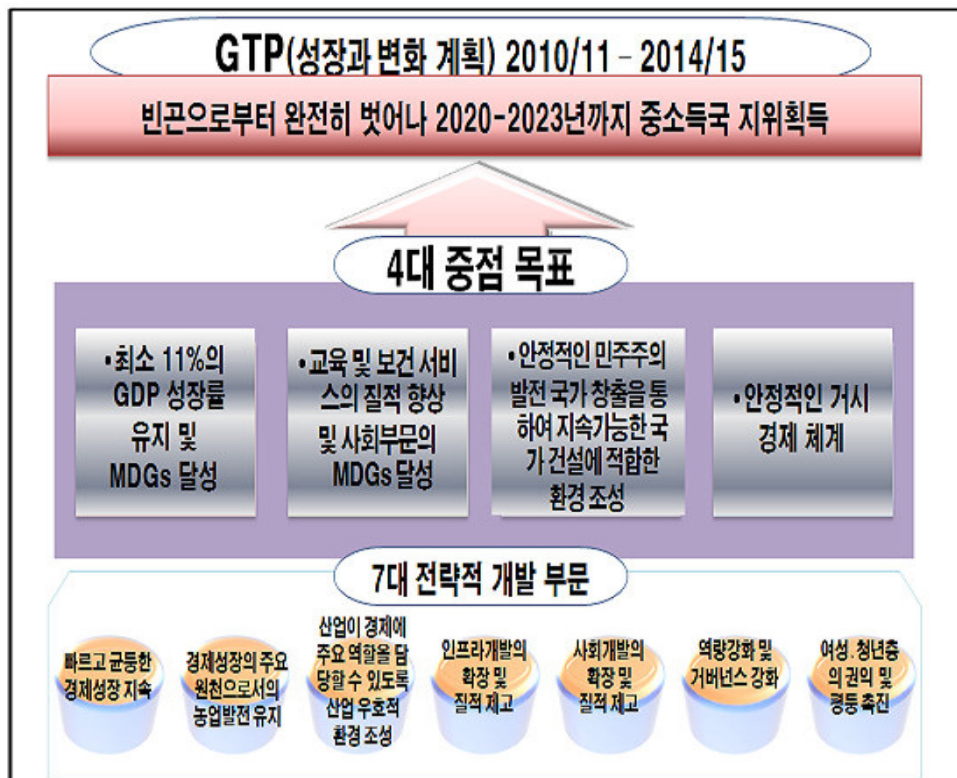
- (에티오피아의 개발정책) 에티오피아의 제3차 빈곤감소전략 (Growth and Transformation Plan, GTP 2010/11-2014/15) 통해 빈곤으로부터 벗어난 중소득국 지위 획득을 목표로 하고 있음. 경제 성장과 민주주의 체계를 안정적으로 만들어 가며 이와 함께 MDG를 달성에 초점을 맞추어 실행하고 있음.
- (국가 보건 정책 및 주요 전략) 에티오피아의 보건분야개발계획(Health Sector Development Plan IV, HDSP IV 2010/11-2014/15)은 제3차 빈곤감소전략 기간 동안 정부 정책, 전략, 목표를 지원하기 위해 설계되었으며 이 프로그램은 주로 모성, 영유아 보건 개선, 주요 전염성 질환(HIV/AIDS, TB, 말라리아) 확산 방지를 주요 목적으로 하고 있으며, 지역사회 중심의 보건 프로그램 실행과 농촌 및 소외지역에 대한 접근을 중점적으로 실행함

1) 개발정책

- (에티오피아 국가개발계획) 에티오피아의 성장과 변화계획인 제3차 빈곤감소전략 (Growth and Transformation Plan, GTP 2010/11-2014/15)는 제2차 빈곤감소 전략(The Plan for Accelerated and Sustained Development to End Poverty, PASDEP 2005/06-2009/10)에서 이행하지 못한 국가적 주요도전과제를 고려하여 작성하였다. 제 3차 빈곤감소전략의 기본목표는 민주화, 안정적인 거버넌스, 사회적 정의, 국민의 자유의지를 기반으로 한 국가를 이룩하여 빈곤으로부터 완전히 벗어나 2020-2023년까지 중소득국 지위 획득하는 것이다. 4대 중점목표와 7대 전략적 개발부문으로 구성되었으며 4대 중점 목표 중 “교육 및 보건서비스의 질

적 향상 및 사회부문의 MDGs 달성”이 목표로 설정되어 있다. 특징적인 것으로, 제2차 빈곤감소계획 PASEDP는 세계은행 및 국제원조기관들의 협조를 바탕으로 작성되었으나 제3차 빈곤감소계획은 타 원조기관이나 국제 컨설팅기업 도움없이 에티오피아 정부 독자적으로 수립되었다.

<그림 1-3> 에티오피아 제3차 빈곤감소전략 GTP 2010/11-2014/15



출처: 관계부처합동 (2012)

2) 국가 보건 정책 및 전략

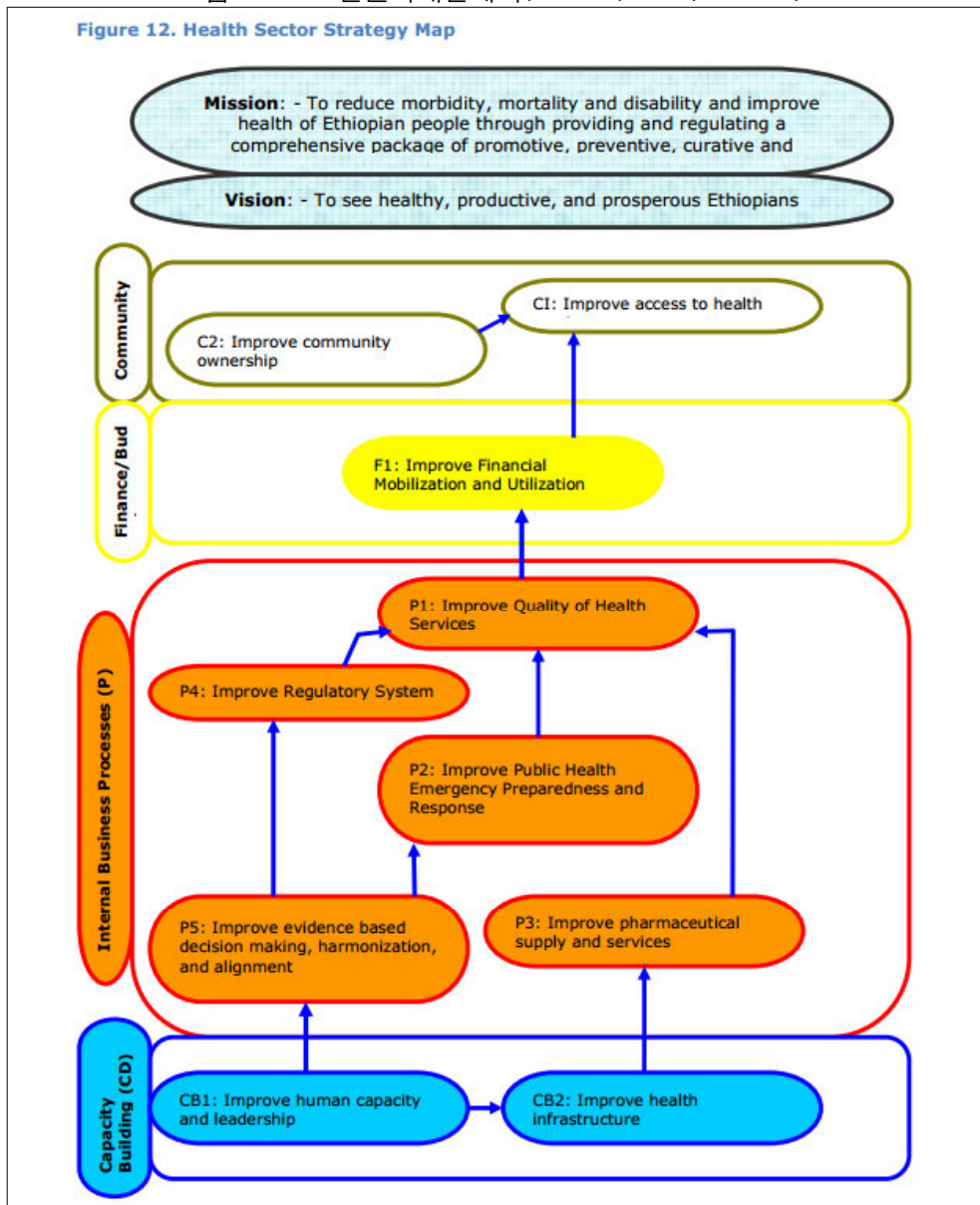
○ (에티오피아 보건개발계획) 보건분야개발계획 2010/11-2014/15(Health Sector Development Plan IV, HDSP IV 2010/11-2014/15)은 GTP 기간 동안의 정부 정책, 전략, 목표를 지원하기 위해 설계되었으며 이 프로그램은 주로 모성, 영유아 보건 개선, 주요 전염성 질환(HIV/AIDS, TB, 말라리아)확산 방지를 주요 목적으로 삼고 있다. 에티오피아 보건분야개발계획(HSDPIV)는 특별히 지역사회(Community)를 전략의 핵심가치 하나로 설정하여 지역사회 기반 전략 실행을 강조하여, 인구의 83% 차지하는 농촌거주민들에 대한 의료서비스 제공을 강조하고 있다.

○ (보건분야개발계획, HSDP IV 2010/11-2014/15 세부목표) HSDP IV의 세부계획은 아래와 같다.

- 보건서비스 접근성 향상
- 지역사회 책임의식 강화
- 재정의 유동성, 활용도 향상
- 보건의료 질 개선
- 공공 응급의료 대응성 향상
- 의약품 공급 및 관련 서비스 향상
- 규제시스템의 개선
- 근거중심 의사결정, 조화와 일치
- 보건의료 인프라 개선
- 인적자원개발 및 리더십 향상

<그림 1-4> 보건분야개발계획(HSDP IV) 2010/11-2014/15

Figure 12. Health Sector Strategy Map



출처: Federal Ministry of Health and Regional Health Bureaus (2013) Ethiopia Health Sector Development Program Mid-Term Review of HSDP IV,

<주요개발정책 및 보건정책의 현황과 과제>

A. 성장과 변화계획(GTP)의 세부적인 실행계획의 부재

- 에티오피아의 성장과 변화 계획(GTP 2010/11-2014/15)는 4가지 중점 분야를 비롯하여 7개 전략적 개발 부분을 선정하였으나 각 목표이행에 대한 세부적인 실행계획이 되어 있지 않은 한계를 가지고 있음

B. 일차보건의료 중점의 지원으로 인한 질 높은 서비스에 대한 지원의 소외

- 보건정책의 기초가 일차보건의료에 맞추어져 소외 지역에 의료의 접근성을 높이는 것에 중점이 맞추어져 있어 보건소 이상의 병원 수준에서 제공되어야 하는 보건의료 서비스, 예를 들어 통합적 응급산과진료(CEmONC) 등의 서비스들은 일차보건의료의 지원에 비해 상대적으로 적은 지원이 이루어질 수 밖에 없었다는 한계를 갖게 됨

나. 보건의료시스템

<요약. 에티오피아의 보건시스템 현황과 과제>

- (연방정부와 주정부, 다른 분야 간 협력과 조정의 미흡) 에티오피아는 정부의 거버넌스가 강력한 국가로서 보건분야에서는 특별히 보건부가 강력한 리더십으로 다양한 프로그램들을 주도하고 있지만 지방분권화로 인해 연방정부와 주정부 사이의 통일된 조정이 쉽지 않고, 다른 분야의 부처간 조정이 효율적, 효과적으로 이루어지지 않아 개발 파트너의 지원에 의한 프로그램 및 프로젝트의 실행이 원활하지 않은 경우가 발생함.
- (질 높은 서비스 제공과 보건의료정보 시스템 활용이 어려운 보건의료인력의 교육) 에티오피아의 보건서비스는 일차보건의료와 소외지역에 의료서비스의 접근성을 향상하는데 초점이 맞추어져 있으므로 지역보건요원(HEW)와 보건개발요원(HDA)의 활용이 굉장히 유용하고 그 효과성이 조금씩 나타나고 있으나 일차보건의료 이상의 높은 수준과 기술을 요하는 보건의료서비스의 전달에는 여전히 마찬가지로 한계가 있으며, 이러한 서비스를 전달할 수 있도록 교육과 훈련이 지속적으로 제공되어야 하는데 아직까지 많은 한계를 가지고 있는 상황임.

1) 개요

- (에티오피아 보건시스템 구성요소 분석) 에티오피아 보건시스템 분석에 WHO(2007)에서 제시하고 있는 6가지 요소로 나누어 현황을 알아보았다. 리더십 및 거버넌스, 보건의료 서비스 전달, 의약품 및 기술, 보건의료인력, 보건의료재정, 보건의료정보로 각각 그 현황과 당면한 주요 문제점을 파악하였다.
- (에티오피아 보건시스템의 주요 문제점) 에티오피아는 정부의 거버넌스가 강력한 국가로서 보건분야에서는 특별히 보건부가 강력한 리더십으로 다양한 프로그램들을 주도하고 있지만 지방분권화로 인해 연방정부와 주정부 사이의 통일된 조정이 쉽지 않고, 다른 분야의 부처간 조정이 효율적, 효과적으로 이루어지지 않아 개발 파트너의 지원에 의한 프로그램 및 프로젝트의 실행이 원활하지 않은 경우가 발생하고 있다. 또한 에티오피아의 보건서비스는 일차보건의료와 소외지역에 의료서비스의 접근성을 향상하는데 초점이 맞추어져 있으므로 지역보건요원(HEW)와 보건개발요원(HDA)의 활용이 굉장히 유용하고 그 효과성이 조금씩 나타나고 있으나 일차보건의료 이상의 높은 수준과 기술을 요하는 통합적 응급산과진료(CEmONC)와 같은 보건의료서비스의 제공에는 한계가 있다. 이러한 서비스를 전달할 수 있도록 교육과 훈련이 지속적으로 제공되어야 하는데 이를 위한 충분한 리소스와 펀드가 제한적인 상황이다.

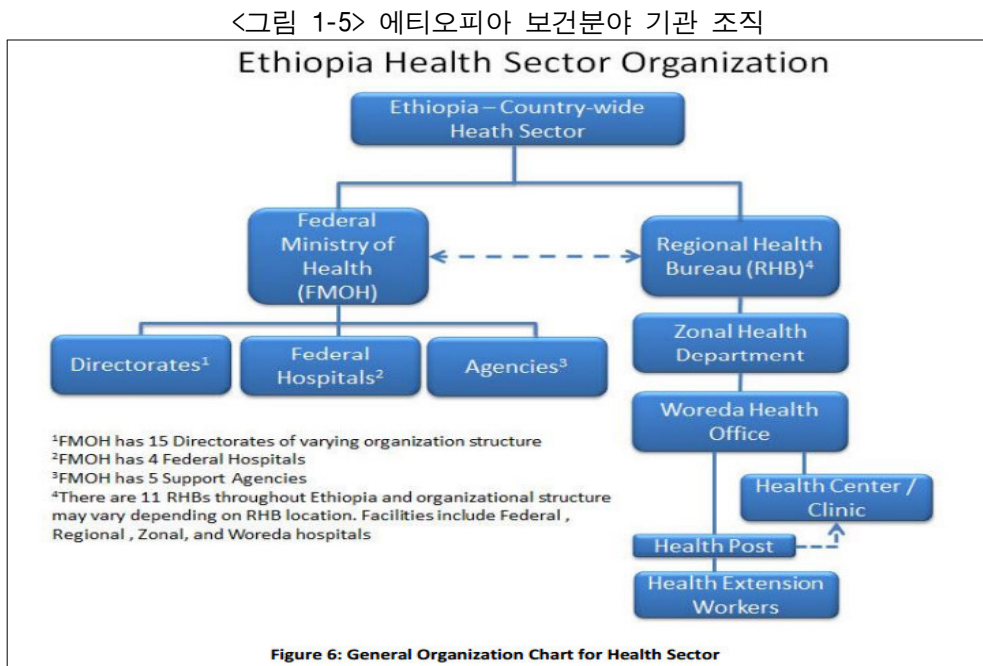
2) 리더십과 거버넌스 (Leadership & Governance)

- (보건부 거버넌스 구조와 역할) 에티오피아는 연방 정부로 움직이고 있다. 헌법은 연방정부 보건부(FMOH), 지역정부 보건담당국(Regional Health Bureaus, RHBs), 와레다 보건담당부(Woreda Health Offices, WoHOs)가 보건 정책, 규제, 서비스 전달을 위한 책임을 공유한다고 제시하고 있다. 정부의 지방분권화 정책에 따라 보건분야의 정책 결정은 연방정부 보건부(FMOH)에서 지역정부 보건담당국(RHBs)과 와레다 보건담당부(WoHOs)로 옮겨졌다. 보건부(FMOH)와 지역정부 보건담당부(RHBs)는 정책 형성과 기술지원에 초점을 맞추고 있는 반면, 와레다 보건담당부(WoHOs)는 그들의 권한 내에서 보건시스템의 실행과 운영을 관리하기 위한 일차적인 책임을 갖게 되었다.
- (에티오피아 정부의 부처간 조정 기능) 정부의 다양한 부처간의 정기적인 회의는 한달에 한번씩 열리고 있다. 이 회의는 Ministry of Civil Service가 의장의 역할을 담당하여 부처간 실행과 정부개혁 우선순위의 실행을 추진하고 있다. 이 회의의 주요 안건은 개발요원(development army)의 실행에 맞추어진 공무원개혁의 현황을 포함하고 있다. 이러한 고위급 포럼은 다분야간의 협력이라는 의미에서 다양한 기회를 제공한다. 보건부(FMOH)는 여기에서 보건과 관련된 식수, 영양, 재정, 교통, 젠더 등과 같이 다루어야 할 다양한 이슈들을 보고하고 있다.
- (에티오피아 보건부 수준의 내부 조정) 에티오피아 보건부 수준의 조정과 정책 실행을 위하여 여러 조직이 존재한다.
 - 보건부 조정위원회(The Management committee of the FMOH): 보건부장관 혹은 주정부장관이 의장이 되어 매주 정기적인 회의를 실시하고 보건개발요원(Health Development Army, HDA)와 같은 다양한 개혁과 관련된 실행의 현황과 연간 계획의 우선순위와 목표, 실행 등을 함께 리뷰한다.
 - 보건부 실행위원회(The Executive committee of the FMOH): 보건부 실행위원회는 보건부 장관이 의장이 되고 주정부 장관과 4개의 기관의 국장이 참석하여 매주 진행되나 때로는 더 자주 만나서 결정해야 하는 사항에 대해 논의를 하기도 한다. 보건부와 관련 기관들 사이에서 HSDP를 실행하고 우선순위를 잘 맞추기

위한 역할을 한다 (Federal Ministry of Health and Regional Health Bureaus, 2013).

- 연방정부 보건부 산하 기관 5개: 연방보건부 산하 기관 5개는 아래와 같다. 5개의 기관은 보건부 산하에서 기능하고 있다. HIA는 최근에 설립되었다.

- (1) HIV/AIDS Prevention and Control Office(HAPCO)
- (2) Food, Medicine, Health Administration and Control Agency(FMHACA)
- (3) Pharmaceutical Fund Supply Agency(PFSA)
- (4) Ethiopian Health and Nutrition Research Institute(EHNRI)
- (5) Health Insurance Agency(HIA)

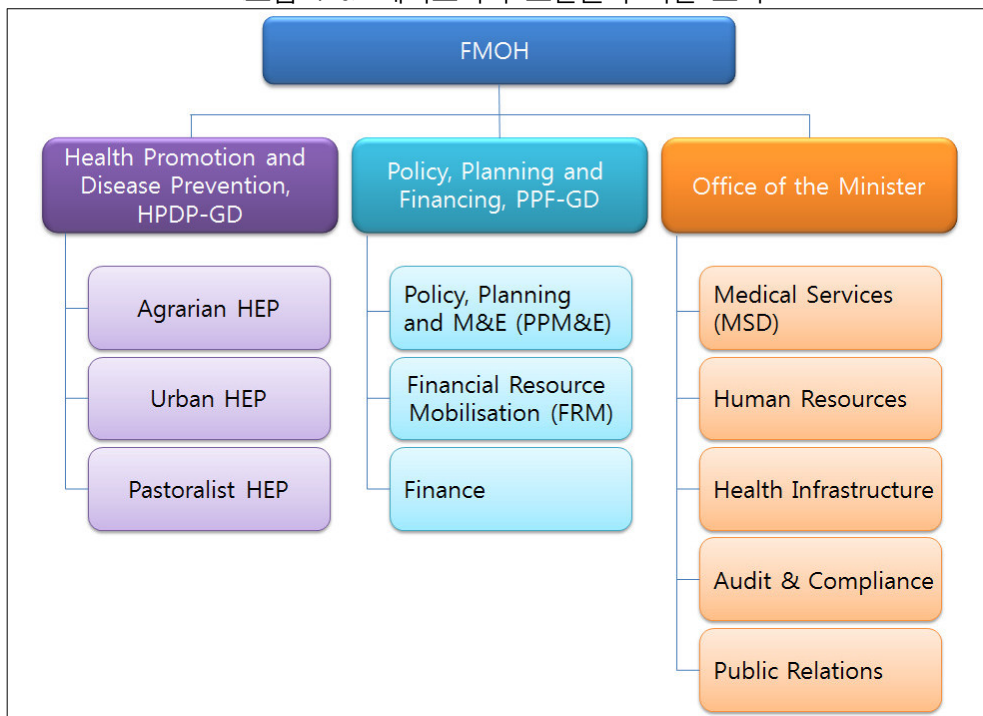


출처: Balanced Scorecard Institute (2013) Ethiopia Health Sector-Federal Ministry of Health Case Study

- (에티오피아 보건부 조직) 보건부(FMOH)는 보건분야개혁을 2009년에 실시하면서 재조직되었다. 보건부는 3개국에 11개의 부서가 있다. 1) 보건증진과 질병예방국 (Health Promotion and Disease Prevention, HPDP-GD), 2) 정책기획재정국

(Policy, Planning and Financing, PPF-GD), 3) 부처 사무국(Office of the Minister)로 구성되어 있다 (Federal Ministry of Health and Regional Health Bureaus, 2013).

<그림 1-6> 에티오피아 보건분야 기관 조직



출처: Federal Ministry of Health and Regional Health Bureaus (2013) Ethiopia Health Sector Development Program Mid-Term Review of HSDP IV, 저자 재구성

- (지방수준의 협력과 조정) 연방정부보다 한단계 아래 수준에서의 협력과 조정을 위해 보건부와 지방정부 보건담당국의 공동운영위원회(Joint Steering Committee)가 있어 보건부 장관이 의장을 맡고 두달에 한번씩 실제 미팅을 갖거나 텔레컨퍼런스 등을 통해 회의를 진행한다. 이 위원회는 HSDP IV의 우선적 이슈들을 원만하고 효과적으로 실행하는 것을 촉진하는데 그 목적이 있으며, 이러한 메카니즘은 잘 기능하고 있다고 평가를 받았으며, 참석율도 매우 높았다. 지방단위 수준의 원활한 조정을 위해 모든 지방정부 보건국(RHBs)와 지역(Districts) 단위도 조정위원회가 있으며 매주 혹은 격주로 회의를 가지고, 반기별 리뷰 회의를 와레다와 보건기관행정 담당과 함께

연간 목표의 진행사항 리뷰를 위해 가지고 있다. 또한 보건기관 수준에서 보건기관의 95%가 이사회와 같은 경영 및 관리 자체 조직을 가지게 되었고 52%의 병원 이사회와 49%의 보건소 이사진들은 매달 회의를 갖고 있는 것이 보고되었다. 이러한 조직은 지역사회의 욕구에 대해 보건시설이 가지는 책임성을 지속적으로 따르고 진행하기 위한 계획, 예산 배분, 모니터링을 결정하는 주요한 도구로서 기능하고 있다.

- (지방수준의 협력과 조정) 에티오피아 각 레벨에서의 보건분야에 관한 이해관계자와의 협력과 조정을 위해 3가지 단계로 나누어 조정이 이루어지고 있다. 2011년 이후로 연방정부에서의 HSDP의 구조가 재조정되면서 중앙공동운영위원회(Central Joint Steering Committee)가 사라지고 공동협의포럼(Joint Consultative Forum)이 설립되었으며, HSDP 조화 매뉴얼(HHM)은 현재 이러한 변화를 반영하도록 업데이트 되고 있는 중이다.
- 연방(Federal) 수준: 에티오피아 정부와 개발 파트너, NGO와 그 외의 이해관계자가 함께 섹터 정책과 개혁 이슈에 대해서 논의할 수 있는 Joint Consultative Forum(JCF), JCF의 기술적 지원을 담당하여 실행 감독을 제공하는 Joint Core Coordinating Committee(JCCC), 연간리뷰미팅(Annual Review Meeting), Global Fund against AIDS, Tuberculosis and Malaria(GFATM)과의 조정을 담당하는 Country Coordinating Mechanism(CCM)을 통해 조정이 이루어지고 있다.
- 지방(Regional) 수준: 지방수준에서는 파트너 포럼(Partners' Forum)이 정기적으로 개최되고 있고 지방공동운영위원회(Regional Joint Steering Committee, RJSC)가 Tigray, SNNP, Oromia, Amhara and Dire Dawa에서 잘 기능하고 있으며, Afar, Somali, Benishangul Gumuz, Gambella에서는 존재하지 않거나 기능하지 않는 것으로 조사되었다.
- 군단위(District) 수준: 와레다 공동운영위원회, Woreda Joint Steering Committee, WJSC와 케벨레(마을) HIV와 보건위원회가 구성되어 있다.
- (One Plan, One Budget, One Report) 에티오피아 정부는 연방정부와 주정부로 분리되어 있는 체계를 통합적 계획을 통해 실행할 수 있도록 One Plan, One Budget, One Report 계획을 설정하였다.
- One Plan: HSDP은 단일적 전략계획들을 가지고 보건분야의 조정을 하도록 하였

으며, District based annual plan은 수평적 통합(Across programs)과 수직적 통합(From district to national level)로 구성함

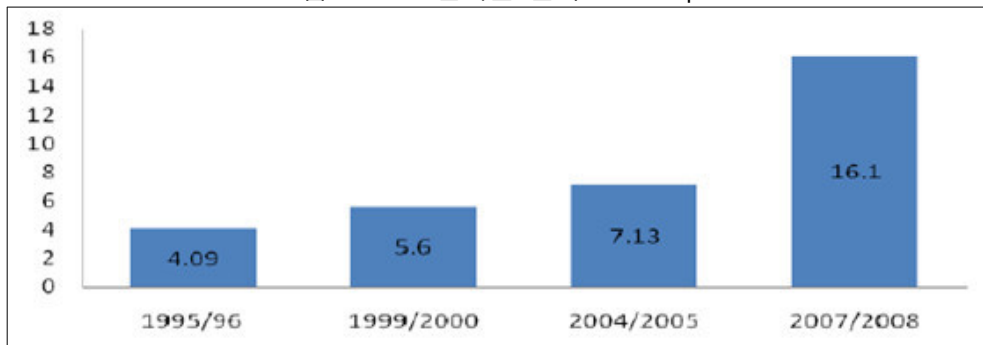
- One Budget: MDGs 펀드들은 HSDP 중심을 우선순위로 재정지원 하도록 함
- One Report: HMIS는 통합과 조화를 목적으로 한 보고체계가 되도록 함

○ (에티오피아 리더십과 거버넌스의 도전과제) 에티오피아 정부의 구조와 기능은 각 부처 및 조직마다 명확하게 설정되어 있으나 보건분야의 거버넌스의 주요한 도전 과제 중 하나는 공공분야와 그 외의 개발 파트너와 같은 이해관계자들의 조정에만 지나치게 집중하고 있다는 점이다. 그에 반해, HSDP IV와 조화 매뉴얼(Harmonization Manual)을 포함한 모든 문서에서 이야기 하고 있는 보건서비스 전달의 책무성과 투명성, 그리고 지역사회의 목소리는 덜 강조되고 있다. 또한 식수와 위생 분야와 같은 다른 섹터와의 조정 및 협력이 효과적, 효율적으로 이루어지지 않고 있다는 한계를 가지고 있으며, 이러한 것은 개발 파트너와의 협력에서도 이러한 다분야에서의 조정에 마찬가지로 도전과제를 갖고 있다. 이러한 한계는 2014년 3월 현지조사 면담에서도 마찬가지로 제기되었는데, 실제 다른 개발 파트너들이 다분야의 사업을 진행하게 될 때, 서로 다른 부처간의 조정과 연방정부 및 주정부 사이의 조정이 원활하지 않아 혼동과 혼란이 있으며 이러한 사업의 진행 또한 서로 공유되기 어려운 상황임을 들을수 있었다. 특별히, 보건의료 서비스 분야에서 투명성과 책무성에 중요한 거버넌스 분야에 대한 투자와 지원이 우선순위에서 떨어지는 것도 한가지 주요한 도전과제였다 (Federal Ministry of Health and Regional Health Bureaus, 2013).

3) 보건의료 재정 (Health Financing)

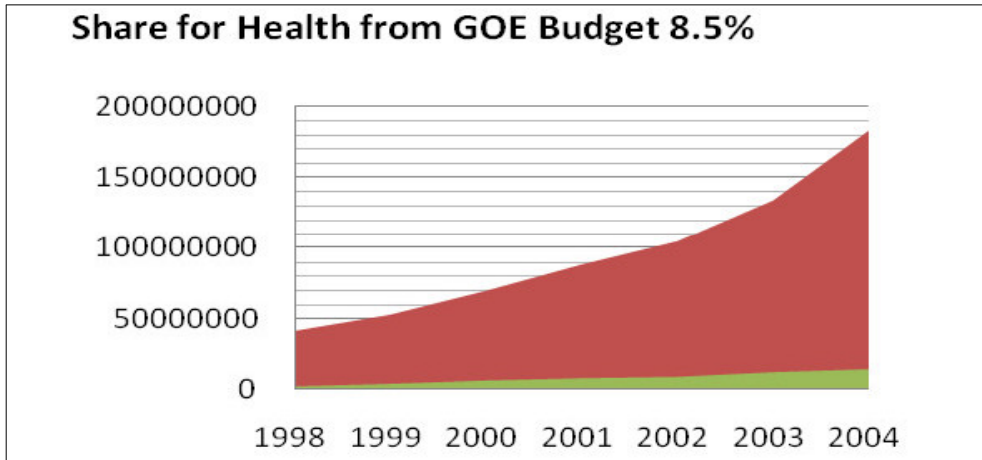
○ (에티오피아 보건분야 예산) 에티오피아의 보건서비스는 연방정부와 주정부의 재원으로 제공되고 양자와 다자기관과 민간분야로부터 무상원조와 유상원조를 받아 진행하고 있다. 에티오피아 정부의 보건분야 예산은 점차 증가하는 추세를 보이고 있다. HSDP IV에서 보건분야 예산의 목표를 1인당 16.1달러에서 32.2달러로 설정하고, 실행하고자 노력하고 있지만 달성은 미지수이다. HSDP IV에서 정부 전체 예산에서 보건분야의 비율은 5.6%에서 15%까지 증가시키하고자 하고 있으며, 에티오피아 자체 예산에서의 보건분야 예산 배분은 증가하고 있다. 하지만 전체 에티오피아 정부 예산으로부터 보건분야 배정 비율은 2011/12년에 8.5%에 불과하고 이 또한 지난 3년간 정체되고 있는 상황이다 (Federal Ministry of Health and Regional Health Bureaus, 2013).

<그림 1-7> 보건지출 변화 (USD/Capita)



출처: Federal Ministry of Health (2010) Health Sector Development Program IV 2010/11-2014/15

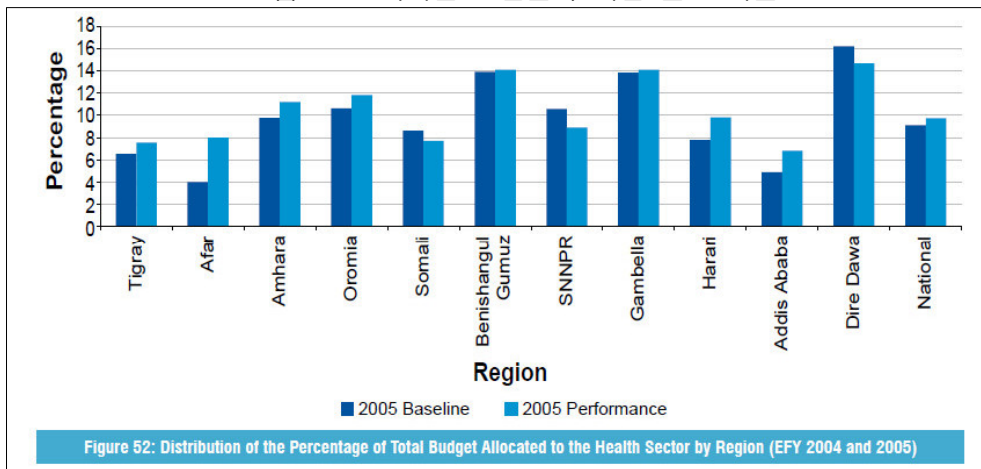
<그림 1-8> 에티오피아 보건분야 예산 추이



출처: Federal Ministry of Health and Regional Health Bureaus (2013) Ethiopia Health Sector Development Program Mid-Term Review of HSDP IV

- (에티오피아 주정부 수준의 보건분야 예산) 2012/13년(EFY 2005)의 주정부 수준에서의 보건분야 예산 배정의 비율은 9.75%로 연방정부보다 높은 비율을 보이고 있다. Addis Ababa 지역은 6.8%를 보였고 Dire Dawa가 14.7%이 보건분야 예산 배정 비율을 보였다 (Federal Ministry of Health, 2013).

<그림 1-9> 지역별 보건분야 예산 분포 비율



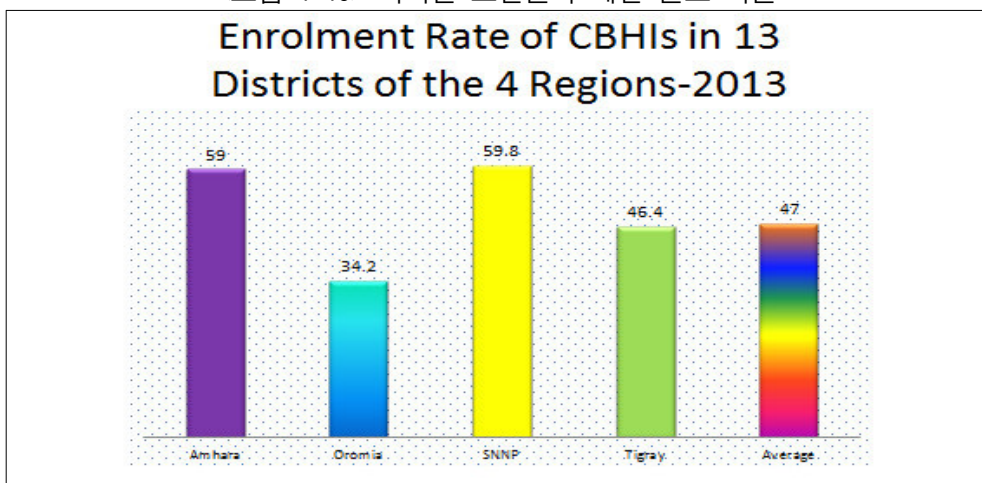
출처: Federal Ministry of Health (2013) Annual Performance Report

- (에티오피아 재정 관리) 보건부 내의 리소스 활용과 재정관리를 담당하고 있는 부서는 보건부 재정국(Finance Directorate) 산하의 Grant Management Unit(GMU)에서 담당하고 있다. 이 부서는 중앙정부 수준과 하위 수준의 재원을 관리하고 재정 부족 문제를 해결하기 위해 만들어졌다. 이 부서에서 펀드를 전달하기 위해 각 주정부 보건국(RHBs)과 MOU를 맺는 역할을 하는데 이 MOU는 금액, 목적, 보고 시기, 감리 시기, 종료 시기 등을 명확히 하게 된다. 이 부서는 2013년 10월부터 운영되었는데 개발 파트너의 지원 중 자금이 부족하게 된 금액이 2.5년 전에 1.2 Billion Birr에서 500 million Birr로 2015년 5월까지 감소하게 된 것이 보고되었다.
- (통합적 재정관리정보체계, Integrated Financial Management Information System, IFMIS) 통합적 재정관리정보체계는 근거, 통합, 조정을 통해 공공재정 관리를 개선하고자 하는 목적을 가진다. 이 체계는 완전한 전자시스템으로 설계되어서 와레다넷(Woreda-net)에서 사용되고 재정경제개발부(MOFED)에 의해 주도되는 다분야 이니셔티브이다. IFMIS의 보건분야는 보건부 수준으로 설계되고 실행되며, 아직까지 중앙정부 하위 단위까지로 확장되지는 않은 상황이다.
- (국가건강보험 제도) 에티오피아 정부는 보건의료 서비스 이용에 있어 높은 환자 부담비용(Out of Pocket)을 주요한 도전과제로 여기고 이를 극복하고자 사회건강 보험제도(Social Health Insurance, SHI)와 지역사회건강보험제도(Community Based Health Insurance, CBHI)를 도입하게 되었다. HSDP IV에서 사회건강보험제도(SHI)의 등록자를 1%에서 50%로 높이고 지역사회건강보험제도(CBHI)는 실행하고 있는 지역에서 파일럿을 마치는 것을 목표로 삼고 있다. 에티오피아 정부는 건강보험공단(Health Insurance Agency, HIA)의 창립을 마치고 국가건강 보험(SHI)를 시작하였다. CBHI는 SHI와 함께 에티오피아의 보편적 의료보장을 위한 주요한 도구로서 HSDP IV에 의해 진행될 것으로 보인다.
- 사회건강보험제도(SHI): 에티오피아 정부는 2013년 7월에 전국적으로 사회건강보험제도를 시작하고자 계획을 세웠지만 이러한 시스템을 관리하는 건강보험공단(HIA)의 역량, 수익을 내기 위한 역량, 보건시설 입증과 상환, 보건서비스의 질 확인, 건강보험과 관련된 위험 모니터 등의 다양한 고려사항들이 존재하였다. 또한, 다양한 기술 전문가를 고용하고, 건강보험을 확인하고 기초조사를 위한 주요

한 연구를 실행 등에 필요한 재원의 부족 또한 있어, 다양한 개발 파트너에게 기술적, 재정적 지원을 지속적으로 요청하게 되었다.¹⁾

- 지역사회건강보험제도(CBHI): CBHI는 Amhara, Oromia, SNNP, Tigray 5개의 주의 13개의 군(District)에서 파일럿으로 실시되었다. CBHI 파일럿 실행을 위해서 각 지역과 와레다 보건국, 보건소와 병원의 인력 교육을 실시하여 141,656개 가구가 등록하였다. 13개 군(District) 중에서 CBHI의 평균적 보장 비율은 47%로 나타났다.

<그림 1-10> 지역별 보건분야 예산 분포 비율



출처: Federal Ministry of Health and Regional Health Bureaus (2013) Ethiopia Health Sector Development Program Mid-Term Review of HSDP IV

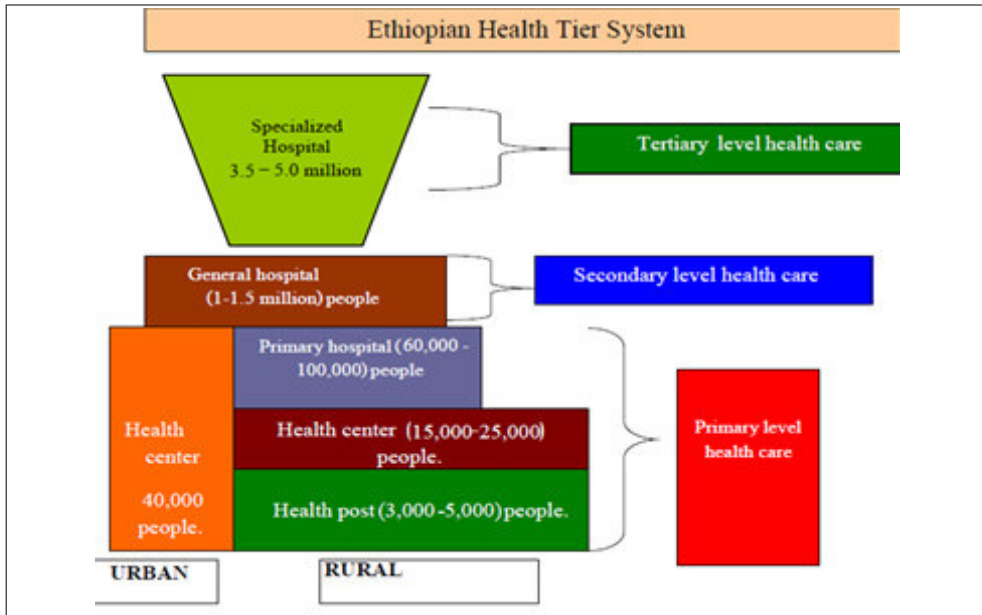
- (에티오피아 보건의료재정 분야의 도전과제) 에티오피아의 보건의료재정 분야에 대한 평가에서 도전과제로 제시된 것은 연방정부 하위의 주정부 단위와 그 이하의 다양한 펀드 및 리소스 등에 대한 맵핑이 구체적으로 이루어질 필요가 있다는 점이다. 또한 MDG PF를 포함한 중앙정부 수준으로 지원된 펀드의 경우, 펀드의 배분 결정에 있어 주정부 및 지역의 담당자들이 참여하는 구조를 만드는 것 또한 주요한 도전과제 중 하나이다. 그 외에도 펀딩의 지원에 한계가 있는만큼 그에 따른 현실적인 보건분야의 계획이 짜여질 필요가 있다 (Federal Ministry of Health and Regional Health Bureaus, 2013).

1) 2014년 3월 현지조사 보건부 면담 결과

4) 보건의료서비스 전달 (Health Service Delivery)

- (보건의료 전달체계) 에티오피아의 보건서비스는 3단계 체계로 재구성 되었으며, 일차보건의료 제공단위(Primary Health Care Unit), 보건소(Health Center), 일차병원(Primary Hospital), 일반병원(General Hospital), 전문병원(Specialized Hospital)으로 구성되어 있다.
- 일차보건의료 제공단위(Primary Health Care Unit): 1개의 Health Center와 5개의 위성 Health Post로 구성되어 있으며, 25,000명 인구에게 보건의료 서비스를 제공한다. Health Post에는 2명의 Health Extension Worker로 구성되어 있으며 이들은 20%시간을 Health Post에서 보내고 80%의 시간을 Community Outreach program으로 활용한다. Health Extension Worker는 가족계획, EPI, OTP, 필수 신생아 서비스 제공, 말라리아 진단 및 치료, 폐렴 진단 및 치료를 제공하며, 96시간을 Health Extension Program 중 선택된 Package에 가족들을 교육하도록 되어 있다.
- Health Center(보건소): 평균 20명의 직원이 있으며, 예방, 치료 서비스 제공한다. HEW의 교육 기관, 환자 이송 기관이며, 5개의 입원침대가 있다.
- 일차병원(Primary Hospital): 평균 53명의 직원이 있으며, 입원 서비스와 응급 서비스를 약 100,000명 대상으로 제공한다. 응급 수술(제왕절개, 수혈) 제공이 가능하고, 보건소(health center)와 그 담당지역의 환자 이송 기관이며, 간호사와 응급구조 전문가의 교육 기관이다. 보통 25-50개의 입원침대가 있다.
- 일반병원(General Hospital): 평균 234명의 전문 직원 있으며, 입원 서비스와 응급 서비스를 약 1,000,000명 대상으로 제공한다. 일차병원(Primary Hospital)의 환자 이송 기관이고, 간호사와 응급외과, 보건행정이 교육 기관으로 지정되어 있다.
- 전문병원(Specialized Hospital): 평균 440명 전문 직원이 있으며, 약 5,000,000명 대상으로 서비스 제공한다. 일반병원(General Hospital)의 환자 이송 기관이다 (FMOH, 2010).

<그림 1-11> 에티오피아 보건전달체계



출처: FMOH (2010) Health Sector Development Program IV 2010/11-2014/15

○ (보건의료기관 증가 추이) 에티오피아는 지역사회 수준에 보건의료 서비스를 전달하기 위해 HSDP를 통해 지속적으로 보건시설들을 늘려가는 정책과 전략을 설정하여 실행하고자 했다. 아래 HSDP IV에 조사된 내용을 살펴보면, 보건지소(Health Post)와 보건소(Health Center), 병원(Hospital)이 지속적으로 증가하는 추세에 있는 것을 확인할 수 있다.

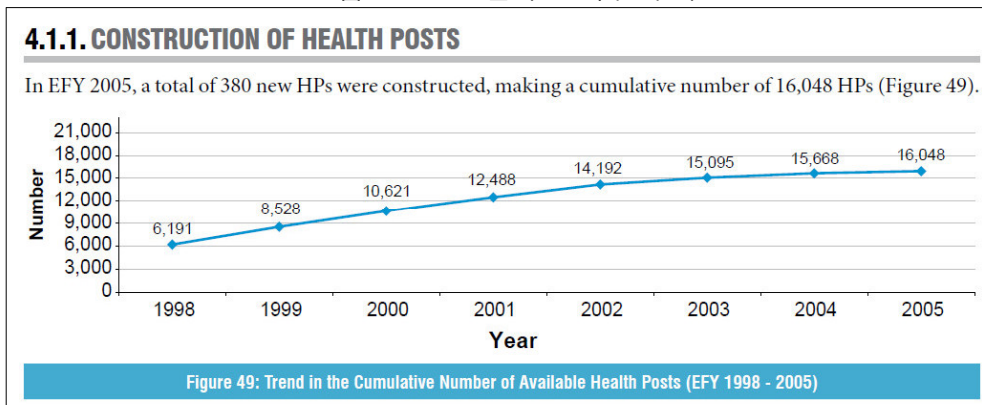
<표 1-1> 의료기관 현황

기관	HSDP I	HSDP II	HSDP III
Health Post	76	2,899	14,416
Health Center	412	519	2,689
Hospitals	87	126	195

출처: FMOH (2010) Health Sector Development Program IV 2010/11-2014/15,

- (보건지소의 증가와 지역별 분포) 보건지소는 지역사회와 각 가정에 기본적인 일차보건의료를 전달하는 기관으로서 역할을 하고 있다. 에티오피아 보건부는 보건지소를 확대하고 늘리는 계획을 가지고 2012/13년(EFY2005)에 16,000여개 이상의 보건지소를 만들었으며, 이는 지속적인 증가 추세를 보이고 있다. 하지만 이는 지역별로 상이한 분포를 보이고 있는데, Oromia 주에서 가장 많은 6,368개의 보건지소가 있는 반면, Harari에는 26개의 보건지소만이 있는 것을 확인할 수 있다. 이러한 분포 경향은 병원이나 보건소의 접근성이 높은 지역과 낮은 지역에 따라 다른 방식으로 보건지소가 설립이 추진되고 있다. 따라서 지역이 넓고 보건의료 시설이 상대적으로 부족하며 접근성이 낮은 지역, Oromia, SNNPR, Amhara, Somali 지역에 많이 분포하고 있다.

<그림 1-12> 보건지소 개수 추이



출처: FMOH (2013) Annual Performance Report

<그림 1-13> 지역별 보건지소 개수

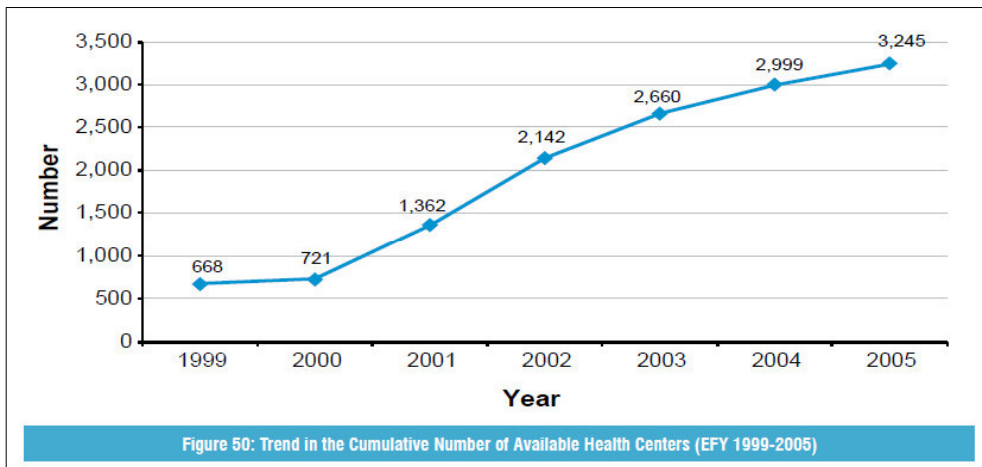
Table 14:
Cumulative Number of Available Health Posts by Region
(EFY 2005)

Region	Cumulative Number of Available HPs in EFY 2005
Tigray	650
Afar	314
Amhara	3,302
Oromia	6,368
Somali	1,062
Benishangul Gumuz	361
SNNPR	3,829
Gambella	105
Harari	26
Dire Dawa	31
National	16,048

출처: FMOH (2013) Annual Performance Report

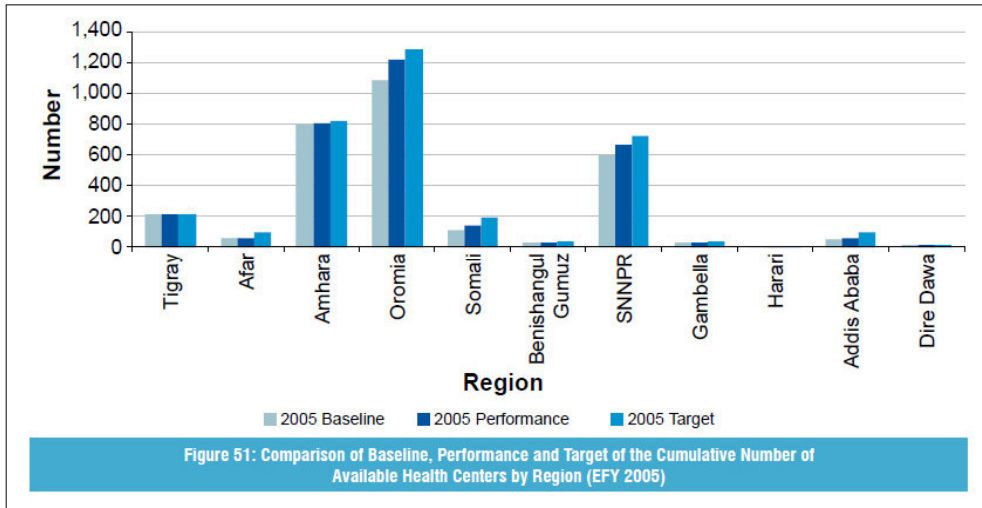
- (보건소의 증가와 지역별 분포) 에티오피아 정부는 보건지소와 마찬가지로 보건소를 확대하고 늘리는 계획을 가지고 2012/13년(EFY2005)에 3,200여개의 보건소를 가지게 되었다. 보건소의 개수는 지역별로 상이한 분포를 보이고 있는데, Oromia 주에서 가장 많은 보건소가 있는 반면, Harari에는 가장 적은 보건소만이 있는 것을 확인할 수 있어, 보건지소와 비슷한 분포를 보이고 있었다.

<그림 1-14> 보건소 개수 추이



출처: FMOH (2013) Annual Performance Report

<그림 1-15> 지역별 보건지소 개수



출처: FMOH (2013) Annual Performance Report

- (지역별 병원 개보수) 2012/13년 에티오피아 지역별 병원의 현황과 현재 개보수 및 건축되는 현황을 살펴보면, 기존 127개의 병원이 있으나 면적과 인구에 비해 상대적으로 병원이 부족한 지역인 Amhara, Oromia, SNNPR에 현재 새로운 병원을 각 지역에 50개 이상 건축 진행 중이었다.

<그림 1-16> 지역별 병원 개보수 현황

Table 15:
Hospital Construction/Upgrading Status by Region
(EFY 2005)

Region	Newly completed	Ongoing construction	Upgrade	Total Available Hospitals
Tigray	0	0	0	15
Afar	0	1	0	5
Amhara	0	55	0	19
Oromia	2	56	0	41
Somali	1	0	1	9
Benishangul Gumuz	0	4	0	2
SNNPR	1	58	1	21
Gambella	0	0	3	1
Harari	0	0	0	2
Addis Ababa	0	0	0	11
Dire Dawa	0	1	1	1
National	4	175	6	127

출처: FMOH (2013) Annual Performance Report

- (보건서비스 확장 프로그램, Health Extension Program, HEP) 에티오피아 정부는 농촌지역의 다수에게 예방과 치료를 제공하는 보건서비스의 접근성을 높이기 위한 도전적인 보건 프로그램인 HEP를 실시하였다. HEP는 일차보건의료의 개념과 원리와 비슷하지만 HEP가 더 가족 중심적이며, 덜 기관중심적인 차이가 있다. 에티오피아 정부는 HSDP를 통해 2009년까지 3만명의 Health Extension Worker(HEW)를 교육 및 파견하여 HEP를 실행하는 목표를 세웠다. HEP의 실행을 위해 주요한 역할을 하는 HEW를 통해 Health Extension Package(HEP)를 전달하도록 한다.
- (보건확장요원, Health Extension Worker, HEW) HEP에 주요한 역할을 하는 HEW는 18세 이상의 10학년 이상의 여성 졸업자들을 대상으로 Selection Committee에서 Woreda Health Office, Woreda Capacity Building Office, WORWORED Education Office의 대표, 지역으로부터 추천을 받아 선정되며, 선정된 후에는 1년간의 강의와 현장경험 교육을 받는다. 이들은 케벨레(Kebele)의 보건지소를 기반으로 활동하며 정부에게 고용되어 월급을 받는다.
- (보건확장패키지, Health Extension Package, HEP) 보건확장패키지(HEP)는 모성과 아동에게 영향을 끼치는 이슈들과 관련되어 있다. 보건확장패키지는 4가지 예방서비스의 영역에 초점이 맞추어져 있으며 농촌 지역사회에 접근하고 불평등을 해결하기 위한 16가지 패키지로 구성되어 있다.

<표 1-2> Health Extension Package 구성요소(16가지)

영역	세부내용
Disease prevention and Control	• HIV/AIDS와 Sexually Transmitted Infections(STIs), TB 예방과 관리 • 말라리아 예방과 관리 • 응급치료 관련 대책
Family Health	• 모자보건 • 가족계획 • 예방접종 • 영양 • 청소년 생식보건
Hygiene and Environmental Sanitation	• 노폐물 처리 • 액체 노폐물 처리 • 물공급과 안전 관련 대책 • 음식 위생과 안전 관련 대책 • 건강한 가정 환경 • 벌레와 설치류 관리 • 개인 위생
Health Education and Communication	• 보건교육과 커뮤니케이션

출처: FMOH (2010) Health Sector Development Program IV 2010/11-2014/15,

- (보건개발요원, Health Development Army, HDA) 보건개발요원(HDA)의 목적은 HEP의 성과를 통합하고 참여적인 학습과 활동적인 회의를 활용한 활동들을 통해 프로그램에 대한 지역사회의 오너십을 증진하기 위함이다. HDA는 보건증진과 질병 예방 메시지를 배포하기 위해 형성된 네트워크이다. HDA는 하나의 모델 가구와 다섯 가구가 서로 연결되어 있는 것이며, 건강한 생활 습관이 서로 영향을 미칠 수 있도록 설계되어 있다. HDA는 HEP의 실행과 주요한 서비스를 활성화하는 것의 방해하는 것을 확인하고 그룹에서 이를 극복하기 위한 전략을 선택하여 각 지역사회 수준에 커뮤니케이션을 통해 전략을 실천하고 그들의 활동을 평가하는 도구를 개발하기도 한다 (FMOH, 2013).

5) 보건의료 인력 (Human Resources)

- (에티오피아 보건의료인력 부족) 에티오피아의 보건의료 인력 양성의 역사는 80년 이상이 되었다. 에티오피아에서 간호사(1940년), 보건행정가(1952년), 조산사(1953년), 의사(1964년), 전문의(1979년) 양성 프로그램을 통해 각 보건의료 전문가들을 길러내고 있으나 대부분의 종류의 의료인력 부족현상을 겪고 있었다 (Federal Ministry of Health and Regional Health Bureaus, 2013).
- (보건의료인력의 현황) 2009/10년(EFY 2002)년은 HDSPIV가 시작되기 이전에 의료 인력의 종류별 현황을 확인하였을 때 지역사회 일차보건의료 수준의 보건의료 인력은 상대적으로 덜 부족한 상황이었다. 농촌지역 케벨레(Kebele)에 위치한 12,000개의 보건지소(HP)에 3만 명이상의 지역보건요원(HEW)이 있었으며, 그 외에 도심지역 지역보건요원(HEW)이 있는 상황이었다. 앞부분 보건의료서비스 전달에서도 언급되었지만 지역보건요원(HEW)가 16개의 영양과 말라리아와 같은 치료적 서비스와 함께 대부분의 예방 서비스를 포함한 보건확장패키지(HEP)를 전달하는 역할을 담당한다. 반면, 의사와 간호사, 조산사의 경우 2010년 당시 의사는 2,100여명으로 인구 34,000명 중 한명의 의사의 비율을 보였으며, 간호사는 20,000여명으로 인구 4,900명당 한명의 간호사, 조산사의 경우 또한 1,379명으로 57,000여명 중 한명의 조산사의 비율을 보이고 있었다. 이는 WHO에서 제시하고 있는 인구 10,000명당 1인의 의사, 100명의 연간 출생마다 1인의 조산사가 있어야 하는 보건의료인력 권고사항에 비해 간호사만이 이러한 권고사항에 부합하며, 그 외의 에티오피아의 보건의료인력은 턱없이 부족한 상황임을 보여주고 있다.

<표 1-3> 의료인력현황

의료인력종류	HSDP I		HSDP II		HSDP III	
	총계	비율	총계	비율	총계	비율
All physician	1,888	1: 35,603	1,996	1:35,604	2,152	1:34,986
Specialist	652	1:103,098	775	1:91,698	1,151	1:62,783
General practitioners	1,236	1:54,385	1,221	1:58,203	1,001	1:76,302
Public Health Officer	484	1:138,884	683	1:104,050	3,760	1:20,638
Nurses Bsc, & Diploma (Except Midwives)	11,976	1:5,613	14,270	1:4,980	20,109	1:4,895
Midwives (Senior)	862	1:77,981	1,274	1:55,782	1,379	1:57,354
Pharmacists	118	1:569,661	172	1:413,174	661	1:117,397
Pharmacy Tech	793	1:84,767	1,171	1:60,688	3,013	1:25,755
Environmental HW	971	1:69,228	1,169	1:60,792	1,819	1:42,660
Lab technicians & Technologists	1,695	1:39,657	2,403	1:29,574	2,989	1:25,961
Health Extension Worker	-	-	2,737	1:23,775	31,831	1:2,437

출처: FMOH (2010) Health Sector Development Program IV 2010/11-2014/15

○ (에티오피아 보건의료인력 계획) 에티오피아 보건부는 HSDP III 리뷰와 HRH Strategy 2002-2012의 평가 내용을 반영하여 HSDP IV가 2015년까지 달성해야 하는 목표를 아래와 같이 설정하고 이를 실행하기 위한 노력을 진행하고 있다. 이와 함께 의과학 교육인원, 통합적 응급외과인력, 지역보건요원(HEW), 조산사 증가를 실현하기 위한 활동들을 실시하고 있다.

- 인구 1,000명당 0.7명의 보건의료인력을 인구 1,000명당 1.7명으로 증가
- 인구 37,996명당 1인의 외과의사의 비율을 5,500명당 1인으로 증가
- 2,002명의 훈련되고 파견된 조산사의 수를 8,635명으로 증가

- (의과대학 학생 현황) 2011/12년(EFY 2004)의 의사 1인의 담당 인구는 36,158명으로 2012/13년(EFY 2005)에는 26,943명으로 줄어들어 의사 인구가 증가하고 있는 추세를 보여주고 있다. 에티오피아에 있는 11개의 의과대학과 3개의 병원의 대를 통해 지속적으로 의사 인력을 양성하고 있으며, New Medical Education Initiative(NMEI) 산하의 새로운 13개의 의과대학을 통해 2011/13년(EFY 2005)에는 총 11,291명의 의과대학생들이 교육을 받고 있다.

<그림 1-17> 의과대학 학생 수

University	1 st Year	2 nd Year	3 rd Year	4 th Year	5 th Year	6 th Year	Total
Adama	0	0	94	134	101	0	329
Addis Ababa	245	320	235	290	294	177	1,561
Arba Minch	125	107	62	62	51	0	407
Bahir Dar	235	169	106	108	72	66	756
Defence	0	30	0	0	28	0	58
Gondar	245	100	200	212	173	194	1,124
Haromaya	225	225	188	108	66	67	879
Hawassa	252	258	125	258	110	80	1,083
Jimma	395	310	222	213	199	148	1,487
Mekele	252	323	175	184	199	119	1,252
St. Paul	170	125	127	42	33	38	535
Total*	2,144	1,967	1,534	1,611	1,326	889	9,471
NMEI	987	833	0	0	0	0	1,820
Grand Total	3,131	2,800	1,534	1,611	1,326	889	11,291

*The difference between the number of medical students published in the EFY 2004 Annual Performance Report is due to the inclusion of Arba Minch, Bahir Dar, Defence, Haromaya Universities, and St. Paul Medical School in the present report for EFY 2005.

출처: FMOH (2013) Annual Performance Report

- (포괄적 응급산과인력과 조산사 양성) 보건부(FMOH)에 의해 디자인된 주요 이니셔티브 중 하나는 부인과 의사 혹은 외과 의사가 없는 일차병원에서도 응급산과진료와 외과 서비스를 제공하도록 하는 것이었다. 포괄적 응급산과인력(IESO) 교육은 3년 과정의 석사 과정으로 5개의 대학에서 임신과 신생아 출생과 관련된 모성사망을 감소시키기 위해 개설되었고 40명의 보건담당자들이 이 과정을 마치고 각각 다른 보건의료시설에서 일하게 되었다. 현재 이 과정을 통해 교육받고 있는 인력은 전체 400명이 있다. 한 개의 보건소마다 2명의 조산사가 상주하는 보건부의 계획을 실행하기 위한 조산사 양성 프로그램으로 실시하여 1,632명의 졸업생을 길러내게 되었다.²⁾

2) 실제 졸업인원은 1,558명으로 집계되었음

<그림 1-18> 포괄적 응급산과인력 수

Number of IESO Trainees and Number of Graduates (EFY 2005)		
University/College	Number of Students on Training	Number of Graduates
Jimma	49	20
Mekele	51	24
Hawassa	52	17
Haromaya	62	14
Gondar	61	18
Adama*	40	0
SPHMMC*	13	0
Wollo*	28	0
Dilla	15	0
Arba Minch	14	0
Wolaita Sodo	15	0
Total	400	93

*Training initiated in EFY 2004

출처: FMOH (2013) Annual Performance Report

<그림 1-19> 조산사 수

Number of Trainees in Accelerated Midwifery Training Program (2nd and 3rd Round)			
Region / College	Intake (2 nd round)	Number of Graduated (2 nd round)	Intake (3 rd round)
Amhara Region			
Debre Tabor	147	147	90
Dessie	184	167	81
Teda	150	141	86
Bahir Dar	195	193	97
Debre Birhan	146	145	79
Oromia Region			
Metu	100	98	137
Nekemte	150	148	159
Shashemene	140	136	171
Negele	90	90	167
Fechi	140	140	-
Somali Region			
Jijiga	91	91	123
Benishangul Gumuz Region			
Pawi	41	41	0
Addis Ababa			
Menelik	98	95	0
Total	1,672	1,632	1,190

출처: FMOH (2013) Annual Performance Report

- (모자보건 관련 인력 현황) 일반 보건인력 외에 모자보건의 지표가 좋지 않은 에티오피아에 기여 요인 중 하나는 모자보건 관련 인력의 현황이다. 에티오피아의 모자보건에 직접적인 관련이 되어 있는 인력, 특별히 마취과 전문의는 매우 부족한 상황이다. 마취과 전문의는 포괄적 응급산과진료(comprehensive emergency obstetric care, CEmONC)를 제공하고 이와 관련된 의료 장비를 활용하는 능력을 갖춘 인력이나 현재 매우 부족한 상황이므로 에티오피아 정부는 마취과 전문의 혹은 마취 기술을 갖춘 간호사 양성에 대한 계획을 가지게 되었다. 마취전문 간호 인력 양성을 위해 2012/13년(EFY 2005) 보건부에서는 96명의 레벨5의 마취전문 간호사와 50명의 학위 졸업자를 훈련하여 기관에서 일하도록 하였다. 115명의 마취전문 간호사가 7개의 보건과학대학(Health Science College)에서 교육을 받고 있으며, 471명의 학생들이 6개의 대학의 학사 프로그램에서 교육을 받고 있다.

<그림 1-20> 레벨5 마취전문가 교육생 수

Number of Level V Anaesthesia Trainees (EFY 2005)			
Region	Health Science College	Number of Graduates (EFY 2004 Intake)	Number of Students Under Training (EFY 2005 Intake)
Harari	Harari	28	20
Amhara	Dessie	22	0
	Bahir Dar	16	0
	Teda	9	0
Tigray	Dr. Tewolde	21	0
SNNPR	Hawassa	0	15
	Hosana	0	8
	Arba Minch	0	12
Oromia	Shashemene	0	20
	Adama Hospital Medical College	0	20
	Nekemte	0	20
Total		96	115

출처: FMOH (2013) Annual Performance Report

- (지역보건요원의 교육 현황) 에티오피아의 지역보건요원(HEW)를 통해 효율적이고 각 지역사회의 가정과 개인들의 필요에 부합하는 보건의료 서비스를 제공하는 철학적 근거를 바탕으로, 에티오피아 정부는 지역보건요원Ⅲ(HEWⅢ)의 지식과 기술을 향상시켜 지역보건요원Ⅳ(HEWⅣ)로 자격을 갖도록 하는 활동들을 시작하였다. 지역보건요원Ⅳ(HEWⅣ)는 보건부(FMOH)와 교육부(FMOE)에 의해 개발된 직업표준에 맞추어져 있고, 정규 커리큘럼과 교육모듈을 사용하게 된다. 2011/12년(EFY 2004)에는 1,367명의 지역보건요원Ⅲ(HEWⅢ)가 정규 프로그램에 등록하였고 1,289명이 교육을 완료하고 지역보건요원Ⅳ(HEWⅣ)의 자격을 받게 되었다. 아래 표에 나타난 바와 같이 2012/13년(EFY 2005)에는 2,240명이 등록하였다.

<그림 1-21> 지역보건요원(Health Extension Worker)의 수

Table 21: Regional Distribution of HEWs Recruited for the Upgrading Program (EFY 2005)			
Region	No of Training Centers	Number of HEWs Graduated In EFY 2005	Number of HEWs Enrolled In EFY 2005
Oromia	4*	795	1,060
Amhara	5	246	500
SNNPR	5**	208	290
Tigray	2	40	200
Somali	2	---	106
Dire Dawa	0***	---	44
Harari	1	---	40
Total	19	1,289	2,240

* There were five training centers in Oromia Region in EFY 2004, but one center was closed and in EFY 2005 there were only four centers.
 ** There were four training centers in SNNPR in EFY 2004, but the number has increased by one center in EFY 2005.
 *** There was one training center in Dire Dawa in EFY 2004, but there was no such center in EFY 2005.

출처: FMOH (2013) Annual Performance Report

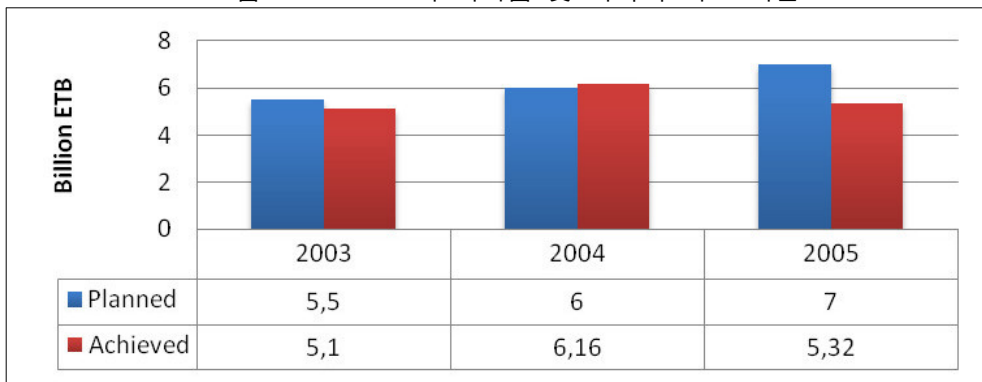
6) 의약품 및 기자재 (Medical products, Vaccines and Technologies)

- (에티오피아 약품체계) 에티오피아 보건부의 약품조달기관은 Pharmaceutical Fund and Supply Agency(PFSA)으로, 이 기관에서 각 보건의료시설에 의약품을 배포하는 역할도 담당하고 있다. Revolving Drug Fund(RDF), 의약품 프로그램, 의약품 공급과 기자재는 시간이 갈수록 증가하는 추세에 있다. Essential Pharmaceuticals List(EHCL)³⁾에 기초하여 16개의 Hubs/Warehouse의 네트워크를 활용하여 의약품을 보급하고 있다. Integrated Pharmaceuticals Fund and Supply Management Information System(IPFSMIS)에서 모든 수준에서 로지스틱과 관련된 활용과 정보들을 모으기 위해 PFSA와 각 보건기관 내부의 정보의 흐름 확장을 실행하고 있다. 이 네트워크는 중앙 PFSA의 warehouse와 일차, 이차 보건기관을 연결하며 이 두 가지의 정보흐름은 의약품 등의 재고, 소비, 각 보건기관들의 필요 물품에 관한 자료를 모으도록 하는 것이다 (Federal Ministry and Regional Health Bureaus, 2013).
- (에티오피아 약품 보급) PFSA는 2012/13년(EFY 2005)에 약 8.19 billion ETB 금액만큼 의약품과 기자재를 배포하였다. 2012/13년에 PFSA는 165개 유형의 필요 의약품과 의료 기자재를 Amhara와 Oromia 주에 위치한 1,858 보건소에 배포하기 위해 와레다 보건부(WoHOs)와 합의하였다 (Ethiopia MOH, 2013).
- (에티오피아 약품 보급) 에티오피아의 보건의료시설에 약품 보급은 통일되어 있지 않다. ART, 가족계획, 결핵 약품은 PFSA를 통해 직접적으로 보건시설에 배포되고 있으나 ART와 PMTCT, 결핵, 가족계획 프로그램이 진행되지 않는 지역에는 다양한 통로를 통해 배포되고 있다. 이러한 지역에는 존보건부(Zonal Health Department, ZHD) 혹은 와레다 보건부(WoHO)를 통해 보건시설에 전달이 된다. 존(zone)과 와레다(Woreda) 수준까지 도달하는 교통이 원활하지 않기 때문에 ART, PMTCT, 결핵과 관련된 약품들이 전달이 늦어지거나 약품 재고가 부족한 경우가 많다. 또한 PFSA와 보건부의 여러 프로그램 사이에 취약한 의사소통과 리포팅 시스템도 도전과제 중 하나이다 (Federal Ministry and Regional Health Bureaus, 2013).

3) EHCL은 Ethiopian Essential Health Services Package와 Standard Treatment Guideline을 기초로 개발된 것임.

- (에티오피아 약품 보관 및 배포) PFSA는 의약품 배포에 관해 관리를 해오고 있다. PFSA는 2011/12년(EFY 2004)에 6.16 Billion ETB 규모의 의약품을 배포하였고 2012/13년(EFY 2005)에 5.32 Billion ETB 규모의 의약품을 배포한 것으로 조사되었다. 또한 PFSA는 2012년과 2013년 2년간 3.59 Billion 과 4.97 Billion ETB를 조달하였고, 총 조달금액 중에서 의료기자재는 14% 정도(2013년)의 비율을 차지하였다.

<그림 1-22> PFSA의 의약품 및 기자재 배포 예산



출처: Federal Ministry of Health and Regional Health Bureaus (2013) Ethiopia Health Sector Development Program Mid-Term Review of HSDP IV,

- (에티오피아 콜드체인 관리) PFSA는 콜드체인 관리를 17개의 냉장고가 설치된 트럭을 가지고 있으며, 콜드룸(Cold rooms)을 10개의 허브(Hubs)에 건설하고 있으며 17개의 발전기를 가지고 있다.
- (의약품 보관 및 배포 강화 현황) PFSA에서는 국가 전체적으로 현대적인 의약품 강화 및 배포 네트워크를 확장하고 강화하기 위해 의약품 공급 창고를 건설 중에 있다. 여기에는 5개의 콜드체인 보관실이 설계되었고, 전국가적으로 17개의 현대식 저장고가 건설중에 있으며, 이 중 4개의 저장고는 긴급지역에 건설되고 있는 상황이다.

7) 보건의로 정보 (Information & Knowledge Management)

- (국가건강관리정보시스템, Health Management Information System) HMIS는 데이터 보고와 수집의 통합을 위해 Single channel로 새로이 개척되었다. 통합적 보고시스템(Integrated reporting system)은 퍼포먼스 모니터링과 책무성을 목적으로 보건분야에서 3가지 다른 방식으로 배포되고 있다. (1) Performance reporting, (2) Policy and Practice, (3) Statistical report로 배포되고 있음



출처: Federal Ministry of Health (2012b) Six Building Blocks of the Health System: Progress Towards the Integration in Ethiopia

- (국가건강관리정보시스템, HMIS의 지역별 실행 현황) HMIS는 2007/08년(EFY 2000)에 새로이 설계되어 실행되고 있는데, 2012/13년에는 전체 병원 중 122개 (98%)의 병원과 2,697개(87%)의 보건소에서 HMIS를 실행하고 있는 것으로 조사되었다 (Federal Ministry of Health, 2012b).

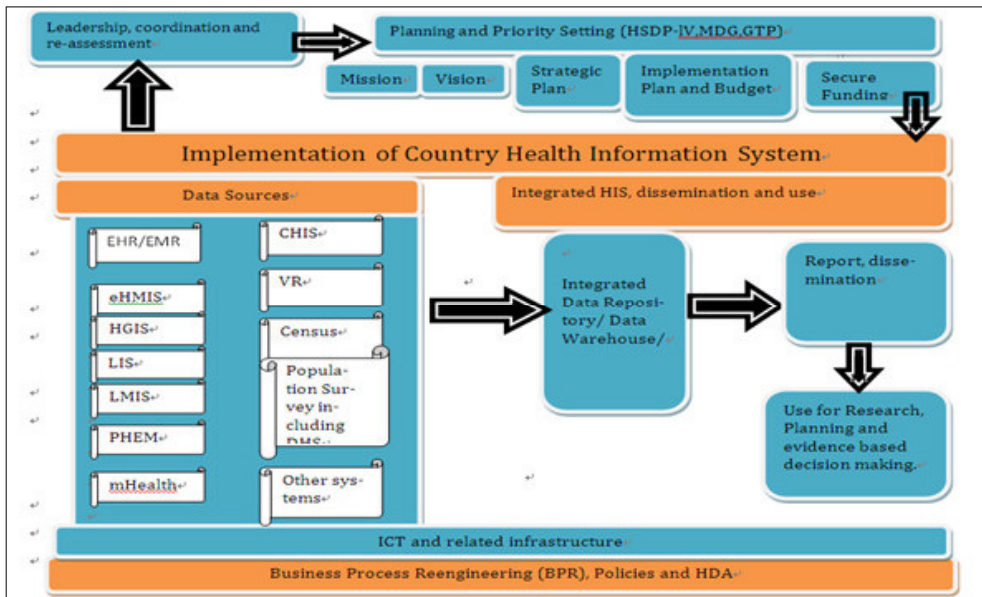
<그림 1-23> 보건정보체계

Table 11:
Progress in the Scale-up of HMIS at Health Facilities by Region
(EFY 2005)

Region	Hospitals			Health Centers			Total Health Facilities		
	Functional	Implementing HMIS	%	Functional	Implementing HMIS	%	Functional	Implementing HMIS	%
Tigray	15	15	100%	214	214	100%	229	229	100%
Afar	5	5	100%	62	28	45%	67	33	59%
Amhara	19	19	100%	801	678	85%	820	697	85%
Oromia	41	41	100%	1,123	966	86%	1,164	1,007	87%
Somali	9	6	67%	112	59	53%	121	65	54%
Benishangul Gumuz	2	2	100%	32	31	97%	34	33	97%
SNNPR	19	19	100%	642	611	95%	661	630	95%
Gambella	1	1	100%	28	24	86%	29	25	86%
Harari	2	2	100%	8	8	100%	10	10	100%
Addis Ababa	11	11	100%	62	62	100%	73	73	100%
Dire Dawa	1	1	100%	16	16	100%	17	17	100%
National	125	122	98%	3,100	2,697	87%	3,225	2,819	87%

출처: FMOH (2013) Annual Performance Report

<그림 1-24> 보건정보체계



출처: FMOH (2012) National Health Information System Road Map

Note: Electronic health/medical record(EHR), Laboratory Information System (LIS), Logistics Management Information System (LMIS), Community Health Information System(CHIS), Health Geographic Information System(HGIS), Vital Registration(VR), Integrated Human Resource Management Information System(IHRMIS)

- (Country Health Information System) Health Extension Worker(HEW)에 의해 기초보건, 보건관련 정보(Demographic, Health Service Delivery, Utilization)를 수집하는 것이다. Integrated Family Folder로 실시되며 이는 HEW가 가족 대상 교육, 통합보건서비스 제공을 관리 및 모니터 하기 위해 가족중심으로 디자인된 수단이다 (Federal Ministry of Health, 2012b).

- (eHMIS 실행 상황) Electronic Health Management Information System(eHMIS)는 통합적 시스템으로 Public Health Emergency Management (PHEM), Electronic Mobile Care Solution(eMCS), Electronic Integrated Disease Surveillance and Response(eIDSR), Geographic Information System(GIS), Electronic Medical Record(EMR) 등을 모두 포함하는 것이다. eHMIS는 적시에 보건시스템을 통해 정확한 보고하고 완료할 수 있게 하는 것이다. 2012/13년(EFY 2005)에는 전국에 2,781개의 컴퓨터가 보급되었고 Tigray(434개), Afar(88개), Amhara(907개), Oromia(1,173개), Somali(105개), Benishangul-Gumuz (60개), Harari(3개), Addis Ababa (11개)의 병원, 보건소, 와레다 보건보(WoHOs), 존보건부(ZHDs), 주보건국(RHBs)에 배포되었고, 총 3,806명의 전문가들이 eHMIS와 ePHEM 시스템의 교육을 받았다 (Federal Ministry of Health, 2013).

<보건시스템 현황과 과제>		
분야	구분	내용
리더십과 거버넌스	강점	연방정부와 보건부가 조정역할을 강화하려는 의지를 가지고, 개발 파트너 등의 이해관계자들의 협력과 에티오피아 정부의 정책 및 전략과 개발 지원이 함께 일치시키기 위한 One plan, One Budget, One report 계획 실행의 노력을 기울이고 있음
	도전 과제	- 연방정부와 주정부 사이, 다른 분야의 부처간 조정이 효율적, 효과적으로 이루어지지 않아 개발 파트너의 지원에 의한 프로그램 및 프로젝트의 실행이 원활치 않는 경우가 발생함 - 보건의료 서비스 지원과 실행에 중요한 투명성과 책무성과 직접적으로 관련된 거버넌스 분야에 대한 투자가 다른 분야에 상대적으로 우선순위가 낮음
보건 의료 재정	강점	- 에티오피아 정부 전체 예산 중 보건분야 재정의 비율을 5.5%에서 15%까지 증가시키는 계획을 가지고 이를 위해 노력을 기울이고 있음 - 환자부담비용(Out of Pocket)이 높아 이를 해결하기 위한 사회건강보험(SHI)과 지역사회건강보험(CBHI)을 시작함
	도전 과제	- 정부 예산에서 보건분야 재정을 높이기 위한 계획이 있으나 3년간 8.5%에서 정체되어 있는 상황임 - 보건분야에 대한 편당에 제한이 있는만큼 현실적인 보건계획이 세워져야 하나 이상적인 계획과 목표가 제시되고 있으며, 연방정부 이하의 수준에 지원되고 있는 다양한 펀드에 대한 리소스 맵핑이 정확히 이루어지지 않고 있음
보건의료 서비스 전달	강점	34,000여명의 지역보건요원(HEW)이 양성되었고, 보건개발요원(HDA)을 중심으로 하여 자발적인 네트워크가 실행되어 실제 업무를 진행하고 있으며, 이들을 통해 지역사회의 보건현황 파악과 교육 및 일차보건의료 서비스 전달이 실질적으로 이루어지고 있음
	도전 과제	일차보건의료 서비스의 접근성 향상과 소외 지역을 중심으로 전략과 계획이 진행되어 일차보건의료 이상의 서비스는 높은 질의 보장이 상대적으로 어렵다는 평가가 있었음

<보건시스템 현황과 과제>		
분야	구분	내용
보건 의료 인력	강점	▪ 보건의료인력 현황 파악과 이에 대한 계획을 마련하여 의사, 조산사, 마취 전문인력 등의 의료인력 양성을 실행하고 있음 ▪ 3만명 이상의 지역보건요원(HWE)의 양성이 이루어졌고 이들을 통한 질 높은 의료서비스 전달을 위해 자격 업그레이드를 계획하고 진행하고 있음
	도전 과제	▪ 주정부 보건부 인력들은 eHMS를 비롯한 HMS의 교육을 받을 수 있는 기회가 주어졌으나 그 하위의 와레다 보건부, 보건소 등의 인력들은 이에 대한 교육을 받을 수 있는 기회가 매우 제한적임 ▪ 지역사회에 보건의료서비스를 제공하는 의료인력과 와레다 보건부 등의 인력들은 급여 수준이 낮고, 동기부족과 잦은 인력 교체 등으로 인한 문제점들을 겪고 있음
의약품 및 기자재	강점	▪ 의약품 관리를 위한 PFSA 수준의 역량을 강화하고 있음. 국가 전체적으로 현대적인 의약품 강화 및 배포 네트워크 확장하고 강화하고 있음
	도전 과제	▪ 에티오피아의 약품관리시스템은 도로, 교통, 전기 등 인프라의 수준에 영향을 받게 되는데, 인프라가 부족한 곳에서 잦은 재고 부족과 약품 전달의 지연 등을 겪고 있음
보건 의료 정보	강점	▪ 85% 이상의 보건의료기관에서 규격화된 외래환자용 레코드를 활용하고 있어 이로 인해 월별, 분기별 보고가 통일되게 이루어지고 있음
	도전 과제	▪ eHMS를 활용하기 위한 훈련된 인력이 부족하여 이를 적절 활용하는데 시간이 걸릴 것으로 예상됨 ▪ Electronic Medical Records(EMR)이 도입되어 병원에서 사용되기 시작하였으나 한병원에 등록된 환자가 다른 병원의 등록시 서로 정보 공유 및 연계가 되지않는 한계를 가지고 있음

다. 건강 및 질병 현황

<요약. 에티오피아 건강 및 질병 현황과 과제>

- (일반보건현황) 에티오피아의 주요 사망원인은 주로 전염성 질병이 대부분이었으며, 암 또한 주요한 사망원인으로 조사되었으며, 그 외에는 심장병과 뇌졸중 등의 성인병과 HIV/AIDS도 주요한 사망원인으로 나타났음. 이는 세계적 질병 부담의 경우도 주요 질병 부담을 주는 질병의 종류는 전염성 질병들로 나타남.
- (모성 및 신생아 보건) 에티오피아는 676명(per 100,000 LB)로 굉장히 높은 모성사망비(MMR)를 보이고 있는데 이러한 이유는 시설분만 혹은 숙련된 인력에 의한 출산에 대한 필요성 인식의 부족과 보건의료 시설의 낮은 접근성으로 인해 위험성이 높은 산모들이 보건소에 후송되는 것이 지체되는 경우가 많아 모성사망에 기여하고 있음.
- (영유아 보건 및 영양) 에티오피아의 5세 미만 아동 사망률은 지속적인 감소추세에 있으며, 2011년에 출생아 1,000명당 88명의 아동이 사망하였으며, 신생아의 경우 출생아 1,000명당 37명이 사망하였음. 특히, 아동의 폐렴, 설사병, 말라리아의 질병 치료율이 각각 7%, 26%, 47%로 조사되어 매우 낮음.
- (주요 전염성 질병) 에티오피아의 HIV/AIDS 유병률은 1.3%에 불과하지만 35-39세에서 가장 높은 3.0%의 유병률을 보이고 있으며, HIV/AIDS 관리를 위해 관련 서비스를 제공하는 의료기관의 수를 확대하고 있는 추세임. 말라리아의 경우, 말라리아로 발생율을 1,000명당 5명 미만으로 목표를 설정하고 있는데 2012/13년 보고서에서 1.3명으로 조사되어 목표 달성이 가능할 것으로 예상함. 결핵의 경우 결핵 치료율의 목표 달성은 어려울 것으로 보이나 결핵으로 인한 사망 인구는 감소하여 목표를 이미 달성하였음.

1) 일반보건현황

- (10대 주요사망원인) 에티오피아의 주요 사망원인은 하기도 감염, 암, 설사병, 말라리아 순서이며, 6번째 주요 사망원인이 단백질 영양부족으로 나타나 에티오피아의 영양 상태가 심각한 수준임을 보여주고 있다.

<표 1-4> 10대 주요사망원인

순위	Distribution of causes of Death	% of Total
1	하기도 감염	14
2	암	6
3	설사병	6
4	말라리아	6
5	결핵	5
6	단백질 영양부족	5
7	허혈성 심장병	4
8	뇌졸중	4
9	HIV	3
10	분만후 합병증	3

출처: CDC (2010)

- (에티오피아 질병부담) 에티오피아의 질병부담이 높은 질병은 하기도 감염, 설사, HIV/AIDS, 말라리아의 순서로 나타났으며 그 외에도 모자보건 관련 질병도 질병 부담이 큰 것으로 나타났다. 위의 주요 사망 원인에도 나타난 바와 같이 단백질 영양부족이 질병 부담의 하나로 또한 포함되어 있었다.

<표 1-5> 세계적 질병부담(Global Burden of Disease)

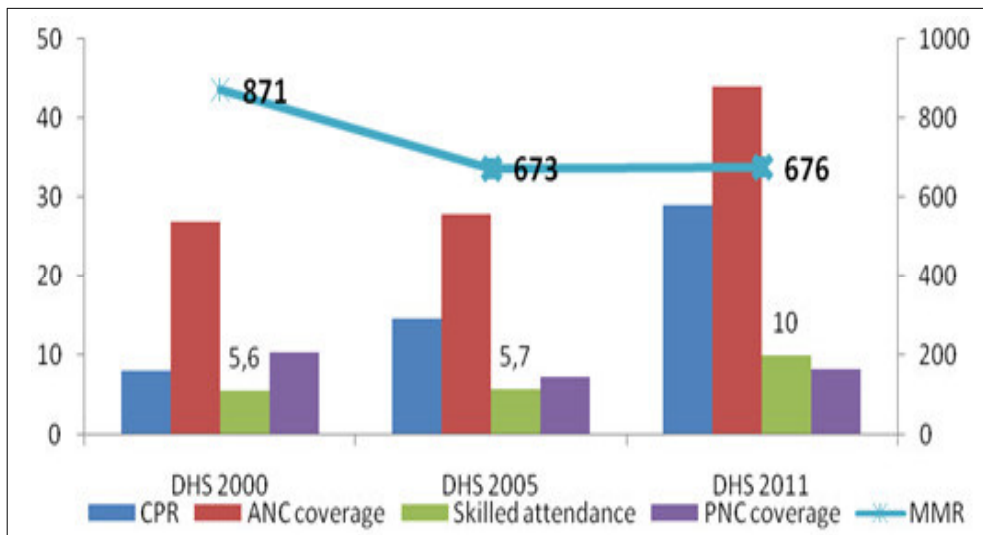
순위	Leading Cause of Burden of Disease	% of Total DALY's
1	하기도 감염	14.3
2	설사병	10.9
3	HIV/AIDS	6.9
4	말라리아	4.9
5	신생아 감염과 그 외	4.9
6	출산 질식과 출산시 트라우마	4.2
7	모성의 컨디션	4.0
8	결핵	3.4
9	단백질 영양부족	3.4
10	조산(미숙)	2.5

출처: WHO (2010) Health Statistics Profile

2) 모성보건

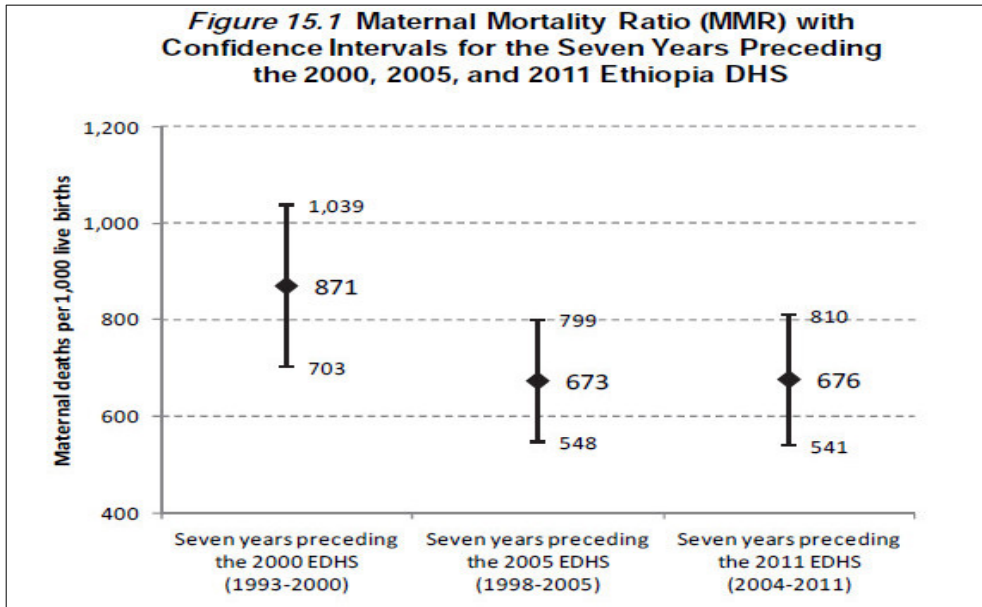
- (모성사망 현황) 에티오피아 모성 사망은 2000년 871명(100,000LB)에 비해 2005년 673명(100,000LB)으로 줄어들었고 이후 2011년 676명(100,000LB)으로 조사되었으나 여전히 매우 높은 모성사망비를 보이고 있다. MDG5(모성사망비 감소)의 목표 수치는 240명(100,000LB)이지만 2015년까지 이를 달성하는 것은 현실적으로 어려울 것으로 전망하고 있다.

<그림 1-25> 에티오피아 모성사망비(100,000LB) 및 관련 지표



출처: Federal Ministry of Health and Regional Health Bureaus (2013) Ethiopia Health Sector Development Program Mid-Term Review of HSDP IV

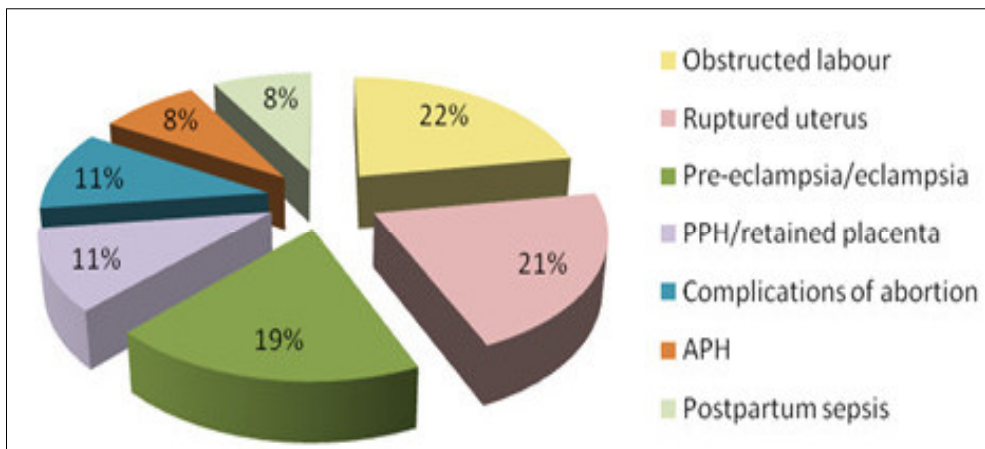
<그림 1-26> 에티오피아 모성사망비(100,000LB) 현황



출처: Central Statistical Agency [Ethiopia] and ICF International (2012) Ethiopia Demographic and Health Survey 2011

- (모성사망의 주요 원인) 모성사망에 주요 원인들은 대부분 예방이 가능하거나 보건소 혹은 병원에서 치료 가능한 것이었다. 하지만 집에서 문제가 발생했을 경우 병원으로 후송하는 결정이 너무 늦어지거나 혹은 산모와 아기의 목숨을 살리기에 는 시간이 많이 경과된 경우가 있다. 모든 문제가 예방 가능한 것은 아니지만 위험성이 낮은 여성이 문제를 갖게 되거나 위험성이 높다고 여겨진 여성에게 아무런 문제가 나타나지 않는 경우도 있다. 하지만 모든 산모들은 잠재적인 위험성을 가지고 있으므로 숙련된 기술을 가진 의료진에 의해 출산이 이루어져야 한다. 하지만 에티오피아에서 시설 분만의 경우 출산을 위해 의료시설에 너무 늦게 도착하거나 혹은 위험 징후가 있어 후송되는 경우도 너무 지체된다는 점에 그 문제가 있다. 조사 결과를 살펴보면, 사망의 원인은 폐쇄분만(Obstructed Labor)이 22%로 가장 많았고, 자궁파열(Ruptured uterus)이 21%였으며, 임신중독증(Pre-eclampsia/Eclampsia)이 19%로 많았다 (Federal Ministry of Health and Regional Health Bureaus, 2013).

<그림 1-27> 에티오피아 모성사망비(100,000LB) 현황

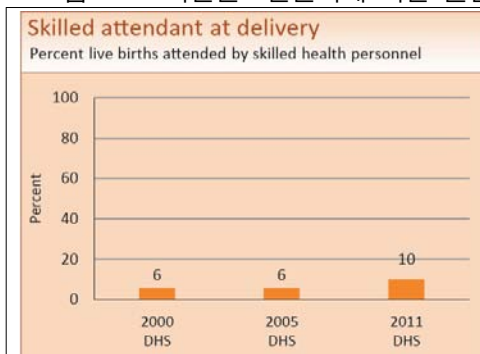


출처: Federal Ministry of Health and Regional Health Bureaus (2013) Ethiopia Health Sector Development Program Mid-Term Review of HSDP IV

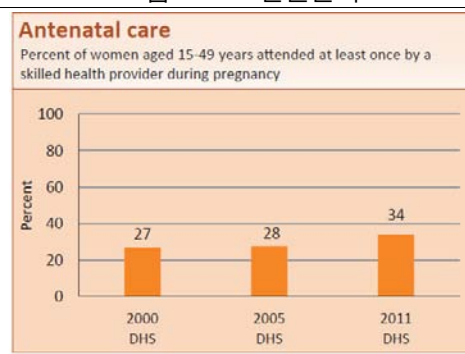
○ (숙련된 보건인력에 의한 출산) 에티오피아는 숙련된 보건인력에 의한 출산이 아프리카 다른 국가에 비해 매우 낮은 비율을 보여주고 있다. 2000년 6%, 2005년 6%, 2011년 10%에 불과하여 보건인력에 의한 출산의 비율이 매우 낮은 것을 알 수 있다. 에티오피아 2013년(EFY 2005) 보건부에서 발행하는 연간보고서에 의하면, 숙련된 보건인력에 의한 출산 비율이 2010/11년 17%⁴⁾에서 2012/13년에는 23%로 다소 증가한 것으로 나타났다. 숙련된 보건인력에 의한 출산이 낮으므로 안전한 분만이 조건이 갖추어지지 않은 상황에서 출산을 하게 되고, 위험한 상황으로 인해 사망하는 경우가 많을 수 있다. 이렇게 낮은 비율의 숙련된 보건인력에 의한 출산은 에티오피아의 모성사망이 높은데 기여하는 원인 중 하나이다.

○ (산전관리) 에티오피아에서 적어도 한번 이상 보건의로 인력에게 산전관리를 받은 비율은 2011년 34%로 조사되었다. 이는 2000년 27%와 2005년 28%에 비해 증가한 것이지만 여전히 낮은 수치를 보이고 있어 산전관리를 통해 고위험군의 임신부를 확인하고 안전한 분만이 유도되기는 어려운 상황임을 보여준다. 임신부의 28.4%가 간호사 혹은 조산사에 의해 산전관리를 받았으며, 에티오피아 지역보건 요원인 HEW(Health Extension Worker)에 산전관리를 받은 비율도 8.7%였다. 또한 의사에 의해 산전관리를 받은 비율은 5.4%에 불과하였다 (Central Statistical Agency [Ethiopia] and ICF International, 2012).

<그림1-28> 숙련된보건인력에 의한 출산



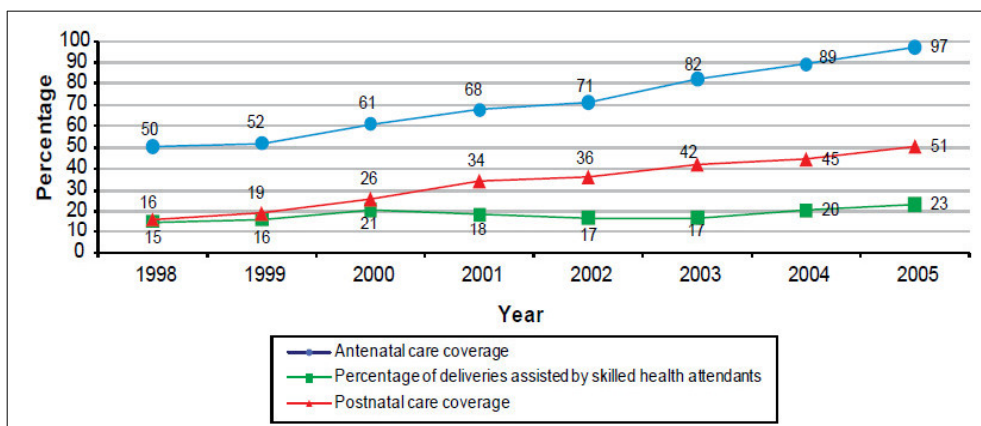
<그림 1-29> 산전관리



출처: WHO & UNICEF (2012) Countdown to 2015

4) Demographic and Health Survey 2011의 수치와 다소 차이가 있음

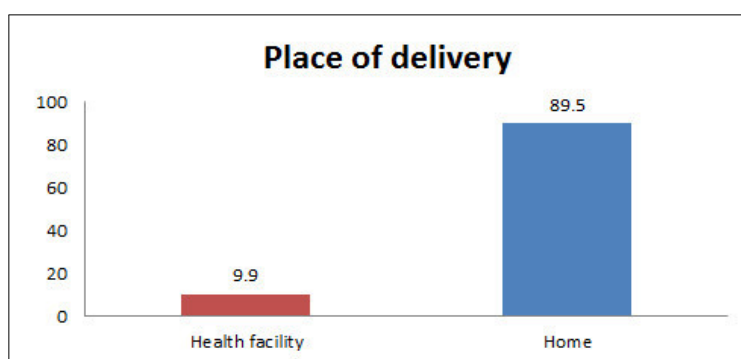
<그림 1-30> 산전 및 산후관리와 숙련된 인력에 의한 출산 비율



출처: Federal Ministry of Health (2013) Annual Performance Report

○ (출산장소 및 이유) 에티오피아 여성들이 출산을 주로 하고 있는 곳은 집으로 89.5%가 가정분만을 하고 있었다. 반면 시설 분만의 비율은 9.9%에 불과하여 10 명의 여성 중 1명만이 보건시설에서 출산을 하고 있었다. 이는 숙련된 보건인력에 의한 출산과 마찬가지로 보건시설에서 의료 장비 및 약품, 숙련된 인력에 의한 출산이 이루어져야 할 필요성이 있을 때, 안전만 분만이 이루어질 수 없는 현황을 반영하고 있다.

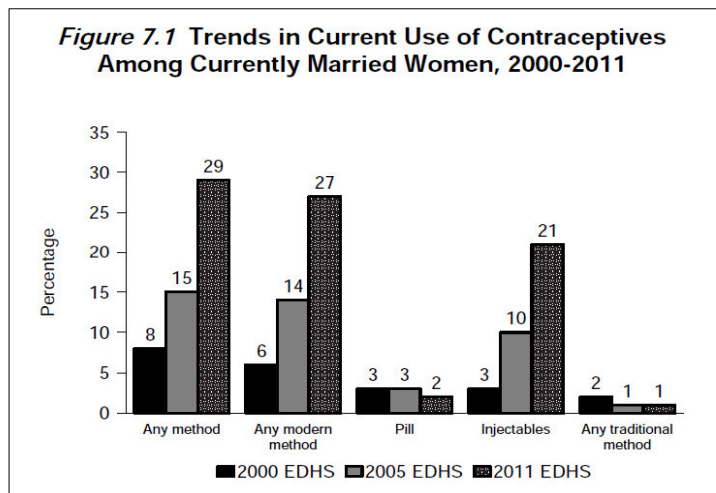
<그림 1-31> 출산 장소



출처: Central Statistical Agency [Ethiopia] and ICF International. 2012 (2012) Ethiopia Demographic and Health Survey 2011, 저자 재구성

- 시설에서 분만을 하지 않는 이유에 대한 조사 결과를 살펴보면, 필요하지 않기 때문 (Not necessary)이라는 이유가 가장 많은 61.2%였으며, 관습적으로 그렇게 하지 않기 때문(Not customary)이라는 이유도 29.5%를 차지하였다. 그 외에 거리가 멀고 교통수단이 없기 때문(Too far/no transportation)이라는 이유도 14.4%로 조사되었다. 이러한 결과를 종합하여 보면, 에티오피아에서는 가정분만의 문화와 인지가 형성되어 있음을 확인할 수 있다.
- (가족계획 현황) 에티오피아 기혼여성의 가족계획 실천율을 살펴보면, 모든 방법의 가족계획 실천율은 2000년 8%에서 2011년 29%로 증가하였다. 이러한 추세는 현대적 피임실천율에서도 마찬가지로 확인할 수 있는데, 2000년 6%에서 2011년 27%로 증가하였다. 이렇게 2000년부터 피임실천율이 증가하고 있는 추세이나 피임 실천율이 30% 미만으로 낮은 비율을 보이고 있어 아직까지 더 많은 개입이 필요한 부분으로 나타나고 있다. 미충족 가족계획의 비율은 2011년 DHS에서 조사된 바에 따르면, 25.3%로 나타났다. 이는 에티오피아 전반적으로 가족계획 실천에 대한 욕구가 많지 않은 현황을 반영하고 있으며, 이로 인해 피임실천율도 낮고, 미충족 가족계획의 비율도 상대적으로 낮게 나타나 가족계획에 대한 인지제고와 인식확산이 필요함을 보여준다.

<그림 1-32> 가족계획

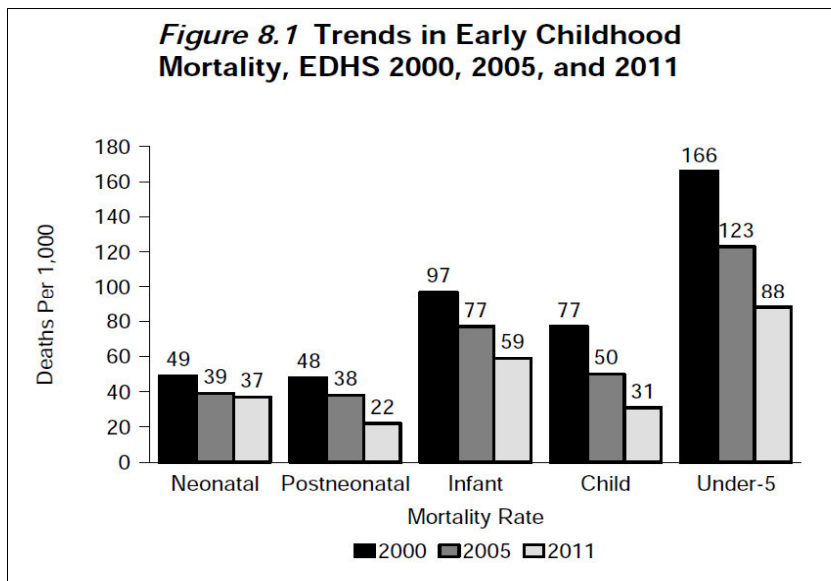


출처: Central Statistical Agency [Ethiopia] and ICF International. 2012 (2012) Ethiopia Demographic and Health Survey 2011

3) 영유아 보건 및 영양

- (신생아 및 영유아 사망 현황) 에티오피아의 영유아 사망 현황을 살펴보면, 2000년 이후 점차적으로 감소하고 있는 추세를 발견할 수 있다. 하지만 신생아 사망의 경우 출생아 1,000명당 37명이 생후 한 달 이내에 사망하는 것으로 나타났으며, 출생아 1,000명당 59명이 생후 1년 이내에 사망하는 것으로 나타나 여전히 높은 신생아와 영아 사망률을 보이고 있다. 5세 미만 아동의 사망률은 88명으로 2000년 이후 급격한 감소를 보이고 있다. 이는 에티오피아의 17명 중 1명의 아동이 첫 번째 생일을 맞기 전에 사망하는 것을 의미하며, 11명 중 1명의 아동이 5 번째 생일을 맞기 전에 사망하는 것을 의미하는 것이다.

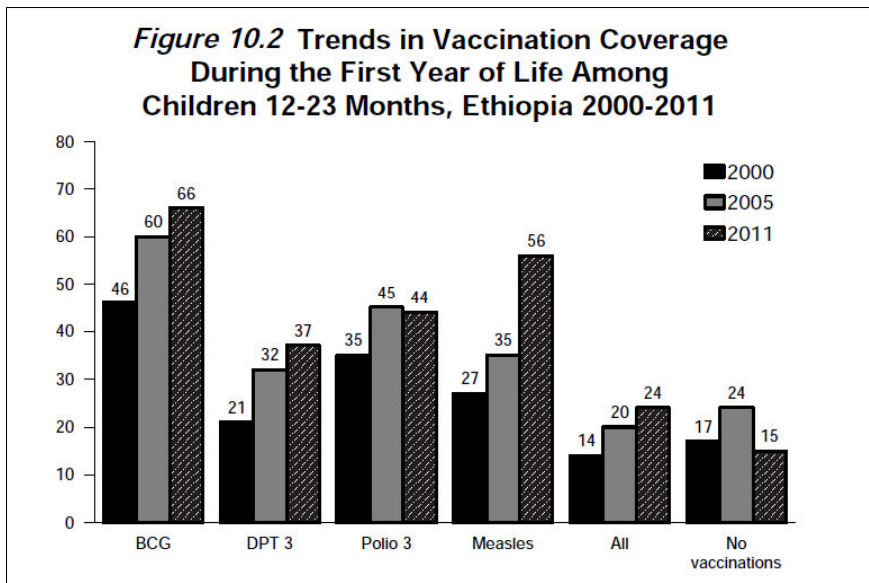
<그림 1-33> 영유아 사망 현황



출처: Central Statistical Agency [Ethiopia] and ICF International. 2012(2012) Ethiopia Demographic and Health Survey 2011

- (영유아 예방접종) 영유아 보건에 크게 영향을 미치는 예방접종의 현황은 아래 그래프와 같다. 예방 접종의 비율은 2000년 이후 소아마비(Polio) 예방접종을 제외하고 지속적으로 증가하는 추세에 있다. 홍역 예방접종을 받은 아동의 비율은 56%, 3번의 DTP 접종을 받은 아동의 비율은 37%, BCG 접종을 받은 아동의 비율은 66%로 나타났다.

<그림 1-34> 영유아 예방접종

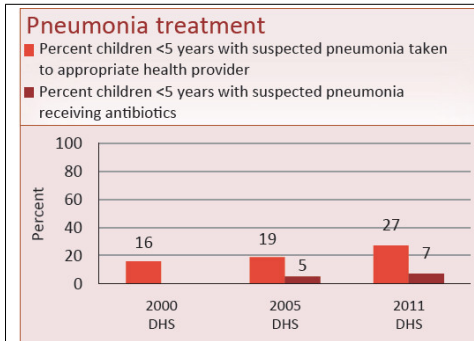


출처: Central Statistical Agency [Ethiopia] and ICF International. 2012(2012) Ethiopia Demographic and Health Survey 2011

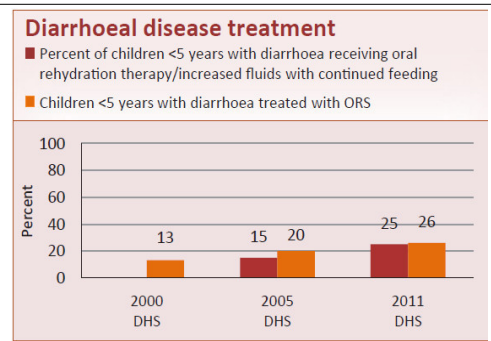
- (영유아 질병 치료) 5세 미만 아동 중 폐렴으로 의심되어 적합한 보건의료 인력에게 치료 받은 비율이 27%였고, 항생제 처방을 받은 아동의 비율은 7%였다. 이는 DR콩고의 지표 결과인 40%, 42%에 비해 한참 낮은 수치를 보여주고 있어 에티오피아의 5세 미만 아동 폐렴 치료율이 매우 낮은 상황을 비교하여 볼 수 있다. 또한 설사병을 가진 5세 미만 아동 중 ORS 처방을 받은 비율은 26%에 불과하였다. 약품처리된 모기장(Insecticide Treated Net, ITN)에서 수면을 취하는 아동의 비율은 33%로 2005년의 2%에 비해 상당부분 개선되었으나 여전히 낮은 비율을 보이고 있다. 또한 항말라리아제로 치료 받는 아동의 비율은 47%(2010년)로

조사되었다 (Central Statistical Agency [Ethiopia] & ICF International, 2012).

<그림 1-35> 5세 미만 아동 폐렴 치료

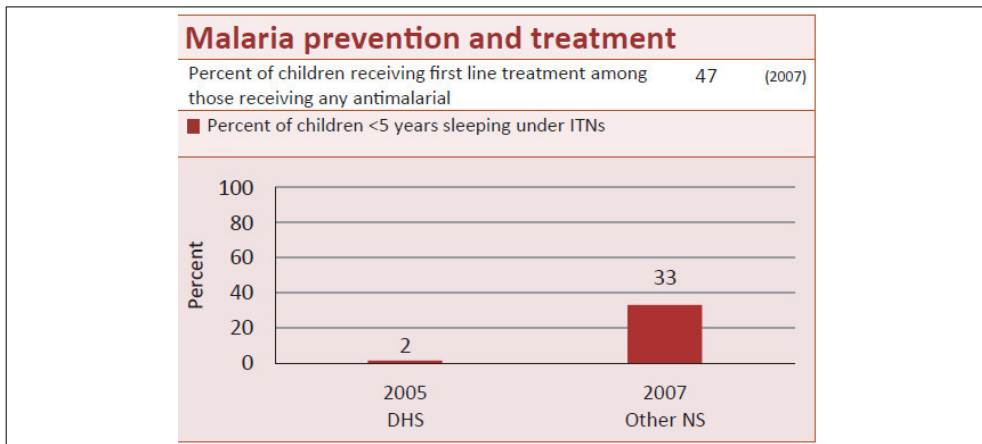


<그림 1-36> 5세 미만 아동 설사병 치료



출처: WHO & UNICEF (2012) Countdown to 2015

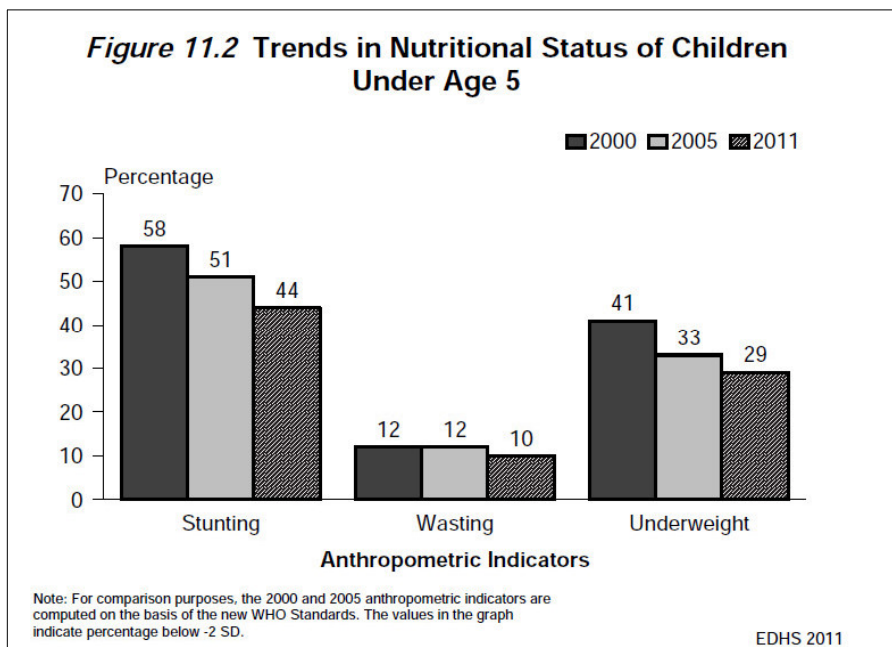
<그림 1-37> 영유아 말라리아 예방 및 치료



출처: WHO & UNICEF (2012) Countdown to 2015

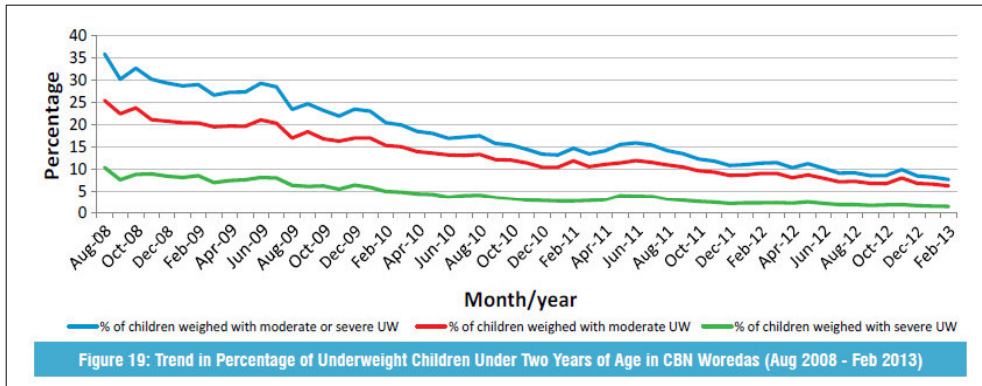
○ (영유아 영양 상태) 에티오피아 5세 미만 아동의 영유아 영양상태는 아래 그래프에서 보여주는 것 같이 점점 개선되고 있는 추세이다. 저체중(Underweight) 아동의 비율은 2000년의 41%에서 2011년 29%로 감소하였다. 발육부진(Stunting)의 경우도 2000년 58%에서 2011년 44%로 감소하였으며, 근소모 유병률(Wasting)은 10%로 조사되었다. 이러한 결과는 DR콩고의 5세 미만 아동의 저체중(Underweight) 비율인 24%와 발육부진(Stunting) 43%보다 높은 비율로 나타나 아프리카 중에서도 굉장히 심각한 상황임을 보여주고 있다. 영유아의 영양상태에 영향을 미치는 6개월 미만 영아의 완전모유수유의 비율은 2000년 54%였으나 2005년 49%, 2011년 52%로 조사되어 오히려 감소하였다 (Central Statistical Agency [Ethiopia] and ICF International, 2012; WHO & UNICEF, 2012).

<그림 1-38> 영유아 영양 상태



출처: Central Statistical Agency [Ethiopia] and ICF International. 2012(2012) Ethiopia Demographic and Health Survey 2011

<그림 1-39> 지역사회 기반 영양부족

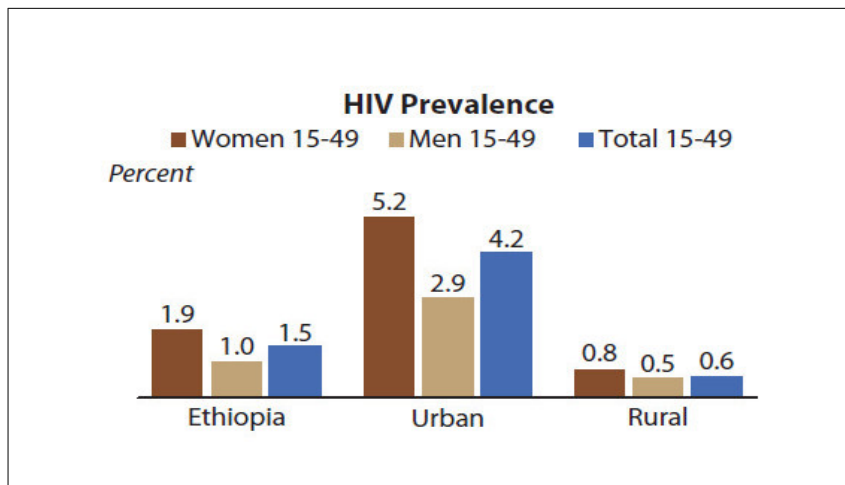


출처: Federal Ministry of Health (2013) Annual Performance Report

4) 주요 전염성 질병

- (HIV/AIDS의 유병률) 에티오피아의 15-49세의 HIV/AIDS 유병률은 1.5%로 높지 않은 비율을 보여주고 있다. 여성이 1.9%, 남성은 1.0%로 여성이 남성에 비해 높은 HIV/AIDS의 유병률을 보이고 있다. 에티오피아 보건부의 2013년(EFY 2005) 연간보고서에 따르면, HIV/AIDS 유병률은 1.3%로 조사되었으며, 여성 1.7%, 남성 0.9%로 나타났다 (Federal Ministry of Health, 2013).

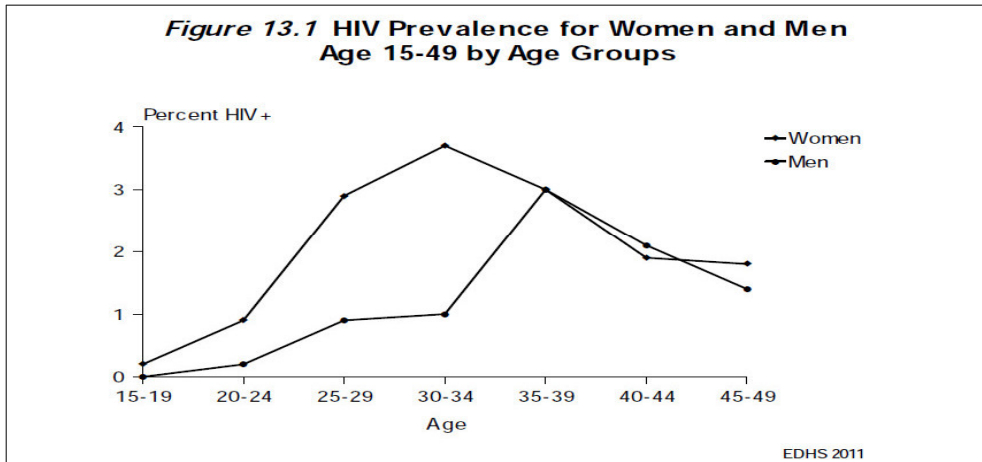
<그림 1-40> HIV/AIDS 유병률



출처: Central Statistical Agency [Ethiopia] and ICF International. 2012(2012) Ethiopia Demographic and Health Survey 2011

- (연령별 HIV/AIDS의 유병률) 연령별 HIV/AIDS의 유병률을 살펴보면, 전체적인 유병률과는 다른 패턴을 찾아볼 수 있다. 여성의 HIV/AIDS 유병률의 연령별 특징은 30-34세에서 3.7%로 가장 높은 유병률이 나타나며, 남성의 경우 15-19세는 0.0%의 유병률을 보이나 35-39세에서 가장 높은 3.0%의 유병률을 보이고 있다.

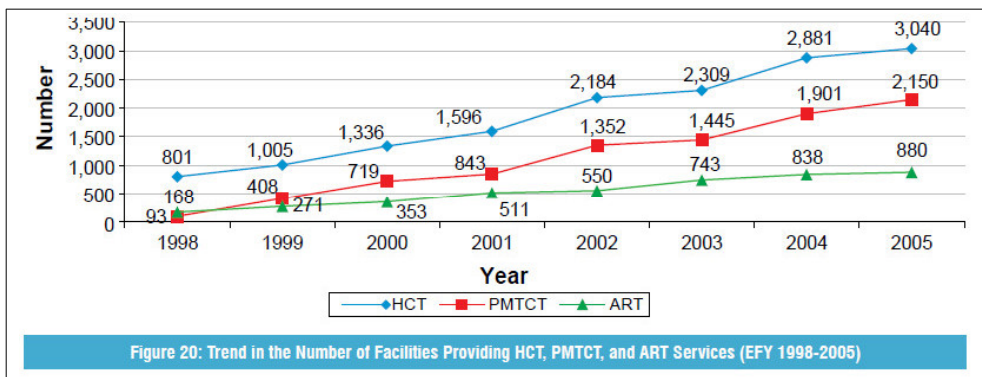
<그림 1-41> 연령별 HIV/AIDS



출처: Central Statistical Agency [Ethiopia] and ICF International. 2012(2012) Ethiopia Demographic and Health Survey 2011

○ (HIV/AIDS 관련 서비스 제공) 에티오피아의 HIV/AIDS 관련 서비스를 제공하는 의료기관의 수는 연도별로 계속 증가하는 추세를 보이고 있다. HIV/AIDS 상담과 테스트(HCT)를 제공하는 기관의 수는 2013년에는 약 3,000여개로 조사되었다. PMTCT(Prevention mother to Child transmission)의 서비스와 ART(Anti-retroviral Therapy)가 가능한 기관도 각각 2,150개, 880개로 조사되어 HIV/AIDS 관련 의료 서비스를 계속 확충하고 있음을 알 수 있다.

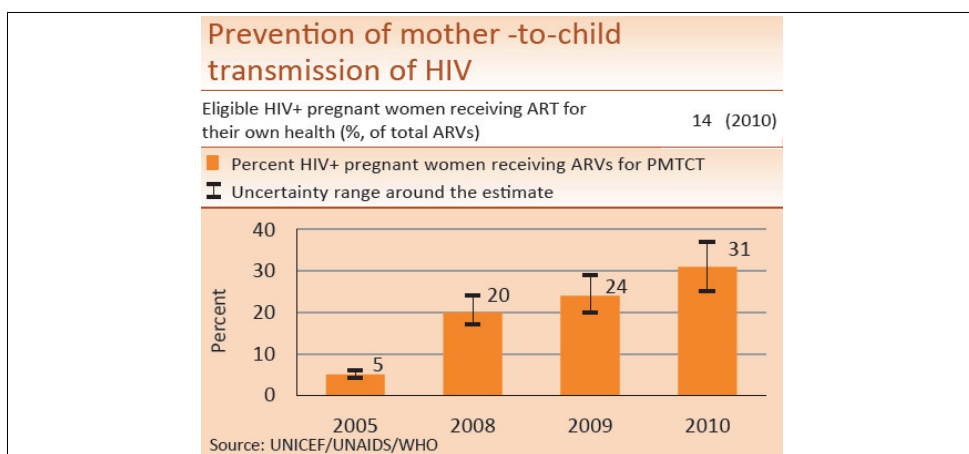
<그림 1-42> HCT, PMTCT, ART 서비스 제공하는 보건의료기관의 수



출처: Federal Ministry of Health (2013) Annual Performance Report

- (에이즈 수직감염 예방) 모성으로부터 에이즈 감염을 예방하기 위해 HIV/AIDS 양성인 임산부가 ARV를 받는 비율은 31%로 낮은 비율을 보이고 있어 에이즈 수직감염 예방을 위해 다양한 방식의 개입이 필요할 것으로 보인다.

<그림 1-43> HIV/AIDS 수직감염



출처: WHO & UNICEF (2012) Countdown to 2015

○ (말라리아 관리 현황) 에티오피아의 말라리아는 지역에 따라 우기에 주로 나타난다. 에티오피아 국가보건전략개발계획Ⅳ(HSDPⅣ) 초반에는 외래환자의 14%와 입원의 9%가 말라리아로 인한 것으로 조사되었다. 보건부의 HSDPⅣ 중간평가 보고서에 따르면, 매년 인구 1,000명당 말라리아로 진단⁵⁾되는 5세 미만 아동과 성인의 발생율이 5명 미만으로 되는 것을 목표로 삼았는데 인구 1,000명당 1.3명으로 조사되어 목표를 달성가능성이 높은 것으로 나타났다. 하지만 그 외에 LLITN(Long-Lasting Insecticide treated Net)을 보유한 가구 수, LLITN에서 수면을 취하는 임산부와 5세 미만 아동의 비율 등은 목표 달성이 어려울 것으로 평가된 상황이다 (Federal Ministry of Health and Regional Health Bureaus, 2013).

<표 1-6> 에티오피아 말라리아 목표 및 진행

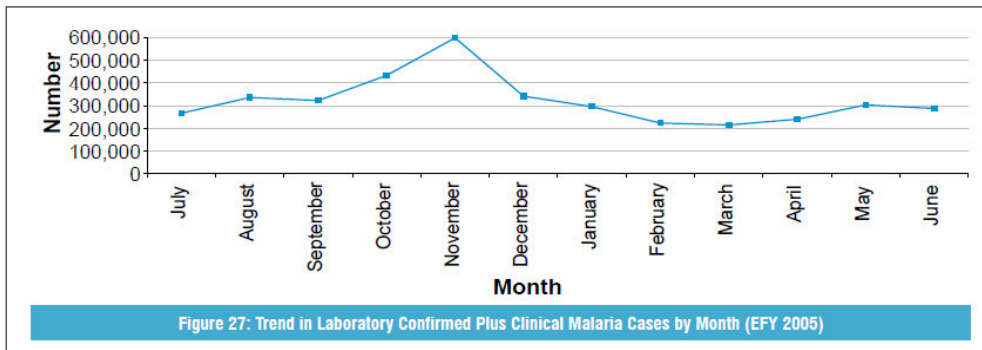
Table23. Progress against HSDP IV targets			
Domain	HSDP IV Expectations	Status	VERDICT
Outcomes	Increase proportion of households in malarious areas who own at least one LLITN from 65.6% to 90%.	54.8% of HH's with a LLITN	In trouble
	Reduce lab confirmed (RDT/Microscopy) malaria incidence per year, among under-5 children & adults to less than 5 per 1000 population per year	No evidence in reduction in total numbers of Malaria cases (through national fever prevalence has reduced from 24.0 to 19.7% in U1's, and from 21.8 to 14.9% in U1's, mortality has reduced) Malaria prevalence (microscopy under 2,000m) at 1.3 per 1,000 (1% Pf, 0.3% Pv), and by RDT's at 4.5%	On track
	Increase proportion of pregnant women who slept under LLITN the previous night from 42.5% to 86%.	35.3% of pregnant women slept under a net, the previous night (63.8% amongst HH's with at least one net)	In trouble
	Increase proportion of U5 children who slept under LLITN the previous night from 41.2% to 86%.	38.2% slept under a net the previous night (64.5 amongst HH's with at least one net)	In trouble
	No monthly malaria cases report for 24 months from previously malarious Kebeles of targeted Woredas for elimination of malaria.		No data
Outputs	Increase proportion of households in IRS targeted areas that were sprayed in last 12 months from 55% to 77%.	Increase in HH's covered, from 20% in 2007 to 46% in 2011	On track
	100% of suspected malaria cases are diagnosed using RDTs & or microscopy within 24 hours of onset of fever.	Access to care metric improved, from 15% access to care within 24 hours to 51% at present	On track
	Reduce lab confirmed (RDT/Microscopy) malaria case fatality ratio among under-5 children & adults to less than 2%	Mortality has reduced significantly, due to better drug quality and early diagnosis	On track

출처: Federal Ministry of Health and Regional Health Bureaus (2013) Ethiopia Health Sector Development Program Mid-Term Review of HSDP IV

5) RDT(Rapid Diagnostic Tests), Microscopy으로 확인된 진단

- (말라리아 발생 및 사망) 2012/13년 말라리아 발생건수는 3,862,735건으로 이는 임상적으로 보건시설에서 테스트를 통해 확인된 숫자이다. 이는 2011/12년의 3,384, 589보다 약간 감소한 것이다. 11월에 가장 많은 말라리아 케이스를 보이고 있으며, 3월이 가장 적었으며, 2011/12년에 말라리아로 인한 사망 수는 291명으로 치사율은 0.01%로 나타났다 (Federal Ministry of Health, 2013).

<그림 1-44> 말라리아 발생건수



출처: Federal Ministry of Health (2013) Annual Performance Report

- (에티오피아 결핵 관리) 결핵으로 인한 사망률은 인구 100,000명당 18명으로 감소하여 HSDP IV 목표를 달성하였으나 결핵 치료율은 목표 85%인데 반해 67.5%로 나타나 목표 달성이 어려울 것으로 예상된다.

<표 1-7> 에티오피아 결핵 목표 및 진행

Domain	HSDP IV expectations	Status	VERDICT
Outcomes	Increase Tuberculosis Cure Rate from 67% to 85%	TB cure rate is still low, at 67.5%.	At risk
	Reduce mortality from all forms of TB from 64/100,000 to 20/100,000	TB mortality estimates are at 18/100,000, showing achievement of the HSDP IV target	On track
	Reduce proportion of registered TB patients who are HIV positive 24 to 10%	No data is available	No data
Outputs	Increase TB case detection rate from 36% to 75%	TB prevalence Survey (2012) found a CDR of 72% - close to the HSDP IV targets	On track
	Increase TB treatment success rate from 84% to 90%	Current estimates for treatment success rate are 90.6%, just above the HSDP IV target	On track
	Increase proportion of MDR TB cases treated with second line drugs from 2% to 55%	850 cumulative clients put on MDR treatment, out of an estimated 2,000 new clients annually requiring treatment	At risk
	Increase proportion of PLHIVs screened for TB from 15% to 80%	HMIS data has achievement at 44% (about half the target), while PEPFAR estimates target at 86%	On track

출처: Federal Ministry of Health and Regional Health Bureaus (2013) Ethiopia Health Sector Development Program Mid-Term Review of HSDP IV

<건강 및 질병 현황과 과제>

A. 시설분만과 숙련된 인력에 의한 출산 필요성에 대한 인식 부족

- 에티오피아의 시설분만율은 9.9%에 불과한데 그 이유는 종교적 혹은 문화적인 인식으로 인한 요인과 시설 분만 필요성에 대한 인식 부재 때문으로, 에티오피아의 여성들은 주로 출산 시 가정분만을 하는 경우가 일반적인 방법임. 조사에 따르면 시설분만에 대한 필요성을 느끼지 못하는 경우의 비율이 대략 90%에 달하여 이러한 인식으로 인해 안전만 분만이 이루어지기가 어렵고 그에 따라 676명(per 100,000 LB)로 굉장히 높은 모성사망비(MMR)를 보이고 있음

B. 아동들을 위한 낮은 질병 치료율로 인한 사망에의 기여

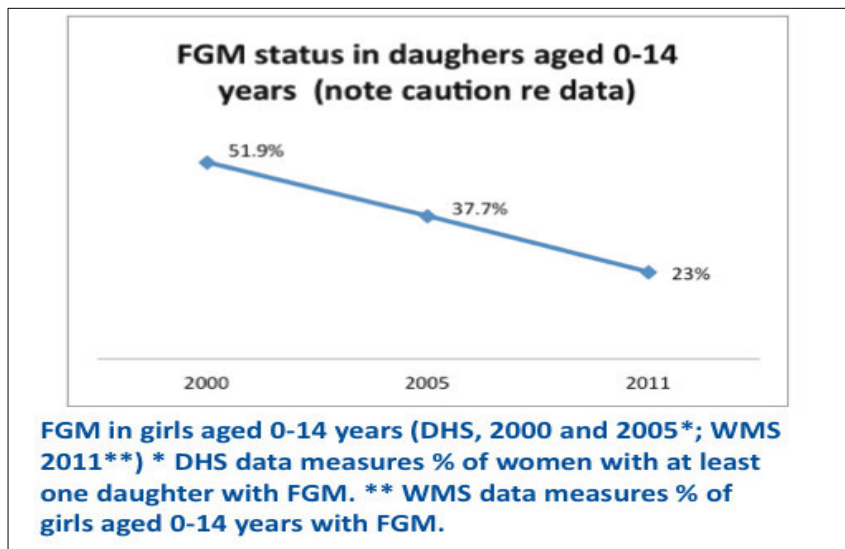
- 에티오피아 아동들의 전염성 질병을 위한 치료의 비율이 매우 낮은 것으로 조사되어 취약한 아동의 경우 적시에 적절한 치료를 통해 질병 상태를 회복하는 것이 사망을 피하는데 굉장히 중요한 요소이나 이러한 치료의 비율 자체가 다른 국가에 비해서도 굉장히 낮은 비율을 보이고 있음. 에티오피아의 아동의 폐렴치료를 위한 항생제 처방율이 7%에 불과하였으며, 설사병을 가진 5세 미만 아동 중 ORS 처방을 받은 비율은 26%로 낮았음. 폐렴과 설사병은 에티오피아 아동의 주요 사망 원인인 폐렴, 설사 등과 같은 아동들의 겪는 주요한 질병들에 대한 적절한 치료가 제공되지 않아 질병에 노출된 아동의 사망에 기여하고 있는 상황을 살펴볼 수 있음

라. 보건과 불평등

1) 취약계층

○ (여성성기절단 Female Genital Mutilation, FGM) 에티오피아는 여성성기절단의 비율이 높은 국가로 구분된다. DHS 2000과 2005년에 따르면 15-49세 여성들 중 FGM을 받은 비율이 2000년 79.9%로 조사되었으며, 2005년에는 74.3%로 나타났다. 0-14세 여아들의 FGM에 대한 조사는 아래의 그래프에서 나타난 바와 같이 2000년 51.9%에서 2011년 23%로 감소하였지만 아직까지도 높은 비율을 보이고 있다. FGM이 가장 성행하고 있는 지역은 Afar 지역으로 2000년에는 93.6%의 여아들이 FGM을 받았으나 2011년에는 59.8%까지 감소하였으나 여아의 2명중 1명 이상은 FGM을 받는 높은 비율을 보이고 있다 (28TooMany, 2013).

<그림 1-45> 0-14세 여아의 FGM 현황



출처: 28TooMany (2013) Country Profile: FGM in Ethiopia

〈그림 1-46〉 지역별 FGM 현황

Region	2000 (DHS)	2005 (DHS)	2011 (WMS)
Afar	93.6	85.1	59.8
Amhara	78.5	56.8	47.2
Benishangul-Gumuz	63.8	49.3	23.7
Somali	57.7	28.1	31.7
Harari	44.8	27.1	14.1
Gambela	43.4	11.0	7.4
Oromia	43.2	34.9	17.3
Dire Dawa	39.9	34.3	13.4
Addis Ababa	39.8	25.1	9.2
Tigray	39.0	30.2	22.1
SNNP	37.0	23.5	9.4
Urban	43.8	30.0	15.0
Rural	53.2	38.7	24.0
TOTAL	51.9	37.7	23

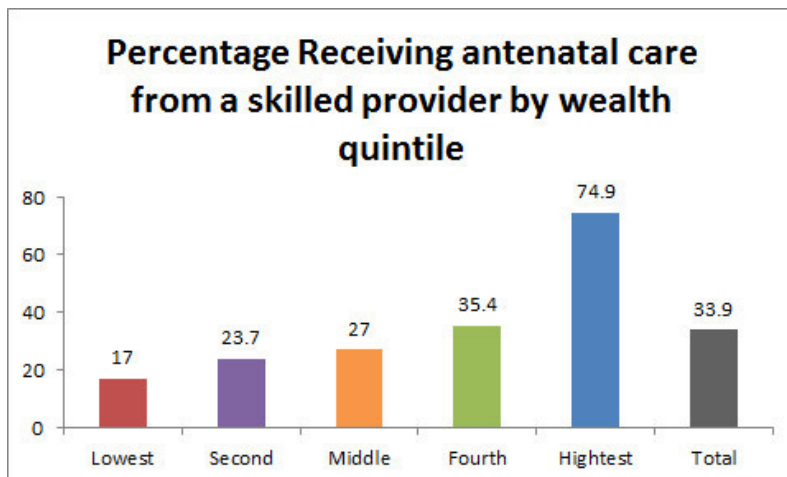
FGM in girls under the age of 15 by region (DHS, 2000 and 2005; WMS 2011)

출처: 28TooMany (2013) Country Profile: FGM in Ethiopia

2) 교육 및 소득에 따른 불평등

- (소득에 따른 산전관리) 5분위 소득별로 숙련된 보건의료 인력으로부터 산전관리를 받는 비율이 상이하게 나타났다. 에티오피아 전체 중 숙련된 보건의료인력에 의한 산전관리의 비율은 33.9%에 불과했지만 5분위로 소득으로 나누었을 때, 가장 적은 소득군의 경우 17.0%만이 보건의료인력에 의한 산전관리를 받은 반면, 가장 높은 소득군은 74.9%로 나타나 소득에 따라 보건의료인력에 의한 산전관리의 비율이 극심한 차이가 나타남을 보여주고 있다.

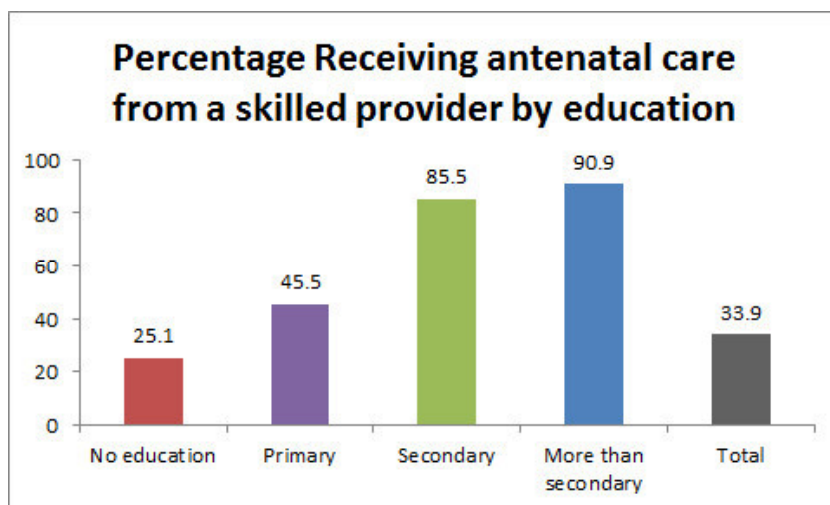
<그림 1-47> 소득별 산전관리



출처: Central Statistical Agency [Ethiopia] and ICF International. 2012(2012) Ethiopia Demographic and Health Survey 2011, 저자 재구성

- (모성 교육수준에 따른 산전관리) 모성의 교육수준에 따라 보건의료 인력으로부터 산전관리를 받는 비율도 많은 차이를 보여주었다. 모성의 교육수준에 따라 보건의료 인력에 의한 산전관리를 비율을 살펴보면, 모성이 전혀 교육을 받지 못한 경우 25.1%만이 보건의료인력에 의한 산전관리를 받은 반면, 중등교육 이상을 받은 모성의 74.9%가 산전관리를 받은 것으로 나타나 모성의 교육수준에 따라 보건의료인력에 의한 산전관리의 비율이 극심한 차이가 나타남을 보여주고 있으며, 이는 모성의 교육에 따라 안전한 분만과 건강상태에 영향을 줄 수 있는 요소임을 보여주는 결과이다.

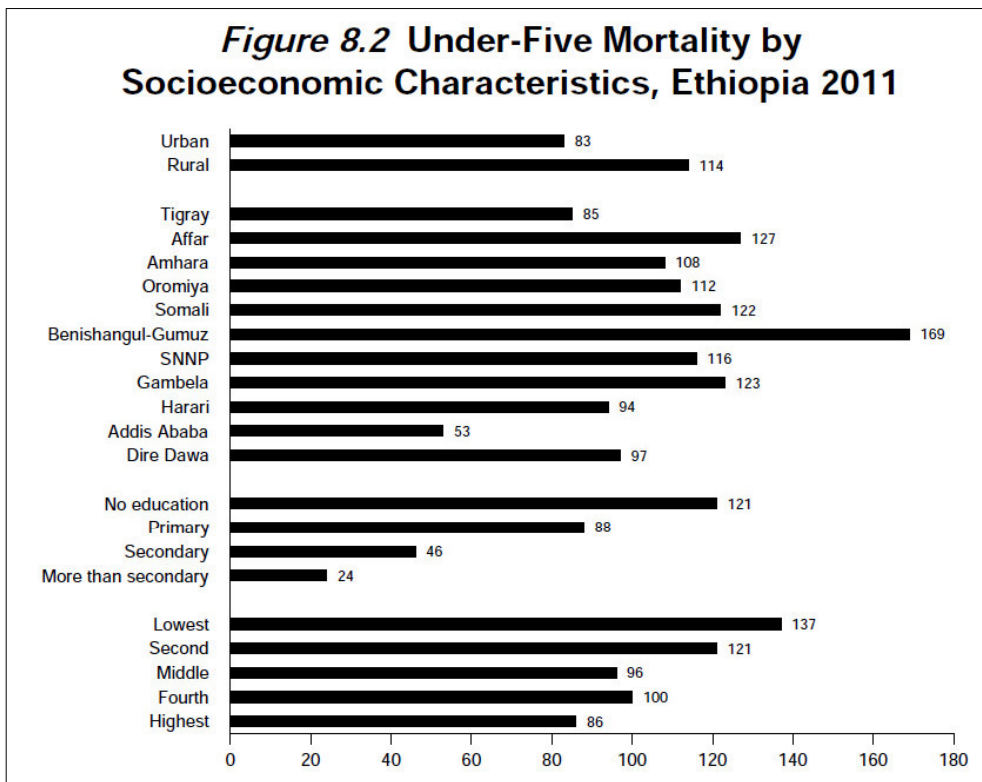
<그림 1-48> 모성 교육수준별 산전관리



출처: Central Statistical Agency [Ethiopia] and ICF International. 2012(2012) Ethiopia Demographic and Health Survey 2011, 저자 재구성

- (모성 교육수준과 가구 소득별 5세 미만 아동의 사망률) 에티오피아의 모성 교육 수준에 따른 5세 미만 아동의 사망률은 상이하였다. 모성이 교육을 전혀 받지 못한 경우가 가장 높은 5세 미만 아동의 사망률을 보여주어 중등교육 이상을 받은 모성의 경우와 비교하였을 때 약 5배 정도의 높은 5세 미만 아동 사망률을 보여 주고 있었다. 가구 소득별 5분위로 나누었을 때, 가장 소득이 낮은 군의 5세 미만 아동 사망률은 출생아 1,000명당 137명으로 나타나 가장 높은 사망률을 보이고 있어, 모성의 교육수준과 가구의 소득에 따른 아동보건의 불평등이 존재함을 알 수 있다.

<그림 1-49> 모성의 교육수준별, 가구 소득별 5세 미만 아동의 사망률

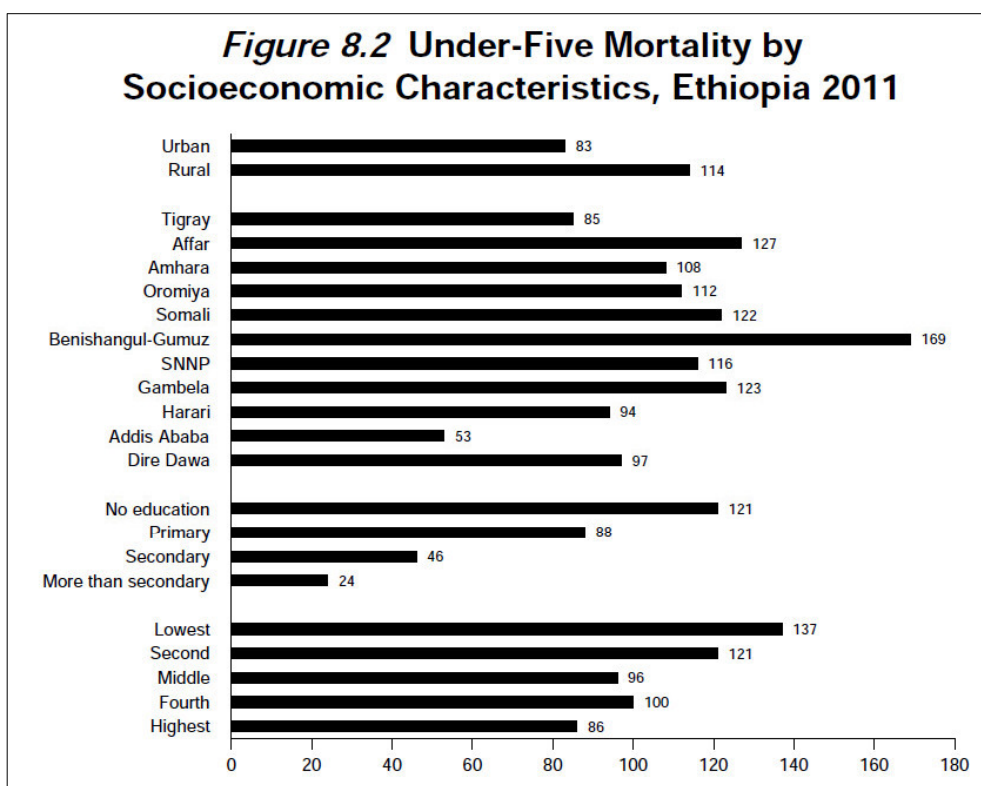


출처: Central Statistical Agency [Ethiopia] and ICF International. 2012(2012) Ethiopia Demographic and Health Survey 2011

3) 지역별 격차

○ (지역별 격차에 따른 5세 미만 아동 사망률) 도시와 농촌 간의 5세 미만 아동의 격차가 존재하였는데, 농촌의 경우 출생아 1,000명당 114명의 아동이 사망하였으나 도시의 경우 출생아 1,000명당 83명의 아동이 사망하는 것으로 나타나 도농간의 격차가 존재함을 알 수 있다. 지역별 격차를 살펴보면, 수도인 Addis Ababa는 가장 낮은 5세 미만 아동사망률인 53명(출생아 1,000명당)을 보이고 있으나 Benishagul-Gurmuz 지역에서는 169명(출생아 1,000명당)으로 Addis Ababa의 3배 이상의 사망률을 보이고 있어 극심한 격차가 존재하는 살펴볼 수 있다.

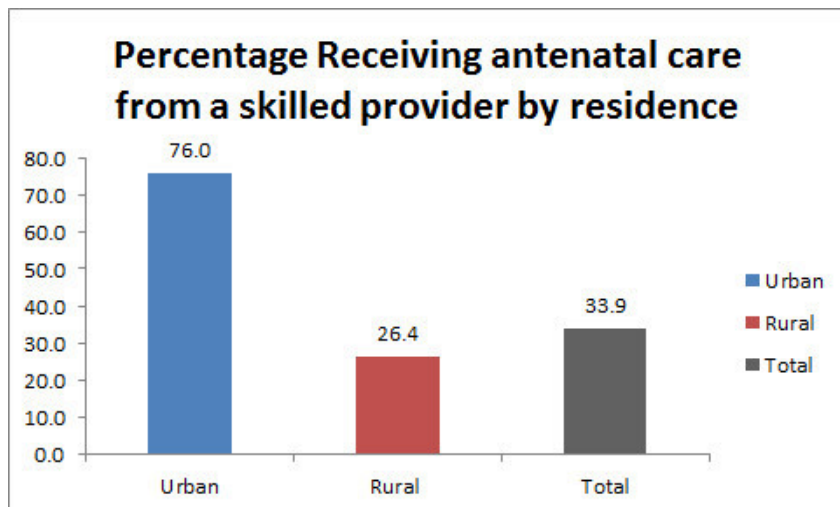
<그림 1-50> 도농별, 지역별 5세 미만 아동의 사망률



출처: Central Statistical Agency [Ethiopia] and ICF International. 2012(2012) Ethiopia Demographic and Health Survey 2011

- (도농간 산전관리 현황) 거주 지역에 따라 보건의료인력이 제공하는 산전관리를 받는 비율의 차이가 존재했다. 도심 지역의 경우 76.0%가 보건의료인력이 제공하는 산전관리를 받고 있었지만 농촌의 경우는 26.4%에 불과하여 농촌 지역이 산전관리를 받지 못하고 있는 상황임을 나타내고 있다.

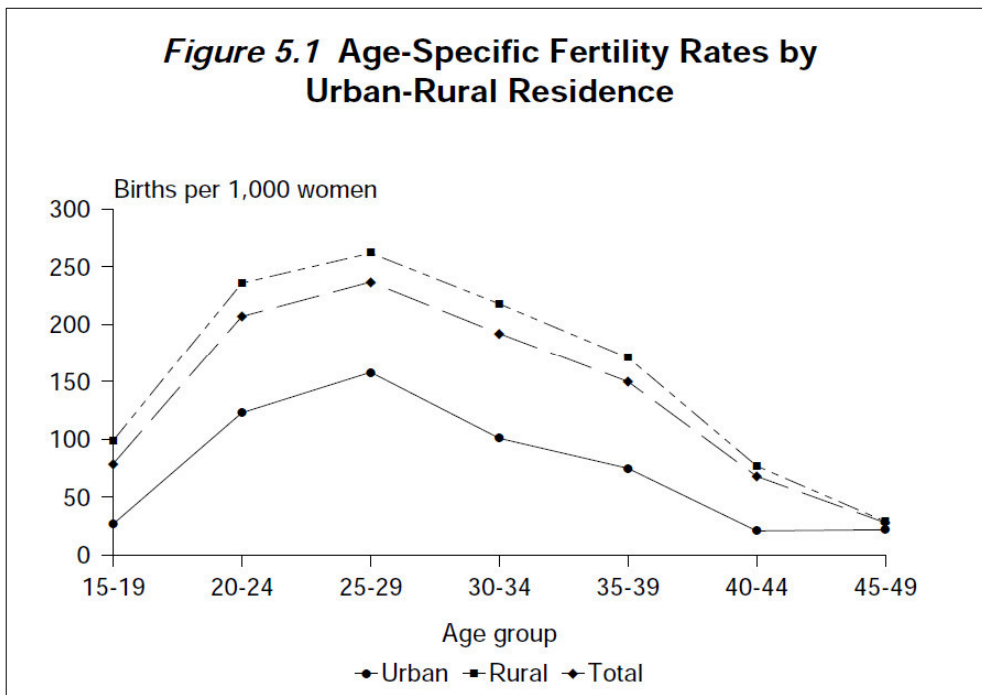
<그림 1-51> 도농 산전관리 격차



출처: Central Statistical Agency [Ethiopia] and ICF International. 2012(2012) Ethiopia Demographic and Health Survey 2011, 저자 재구성

- (도농간 출산율 현황) 도농간 출산율의 차이가 확연히 존재하였는데, 연령별 출산율의 도시와 농촌 모두 25세-29세가 가장 높게 나타났으나, 농촌의 여성이 도시의 여성에 두 배 정도에 이르는 출산율을 보여주었다. 특별히 15-19세 청소년의 출산율은 도심지역의 경우 여성 1,000명당 25명의 출산으로 조사된 반면, 농촌지역에서는 여성 1,000명당 100명의 출산으로 조사되어 농촌지역의 여성 청소년들이 도심지역의 여성 청소년에 비해 높은 출산율을 보여주어 심각한 청소년 임신과 출산의 현황을 나타내고 있었다.

<그림 1-52> 도농 출산율의 격차



출처: Central Statistical Agency [Ethiopia] and ICF International. 2012(2012) Ethiopia Demographic and Health Survey 2011

<보건과 불평등 현황과 과제>

A. 여아들의 건강권을 침해하는 높은 여성성기절단(FGM)의 실행율

- 에티오피아는 굉장히 높은 여성성기절단의 실행율을 보이는 국가 중의 하나로 2011년 조사된 바에 따르면 15세 미만 여아들 중 23%가 FGM을 받은 것으로 나타나 여전히 높은 비율을 보이고 있음. 이는 에티오피아 여아들의 건강권을 침해하고 FGM으로 인해 감염 등의 위험이 높으며, 잠재된 건강위험 요소들 갖게 됨.

B. 교육을 받지 않은 모성과 낮은 소득수준 가정의 영유아의 높은 사망 위험

- 다른 국가와 마찬가지로 에티오피아에서도 모성의 교육 수준이 낮을수록, 소득이 적은 가정일수록, 아동 사망률이 높고 산전관리를 받지 않는 비율이 높았음. 따라서 모성이 교육을 받지 못하고 가난한 가족일수록 해당 가족의 영유아의 사망 위험이 더 높은 상황이었으며, 교육 수준과 소득 수준에 따라 아동의 건강이 크게 영향을 받게 된다는 사실을 확인할 수 있음.

C. 에티오피아 농촌 지역 아동의 높은 사망률

- 에티오피아의 5세 미만 아동사망률은 지역 간 심각한 격차를 보이고 있었는데 예상한 바와 같이 농촌지역의 아동 사망률이 출생아 1,000명당 114명으로 도시에 비해 약 30명의 아동이 더 많이 사망하는 결과를 보였음. 이러한 결과는 농촌 지역의 아동들이 적절한 치료를 받기 어렵고, 의료시설의 낮은 접근성 등 다양한 원인이 존재하는데 주요한 이유들을 확인하고 이에 대한 적절한 개입이 필요할 것으로 보임. 특히, Benishagul-Gurmuz 지역은 Addis Ababa의 3배 이상의 사망률을 보이고 있어 굉장히 심각한 불균형을 보이고 있으며, 다른 지역에 비해 높은 아동 사망률에 대해 불평등한 환경을 조율할 필요가 있음.

제2장. 타공여기관 보건분야 지원 현황

1. 대 협력국 보건분야 지원 현황

<요약. 에티오피아 보건분야 ODA 지원 현황 및 특징>

- (ODA 지원 규모 및 특징) 에티오피아 ODA 규모는 2011년까지 증가하는 추세를 보였으나 2012년 32.6억 달러 지원을 받아 약간 감소하였으며, 가장 많은 지원을 하고 있는 공여기관은 IDA와 미국, 영국이었음.
- (보건분야 ODA 지원 규모 및 특징) 에티오피아 보건분야의 ODA 지원 추이는 지속적으로 증가 추세에 있어 보건분야 ODA 지원 금액을 비교해보면 2000년 3.73억불에서 2010년 34.66억불로 10년간 10배 이상 증가함. 보건분야 중 HIV/AIDS, 말라리아, 결핵 퇴치 분야에 75%로 비중이 가장 높았음.
- (양자 공여기관) 에티오피아 보건분야의 주요 양자기관은 미국이 4.86억불 규모로 가장 많은 지원을 하고 있으며, 그 뒤로 영국이 0.65억불, 캐나다가 0.35억불의 순으로 지원하고 있으며, 3대 전염성 질병과 모자보건 분야를 비롯한 식수와 위생 분야에 지원하고 있음.
- (다자 공여기관) 에티오피아 보건분야의 주요 다자기관은 Global Fund가 3.84억불을 지원하고 있으며, HIV/AIDS, 말라리아, 결핵 부분에 많은 지원이 이루어지며, 그 외에도 GAVI가 0.57억불, UNICEF가 0.32억불을 지원하고 있음.
- (공여기관 협의체 현황) 에티오피아의 개발원조그룹(Development Assistance Group)은 원조의 효과성과 조화 원칙 아래에서 협력을 하고 있으며, 기술실무그룹 11개와 과 분야별실무그룹 5개 구성되어 있는데 보건분야는 보건, 인구, 영양 그룹(Health, Population & Nutrition, HPN)에서 담당하고 논의를 진행하고 있음.

가. 개요

1) 대 협력국 전체 ODA 지원 현황

- (대 협력국 ODA 지원 현황) 에티오피아의 ODA 규모는 2010년 35.3억 달러를 지원받았으며, 2011년까지 35.4억 달러를 지원받아 2011년까지 ODA 지원 규모가 증가하였으나 2012년 32.6억 달러를 지원받아 ODA 규모가 2011년 이후 줄어들었음을 확인할 수 있다. 이는 GNI 대비 ODA의 비중이 7.6%으로 외부 의존율이 높은 편은 아니었다.

<그림 2-1> 2010-2012년 에티오피아 ODA 지원 현황

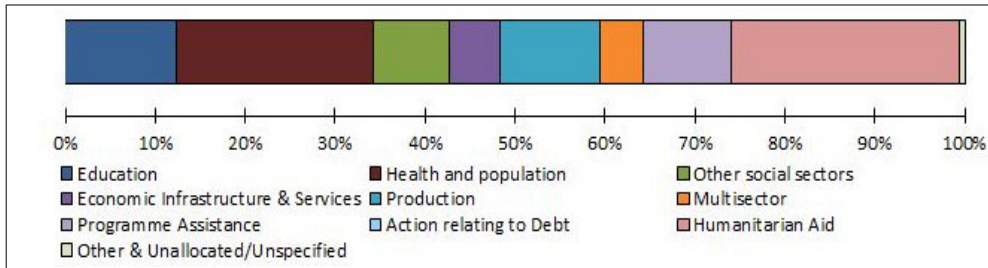
Receipts	2010	2011	2012
Net ODA (USD million)	3 525	3 539	3 261
Bilateral share (gross ODA)	55%	56%	57%
Net ODA / GNI	11.9%	11.2%	7.6%
Net Private flows (USD million)	105	- 137	25

For reference	2010	2011	2012
Population (million)	87.1	89.4	91.7
GNI per capita (Atlas USD)	370	380	410

출처: OECD DAC, <http://www.oecd.org/dac/stats/ETH.gif>

- (대 협력국 ODA 지원 분야) 에티오피아의 ODA 지원에서 가장 큰 비중을 차지하고 있는 것이 인도적 지원 분야(약 26%)이며, 그 외에는 보건 및 인구 분야(약 22%), 교육 분야(약 12%)가 주요 ODA 지원 분야임을 확인할 수 있다.

<그림 2-2> 에티오피아 ODA 지원 분야 현황



출처: OECD DAC, <http://www.oecd.org/dac/stats/ETH.gif>

- (대 협력국 주요 공여기관 지원 현황) 에티오피아에 지원하고 있는 주요 공여기관은 2011년부터 2012년 평균 IDA가 7.34억불로 가장 많은 지원을 하였으며, 미국이 7.20억불, 영국이 4.87억불을 지원하였다. 그 외에도 EU, AfDF, Global Fund 등의 순으로 에티오피아에 ODA 지원을 하였다.

<표 2-1> 에티오피아 ODA 지원 공여기관 현황(2011-2012년 평균)

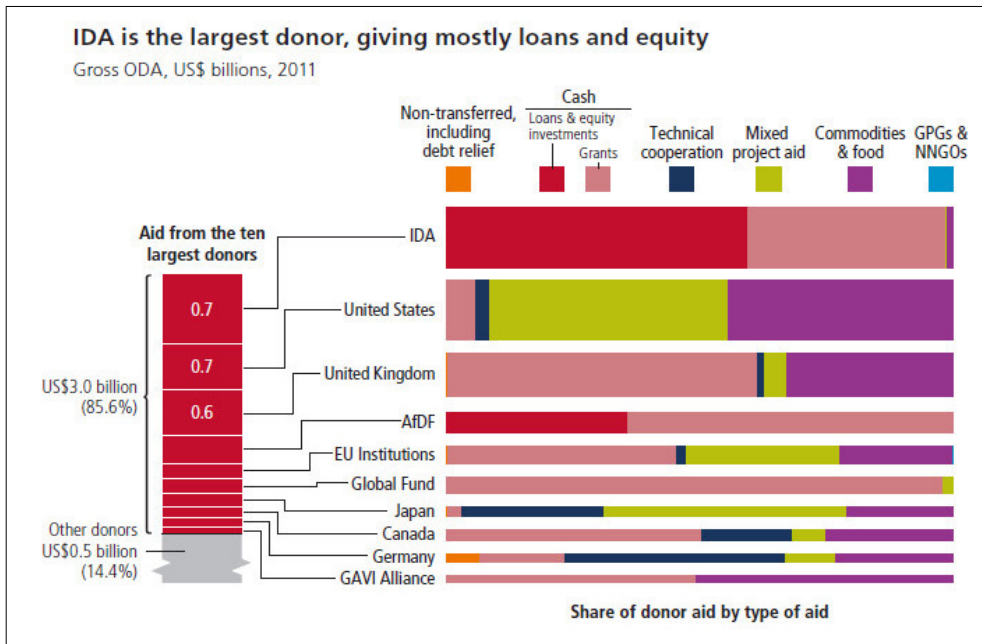
순위	공여기관	규모 (USD mil)
1	IDA	734
2	미국	720
3	영국	487
4	EU	226
5	AfDF	167
6	Global Fund	144
7	캐나다	121
8	일본	114
9	독일	109
10	GAVI	92

출처: OECD DAC, <http://www.oecd.org/dac/stats/ETH.gif>

- (공여기관별 ODA 지원 유형) 에티오피아에 지원하고 있는 공여기관별 ODA 지원 유형을 살펴보면, 가장 많은 지원을 하고 있는 IDA의 경우 주로 자금 지원을 하고 있는데 론(Loans)과 주식투자(Equity Investments)의 유상지원과 무상지원(Grant)의 방식으로 지원하고 있었다. 미국과 영국 모두 무상지원(Grant), 혼합 프로젝트 지원(Mixed Project Aid), 기술협력(Technical Cooperation), 생필품과 음식(Commodities & Food) 지원을 하고 있었는데 그 비율이 서로 상이하였다.

미국은 주로 혼합 프로젝트 지원(Mixed Project Aid)와 생필품과 음식(Commodities & Food) 지원의 비율이 높았지만 영국의 경우는 무상지원(Grant)과 생필품과 음식(Commodities & Food) 지원이 주요한 지원 방식이었다.

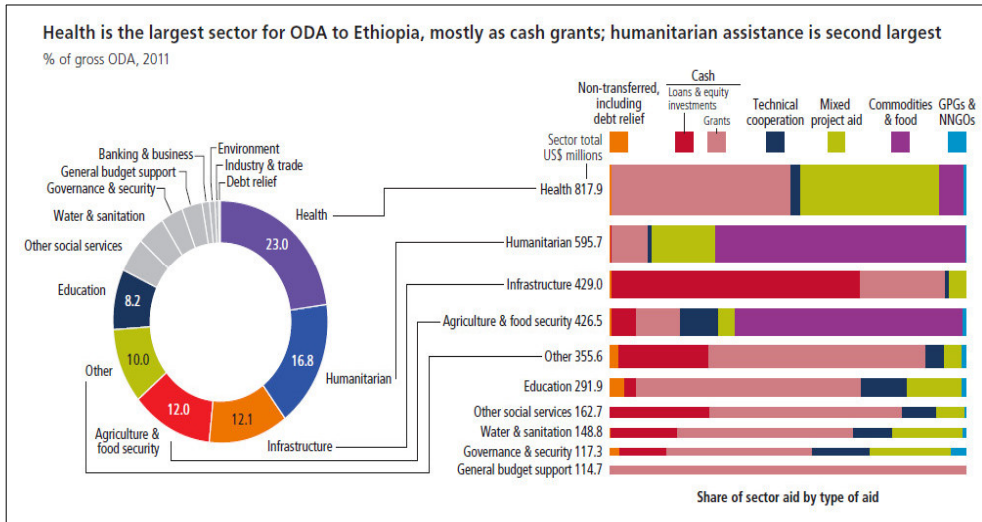
<그림 2-3> 공여기관별 ODA 지원 유형



출처: Development Initiatives (2013) Investments to End Poverty

- (ODA 분야별 지원 유형) 2011년 에티오피아에 가장 많은 ODA 지원이 이루어지고 있는 분야는 보건분야로 전체의 23.0%를 차지하였으며, 다음은 인도적 지원으로 16.8%의 지원이 이루어지고 있었다. 보건분야의 지원 유형을 살펴보면 무상지원(Grant)가 50% 이상을 차지하고 있으며, 그 외에 혼합 프로젝트 지원(Mixed Project Aid)도 많은 비중을 차지하고 있었다. 생필품과 음식 지원(Commodities & Food)과 기술지원(Technical Cooperation), GPGs(Global Public Goods) & NNGOs(Northern non-government organizations)의 유형도 포함되어 있다.

<그림 2-4> ODA 분야별 지원 유형

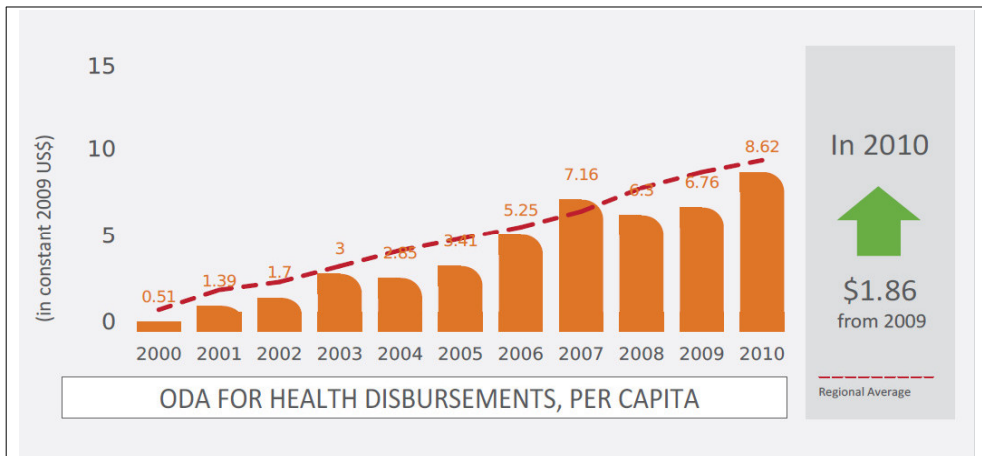


출처: Development Initiatives (2013) Investments to End Poverty

2) 대 협력국 전체 보건 ODA 지원 현황

- (보건분야 ODA 지원 추이) 에티오피아의 보건분야의 ODA 지원 추이는 지속적으로 증가 추세에 있다. 2000년 1인당 0.51달러에서 2010년 1인당 8.62달러로 증가하여, 10년간 8.11달러가 증가한 것을 확인할 수 있다. 보건분야 ODA 지원 금액을 비교해보면 2000년 3.73억불에서 2010년 34.66억불로 10년간 10배 이상 증가하였다.

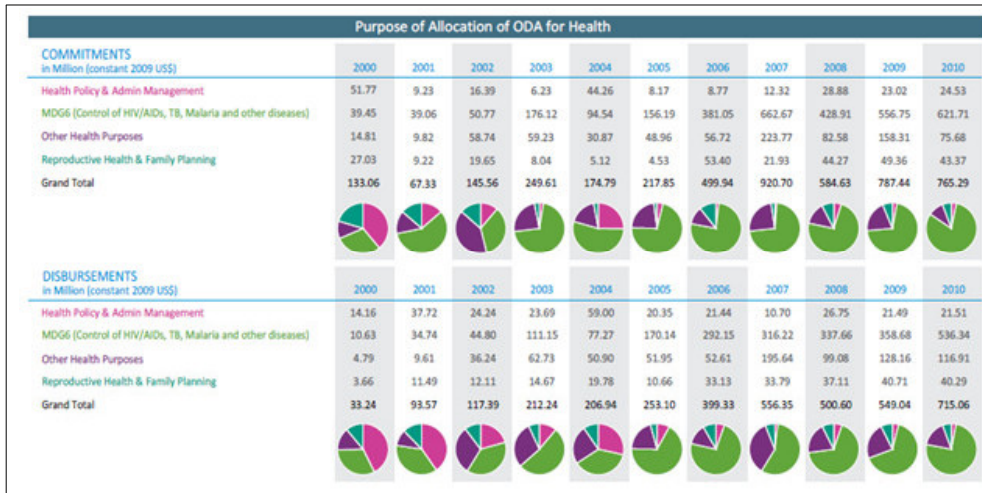
<그림 2-5> 에티오피아 보건분야 지원 현황



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

- (보건분야 ODA 주요 지원 분야) MDG 6(HIV/AIDS, TB, 말라리아 외 다른 질병)에 관한 비중이 가장 높으며, 그 외 보건사업, 생식보건과 가족계획, 보건정책과 행정 순이었다. 2010년 기준 MDG 6가 75.0%, 그 외 보건사업이 16.3%였으며, 생식보건과 가족계획이 5.6%, 보건행정과 정책이 3.0%를 차지하였다.

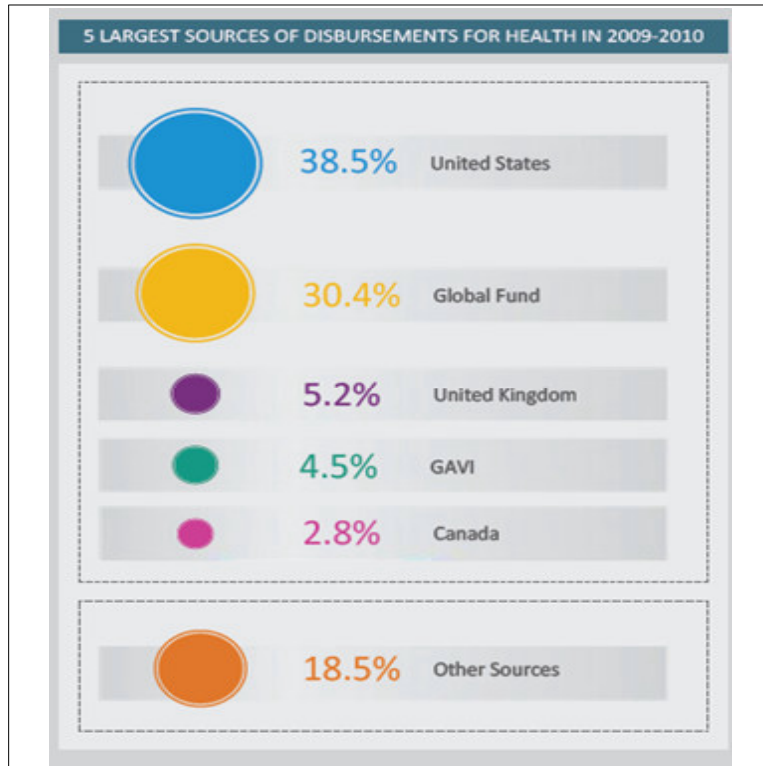
〈그림 2-6〉 에티오피아 보건분야 지원 분야



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

○ (보건분야 ODA 주요 공여기관 및 기구) 양자와 다자기구를 포함하여 에티오피아 보건분야에 지원하고 있는 주요 공여기관 및 기구는 아래에 나타난 바와 같이 2009-2010년 기준, 미국이 38.5%, Global Fund 30.4%, 영국이 5.2%, GAVI 4.5%, 캐나다 2.8%순으로 지원하고 있었다 (WHO, n.d.).

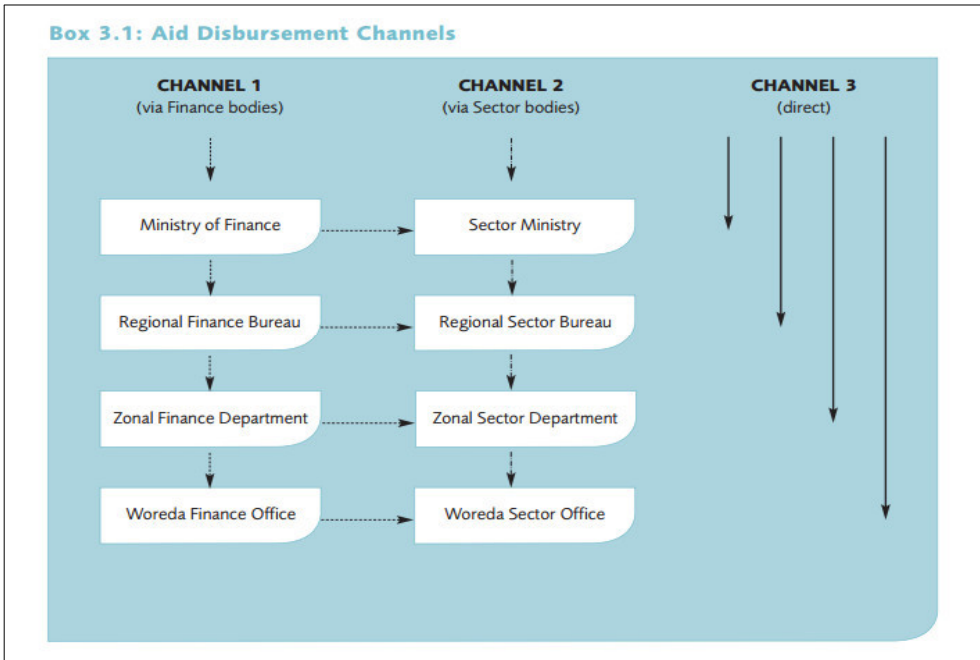
<그림 2-7> 2009-2010년 주요 양자기관 보건분야 지원 규모



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

- (에티오피아 원조 모달리티 유형) 에티오피아에 원조 모달리티는 크게 3가지로 나뉘는데 채널 1(Channel 1)은 에티오피아의 재정담당기관, 일반적으로 재정부를 통해 지원되는 유형으로 예산 지원을 하는 방식이다. 두 번째 채널 2(Channel 2)는 분야담당기관, 보건부, 지역 보건국 등을 통해 지원하는 방식이다. 세 번째 채널 3(Channel 3)는 공여기관 및 기구가 직접적인 전달을 하는 방식으로 나뉘어져 있다.

<그림 2-8> 에티오피아 원조 모달리티 유형



출처: Development Cooperation Ireland (2004) Aid Modalities in Ethiopia

- (보건분야 ODA 주요 공여기관 및 기구) 2013년 에티오피아 주요 공여기관 및 기구의 펀드에 따른 지원 현황으로 Channel 3로 보건부 및 지역 보건국 등을 통해 지원되는 원조 유형만을 포함한 것이다. Global Fund에서 말라리아 에이즈, 결핵 지원이 1.65억불 지원되었으며, UN 파트너 기관에서 1.39억불, MDG Performance Fund로 다양한 양다자 기관들이 함께 1.33억불을 지원하였다. 2013년 공여기관별 지원 비율을 살펴보면 Global Fund가 31.1%, Unicef 20.5%, DFID 20.2%의 지원을 하고 있다. 여기엔 미국의 지원이 포함되어 있지 않은데 미국의 공여기관들은 채널 3의 방식으로 에티오피아에 지원하고 있기 때문이다 (Federal Ministry of Health, 2013).

<그림 2-9> 주요 기관별 보건분야 지원 현황

Table 25:

Commitment and Disbursement of Funds by Development Partner

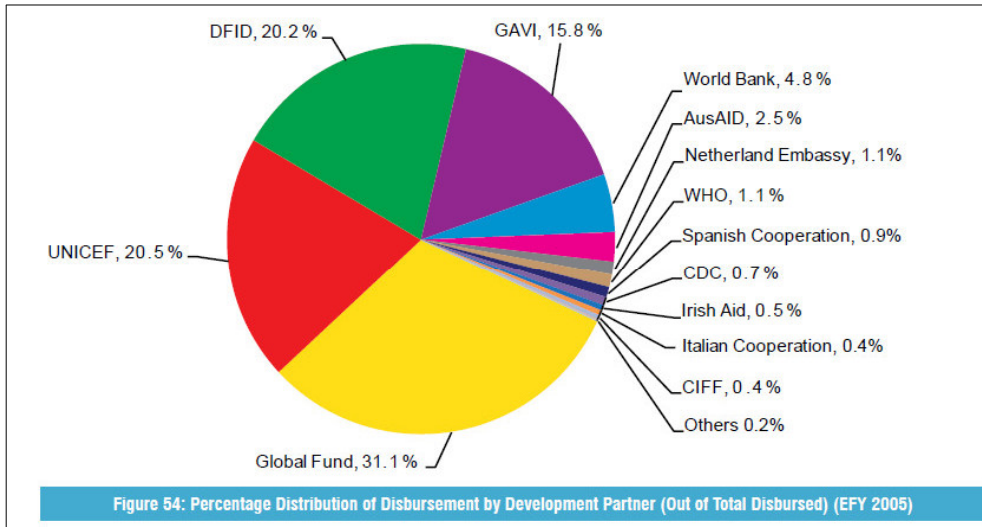
(EFY 2005)

S.N.	Source of Fund	Commitment (in USD) in EFY 2005	Disbursement (in USD) in EFY 2005	Percentage Disbursement
1	MDG Performance Fund			
	DFID	106,000,000.00	106,964,000.00	100.9%
	WHO			
	UNICEF	1,000,000.00	1,000,000.00	100.0%
	UNFPA	1,000,000.00	0.00	0.0%
	Irish Aid	2,467,532.00	2,447,777.00	99.2%
	Spanish Cooperation	4,545,455.00	4,547,543.00	100.0%
	AusAID	12,500,000.00	12,561,360.00	100.5%
	Italian Cooperation			
	Netherlands Embassy	5,714,285.00	5,714,275.00	100.0%
	TOTAL	133,227,272.00	133,234,955.00	100.0%
2	Technical Assistance Pooled Fund			
	DFID	294,370.00	294,370.00	100.0%
	UNICEF			
	Italian Cooperation			
	AusAID	516,530.00	516,530.00	100.0%
	USAID	1,000,000.00	0.00	0.0%
	TOTAL	1,810,900.00	810,900.00	44.8%
3	Global Initiative			
	GAVI HSFP	6,255,481.00	3,120,250.33	49.9%
	GAVI CSO (B)	1,289,578.01	1,289,578.01	100.0%
	GAVI ISS	80,222,000.00	79,753,500.00	99.4%
	TOTAL	87,767,059.01	84,163,328.34	95.9%
4	Global Fund			
	Malaria	75,481,650.00	120,336,282.00	159.4%
	HIV	111,759,350.00	39,238,000.00	35.1%
	TB	18,821,000.00	5,668,847.25	30.1%
	TOTAL	206,062,000.00	165,243,129.25	80.2%
5	UN Partners			
	UNICEF	71,249,658.00	107,683,723.38	151.1%
	UNFPA	18,958,057.00	501,137.92	2.6%
	WHO	6,182,000.00	5,706,233.30	92.3%
	World Bank	6,132,000.00	25,518,793.08	416.2%*
	TOTAL	102,521,715.00	139,409,887.68	136.0%
6	US Partners			
	CDC	13,560,744.00	3,760,201.62	27.7%
	TOTAL	13,560,744.00	3,760,201.62	27.7%
7	Other Partners			
	Italian Cooperation	2,272,727.00	2,272,727.00	100.0%
	IGAD		67,459.46	
	CIFF	3,467,056.00	1,871,198.00	54.0%
	Imperial College of Sciences	300,000.00	300,000.00	100.0%
	TOTAL	6,039,783.00	4,511,384.46	74.7%
	GRAND TOTAL	550,989,473.01	531,133,786.35	96.4%

* The percentage is higher because World Bank has already disbursed in EFY 2005 the amount committed for EFY 2006

출처: Federal Ministry of Health (2013) Annual Performance Report

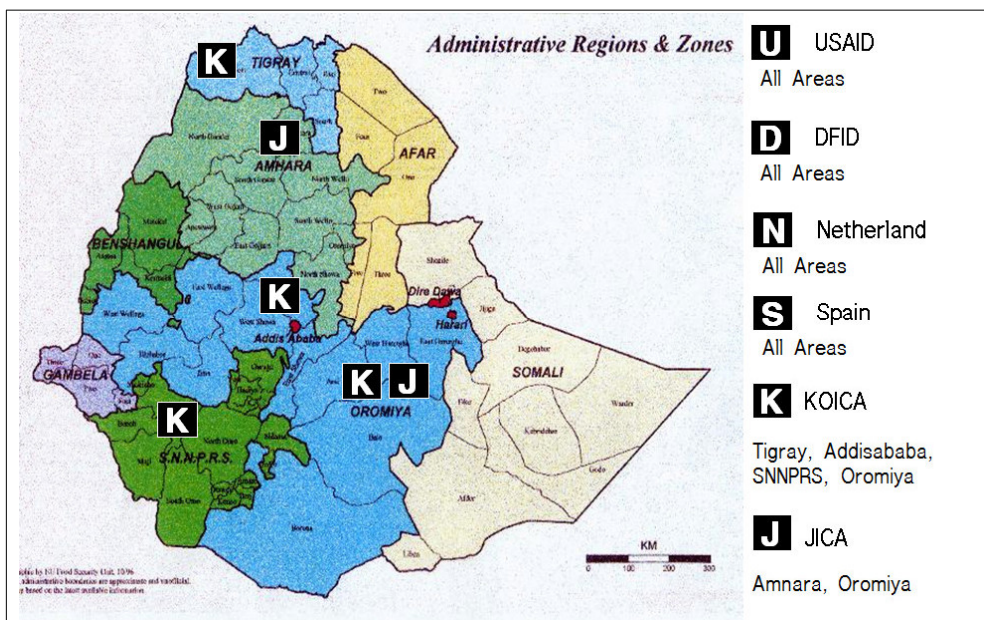
<그림 2-10> 주요 기관별 보건분야 지원 현황



출처: Federal Ministry of Health (2013) Annual Performance Report

- (주요 공여기관의 지원 지역) 현재 USAID는 전국에 걸쳐 보건분야 지원을 실시하고 있으며, 분야자금지원(SBS)를 통해 지원하고 있는 DFID, Netherlands 등을 비롯한 주요 양자기관들은 보건부를 통해 전국적 지원을 실시하되 에티오피아 보건분야 전략이 지향하고 있는 소외지역 중심 지원에 기여하고 있다. 특별히, 소말리아와 인접하고 있는 Somali 주와 도심지역에서 거리가 있고 개발에서 소외된 북부지역의 경우는 보건소와 보건지소도 상대적으로 적고, 보건의료인력 또한 적은 상황이다.

<그림 2-11> 주요 공여기관의 지원 지역



출처: 저자구성

나. 보건분야 내 주요 공여기관 및 지원 분야

1) 주요 양자기관

- (에티오피아 보건분야 주요 양자기관) 에티오피아 보건분야의 주요 양자기관은 아래 표에서 제시한 것처럼 2009-2010년 미국이 4.86억불 규모로 가장 많은 지원을 하고 있다. 그 뒤로 영국(0.65억불), 캐나다(0.35억불)의 순으로 지원하고 있다.
- (보건분야 주요 양자기관들의 지원분야) 에티오피아에 지원하고 있는 미국의 공여기관은 주로 3대 전염성 질병(HIV/AIDS, 말라리아, 결핵)과 함께 모자보건 분야에 중점적인 지원을 실시하고 있으며, 영국의 공여기관은 MDG 펀드를 통해 주요 전염성 질병과 함께 모자보건을 지원하며, 그 외에도 식수와 위생 분야에 많은 지원을 제공하고 있다.

<표 2-2> 2009-2010년 주요 양자기관 보건분야 지원 순위 및 규모

순위	공여기관	규모 (USD mil)
1	미국	486.54
2	영국	65.61
3	캐나다	35.87
4	네덜란드	27.60
5	스페인	22.32
6	일본	16.55
7	아일랜드	16.29
8	이탈리아	15.79
9	노르웨이	10.11
10	스웨덴	7.12
11	한국	2.62

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

2) 주요 다자기구

- (에티오피아 보건분야 주요 다자기관) 에티오피아 보건분야의 주요 다자기관은 아래 표에서 제시한 것처럼 2009-2010년 보건분야에 가장 큰 규모의 지원을 하고 있는 다자기관은 Global Fund로 3.84억불을 지원하고 있어, HIV/AIDS, 말라리아, 결핵 부분에 많은 지원이 되고 있는 상황이다. 그 외에도 GAVI가 0.57억불, UNICEF가 0.32억불을 각각 지원하였다.
- (보건분야 주요 다자기구들의 지원분야) 다자기구 중 가장 2009-2010년 가장 많은 지원을 제공한 Global Fund의 경우, 주요 3대 질병(HIV/AIDS, 말라리아, 결핵) 중심의 지원을 제공하고 있으며, GAVI 또한 3대 질병의 백신을 지원하고 있다.

<표 2-3> 2009-2010년 보건분야 지원 규모

순위	다자기구	규모 (USD mil)
1	Global Fund	384.76
2	GAVI	57.45
3	UNICEF	32.56
4	IDA	28.91
5	UNFPA	20.83
6	UNDP	8.82
7	EU	6.32
8	AfDF	3.85
9	UNAIDS	3.58
10	WFP	0.37

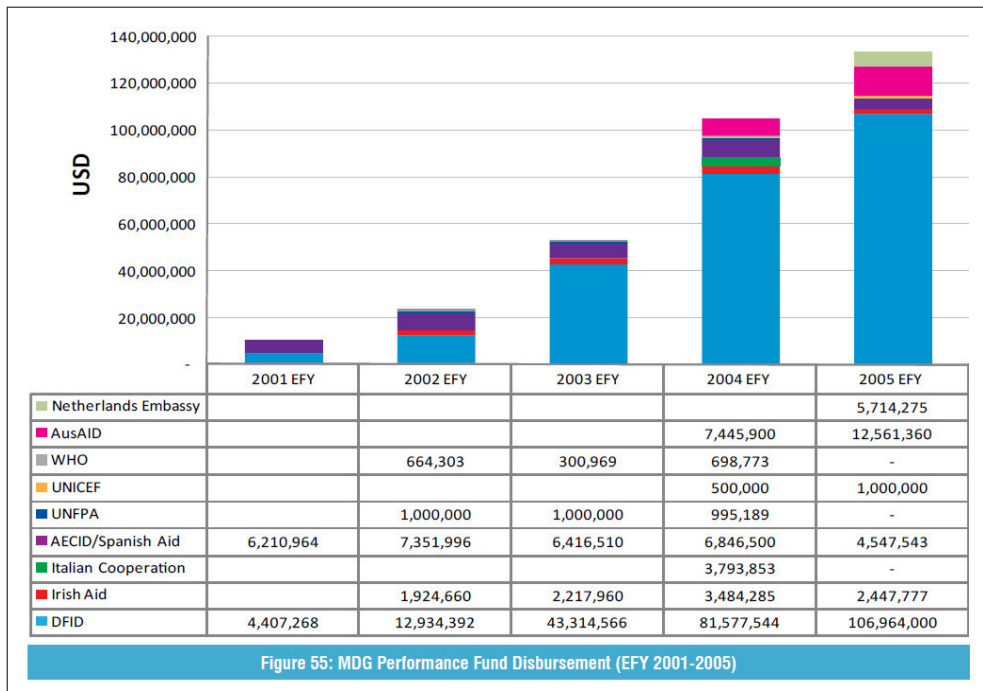
출처: WHO (n.d.) ODA for Health to Ethiopia

3) 분야예산지원(Sector Budget Support)

- (에티오피아 MDG Performance의 배경) 에티오피아는 International Health Partnership(IHP+)에 2007년에 가입하면서 에티오피아 보건부, 재정부가 13개의 개발 파트너와 2008년 Country Compact에 서명을 하였고, 2009년 MDG Performance Fund를 지원하기 위한 Joint Financing Arrangement(JFA)를 합의하게 되었다 (MDG Fund, 2011).
- (에티오피아 MDG Performance fund) MDG Performance Fund(PF)는 에티오피아 정부의 프로시저를 활용하여 보건부에서 관리하는 펀딩 메카니즘이다. 에티오피아의 International Health Partnership(IHP)가 설정한 프레임워크 안에서 유연한 자원 지원을 제공하며 “One-Plan, One-Budget, and One-Report”의 원칙을 따라 국가보건개발계획의 재정을 확보하기 위해 일관성을 유지하도록 한다. MDG PF는 에티오피아 정부가 개발 파트너들이 국가보건개발계획 실행을 돕기 위한 지원을 확대하는데 선호하는 지원 유형 중 하나이다.
- (MDG Performance fund의 배경) 에티오피아 MDG PF은 2007년에 GAVI가 에티오피아 보건시스템강화에 기여하게 되면서 시작되었다. 2008년 8월 에티오피아 컨트리 컴팩트(Ethiopia Country Compact)의 서명 이후, Joint Financing Arrangement(JFA)가 경제개발부(Ministry of Federal Economics and Development, MoFED)와 보건부(Federal Ministry of Health, FMOH)와 7개 개발 파트너의 서명을 통해 준비되었다. 이후 2010/11년 이탈리아 공여기구(Italian Cooperation), 2011/12년 호주 공여기구(AusAID)와 네덜란드 대사관이 MDG PF에 함께 지원하게 되었다. 2012/13년에는 6개의 공여기관만이 MDG PF를 지원하고 있다.
- (MDG Performance fund의 지원 현황) MDG PF는 2012/13년에 총 1.33억불의 규모였으며 2011/12년에는 1.05억불의 규모였다. MDG PF에 DFID가 전체의 80.3%의 규모로 가장 많은 금액을 지원하고 있으며, 호주 공여기구(AusAID)와

네덜란드 대사관, 스페인 공여기구(AECID), 아일랜드 공여기관(Irish AID)와 UNICEF의 순서로 지원하고 있었다 (Federal Ministry of Health, 2013).

<그림 2-12> 주요 기관별 보건분야 지원 현황



출처: Federal Ministry of Health (2013) Annual Performance Report

- (MDG Performance fund의 지원 영역) MDG PF는 에티오피아 보건분야 통합계획 내에 재정 부족을 지원하고자 시작되었다. 따라서 MDG PF를 통해 재정 지원이 되어야 할 매우 시급한 영역은 통합적 계획 준비 이후에 규명되고, JFA에서 지원 가능한 지출 내에 구체적인 활동들이 확정된다. MDG PF의 47.8%가 모성보건 분야에 지원되고 있으며, 21.3%가 의료기자재에 쓰이고 있었다. 또한 전염성 질환에 13.5%가 지원되고 있으며, 아동보건에도 9.6%가 지원되고 있다.

<그림 2-13> 주요 기관별 보건분야 지원 현황

Table 26:

Areas of Support Funded by the MDG Performance Fund
(EPY 2005)

Areas of Support	Amount In USD	Percentage
Health Extension Program	4,907,400	3.3%
Maternal health	71,431,158	47.8%
Child health	14,357,011	9.6%
Medical equipment	31,800,000	21.3%
Communicable diseases	20,178,081	13.5%
Health care financing	1,000,000	0.7%
HMIS	2,300,000	1.5%
Human Resources	3,273,850	2.2%
Governance	283,325	0.2%
Total	149,530,825	100%

출처: Federal Ministry of Health (2013) Annual Performance Report

2. 보건분야 공여협업체 현황

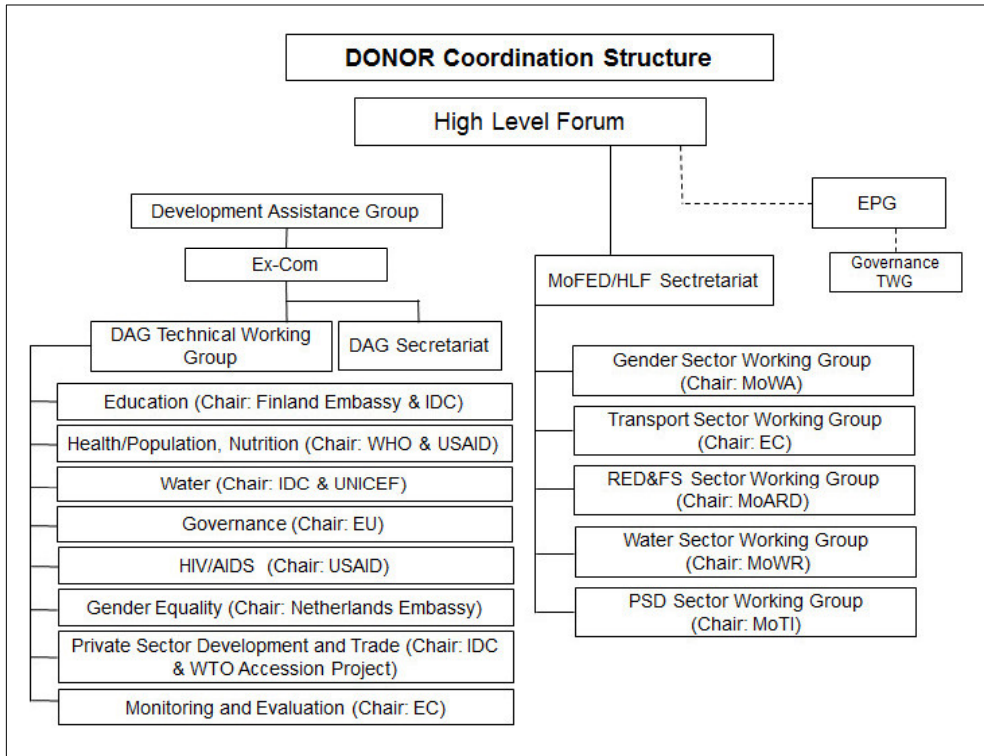
○ (개발원조그룹, Development Assistance Group) 원조의 효과성, 조화성 원칙하에 개발 지원을 위해 26개의 회원국 및 회원기구 원조관련 기관 참여하며, DAG 의장은 UNDP, World Bank 중 1인과 1년 임기의 양자원조기관 중 하나가 공동 의장을 담당하도록 되어 있다. 기술실무그룹(TWG: Technical Working Group)은 DAG 회원 기관들 내의 기술전문가들로 구성되어 교육, 보건인구 및 영양, HIV/AIDS, 공공금융관리 및 거시경제 이슈, 거버넌스, 모니터링 및 평가, 무역 및 금융 이슈, 농촌경제개발 및 식량안보, 물 및 운송, 성평등, 민간부문 등 11개 주제로 구성되어 있다. 분야별 실무그룹(SWGs: Sectoral Working Groups)은 에티오피아 정부와 공여자들이 공동의장을 맡게 되며, 농촌개발과 식품안전, 민간부문, 교통, 젠더, 식수의 5개 분야별 그룹이 있다.

○ (개발원조그룹(DAG) 목표) 개발원조그룹의 목표는 아래와 같다.

- 원조기구의 활동을 조율
- 조화된 정책대화 촉진
- DAG 회원간의 정보교환
- 지방정부의 참여 확대
- 국가정책의 실행을 도움

○ (DAG 회원국 및 회원기구) DAG의 회원국 및 회원기구는 아프리카 개발은행(AfDB), Austrian Development Cooperation, Belgium Development Cooperation, CIDA, 덴마크대사관, DFID, EC, 핀란드대사관, 프랑스대사관, 독일대사관, GTZ-에티오피아, IMF, 인도대사관, Irish Aid, Italian Cooperation, 일본대사관, JICA, KfW, 네덜란드대사관, 노르웨이대사관, SIDA, Spanish Agency for International Development Cooperation(AECID), Turkish International Cooperation Agency (TICA), UNICEF, UNDP, USAID, WFP, World Bank로 다양한 양자기관과 다자기관으로 구성되어 있다.

<그림 2-14> 개발원조그룹(Development Assistance Group)조직도



출처: DAG (2013) DAG Annual report (저자재작성)

- (Health Sector Working Group) 개발원조그룹(Development Assistance Group) 내의 기술 실무그룹 중 보건분야 Health Sector Working Group이 있다. Health Sector Working group은 MOH가 대표를 맡고 있으며, 그 외의 Other Working Group으로 Health, Population & Nutrition(HPN) 부문은 Unicef가 의장을 담당하고 있다. HPN은 보건분야에 지원을 하고 있는 공여기관 전체가 포함되어 지속적인 논의를 하고 있으며, 2014년 3월 현지조사 면담에 따르면, 의장기관인 UNICEF의 주도에 따라 이 그룹이 5번째 Health Sector Development Plan을 개발과 관련하여 기술적인 지원을 제공하고 있다고 한다.

3. 주요 공여기관의 보건분야 협력

가. 개요

- (양자 공여기관 관찰요인) 에티오피아의 주요 기관과 사업은 공여기관들의 지원 현황을 반영하여 적절한 기관과 사업을 관찰하였다. 에티오피아는 다양한 공여기관들이 연방정부와 주정부에 보건분야 지원을 제공하고 있었는데, 에티오피아의 심각한 모자보건 상태를 개선하기 위해 주요 3대 전염성 질병 외에 모자보건 분야의 지원이 점차 증가하는 추세를 보이고 있었다. 에티오피아에는 국제 비영리 기구(INGO)들을 통한 사업들이 활발히 진행되고 있었고 이러한 민간분야의 기관들도 양자와 다자기관들이 그러한 것처럼 에티오피아 정부의 보건정책과 전략에 일치한 프로그램과 프로젝트를 진행하고 있었다. 따라서 에티오피아의 보건분야의 이러한 현황을 고려하여 양자기관과 민간부문 기관들을 살펴보았다.

나. 양자기관 (Bilateral organisations)

<요약. 에티오피아의 보건분야 양자기관의 전략 및 특징>

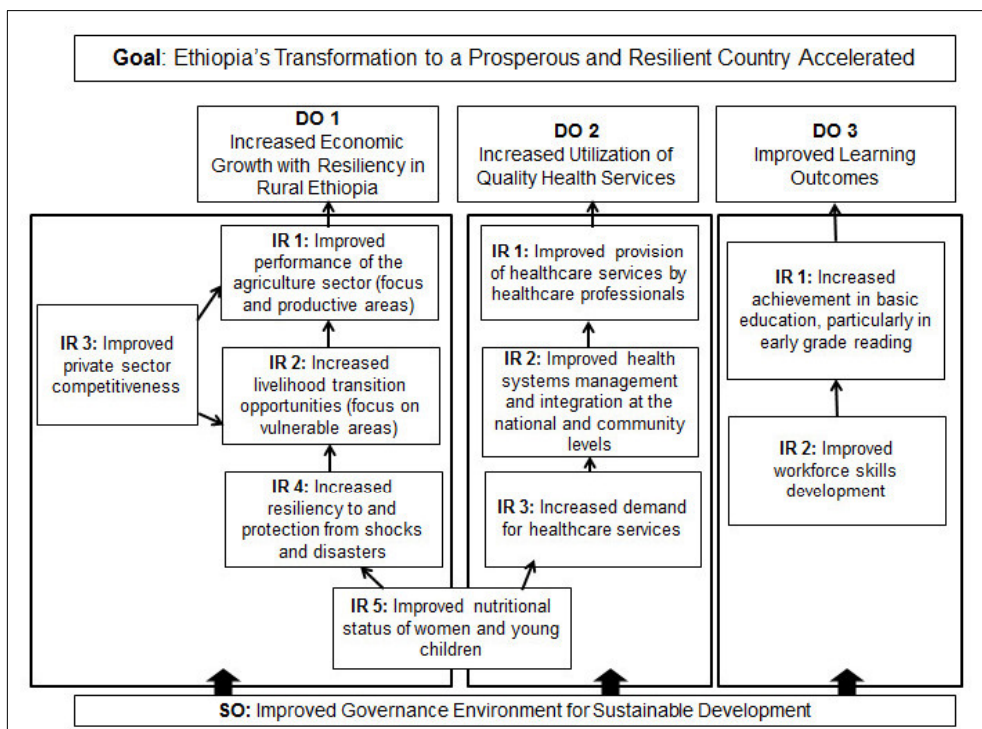
- (주요 관찰 양자기관) 에티오피아의 주요 양자기관은 먼저 언급된바와 같이 미국, 영국, 캐나다의 순서였으며 그 외에도 다양한 양자기관이 있었음. 에티오피아는 보건분야에 한국이 모자보건 관련 프로젝트를 실시하고 있어, 관련하여 교훈을 얻을 수 있는 양자기관을 고려하였음. 미국은 가장 크게 모자보건 관련 프로그램을 실시하고 있어 이에 대한 경험적 교훈을 얻을 수 있을 것으로 판단함. 영국 공여기관의 경우도 모자보건과 함께 식수와 위생 프로그램에 많은 지원을 하고 있어 향후 한국의 지원 가능성에 대해 현실적인 의견을 받을 것으로 기대하였다. 이탈리아 공여기관은 한국의 공여 규모를 고려하였을 때, 한국이 지원 가능한 규모의 보건의료 프로그램의 향후 지원 방향성에 대해 조언이 가능할 것으로 여김.
- (USAID 보건 전략과 사업의 특징) USAID는 에티오피아의 번영과 회복력 있는 국가로의 변화를 촉진하기 위한 목표를 설정하였으며, 보건분야 인력 강화, 보건의료시스템 강화, 보건의료 서비스 요구도 증진을 보건분야 세부 목표로 잡았음. 보건분야 지원에서 HIV/AIDS가 가장 많은 비중을 차지하고 있으며, 말라리아, 모자보건, 가족계획 및 생식보건의 순서로 비중을 보였음.
- (DFID 보건전략과 사업의 특징) DFID는 에티오피아에 보건부를 통한 지원을 하고 있으며, 이는 효과적인 원조를 위해 현지의 시스템을 활용하는 정책 방향성을 가지고 있음. DFID는 분야예산지원(Sector budget support), 다자공여 프로그램(Multi-donor programmes), NGO 혹은 민간기관을 통한 양자 프로젝트(Bilateral project)를 활용하여 지원함.
- (Italian Cooperation 보건전략과 사업의 특징) 이탈리아의 대 에티오피아 보건분야 지원 전략은 MDG 달성과 성장과 변화 계획(GTP)에서 사회 분야의 주요 전략 방향인 접근성 향상과 질 높은 기초 서비스의 개선으로 삼고 MDG 4(아동 사망 감소), MDG 5(모성보건 개선), MDG 6(질병 퇴치)를 달성하기 위한 목적을 이루기 위해 보건시스템을 지원함.

1) USAID

가) 공여기관의 전략

- (USAID의 대 에티오피아 국가협력전략) USAID의 국가협력전략(Country Development Cooperation Strategy 2011-2015)에 따르면, USAID 대 에티오피아 개발목표는 에티오피아가 번영하고 회복력 있는 국가가 되도록 변화를 촉진하는 것을 전체 목표로 하고 있다. 본 목표에 따른 하위 개발목표(Development Objectives; DO)는 세 가지로써 1) 농촌 지역의 탄력성 있는 경제발전 증진; 2) 질 높은 보건의료 서비스 이용 증진; 3) 학습 성과 개선이다. 3개의 개발 목표는 2~5개의 중기 결과(Intermediate Results; IR)로 구성되어 있으며, 이를 위한 전략 목표(Strategic Objective; SO)는 지속가능한 발전을 위한 거버넌스 환경 증진에 해당한다.

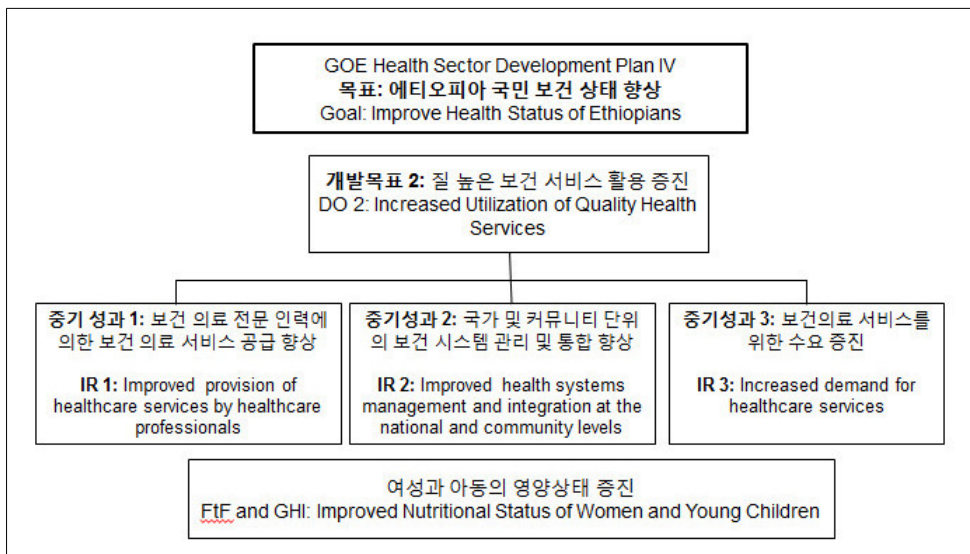
<그림 2-15> USAID 에티오피아 국가협력전략



출처: USAID (2012) Ethiopia Country Development Cooperation Strategy 2011-2015

- (USAID의 보건분야 전략) USAID의 국가협력전략(Country Development Cooperation Strategy 2011-2015)의 두 번째 목적인 질 높은 보건의료서비스 이용 증진을 통해 에티오피아 정부의 국가보건개발전략(HSDP IV 2011-2015)의 우선순위를 지원하고 에티오피아의 높은 모성, 신생아 및 아동 사망을 낮추는데 기여하고자 한다. 따라서, USAID의 대 에티오피아 보건 프로그램은 국가의 취약한 인구, 특별히 여성과 아동에 초점을 맞추고 있으며, 보건분야 전략에 대한 세부 내용은 아래와 같다.
- 보건의료인력에 의한 서비스 제공을 증진: MNCH 서비스 확충, 공중보건에 중요한 의미가 있는 질병의 예방과 치료서비스 확충, 의뢰체계 강화, 필수적 기초의료 서비스 접근성 강화
 - 국가, 지역사회 차원에서 보건의료시스템의 관리와 통합을 개선: 의료인적 자원 강화, 보건재정 확충, 근거에 의한 의사결정 지원을 위한 전략적 정보시스템 강화, 필수약품과 의료용품 공급, 서비스 전달을 위한 보건의료 인프라와 검사시스템 개선 등
 - 보건의료 서비스에 대한 요구를 증가: 건강증진의 확대, 건강추구행동에 대한 지식과 태도 증진, 적절한 건강행동 증진

<그림 2-16> USAID 에티오피아 국가협력전략 중 보건의료

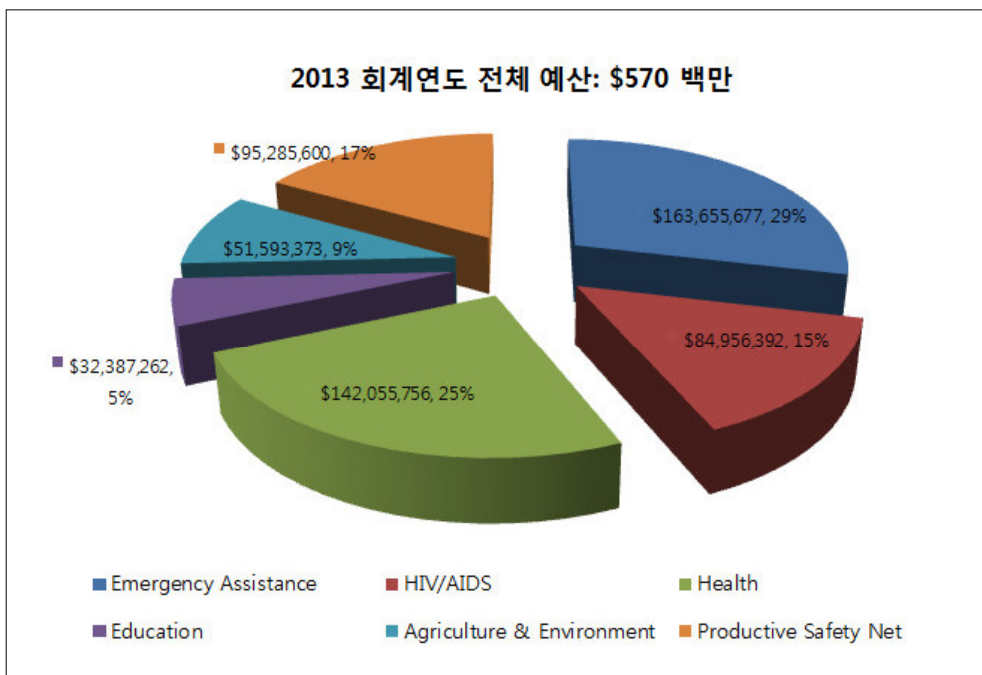


출처: USAID (2012) Ethiopia Country Development Cooperation Strategy 2011-2015

나) 공여기관의 지원의 현황

- (USAID의 대 에티오피아 지원 현황) 2013년 USAID가 에티오피아에 지원한 총 지원 금액은 5,70억불이었으며, 그 중 가장 많은 비중을 차지하고 있는 것은 인도적 지원이 29%였으며, 보건분야가 25%로 두 번째로 많은 비중을 차지하고 있었다. 세 번째로 Productive Safety Net(PSNP)가 17%, HIV/AIDS가 15%로 지원되고 있다.

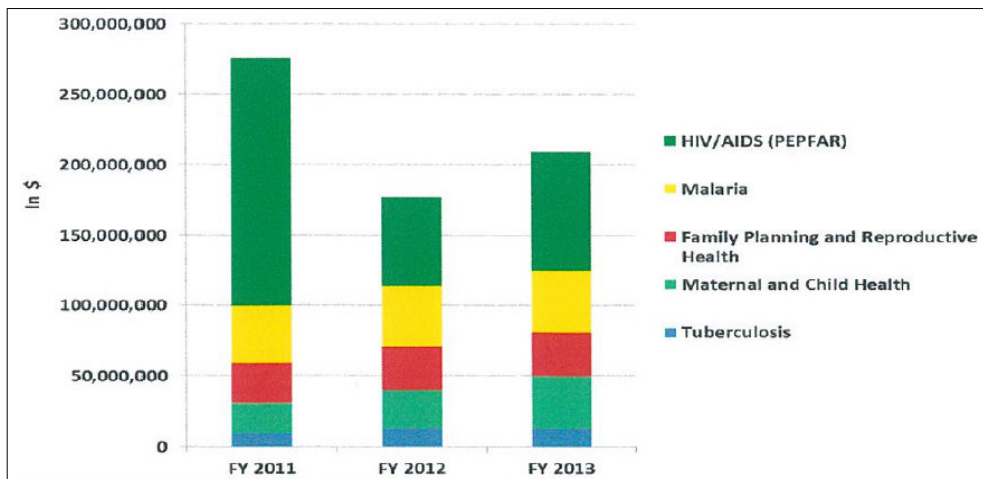
<그림 2-17> USAID 에티오피아 2013년 지원 현황



출처: USAID (2013) Ethiopia USAID Presentation

- (USAID의 보건분야 세부영역) USAID의 에티오피아 보건분야의 세부영역은 HIV/AIDS, 결핵, 말라리아, 모자보건, 가족계획과 생식보건이며 범분야 이슈로 식수공급과 위생이 포함된다. 보건 분야에 대한 영역별 지원을 살펴보면, 2013년에는 HIV/AIDS가 가장 많은 비중을 차지하고, 말라리아가 그 다음을 차지하고 있다. 두 가지 질병 다음으로 모자보건과 가족계획 및 생식보건이 많은 비중을 차지하고 있는 것을 살펴볼 수 있다. 2011년부터 지원 추이를 살펴보면, HIV/AIDS는 감소하고 있으나 모자보건 분야는 꾸준히 증가하고 있으며, 이러한 추세는 한동안 지속될 예정이다.⁶⁾

<그림 2-18> USAID 보건분야 지원 금액



출처: USAID (2013) Ethiopia USAID Presentation

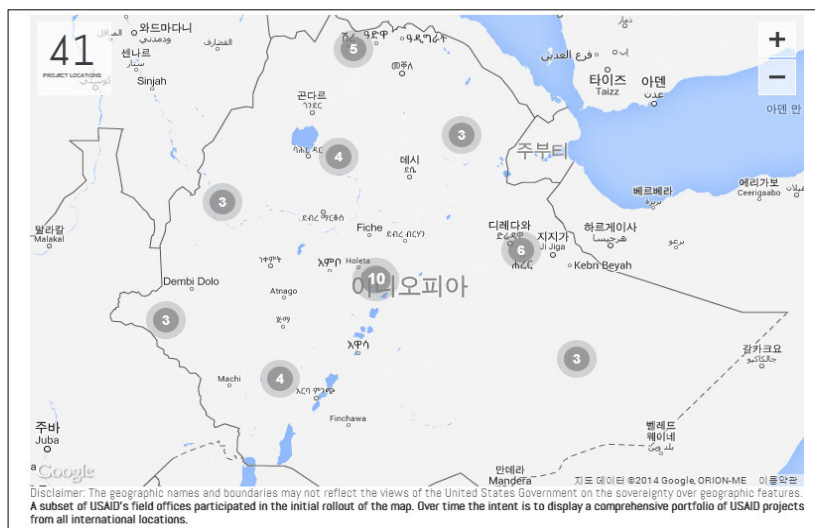
- (USAID의 보건분야 원조 모달리티와 지원수단) USAID는 에티오피아에 지원하는 원조 모달리티의 3개의 채널(Channel)⁷⁾중에서 채널 3(Channel 3)로 직접적인 지원을 하고 있는 대표적인 공여기관이다. 직접적인 지원을 하는 방식을 취하면서 Multi-by 방식의 지원과 NGO와 컨설턴트를 통한 지원을 주로 하고 있다.

6) 2014년 3월 현지조사 면담 결과, Johua Karnes, USAID health team leader

7) Channel 1 via Finance bodies, Channel 2 via Sector bodies, Channel 3 via direct

- (USAID의 보건분야 지원유형) USAID의 지원 유형은 주로 프로그램(Program Based Assistance)과 프로젝트(Stand-alone) 중심의 지원과 함께 물자지원도 진행하고 있는데 이는 분야별로 차이가 있다.
- (USAID의 주요 프로그램 및 프로젝트) USAID가 에티오피아에 실시하고 있는 보건분야 주요 프로그램 및 프로젝트는 지원하고 있는 주요 영역과 연계되어 있다.
 - 일반 보건 프로그램: 영양(Nutrition), 모성과 신생아 및 아동 보건(MNCH), 가족 계획 및 생식보건(FP/RH), 결핵(TB), 열대성소외질환(NTD), 식수와 위생(WASH) 프로젝트를 실시하고 있으며, 9개의 컨설턴시 및 NGO를 통해 지원하고 있다.
 - HIV/AIDS 프로그램: 10개의 주요 HIV/AIDS 케어와 치료, 4개 고아 및 취약 아동 관련 프로젝트, 7개의 예방 프로젝트, 2개의 건축 프로젝트, 2개의 전략 정보(SI) 프로젝트, 8개의 보건시스템강화(HSS) 프로젝트를 각 33개의 파트너 기관을 통해 실시하고 있다.
 - 말라리아 프로그램: LLIN 구매 및 배포, 말라리아 관리 교육, 캠페인, 말라리아 담당부서 역량강화, 질 관리 시스템 강화 프로젝트, 약품 강화 프로젝트 모니터링과 평가 강화 프로젝트 등을 실시하고 있으며, UNICEF를 통한 Multi-by 방식의 지원과 함께 컨설턴시 및 NGO를 통한 지원을 하고 있다.

〈그림 2-19〉 에티오피아 지역별 USAID 보건분야 지원 현황



출처: USAID 홈페이지, <http://map.usaid.gov/?l=local&w=ET>

<Box 2-1> USAID의 사업사례

- 프로젝트 명: Mulu Prevention II
- 프로젝트 기간: 2012년-2016년
- 프로젝트 예산규모: TBD
- 프로젝트 유형: 프로젝트
- 집행 담당기관: FHI360, World Learning

(사업의 개요) Mulu 예방 사업은 에티오피아의 HIV/AIDS 새로운 감염을 감소하는 사업으로 에티오피아의 경제 분야, 광산, 제조업, 건축, 농업을 포함한 다양한 분야의 100개의 지역이 넘는 곳에서 일하고 있는 노동자의 HIV/AIDS를 예방하기 위한 사업이다.

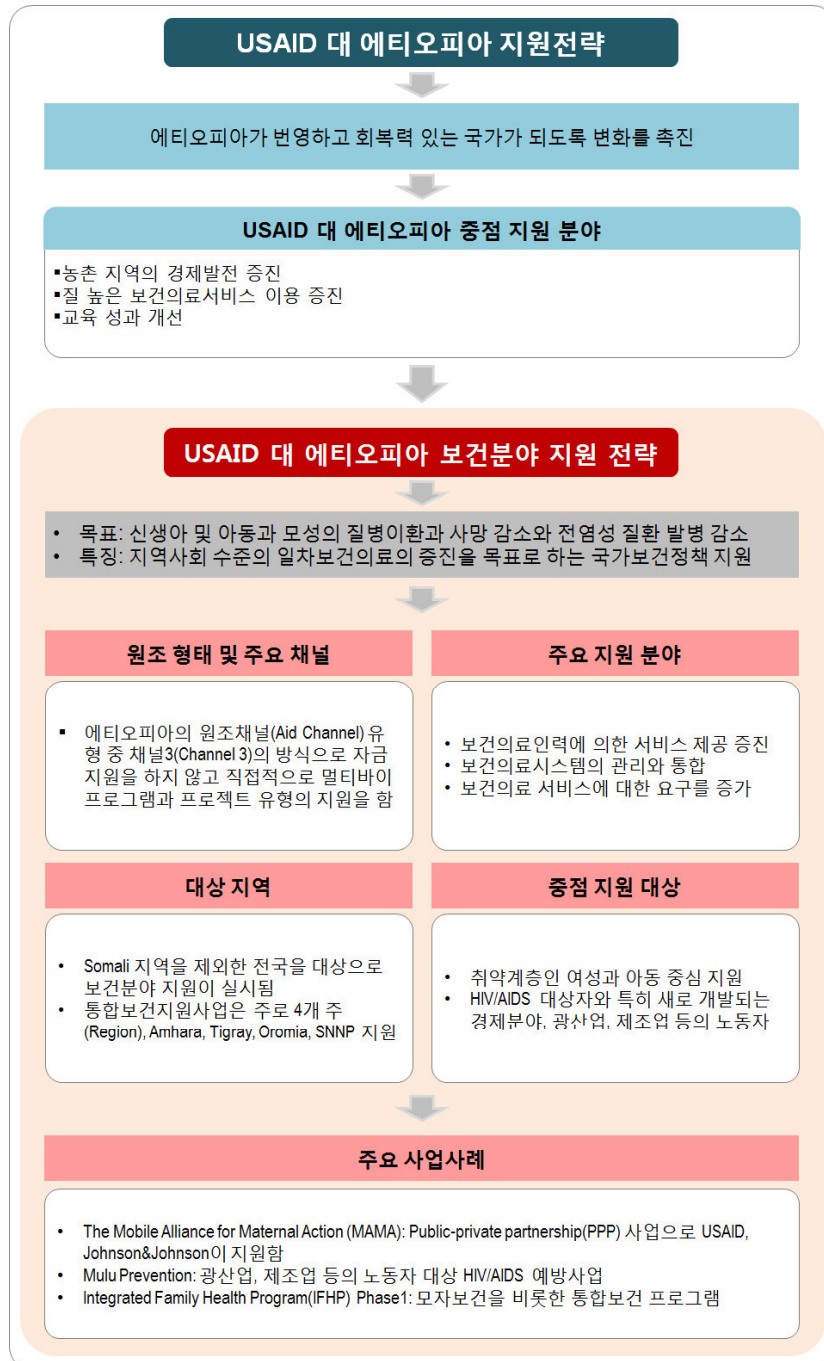
(사업 파트너) 본 프로젝트는 USAID의 펀딩을 통해 FHI360, PSI, World Learning 이 실행하는 양자사업이다.

(사업수행내용) 사회적행동변화 커뮤니케이션(Social behavior change communication, SBCC)을 실행하고 이러한 전략 지원에 역량강화와 모니터링을 제공한다. 또한 사정 메카니즘 설계를 통해 사회적행동변화커뮤니케이션(Social behavior change communication, SBCC) 관련 자료들을 확인하고 적용한다. Mulu 예방 사업에 약물 남용과 HIV/AIDS에 의한 통합을 지원하며, 현재 진행 중인 프로그램과 인프라를 통합한다.

(사업의 시사점) 본 사업은 USAID 담당자와의 인터뷰에서 USAID의 성공 사례를 확인했을 때, 본 사업을 성공사례로 꼽았다. 그 이유는 커뮤니티 수준에서 수혜자들인 직접 대상자들을 상대로 한 사업으로 사회적 행동변화 커뮤니케이션(SBCC)을 통해 HIV 예방에 효과적이었다 평가를 얻었고, 1차 사업에 이어 2차 사업으로 그 성과 확장을 위해 지속적인 사업이 진행되고 있기 때문이다. 본 사업은 USAID의 펀딩을 통해 지역사회에 HIV/AIDS 감염에 위험이 있는 대상자들

을 위한 예방 사업이라는 특징을 가지고 있다. 특정 직업군들을 대상으로 다양한 방법으로 HIV/AIDS 예방에 집중된 다양한 활동들을 전달하는 사업이라는 점에
서, 향후 KOICA가 지역사회에 보건의로 서비스 전달 사업 기획 혹은 이행시 본
사업에서 활용한 사회적 행동변화 커뮤니케이션 방법의 적용을 고려할 수 있을
것으로 보인다.

<그림 2-20> USAID 대 에티오피아 지원 전략 및 현황



출처: 저자구성

2) DFID

가) 공여기관의 전략

○ (영국의 대 에티오피아 정책 우선순위) 영국 정부의 대 에티오피아 정책 우선순위로 제시된 것은 에티오피아 재해 회복, 유지, 경제개발, 지역적 영향로 설정하고 있다. 이러한 DFID 대 에티오피아 프로그램은 이러한 영국 정부의 정책 우선순위와 일치하며 영국 정부는 기후 변화와 안전, 지역적 이슈를 다루는데 파트너와 함께 일하는 것을 주요하게 다루고 있다.

○ (DFID의 대 에티오피아 사업이행전략, Operational Plan 2011-2015) DFID의 대 에티오피아 사업이행전략 2011-2015에 따르면, DFID의 에티오피아 지원에 대한 목표는 취약한 에티오피아인들을 보호하고 개발에서 얻어지는 이익을 통합하며, MDGs를 달성하고 에티오피아가 원조의존을 졸업하는 것을 돕는 기회를 가지도록 하는 것이다. 이러한 비전을 실행하기 위한 세부 목표는 아래와 같다.

- 취약한 대상자 보호: 식량의 불안정을 해결하고 취약하거나 갈등이 존재하는 지역 내에 생활과 안전의 개선을 통해 빈곤층의 회복을 도움
- 개발로부터 얻는 이익을 통합: 질 높은 기초 서비스의 접근성을 넓히는 프로그램을 개선, 확장, 지원을 지속적으로 함
- 영국의 지원을 통한 임팩트를 통해 더욱 큰 변화를 이끌어 냄: 빈곤의 원인이 되는 근원을 밝히고, 현재 진행되는 프로그램을 통합함

○ (DFID 대 에티오피아 개발목표) 2015년까지 DFID가 에티오피아에서 달성하고자 하는 개발목표는 아래와 같다.

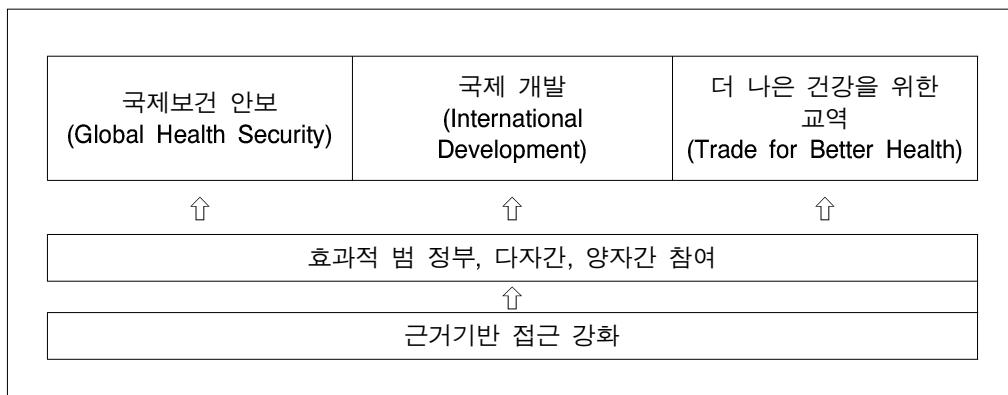
- 매년 120만명의 사람들에게 기아를 피할 수 있도록 충분한 식량을 제공
- 2015년까지 200만명의 아동을 취학시킴. 이중 절반은 소녀
- 750만명에게 기초 보건의료서비스 제공
- 140만명에게 안전한 식수에 접근할 수 있도록 함
- 200만쌍에게 가족계획서비스 제공

- 1백만명의 아동을 말라리아로부터 보호
 - DFID의 지원을 통해 전문가의 도움을 받는 분만을 35,000명에서 500,000명으로 늘림
- (DFID 대 에티오피아 Value for Money) DFID는 사하라 이남의 다른 아프리카 국가보다 에티오피아의 대부분의 지역에서 가장 적은 금액으로 성과를 달성하고 있다. 이는 DFID 프로그램이 지방분권화 되어 있고 탄탄한 체계를 가지고 비용이 절감되는 기술 활용 등이 가능한 에티오피아 정부를 통해 매우 큰 규모로 전달되고 있기 때문으로 평가하고 있다. DFID 대 에티오피아 VfM 전체적으로 통합하였고 모든 프로그램을 이를 통해 설계, 실행하고 리뷰하고 있다 (DFID, 2013).

나) 공여기관의 보건분야 지원 전략 및 현황

- (영국의 보건분야 전략) 기존의 영국 보건분야 전략인 “Health is Global-A UK Government Strategy 2008-13” 은 종료된 상태로 현재는 다음 전략 수립을 지원하기 위한 “Health is Global-A UK Government Strategy 2011-2015”이 발간되어 있는 상태로, 이를 통해 전략 원칙을 재확인하고 2015년까지 12개의 기대결과를 달성할 수 있도록 집중하도록 하고자 한다. 기존 2008-2013년 전략에서 5개이던 중점 활동분야를 3개로 변경하였으며, 3개의 분야를 가로지르는 12개의 기대결과를 2015년까지 달성하도록 목표하고 있다. 아래 표에서 3개 분야에 대한 12개 기대결과를 볼 수 있다 (DFID, 2010).

<그림 2-21> 재조정된 2013년 이후 영국의 보건분야 지원 중점활동 분야



출처: DFID (2010) Health is Global: An outcomes framework for global health 2011-2015. 저자 재구성.

<표 2-4> 재조정된 2013년 이후 영국의 보건분야 지원 중점활동 분야별 기대결과

중점활동 분야	기대결과		내용
국제보건 안보 (Global Health Security)	1*	MDGs- 식량 및 물 안보	▪ 농업 생산성 증가 및 안전한 식수 확보를 통해 식량 안보 및 영양 개선을 꾀함
	2*	기후 변화	▪ 중저소득국에서 기후변화 관련 건강 취약성에 대해서 다루고 평가하는 것을 지원함
	3*	보건과 갈등	▪ 갈등상황이 건강에 미치는 영향을 감소함
	4	응급상황 대비	▪ 국제보건을 위협하는 전염병 발생 및 자연재해 등을 예측, 방지 및 대응하고자 노력함
	5*	연구	▪ 관련 분야에 대한 연구 시행
국제 개발 (International Development)	6*	MDGs-보건의료 시스템 및 전달	▪ 전반적인 건강상태를 개선하기 위해 안전하고 효과적이며 효율적인 양질의 기초 보건서비스의 제공을 보장할 수 있도록 시스템을 강화하는 것
	7	비전염성 질환	▪ 비전염성 질환을 예방하고 관리하기 위한 강화된 통합 전략과 액션을 취함
	8	타 국가로부터의 배움	▪ 타국가의 경험을 통해 영국 인구의 건강상태를 최고 수준에 올려놓는 것
	9*	연구	▪ 국제보건 연구를 위한 영국 및 유럽 내 조율 개선함 ▪ 개발도상국 내에서 연구결과에 대한 저비용 접근이 가능하도록 하며 결과들이 잘 활용될 수 있도록 하는 것
더 나은 건강을 위한 교역 (Trade for Better Health)	10*	MDGs-의약품에 대한 접근	▪ 양질의 안전하고 경제적으로 이용가능한 의약품에 대한 접근성 향상하는 것
	11	교역과 투자	▪ 생명과학 및 보건의료 분야에 있어 특히 BRIC, CIVETS과 중동 시장에서 국제교역기회를 만들고 해당 분야에서 해외직접 투자를 지원하는 것
	12*	연구	▪ 빈곤층과 소외지역에 대해서 보편적 커버리지를 달성하기 위한 근거 기반 인터벤션과 도전점을 다루고 투자하는 것

*영국 기관 중 DFID가 리드를 담당하고 있음.

출처: DFID (2010) Health is Global: An outcomes framework for global health 2011-2015. 저자 재구성.

- (DFID의 원조 모달리티) DFID는 에티오피아에 지원하는 원조 모달리티의 3개의 채널(Channel)⁸⁾중에서 채널 2(Channel 2)를 적극적으로 활용하는 기관으로서 보건분야의 경우 보건부를 통한 지원을 하고 있다. 공여기관의 직접적인 지원보다는 효과적인 원조의 전달을 위해 현지의 시스템을 활용하고 에티오피아 정부를 통해 지원하는 대표적인 공여기관이다. DFID 보건 전문가와의 인터뷰에서 DFID는 실제 채널2를 적극 활용하는 것이 DFID가 직접적인 지원을 하는 것에 비해 에티오피아의 실제 필요한 분야, 지역, 대상자에게 가장 효과적으로 지원할 수 있는 방법이기 때문에 이러한 방법을 채택하는 것임을 강조하였다.
- (DFID의 전달채널) DFID 에티오피아는 다양한 방식의 전달채널을 활용하고 있는데, 분야예산지원(Sector budget support), 다자공여 프로그램(Multi-donor programmes), NGO 혹은 민간기관을 통한 양자 프로젝트(Bilateral project)를 활용하여 지원하고 있다.
- (DFID의 주요 프로그램 및 프로젝트) 에티오피아에 총 23개의 프로그램이 진행되었으며 이는 생식보건, 모자보건, 5세 이하와 임산부 영양 지원, 식수와 위생, 말라리아 지원이 주요한 내용이며, 현재 9개의 보건 프로그램이 진행되고 있다.

<표 2-5> DFID 에티오피아 실행 프로그램

No	Project	Amount	Status	End date
1	Protection of Basic Services programme Phase III	£509,999,999	Implementation	2012-2018.01
2	Support for the Ethiopian Health Sector Development Programme	£275,000,000	Implementation	2011-2015.03
3	Ethiopia Health MDG Pooled Fund	£38,650,478	Implementation	2008-2014.12
4	Peace and Development Programme	£36,870,083	Implementation	2012-2017.08
5	Accelerating reductions in under nutrition in Ethiopia	£36,300,000	Implementation	2013-2017.12
6	Reducing barriers and Increasing Demands for Reproductive Health Services in Ethiopia	£21,249,999	Implementation	2012-2014.09

8) Channel 1 via Finance bodies, Channel 2 via Sector bodies, Channel 3 via direct

7	Increasing Access to Reproductive Health Commodities	£18,000,000	Implementation	2011-2015.06
8	End Child Marriage Programme	£9,759,997	Implementation	2011-2016.03
9	Health Strategic Support Programme	£2,003,088	Implementation	2011-2015.03

출처: DFID, <http://devtracker.dfid.gov.uk/countries/ET/projects/>

- (DFID의 대 에티오피아 지원의 주요 고려사항) DFID는 주로 에티오피아 정부에 자금 지원을 통해 협력하고 있으므로, 이러한 지원의 성과 측정을 주요하게 고려하고 있었다. DFID 보건 전문가와의 인터뷰에서 에티오피아 정부에서 모성보건 관련하여 Mid-term Review를 통해서 성과 측정을 하고 있으며, 그 외에도 해마다 Annual Performance Report를 발간하여 아동 및 모성보건과 관련된 현황을 확인하고 있었다. 여기서 겪는 실행 과제로 자금 지원에 대한 성과를 정확히 측정하는 것이 복잡하고 어려운 점이 있다는 점을 들었으며, 성과 측정을 위한 정확한 데이터와 보고서를 정부로부터 정확한 시기에 받기가 어려운 점 또한 한계로 지적하였다. 하지만, 특별히 DFID 보건 담당자가 한국의 지원에 고려할 사항으로 강조한 부분은 현재 KOICA의 지원 금액이 주요 공여기관에 비해 적더라도 현재 하고 있는 사업들을 통해서 교훈을 얻고 축적한 경험을 통해 점차 사업의 규모를 늘려가는 방법에 관해 언급하였다. 이와 함께 보건 분야의 주요한 DAG HPN Donor 그룹에 함께 지속적인 참여로 향후 지원 방향에 대해 현지 파트너들과의 협력 및 의견 공유를 하고 이를 기반으로 한 전략 수립이 필수적임을 강조하였다.

3) Italian Development Cooperation

가) 공여기관의 전략

- (유럽연합 외 국가의 연합협력전략, Joint Cooperation Strategy, JCS) 유럽연합과 노르웨이가 함께 에티오피아 정부와 체결한 연합협력전략(JCS)는 2013년 1월 27일 아디스아바바에서 체결되었다. 이것은 연합 프로그램으로서 유럽연합의 일관성있고 결합적인 지원을 이끌어 일치, 조화, 결과 중심 접근, 예견성, 투명성을 증진하기 위한 목적을 가지고 있다.
- (이탈리아 대 에티오피아 협력전략) 이탈리아는 에티오피아 정부의 개발 목표인 성장과 변화 계획(Growth and Transformation Plan, GTP)를 달성하는데 지원하기 위해 유럽연합과 노르웨이와 협력하고 있다. 이탈리아-에티오피아 협력프레임워크(Cooperation Framework) 2013-2015 또한 성장과 변화 계획(GTP)에 목표와 맞추어져 있으며, 이는 또한 유럽연합 외 국가(EU+)들의 연합협력전략(Joint Cooperation Strategy, JCS) 목표와도 일맥상통한다.
- (이탈리아 대 에티오피아 주요 지원분야) 이탈리아-에티오피아 협력프레임워크(Cooperation Framework) 2013-2015에서 이탈리아의 대 에티오피아 주요 지원분야로 두 가지를 설정하였다. 1) 농업 및 농촌 개발, 2) 기초 서비스(보건, 식수 및 위생, 교육). 범분야 이슈는 젠더, 민간분야, 기후 변화, 3가지를 다루고 있다.
- (이탈리아 대 에티오피아 2013-2015년 주요 지원계획) 2013년부터 2015년까지 3년간 총 0.98억 유로를 지원할 계획이며, 제한된 예산 금액에도 불구하고 원조의 질과 효과성을 높일 수 있는 활동들로 아래와 같이 계획하였다.
 - 3년간의 프로그램으로 실행
 - 국가 시스템과 다자파트너 펀드를 사용
 - 이탈리아 NGO들을 지원하고 확장

- DAG와 섹터워킹그룹 등의 파트너 조정과 유럽연합 전략 실행에 적극적으로 동참
(the Government of the Republic of Italy & the Government of Federal Republic of Ethiopia, 2013)

<그림 2-22> 이탈리아 예산 계획

	2013	2014	2015	
<u>Multilateral grant (2180)</u>				
IAFPs (UNIDO / FAO)	200,000	900,000	700,000	1,800,000
Credit facility (IFC)	900,000			900,000
GEQIP	2,350,000	2,350,000	2,800,000	7,500,000
HPF	150,000	150,000		300,000
<i>Total</i>	<i>3,600,000</i>	<i>3,400,000</i>	<i>3,500,000</i>	<i>10,500,000</i>
<u>Bilateral grant (2182)</u>				
WASH	0	2,500,000	1,000,000	3,500,000
Value chain	0	1,000,000	1,500,000	2,500,000
MDG fund contribution	3,000,000	2,500,000	1,500,000	7,000,000
HIS	1,500,000	1,000,000	1,000,000	3,500,000
AGP	6,000,000			6,000,000
Cinemarena & Tablets	150,000	150,000	0	300,000
Gender Initiative	200,000	200,000	200,000	600,000
<i>Total</i>	<i>10,850,000</i>	<i>7,350,000</i>	<i>5,200,000</i>	<i>23,400,000</i>
Total grant	14,450,000	10,750,000	8,700,000	33,900,000
<u>Soft loan</u>				
IAFPs			10,000,000	10,000,000
Credit facility		8,000,000	7,000,000	15,000,000
PBS III	8,000,000			8,000,000
Drought resilience		6,000,000	6,000,000	12,000,000
WASH		10,000,000	5,000,000	15,000,000
Health sector		5,000,000		5,000,000
Total soft loan	8,000,000	29,000,000	28,000,000	65,000,000

출처: The Government of the Republic of Italy & The Government of the Federal Democratic Republic of Ethiopia (2013). Ethio-Italian Cooperation Framework 2013-2015, May 30th 2013.

나) 공여기관의 보건분야지원 전략 및 현황

○ (보건분야 지원 전략) 이탈리아의 대 에티오피아 보건분야 지원 전략은 MDG 달성과 성장과 변화 계획(GTP)에서 사회 분야의 주요 전략 방향인 접근성 향상과 질 높은 기초 서비스의 개선으로 삼고 있다. 이탈리아 공여기관은 에티오피아의 MDG 4(아동사망 감소), MDG 5(모성보건 개선), MDG 6(질병 퇴치)를 달성하기 위한 목적을 이루기 위해 보건시스템을 지원한다.

○ (원조 모달리티) 이탈리아의 대 에티오피아 원조 모달리티는 크게 3가지로 나뉘며, 이는 보건분야에서도 마찬가지로 적용되는 것이다.

- 양자 프로그램: 에티오피아 정부 혹은 이탈리아 공여기관에 의해 직접적으로 관리 되는 펀드로 지원하는 프로그램
- 다자 프로그램: UN 파트너 기관을 통해 지원하는 프로그램
- Pooled Fund 프로그램: 양다자 원조기관과 함께 지원하는 프로그램

○ (주요 프로그램 및 프로젝트)

- (MDG Performance Fund, MDG PF) MDG fund는 에티오피아 보건부에 지원되는 것으로 다양한 파트너들이 MDG 펀드에 지원하는 것이며 MDG 4, 5(아동보건, 모성보건) 증진을 위한 보건시스템 강화를 지원하는 것임. 금액은 7백만 유로를 양자로 지원하는 것이다. MDG Fund의 경우 Joint Financing Arrangement(JFA)에 근거하여 FMOH, MoFED, GOE와 Development Partner들이 함께 논의하여 지원되는 것이다.
- (보건정보시스템 개발지원) 보건정보시스템(Health information System Development) 개발은 보건부와 지방 보건담당부서와 파트너로 하는 사업이며, 금액은 350만 유로를 양자로 지원하는 형태이다. 보건부 중앙정부와 지방정부의 새로 구성된 Health Management Information System(HMIS) 실행과 기관 및 지역사회 기반 건강보험(Institutional and Community Based Health Insurance)의 M&E를 포함한 지역사회 보건정보체계(Community Health Information System, CHIS)의 개발을 위한 기술적, 재정적 지원이다. 하지만 아직까지 보건부와 논의 중이며 구체적으로 어떤 지원을 할지 결정되지 않은 상황

이며, 따라서 2013년 재정을 2014년 3월까지 지출하지 않은 상황이다.⁹⁾

- (Health Pooled Fund) HSDP 실행을 지원하기 위해 다양한 파트너들로부터 함께 모으는 펀드이며 UNICEF에 의해 운영되는 기금이다. Multilateral 방식이며 금액은 30만 유로를 지원한다.
- (보건분야 Soft Loan) 보건부(FMOH)와 파트너로 일하지만 재정경제개발부(MOFED)를 통해 5백만 유로를 지원하는 것이며 모성과 아동 사망 감소를 지원하는 론(Loan)의 형태이다.
- (그 외 보건 사업) 이탈리아의 NGO를 통해 지원하는 사업으로 NGO들이 사업 제안을 제출하면 선정하여 보건 사업을 실행하도록 하는 방식으로 진행된다.

<Box 2-2> Italian Development Cooperation의 사업사례

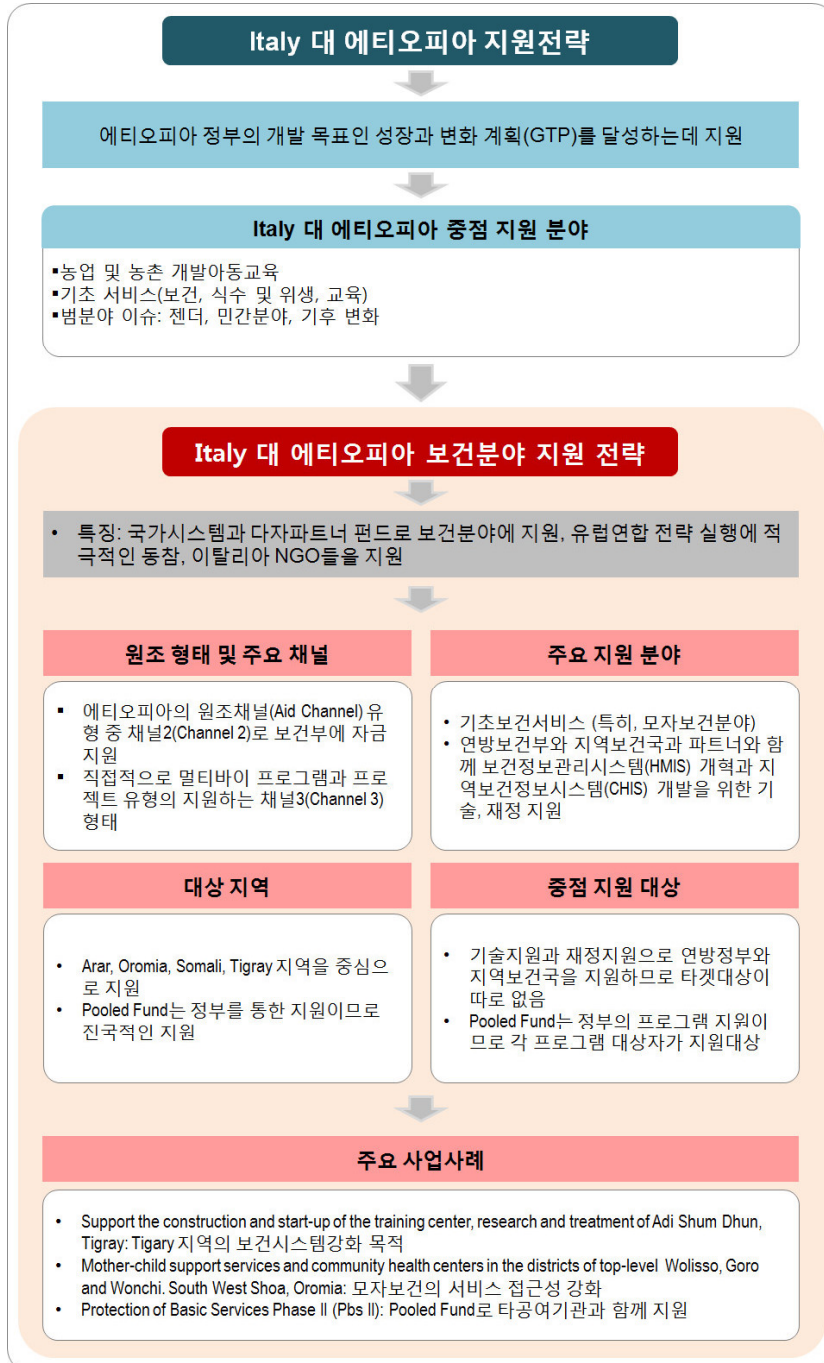
- 프로젝트 명: Support the construction and start-up of the training center , research and treatment of Adi Shum Dhun , Tigray Region
- 프로젝트 기간: 2011년1월-2013년12월
- 프로젝트 예산규모: 1,740,275.80 Euros
- 프로젝트 유형: 프로젝트
- 집행 담당기관: CCM - Committee of Medical Collaboration

(사업의 개요) 이 사업의 목적은 에티오피아의 Tigray 지역에 보건분야의 모자보건의 상황을 개선하기 위해 기술지원과 관리 및 재정 지원을 제공하는 것이다. Tigray의 지역사회에 질 높은 서비스를 전달하고, 보건지소 및 보건소에 경쟁력 있고 잘 훈련된 인력들이 준비될 수 있도록 주정부 보건국의 역량을 강화하는 활동을 실시했다. 본 사업에서는 Mekelle 지역의 Adi Shum Dhum 이라는 마을에 교육 및 연구 센터를 만들고 시작하였다.

9) 2014년 3월 현지조사 면담 결과, Pasquale Farese, Programmes Coordinator, Italian Development Cooperation

○ (이탈리아 대 에티오피아 보건분야 지원의 고려사항) 이탈리아 공여기관의 에티오피아 지원에 있어 주요한 고려사항은 유럽 연합과의 일치된 지원 전략과 함께 에티오피아 정부의 수요와 욕구의 반영이었다. 하지만 이러한 고려사항들을 실제 반영하여 실행하기 위한 어려움을 겪고 있었는데, 보건분야 지원을 담당한 프로그램 코디네이터는 인터뷰에서 2013년에 실행되어야 할 사업들이 2014년에도 결정되지 못하고 계속 논의 중에 있으며, 적시에 진행되도록 하는 것이 쉽지 않다는 점을 들었다. 또한 중앙정부와 지방정부가 일원화 되어 일하는 것에 어려움이 있어 이러한 것을 조정하고 일관성 있게 프로그램이 진행되는 데 한계가 있는 것 또한 주요한 어려움 중에 하나임을 꼽았다. 이러한 어려움이 있음에도 불구하고, 중앙정부를 통해 공여기관들의 지원이 일관성 있게 가는 것이 중요하므로 중앙정부와 먼저 협의를 통해 진행하는 순서를 강조하였고, 이탈리아 대 에티오피아 국가협력전략을 통해 전체적인 계획을 에티오피아 정부와 협의를 한 뒤에 세부적인 프로그램 혹은 프로젝트를 각 파트너 기관과 논의하여 진행하는 방식이 프로그램의 성공에 주요한 요인임을 언급하였다.

<그림 2-23> Italian Development Cooperation(DGCS) 대 에티오피아 지원 전략 및 현황



출처: 저자구성

4. 민간부문 보건분야 협력사례

<요약. 에티오피아의 보건분야 민간부문 지원 특징>

- (Pathfinder 보건 전략과 사업의 특징) Pathfinder는 피임과 신생아보건부터 에이즈 예방과 치료를 제공하는 서비스에 이르기까지 질 높은 보건서비스를 여성, 남성, 청소년들에게 제공하는 국제 비영리 기관으로 에티오피아에서도 모자보건 및 성과 생식보건 관련된 다양한 프로그램과 프로젝트를 실시하고 있으며, USAID의 펀딩을 통해 2008년부터 2014년까지 통합적 가족보건프로그램(Integrated Family Health Program, IFHP)을 실시하고 있음.
- (FGAE 보건 전략과 사업의 특징) FGAE는 1966년에 설립되어 에티오피아 정부가 실행하고자 하는 다양하고 질 높은 생식보건 서비스를 제공하며 모성/생식보건과 신생아보건, 아동보건에 초점을 두고 다양한 개발 파트너로부터 지원을 받아 가족계획, 생식보건 관련 프로그램을 실시하고 있음.

가. 사례1: Integrated Family Health Program(IFHP)

- (Pathfinder 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. Pathfinder는 에티오피아에서도 모자보건 및 성과 생식보건 관련된 다양한 프로그램과 프로젝트를 실시하고 있다 (<http://www.pathfinder.org/about-us/mission/>).

<Box 2-3> Pathfinder의 사업사례

- 프로젝트 명: Integrated Family Health Program(IFHP)
- 프로젝트 기간: 2008년-2014년
- 프로젝트 유형: 프로그램
- 집행 담당기관: Pathfinder

(사업의 개요) IFHP 1차 사업은 2008년부터 2014년까지 진행되는 것으로 2차 사업이 2015년부터 시작될 예정에 있다. IFHP는 에티오피아 4개 지역에 Amhara, Tigray, Oromia, SNNP 지역에 제공하는 프로그램으로 진행이 되었으며 301개의 Woredas를 지원하고 있으며 에티오피아 인구의 약40%(33 Million)를 커버하고 있다.

(사업 파트너) 본 프로젝트는 USAID의 지원을 통해 진행되는 사업으로 정부의 HSDP에 기여하기 위한 프로그램이므로 MOH와 긴밀하게 협업하고 있다. 사업 실행 부문에서 그 외의 다양한 Local, International 기관들과 협업하고 있다.

(사업수행내용) 본 사업은 통합적인 패키지를 지원하는 것으로서 가족계획, 생식 보건, 모성보건, 신생아, 아동보건, 영양, 말라리아, HIV/AIDS의 요소도 함께 결합되어 있다. 지역사회의 활성화를 통해 지역사회부터 health post, health center로 이어지는 보건서비스의 연계가 이루어지도록 하는 것이며 또한 지역사회와 지역의 가족들의 주된 파트너로 삼아 건강 증진, 행동 변화를 유도하는 프로그램이다.

(사업의 성과) 본 사업 수행 기관의 국가 담당자와의 인터뷰에서 본 사업의 성과가 매우 긍정적이며 이러한 성과 달성의 주요한 요소는 지역사회 중심의 통합적 보건 프로그램이었다는 점을 들었다. 프로그램 이후 2013년 설문조사 한 결과에 따르면, 현대적 피임실천율은 54%, 4회 이상 산전관리율은 53.8%로 증가하였다고 발표하였다. 따라서 본 결과를 통해 MMR에 영향을 줄 수 있는 요소라고 생각

하고 긍정적인 결과가 있을 것을 예상하고 있으며, 이 설문 결과는 올해 중에 발표될 예정이라고 언급했다. 이 사업의 주요 실행자는 각 지역의 Health Extension Worker(HEW)와 Health Development Army(HDA)로서 본 사업에서 각 Village별로 HEW와 HDA가 서비스를 전달하는 역할을 하였다.

(사업의 시사점) 본 사업 사례는 USAID의 펀딩을 통해 국제 NGO에서 지역사회 및 주민들을 대상으로 지역사회 중심의 통합적인 보건사업이라는 특징을 가지고 있다. 특히 본 프로그램은 2014년 이후 2015년부터 2019년까지 2차 프로그램으로 진행될 예정이며, 2차 프로그램에 700만불을 USAID가 지원하고 50만불을 KOICA가 지원하는 위임협력의 방식으로 진행될 예정이다. 본 사업은 지역사회와 주민들을 대상으로 모자보건, 말라리아, HIV/AIDS 예방을 위한 정보 및 교육을 제공하여 실제로 지역사회와 마을 주민들이 이에 대한 교육의 효과로 숙련된 보건인력에 의한 출산과 시설분만 등의 모자보건 관련 지표가 향상되었다는 점에 있어, 향후 모자보건 사업과 관련한 보건의료 사업 기획 혹은 이행시 이러한 유형의 사업을 고려할 수 있을 것으로 보이며, 특히 위임협력을 통해 USAID 에티오피아의 보건사업에 대한 성과 공유와 함께 노하우 및 경험을 얻을 수 있는 기회가 될 것으로 기대한다.

나. 사례2: HIV/AIDS 예방 사업

- (FGAE 기관 소개) FGAE는 1966년에 설립되어 에티오피아 정부가 실행하고자 하는 다양하고 질 높은 생식보건 서비스를 제공하기 위해 51년간 활동하고 있는 가장 오래되고 큰 비정부, 비영리 가족계획협회이다. FGAE는 1971년부터 International Planned Parenthood Federation(IPPF)에 가입된 멤버로서 에티오피아 정부와 에티오피아에서 다양한 가족계획방법과 청소년 생식보건, 지역사회 중심 생식보건을 확대하고자 하는 여러 실행파트너들에게 잘 알려져 있다. FGAE의 보건분야 지원 중점 영역은 1) 모성/생식보건, 2) 신생아보건, 3) 아동보건 세 가지이다 (<http://www.who.int/pmnch/about/members/database>). 또한 보건시설 중심의 서비스와 프로그램을 제공하고 있으며, 8개의 주에 각각 한 개의 사무소를 가지고 있으며, 전국에 20개의 성보건 클리닉(Sexual Reproductive Health Clinic)을 가지고 있고, 27개의 다목적 청소년 보건센터(Multipurpose Youth SRH Center)를 가지고 있다(<http://www.fgaeet.org/?q=site-page/where-we-work>).

<Box 2-4> FGAE의 사업사례

- 프로젝트 명: Combating HIV/AIDS; an Integrated Voluntary Counseling and Testing (VCT) Project
- 프로젝트 기간: 2002년7월-2005년6월
- 프로젝트 예산규모: 4,050,164 Birr
- 프로젝트 유형: 프로젝트
- 집행 담당기관: FGAE
- 펀딩 기관: UNFPA, NORAD

(사업의 개요) FGAE의 본 프로젝트는 Oromia주의 Zeway, Assela 두 개 도시와 Southern주의 Yirgalem 도시에서 실시되었다. 본 프로젝트의 목표는 자발적 상담과 테스트(Voluntary Counseling and Testing, VCT)에 초점을 맞추고, 사업 대상지에 거주하는 젊은이들의 HIV/AIDS의 예방 확장과 청소년에게 맞추어진 서비스

의 접근도 향상이다. 사업의 세부 목표는 다음과 같았다.

- 127,400명의 젊은이들에게 HIV/AIDS에 대한 지식을 알려줌으로서 People living with HIV/AIDS(PLWHAs)를 위한 지지적 사회환경을 형성함
- 27,460명의 성적 혹은 다른 경로로 감염에 노출된 젊은이들에게 진단과 치료 제공
- 8,844명의 젊은이들에게 HIV/AIDS의 자발적 상담과 테스트 서비스를 제공
- 사업지역의 다른 기관과 네트워크를 통해 890명의 PLWHAs에게 케어와 지원을 제공하도록 촉진함
- 30명의 HIV 양성자에게 기술 교육을 제공
- 프로젝트의 지역사회 기반 컨셉과 청소년 센터의 기관 역량을 강화함

(사업 파트너) 본 프로젝트는 FGAE 실행자이나 주요한 이해관계자들과 네트워크를 통해 함께 일하였다. 정부 기관과 비정부 기구, 민간기관, 시민사회 기구 등과 함께 HIV 양성자와 AIDS를 갖게 된 사람들에게 지원과 치료를 제공하였다. FGAE는 HIV/AIDS 예방과 관리와 관련된 중앙정부 및 주정부의 HIV/AIDS secretary council, 주정부와 구역 보건부, 주정부와 구역의 교육부, 종교기관, 지역사회 리더, 청소년과 여성 협회, NGO와 함께 일하였다.

(사업수행내용) 본 프로젝트의 주요한 요소는 압축적인 정보, 교육, 상담, 행동커뮤니케이션과 변화(IEC/BCC)를 제공하는 것이 포함된다. 사업 대상자들에게 IEC/BCC 관련 자료를 배포하고 가장 적절한 채널을 통해 HIV/AIDS 관련 정보를 제공하였다. 또한 STI 관리를 활용하여 통합적인 STI 치료 서비스를 젊은 사람들에게 제공하고, PLWHAs를 치료하고 지원하는 다른 기관과 보건의료시설의 네트워크 강화를 통해 PLWHAs를 위한 긍정적인 감염 치료와 케어, 지원을 제공하였다. 그 외에도 젊은 사람들을 위한 통합적 VCT와 HIV/AIDS에 취약한 젊은이들에게 기술 교육을 제공하고, IEC와 콘돔 보급을 위해 동료 서비스 제공자들을 훈련시키고 지역사회 기반 컨셉과 청소년 센터의 기관 역량을 강화하였다.

(사업의 한계) 본 프로젝트 사업지에서 치료와 지원을 하고 있는 정부 기구와 비 정부 기구 모두 대상자들(People living with HIV/AIDS, PLWHAs)의 다양한 욕구를 다루기에 역량의 한계가 많았다. 양성자들이 많아지고 그들에게 지원해야 하는 다양한 욕구들이 발생하면서 이를 모두 충족시키기 어려웠다.

(사업의 성공요소) 취약계층과 PLHWA를 위한 지속적인 상담과 교육을 가정방문을 통해 진행하였는데 이러한 방법이 심리사회적 지지가 필요한 분야에 가장 효과적인 방법인 접근이었다고 평가받았다. 또한 HIV/AIDS를 예방하기 위한 방법과 VCT 기관을 사업대상자들에게 알리기 위한 진입구로서 동료 교육 접근은 대상자들의 동기 부여를 돕는 주요한 전략으로 평가되었다.

(사업의 시사점) 본 사업 사례는 UNFPA, NORAD의 편딩을 통해 에티오피아 비영리 기관에서 지역사회 및 주민들을 대상으로 실시한 HIV/AIDS 예방 사업이라는 특징을 가지고 있다. 이 사업은 지역사회와 주민들을 대상으로 HIV/AIDS 교육과 VCT 제공을 통해 HIV/AIDS 예방에 집중된 다양한 활동들을 직접 지역주민과 사회에 전달했다는 점과 에티오피아의 보건인력의 훈련을 통한 가정방문과 동료 교육 접근으로 효과적인 실행을 이루었다는 점에서, 향후 지역사회에 HIV/AIDS의 직접적인 전달이 필요한 보건의료 서비스 전달 사업 기획 혹은 이행시 이러한 사업의 계획을 고려할 수 있을 것으로 보인다 (UNFPA & NORAD, 2007).

다. 사례3: JSI Research & Training Institute

- (M-health 적용 사업) 에티오피아의 소외지역의 효과적인 생식, 모성, 신생아 및 아동 보건 개선을 위해 m-Health를 활용한 사업의 사례를 확인하고자 JSI Research & Training Institute에서 실행한 사업을 살펴본다. 본 JSI Research & Training Institute 사업 외에도 Clinton Health Access Initiative에 의해 파일럿으로 진행된 ENAT Messenger 프로젝트 등의 사례도 있으나 본 연구에서는 에티오피아에 광범위한 지역을 포함하여 수행되었던 아래 사례를 살펴보고자 한다.

〈Box 2-5〉 JSI Research & Training Institute의 사업사례

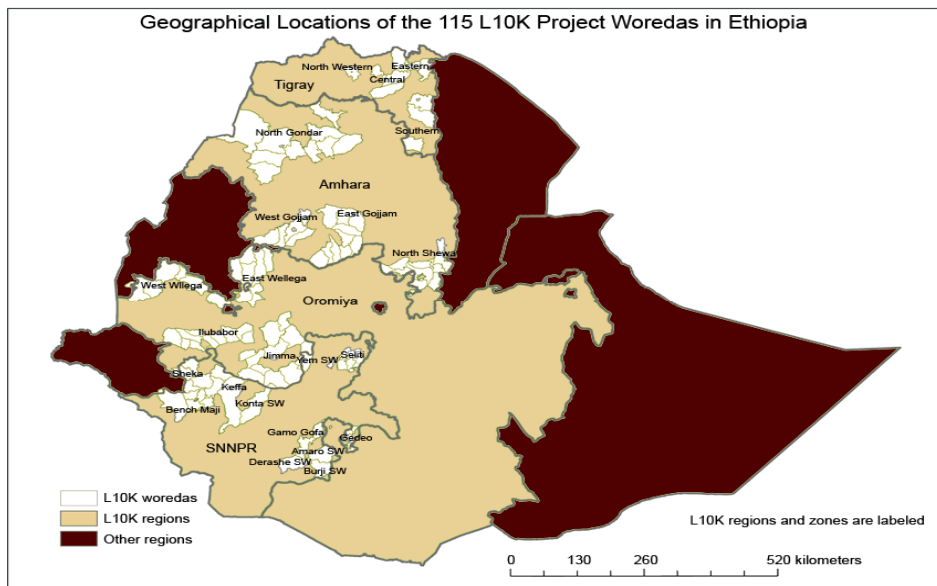
- 프로젝트 명: Last 10 Kilometers (L10K)WHAT IT TAKES TO IMPROVE HEALTH OUTCOMES IN RURAL ETHIOPIA
- 프로젝트 기간: 2008년-2010년
- 프로젝트 유형: 프로젝트
- 집행 담당기관: JSI Research & Training Institute
- 펀딩 기관: Bill & Melinda Gates Foundation

(사업의 개요) 본 프로젝트는 12개의 지방(Regional) 수준의 비영리기관(CSO)에 펀드와 기술지원을 한 사업으로 Amhara, Oromiya, SNNPR, Tigray에 위치한 115개의 와레다(Woreda)에 지원한 것이다. 본 프로젝트의 목표는 에티오피아인의 가구, 지역 커뮤니티, 보건확장프로그램(HEP), 보건관리체계 사이의 연결을 강화하여 에티오피아 정부가 MDG 4, 5의 성과를 달성할 수 있도록 지속적인 생식보건, 모성, 신생아 아동 보건을 개선하는 것이다.

(사업 파트너) 본 프로젝트는 Bill & Melinda Gates Foundation의 펀드를 통해 JSI Research & Training Institute가 실행하였으며, 이 사업의 파트너는 정부 기관을 비롯하 시민사회 기관과 함께 지원하였다. 4개 지방의 시민사회 기관, 비영리기관, 종교기관이 포함되어 있다.

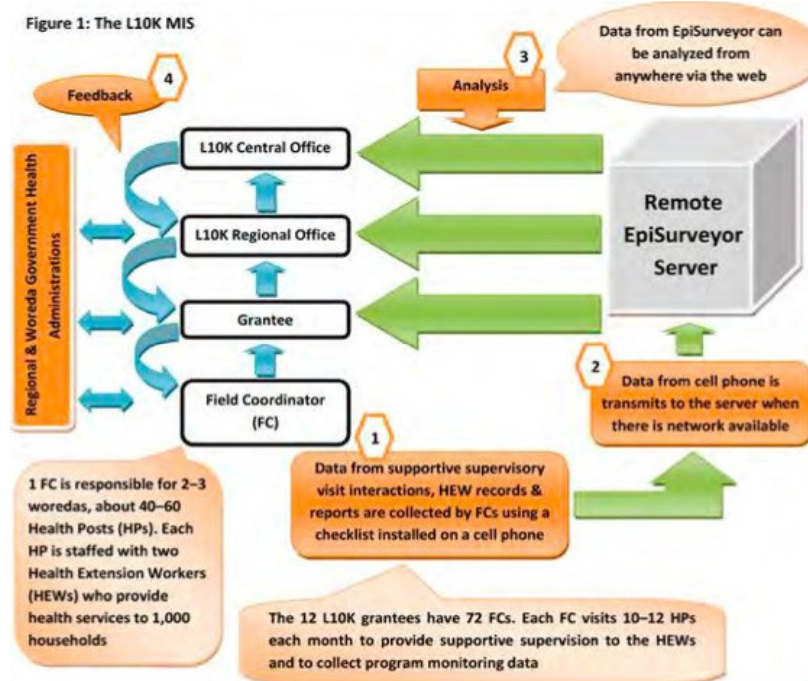
- Amhara Development Association (ADA)
- Oromiya Development Association (ODA)
- Feyya Integrated Development Association
- Illu Women and Children Integrated Development Association
- Southern Region's Women Association
- Ethiopian Kale Hiwot Church
- Keffa Development Association
- Sheka Peoples' Development Association
- Bench Maji Development Association
- Silte Development Association
- Relief Society of Tigray (REST)
- Women's Association of Tigray

<L10KM의 사업지역>



(사업수행내용) 본 프로젝트는 Maggi라는 플랫폼을 통해 모자보건의 주요한 데이터를 수집하는 것으로 각 담당 비영리기관의 80명의 필드 코디네이터들이 정기적

으로 115개의 지역(District)에 위치한 보건지소(Health Post)에 방문하여 수퍼비전을 제공하였다. 수퍼비전 체크리스트는 웹 기반의 데이터 수집틀이 있었고, 데이터수집틀은 각 휴대폰에 다운받아서 수퍼비전을 제공할 때, 각 필드 오피서들이 데이터 수집을 할 수 있도록 하였다. 데이터 수집은 오프라인에서 실시될 수 있고 인터넷 네이워크가 가능할 때에 데이터가 Magpi 웹사이트에 업로드 되어 분석되었다.



(사업의 시사점) 본 사업은 생식보건, 모성, 신생아 및 영유아 보건의 현황을 지역사회 기반의 m-health 도구를 통한 정확한 정보 수집으로 실제 이렇게 수집된 정보를 통해 빠른 결정을 내릴 수 있는 메커니즘을 만드는 프로젝트였다. 본 프로젝트는 에티오피아의 시골지역, 소외지역의 실시간대 프로그램 활동을 모니터링하기 위한 정보관리시스템으로 mhealth가 사용 가능하다는 점을 확인하고, 지역사회보건요원들이 쉽게 스마트폰을 통해 상당한 양의 보건정보를 수집하였다는 점에서 확실히 유용한 도구라는 점을 확인시켜주었다 (USAID, 2012; <http://l10k.jsi.com/index.htm>).

제3장. 종합제언

1. 요약 및 시사점

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

가. 협력국의 보건정책 우선순위와 CPS 및 KOICA의 보건전략과의 일치

- 현 에티오피아 정부는 제3차 빈곤감소전략(GTP)에서 4대 중점목표를 설정하였는데, 이 중 “교육 및 보건서비스의 질적 향상 및 사회부문의 MDGs 달성”을 선정하여 강조하였다. 이렇게 보건분야를 중점분야로 선정한 기조와 함께, 제4차 보건 분야 개발 계획(Health Sector Development Plan IV 2010/11-2014/15)에서 모성, 영유아 보건 개선, 주요 전염성 질환(HIV/AIDS, TB, 말라리아)의 확산 방지를 주요 목적으로 삼았다. 본 보건 분야 개발 계획의 세부목표로는 첫째, 보건서비스 접근성 향상, 둘째, 지역사회 책임의식 강화, 셋째, 재정의 유동성과 활용도 향상, 넷째, 보건의료 질 개선, 다섯째, 공공 응급의료 대응성 향상, 여섯째, 의약품 공급 및 관련 서비스 향상, 일곱째, 규제시스템의 개선, 여덟째, 근거중심 의사결정과 조화와 일치, 아홉째, 보건의료 인프라 개선, 열 번째, 인적자원개발 및 리더십 향상으로 설정하고 있다. 향후, 한국 정부는 현재 KOICA를 비롯한 한국 정부의 지원을 통한 여러 사업 진행사항과 함께 에티오피아의 위와 같은 협력국의 우선순위에 대한 조화를 고려하여 지원 전략을 세울 필요가 있다.

- 우리 정부의 에티오피아 국가협력전략(CPS)의 제시된 4대 우선순위 분야는 첫째, 모자보건과 식수, 둘째, 농촌지역개발 및 영농기술 훈련, 셋째, 기술직업, 교육훈련, 넷째, 전력과 도로 및 인프라 구축이다. 국가협력전략에 모자보건과 식수가 포함되어 보건분야가 우선 지원 분야로 선정되어 있다. 따라서 우리 정부가 지원하고 있는 보건분야 중, 모자보건과 식수 사업을 고려하여 에티오피아 현장에 적합하고 효율적인 유형과 형태의 사업을 제안하는 것이 필요할 것으로 보인다.
- KOICA의 보건분야 지원은 에티오피아의 보건분야 우선순위와 함께 <KOICA 보건분야 전략 2011-2015>에 명시된 전략적 방향성과 조화를 이루는 것이 중요하다. 에티오피아의 중앙정부 및 주정부에 대한 보건의료체계 강화를 위한 전반적인 영역은 주요 양다자 공여기관에서 지원을 실시하고 있으며, 특별히 모자보건에 관해 USAID를 비롯한 다양한 양다자 기관들의 MDG 펀드를 통한 지원으로 본 프로그램에 지원을 받는 범위가 굉장히 넓어지게 되었다. 하지만 여전히 연방정부와 주정부 하위의 지역사회 수준에서 지원 범위는 한계가 있어, 지역사회 수준에서 보건의료서비스의 접근성을 향상시키기 위한 지원이 필요할 것으로 보인다.

나. 협력국의 건강/질병 및 보건의료 시스템의 문제의 심각성

- 에티오피아는 다양한 공여기관들의 집중적인 지원을 통해 보건의료정책과 전략을 수립하고 이를 실현하기 위한 지속적인 노력을 기울이고 있다. 에티오피아는 모성보건, 신생아 및 영유아보건, 전염성질병에 이르는 다양한 분야에 문제가 있으나 언급한 바와 같이 공여기관들의 지원과 에티오피아의 정부의 노력을 통해 전염성 질병에 상당한 진전이 있었으나 모성보건 영역과 영유아 보건 영역의 경우 지속적인 노력이 요구되는 상황이다.
- 앞서 본문에서 상세히 설명한 것처럼, 에티오피아의 모성사망비는 2011년 676명(출생아 10만명당)으로 나타나 다른 주변 국가에 비해 높은 모성사망비를 보이고 있으며, 2015년 MDG 목표 달성은 매우 어려울 것으로 보인다. 이를 개선하기 위한 주요 공여기관들의 모자보건 분야에 대한 집중적인 지원이 진행되고 있으며,

에티오피아 전체 인구중 40%를 대상으로 실시되는 USAID의 통합적 가족보건 사업의 결과에서 모성사망비 감소에 주요한 보건지표들, 산전관리, 숙련된 보건인력으로 인력에 의한 출산 등의 증가를 보여주어 향후 모성사망 감소에 긍정적인 영향을 기대하고 있다.

- 에티오피아는 모성보건과 관련된 지표가 굉장히 열악한 모성의 건강상태를 보여주고 있다. 에티오피아 지역사회의 생식보건과 관련하여 현대적 피임실천율은 2011년 27%로 낮으며, 전체적인 피임실천율도 29%로 매우 낮은 수준을 보이고 있다. 더불어, 에티오피아 여성의 출산과 관련하여 89.5%가 가정분만을 하고 있으며, 시설 분만은 9.9%에 불과하고, 숙련된 보건인력에 의한 분만 또한 10%로 조사되어 굉장히 낮은 수준을 보이고 있다. 기존에 KOICA의 모자보건 사업은 이러한 현황과 문제점을 반영하여 이를 해결하기 위한 사업들로 계획되었는데 이러한 기조를 지속적으로 가져가되, 에티오피아 정부와 공여기관들이 집중적으로 지원하고 있는 모자보건사업 지역의 중복을 피하고 균형 있는 지원을 고려하여 향후 사업이 진행되어야 할 필요가 있다.

다. 에티오피아 내 주요 공여기관들의 보건 분야 지원 전략과 특징

- (에티오피아 빈곤감소전략과 보건분야개발계획의 일치와 조화 강조된 지원) 에티오피아는 제3차 빈곤감소전략에서 “교육 및 보건서비스의 질적 향상 및 사회부문의 MDGs 달성”을 선정하여 빈곤을 극복하고 2020-2023년까지 중소득국으로의 전환을 목표로 하고 있다. 상위 공여국 및 원조기관은 에티오피아의 이러한 빈곤감소전략을 효과적으로 지원함으로써 MDG 달성과 빈곤퇴치에 초점을 두고 있다. 따라서, MDG 중 보건과 연계되어 있는 MDG 4(모성보건), MDG 5(아동보건), MDG 6(주요 전염성 질병)에 중점을 둔 지원이 주를 이루었고, 에티오피아의 보건전략인 제4차 보건분야개발계획(Health Sector Development Plan IV 2010/11-2014/15)의 일치와 조화를 고려한 지원을 통해 MDG 4(모성보건)를 제외한 MDG 5(아동보건)와 MDG 6(주요 전염성 질병)는 달성 가능성이 높은 것으로 기대되고 있다.

○ **(자금지원과 분야자금지원 방식의 활발한 지원)** 에티오피아 원조조화 파일럿 국가로서 2013년 ODA 규모가 사하라 이남 아프리카에서 DR콩고에 이어 두 번째로 큰 규모로 지원의 규모가 대체적으로 유지되고 있다. 본문에서 상세히 기술된 바와 같이, 에티오피아의 지원은 자금지원(Budget Support)와 분야자금지원(Sector Budget Support), 직접지원의 3가지로 공식적으로 구분되는데, 각 공여기관들의 정책에 따라 상이하게 지원되고 있으나 정부의 강력한 거버넌스를 통해 자금지원(BS)과 분야자금지원(SBS)이 활발하게 운영되고 있다. DFID를 포함한 여러 공여국들이 자금지원을 통한 지원을 지속하고 있으며, 다른 주변국가들은 자금지원이 축소되고 있는데 반해 개발파트너들의 2012년 맺은 공동지원협정(Joint Financing Arrange)에 의해 제4차 보건분야개발계획(HSDPIV) 실행기간 동안 이러한 추세는 유지될 것으로 예상된다.

○ **(모성보건 분야 지원의 증가 추세)** 에티오피아 ODA 분야 중에서 보건분야가 가장 많은 비중을 차지하고 있으며 보건분야 ODA는 꾸준히 그 규모가 유지되고 있다. 다양한 공여기관이 HIV/AIDS를 비롯한 전염성 질병 분야에 지원이 중심을 이루었으나 이러한 전염성 질병 분야에 긍정적인 성과의 신호들이 나타나면서 점차 모자보건 분야에 대한 지원이 증가하는 추세를 보이고 있으며, 에티오피아에 가장 많은 보건분야 지원을 제공하는 USAID가 대표적으로 모자보건 분야의 지원을 확대하면서 이러한 추세를 반영하고 있다.

라. KOICA의 대 에티오피아 보건 분야 지원전략과 현황

○ 우리 정부의 에티오피아 국가협력전략(CPS)의 제시된 4대 우선순위 분야는 첫째, 모자보건과 식수, 둘째, 농촌지역개발 및 영농기술 훈련, 셋째, 기술직업, 교육훈련, 넷째, 전력과 도로 및 인프라 구축이다. 국가협력전략에 모자보건과 식수가 포함되어 보건분야가 우선 지원 분야로 선정되어 있다. 모자보건의 우선 지원 분야로 선정되어 있는만큼, 현재까지 수행된 모자보건 분야의 사업들이 후속 프로그램으로 효과적으로 연계될 수 있도록 하여 기증에 구축된 자원들이 지속적으로 활용되고 확산되는 방안을 고려하는 것이 주요할 것이다.

- 에티오피아는 현재 KOICA 보건 분야 프로젝트형 사업을 수행하고 있는 국가로서 KOICA는 에티오피아 보건 분야 전체 지원 금액 중 약 98%를 양자지원을 통해 제공(2012년 기준)하고 있다. 주요 지원 분야는 인구정책/시책 및 생식 보건 분야(전체 양자 지원 중 55%), 기초보건(전체 양자지원 중 37%), 보건 일반(9%)이며, 총 4개의 프로젝트형 사업을 수행한 경험이 있다. 구체적으로는 인구 정책/시책 및 생식 보건 분야에는 에티오피아 아르시존 가족계획 및 모자보건 증진 사업, 에티오피아 아르시존 지역사회 가족계획 교육 홍보사업, 에티오피아 티그라이주 모자보건 및 가족계획 역량강화사업, 에티오피아 인구 및 생식보건 인식개선 캠페인 지원사업 등을 진행하고 있으며, 기초보건 분야에는 에티오피아 아디스아바바 결핵예방 및 퇴치사업 등을 수행하고 있다.

<표 3-1> 에티오피아 보건 분야 프로젝트형 사업 현황

사업명	기간	지원금액(USD)
에티오피아 아르시 가족계획 및 모자보건 증진 사업	2007-2010	340만 불
에티오피아 아디스아바바 결핵예방 및 퇴치사업	2011-2013	280만 불
에티오피아 티그라이주 모자보건 및 가족계획 역량강화사업	2011-2014	200만 불
에티오피아 인구 및 생식보건 인식개선 캠페인 지원사업	2013-2016	650만 불

출처: KOICA 통계 사이트

2. 에티오피아 보건전략의 기본방향

- 1, 2, 3장에 제시된 연구의 시사점을 바탕으로 a) 통합보건 프로그램형, b) 보건소 이상 상위기관의 보건역량 강화지원, c) 신생아 및 영유아 보건 및 영양, 생식보건, 모성보건에 집중된 전략을 제시함.

가. (협력방안) 모자보건 중심의 ‘통합 프로그램 지원형’

○ KOICA의 에티오피아 협력전략은 통합적 프로그램을 제공할 수 있는 방향으로 초점을 두는 것이 가능하다. 본 연구의 총괄보고서에서 상세하게 다룬 바와 같이, 에티오피아는 ‘통합보건 프로그램형(CP형, Partnership for Comprehensive Health Program)’으로 구분하였다. 에티오피아에서 기존에 한국 정부가 지원을 제공한 지역 중에서 2-4개 지역으로 집중하여 전통적 모자보건을 중심으로 하여 가족계획, 영유아 영양에 집중한 프로그램을 개발할 것을 제안한다. 에티오피아는 현재 KOICA에서 에티오피아의 보건문제가 있는 지역을 선정하여 모자보건을 비롯한 여러 보건 프로젝트를 실행하고 있으며, 이러한 프로젝트들은 에티오피아 보건정책에 일치된 방향으로 지원되고 있다. 또한 현재 KOICA는 USAID와의 협력 프로그램을 통해 지속적인 노하우 축적이 가능할 것으로 예상되므로, 중장기적으로 KOICA의 통합적인 보건 프로그램형 지원의 가능성이 충분한 조건을 가지고 있어 “통합적 프로그램형”으로 구분하였다.¹⁰⁾

나. (지원 세부분야) 기초응급산과관리(BEmONC)와 포괄적응급산과관리(CEmONC) 구축, 신생아 및 영유아 질병치료, 발육부진(Stunting) 아동 영양개선

○ (보건소 단위의 기초응급산과관리(BEmONC) 구축) 에티오피아 정부는 현재 모성 보건 현황을 개선하기 위해 여러 공여기관과 함께 노력하고 있다. 앞에서 언급한

10) 국가별 보건의료 협력의 유형 구분 및 상세 내용은 총괄보고서를 참고.

것과 같이, 지역사회 수준의 통합적 가족보건 프로그램, 보건확장요원(HEW) 양성 등을 통해 산모들의 시설분만을, 산전 및 산후관리율 증가를 유도하였고 이에 대한 긍정적인 성과가 나타날 것이 예상되고 있다. 시설분만과 산전 및 산후관리 증가를 통해 숙련된 보건인력을 통한 분만관리가 이루어져 안전한 분만을 유도하고 이로인해 모성 사망을 막는 것이 가능하다. 하지만 보건소 수준에서 정상분만 이외의 위험분만과 응급상황을 다룰 수 있는 여건이 갖추어져야 실제 보건소에 도착하여 출산하게 되는 고위험군 산모의 관리가 가능하게 되고 사망을 예방할 수 있다. 이를 위해 보건소 단위에서 기초응급산과관리(BEmONC) 인력과 의약품 및 기자재는 필수적이다. 하지만 현재 기초응급산과관리(BEmONC) 서비스 제공이 가능한 보건소가 매우 부족한 에티오피아에 이러한 인력 양성과 기자재 및 의약품 제공은 향후 에티오피아 모성보건 지표 개선을 위해 고려해야 할 주요한 영역이다.

- **(병원 수준의 포괄적응급산과관리(CEmONC) 구축)** 모성보건의 지표가 좋지 않은 에티오피아에 보건지표에 기여하는 요인으로 보건소 수준의 기초응급산과관리(BEmONC) 이상의 제왕절개가 필요한 산모를 위한 포괄적 응급산과진료(CEmONC) 체계가 갖추어져야 한다. 하지만 현재 지역병원의 주요한 인력인 마취과 전문의 혹은 마취과 간호사는 매우 부족한 상황이므로 이러한 관리를 제공할 수 있는 병원조차 부족하다. 현재 정부에서 마취 전문인을 교육하고 양성하기 위한 계획을 수립하고 이를 실행하고 있으나 아직까지 절대적인 수가 부족한 상황이다. 따라서 KOICA는 장기적으로 기초응급산과관리(BEmONC) 뿐만 아닌 포괄적 응급산과진료(CEmONC)체계 마련을 위한 지원도 함께 고려되어야 한다.

- **(신생아 및 영유아 주요 질병 치료를 향상 지원)** 앞서 본문에서 나타난 바와 같이, 에티오피아의 신생아 사망률은 2011년 출생아 1,000명당 37명이 사망하였다. 신생아 사망률과 5세 미만 아동의 사망률 모두 감소하는 추세를 보이고 있는 상황이지만 신생아 사망률은 다른 국가에 비해 높은 비율을 보이고 있다.¹¹⁾ 따라서 앞에서 제시한 모자보건 분야 중에서도 특별히 기술적인 지원이 필요한 응급관리가 신생아 보건을 위해 중요하다. 특히, 영유아의 말라리아, 폐렴, 설사병의 질병

11) 본문 1장 참고

치료율이 낮은 것으로 조사되어, 영유아 보건 상태 개선을 위해 각 질병의 적절한 치료가 제공 될 수 있는 환경과 여건 조성이 필수적일 것으로 보인다.¹²⁾ 아동 보건 분야에서 백신 접종율 등은 성과 달성을 눈앞에 두고 있다. 하지만 아동의 질병 치료율은 상대적으로 낮은 상황이므로, 보건인력의 기술 향상과 시설과 의약품의 지원이 함께 체계적으로 지원되어야 하는 영역에 KOICA가 중장기적인 지원을 통해 에티오피아 아동의 질병관리를 지원할 수 있을 것이다.

- **(아동 발육부진(Stunting) 개선 지원)** 5세 미만 아동의 발육부진도 2011년 44%로 조사되어 아프리카 평균인 41%에 비해 영양상태가 좋지 않아, UNICEF를 비롯한 공여기관들이 영양 프로그램을 진행하고 있지만 더욱 적극적인 개입이 요구된다. 향후, 지역사회 수준에서 신생아와 영·유아의 건강상태 개선을 위해 영양 부문에 있어 임산부 모유수유 교육을 비롯한 사업 발굴이 가능할 것으로 보이며, 기존의 KOICA에서 수행했던 모자보건사업과 연계하여 진행하는 것도 긍정적인 성과에 영향을 줄 수 있을 것으로 예상된다.

다. (시스템 강화) 보건의료 전문인력 양성

- **(보건의료 전문인력 양성의 필요성)** 에티오피아는 지역사회 수준에 보건의료인력인 지역보건요원(HEW)은 에티오피아 정부와 여러 공여기관이 함께 지원하여 지속적인 확장을 실시하고 있는 추세이다. 에티오피아 보건부의 보고에 의하면, 34,000여명 이상의 HEW가 양성되었고, HDA를 중심으로 한 네트워크가 각 마을 별로 구성되어 HEW의 업무를 지원하고 있다. 그에 반해, 의료전문인력은 매우 부족한 상황이다. 의사는 인구 34,000명당 1명의 의사, 조산사의 경우 인구 57,000명당 1명의 조산사가 있어, 지역사회에서 직접적인 보건의료 서비스를 전달하는 인력이 매우 부족한 상황임을 알 수 있다. 향후 코이카에서 보건분야 인적자원개발에 있어, 이러한 현황을 고려하여 지역사회에서 직접 의료서비스를 제공할 수 있는 전문인력의 양성과 훈련 및 보수교육에 대한 지원이 효과적일 것으로 보이며, 이러한 사업 발굴을 추천한다.

12) 본문 1장 참고

3. 에티오피아 보건사업의 수행전략

- 보건사업의 수행전략은 위에 제시된 기본방향의 틀 안에서 향후 KOICA의 보건사업의 이행전략(Operational Strategy)을 마련하는데 기여할 수 있는 요소로 a) 원조 유형별 지원방안, b) 사업 유형별 지원 방안, c) 전달 채널별 지원 방안, d) 중점지역, e) 우선지원 대상 및 범분야 이슈, f) 타 분야와의 연계를 중심으로 전략을 제시하였음.

가. 원조 유형별 지원 방안

- (양자 지원) 현재 에티오피아에서 보건분야는 중점분야이며, 우리 정부 또한 우선 지원분야로 보건분야를 선정하여 지원하였다. 에티오피아 보건분야에 대한 수원국 정부의 수요와 보건문제의 심각성, 보건시스템 강화를 위한 지원의 필요성을 고려하여, 에티오피아 정책에 일치되고 다양한 공여기관 사이의 조화된 지원이 지속되는 것이 중요하며, 대규모 양자 지원 사업으로 앞서 제안된 다양한 보건분야 사업의 실행이 가능할 것이다.

나. 사업 유형별 지원 방안

- (프로그램 및 프로젝트) 에티오피아는 지역사회 중심의 보건문제 해결을 위해서는 통합적인 접근이 필수적이며, 단계적인 접근을 통해 보건분야에 대한 지역사회 기반의 마을 중심 사업 등이 가능할 것으로 보이며, 다양한 보건분야 지원이 제안될 수 있을 것이다. KOICA에서 발굴되어 실행된 양자 사업 중, 성공적 성과를 거둔 사업을 후속 프로그램으로 연계하여 그 성과를 확산하는 효과를 기대할 수 있을 것으로 본다. 특히, 앞에서 제안한 바와 같이, KOICA의 우선 지원 분야인 모자보건 분야를 중심으로 현재 모자보건 사업지역에 영유아의 주요 질병 치료, 생식보건 요소가 추가된 프로젝트의 결합 혹은 장기적으로는 프로그램형 사업으로 진행할 수 있을 것으로 보인다.

- **(양자기관 협력사업)** 에티오피아의 USAID와 KOICA의 협력사업을 통해 에티오피아에서 오랜 기간 동안 모자보건 관련 사업을 실시하고 있는 양자기관의 역량과 노하우를 공유할 수 있는 주요한 기회로서 작용하고 있다. 지속적인 양자기관의 협력사업을 통해 에티오피아 현지 보건사업에 대한 한국 정부의 이해를 넓히고 다양한 유형의 사업을 통해 효과적인 지원을 할 수 있는 기회를 가지도록 하는데 이바지할 수 있을 것으로 보인다. 더불어, 보건분야의 이러한 협력사업의 이행 및 평가에 대한 역량을 축적할 수 있는 방안과 전략이 마련되어야 할 것이다.

다. 전달 채널별 지원 방안

- **(NGO 지원)** 에티오피아의 경우도 민관협력의 가능성은 매우 풍부하다. 에티오피아에서도 다양한 비영리기구(NGO)들이 지역사회를 기반으로 직접적인 보건의료 서비스 지원이 실시하고 있다. 한국 정부에서도 지역사회 수준에 접근을 필요로 하는 사업의 경우, NGO의 참여를 통한 지원이 가능하며, 넓은 영토를 지닌 에티오피아의 해당 지역에 대한 전문성과 현지에 역량이 있는 국제비영리기구(INGO) 혹은 현지비영리기구(Local NGO), 한국비영리기구(Korean NGO) 등과 협력하여 현지에 직접적인 보건의료 서비스 전달하는 것이 효율적인 지원의 한 방법이 될 수 있다.
- **(개발컨설팅)** 에티오피아는 중앙정부 혹은 주정부와 직접적으로 진행하는 다양한 정책 수준의 컨설팅의 가능성이 존재하는 국가이다. 단기적으로 모자보건 분야와 접목이 가능한 보건의료인력 등의 기술분야 컨설팅과 보건의료서비스 접근성 확대의 사업단위의 컨설팅부터 중장기적으로는 보건의료정책 역량강화, 의료보험 정책컨설팅까지 다양한 분야에서 정책컨설팅이 가능할 것으로 판단된다. 이와 같은 개발컨설팅은 KOICA 보건 전략목표 2번에 제시되어 있는 보건의료 정보체계 강화를 위한 목표와 연계되어야 하며, 별도의 Stand-alone activity로 추진되는 것을 지양하고, 중장기적으로는 프로그램형 사업으로 발전 될 수 있도록 노력해야 할 것이다.

- (봉사단 및 중장기 자문단) 에티오피아는 보건의료 전문봉사단 파견을 통해 앞서 제시한 보건분야 지원에 기여할 수 있을 것을 보인다. 기존 실행되었던 다양한 보건사업에 있어, 지속성을 제고할 수 있는 방안으로서 보건의료 관련 전문봉사단이 지금도 주요한 역할을 하고 있으며, 향후에도 이러한 방안은 유효할 것이다. 특별히, 보건의료 분야의 청년 봉사단 파견보다는 보건의료 전공자 혹은 중장기자문단의 파견을 통해 개별의 중장기 자문단이 KOICA에서 발굴한 양자 보건사업 혹은 앞서 제시된 다양한 중소규모 보건 사업(양자사업, 양자기관 협력사업, 시민사회 협력사업 등)에 지원을 통해 중장기 자문단의 활동이 보건전략 및 사업에 긍정적인 영향과 시너지 효과를 창출할 수 있을 것으로 보여진다.

라. 중점지원 지역

- 앞서 본문에서 기술된 바와 같이, 에티오피아도 지역별로 보건 문제의 심각성이 상당히 다른 양상을 보이고 있다. DR콩고와 같이 에티오피아 또한 넓은 영토를 가지고 있는 국가로서 보편적인 보건의료서비스 보장을 위해 에티오피아 정부와 공여기관들이 함께 기본적인 16가지의 보건의료패키지를 지원하고자 보건확장프로그램(Health Extension Program)을 실시하고 있으나 산악지대를 포함한 지역과 시골지역을 중심으로 여전히 소외지역이 존재하고 있다. 따라서 한국 정부가 지원하는 중점 지원 지역을 적절한 선정을 위해 에티오피아 내의 절대적인 보건의료서비스 취약 지역을 고려해야 하며, 한국에게 있어 효과적인 지원이 가능한 지역을 각각 고려하는 것이 필요하다.
- 에티오피아는 새로운 지역 선정보다는 해당 지역에서 현재 수행하고 있는 사업의 확장을 통한 통합 프로그램형 사업 발굴과 같은 장기적인 협력 방안을 마련하는 것을 제안한다. 현재 KOICA는 Tigray, Oromia, SNNPR 주를 중심으로 사업을 진행하고 있는데, 해당 지역을 우선적으로 스크리닝하되, 그 중에서 상대적으로 위에서 제시한 지원 분야의 상태가 심각하거나 지원이 필요한 지역을 선정하는 방법이 전략적으로 효과적인 사업 실행을 위해 적절할 것이다. 더불어, 다른 공여기관의 지원과 중복되지 않는 범위 안에서 지원될 수 있도록 미리 논의가 필요하다.

마. 우선 지원 대상

- **(여성과 아동 중점지원)** 에티오피아에서 여성의 사회적 지위는 종교적, 문화적 배경으로 인해 상당히 낮은 편이다. 특히, 에티오피아에서 성행하고 있는 여성성기절단(FGM)은 아프리카에서 대륙에서도 심각한 수준인데, 에티오피아는 아프리카 대륙에서 여성성기절단의 비율이 높은 국가로 꼽히고 있다. 이와 같이 에티오피아의 여성의 지위가 낮고, 여성성기절단(FGM) 성행하고 있는 여성 및 여아의 보건상태를 고려하여, 우리 정부의 〈국제개발협력법 기본 3조〉 조항과 여성과 아동, 취약계층을 중점적으로 지원한다는 〈KOICA 보건분야 전략 2011-2015〉에 근거하여 최우선 지원 대상으로 여성과 아동을 선정 할 것을 제안한다.

바. 범 분야 이슈 및 타 분야와의 연계

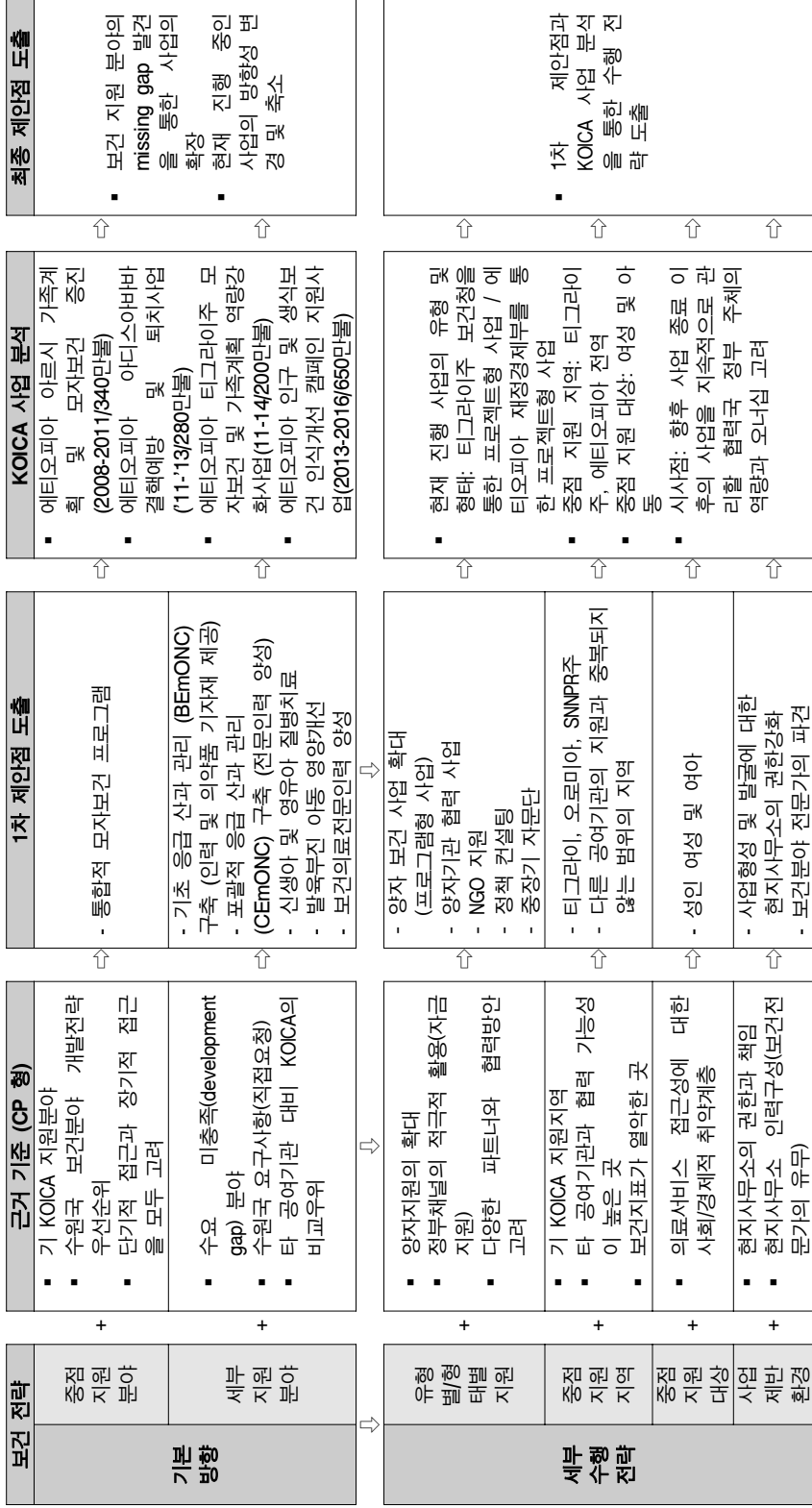
- **(중점협력분야와의 연계를 통한 보건지표 개선)** 앞서 보건분야 현황 분석에서 나타난 바와 같이, 에티오피아는 도농 간의 심각한 격차를 겪고 있고, 특별히 에티오피아의 농촌 지역은 도로와 식수, 전기의 접근성이 매우 낮은 상황이다. 따라서 에티오피아에서 KOICA가 지원하고 있는 농촌종합개발과 전력과 도로 및 인프라 분야와 섹터간 연계(Inter-Sectoral approach)를 통해 시너지 효과를 제고할 필요가 있다. 넓은 영토를 가지고 각 지역별 특성을 지닌 에티오피아의 경우 식수, 전기, 도로 등 기본 사회서비스와 인프라가 부족하므로 단순히 보건에 대한 지원만으로는 가시적인 성과를 얻기 어려우므로, 보건의료 분야에 대한 성과가 나타나기 위해서는 타분야와의 통합적인 지원으로 해당 사업지 보건지표 개선에 긍정적인 영향을 제공할 수 있을 것으로 기대된다.
- **(기술적용을 통한 모자보건 개선)** 에티오피아 정부는 모성 및 아동의 건강상태 개선을 위해 다양한 기술적용의 방법을 고민하고 그 효율성과 효과성을 높이기 위한 방안 적용을 시도하고 있다. 앞에 본문에서 언급한 것과 같이 통합적 보건정보체계 확립, m-Health의 적용을 통한 모자보건 성과 취합의 계획과 실행을 에티오피아 정부와 다양한 공여 파트너가 함께 진행하고 있다. 에티오피아에서도

ICT 기술을 보건분야의 적용하되, 수요와 욕구를 파악하여 KOICA 사업에서의 실행이 가능할 것으로 보이며, 그 외에도 ICT 분야 혹은 m-Health에 기술적 지원, 역량강화와 관련하여 지속적인 협력이 가능할 것으로 예상된다.

아. 요약 및 제안 사항

- 아래 <표 3-2>는 에티오피아의 보건 분야 지원의 기본 방향 및 수행 전략 및 향후 협력 방안에 대한 구체적인 제안을 담고 있다. 기본적으로 위에서 다룬 보건 분야 협력 방안의 기본 방향과 수행 전략을 요약하여 1차 시사점으로 도출하였다. 기본 방향으로는 보건 분야 하의 중점 지원 분야 및 세부 지원 분야를 포함하고 있으며, 세부 수행 전략에 있어서는 유형별/형태별 지원, 중점 지원 지역, 중점 지원 대상, 사업 수행 제반 환경의 내용을 나타내고 있다. 다음 단계로는 현재 KOICA가 에티오피아에서 수행하고 있는 보건 분야 사업에 대해 KOICA가 발간한 사전 타당성 보고서, BDS 보고서 혹은 완료 사업의 평가 보고서 등을 참고하여 사업의 지원 분야, 수행 형태 등을 파악하였다. 이 단계의 목적은 본 연구에서 1차적으로 제시한 보건 전략의 기본 방향의 시사점과 현재 진행 중인 KOICA 사업을 비교함으로써 CP형 국가의 통합적 보건 프로그램을 기획하는 데 있어 향후 추가적으로 지원해야 할 분야(Missing Gap)을 발견 혹은 현재 수행 중인 사업의 방향성 전환 제시하는 데 있다. 또한, 세부 수행 전략까지를 함께 고려하여 에티오피아의 프로그램형 사업에 대한 사례를 <표 3-3>에 제시하였다.
- <표 3-3>에 통합적 프로그램 사업 사례로 제시한 표를 살펴보면, 현재 프로젝트형 사업을 진행 중인 지역에 2개 정도의 프로젝트형 사업을 추가로 발굴함으로써 3개의 프로젝트형 사업이 결합하여 프로그램형 사업 수준의 성과를 만들어 내는데 그 목적이 있다. 이는 현재 KOICA의 사업 수행 체계 및 현황을 반영한 제안으로써 현재 KOICA 진행 사업은 Program Component 1에 표시하고, Program Component 2,3은 통합 프로그램형 사업의 방향으로 가기 위해 추가로 고려해야 하는 프로젝트로써 사선으로 표시하였다.

〈표 3-2〉 보건전략 기본방향 및 수행전략 프레임워크 (에티오피아)



<표 3-3> 에티오피아 통합적 프로그램 사업 사례 (예시)

■ 프로그램명: 에티오피아 통합적 모자 보건 증진 프로그램 (가칭) ■ 지원지역: 티그라이주 킬테울레로 군 지역 ■ 지원대상: 지원 지역 내 빈곤층 여성 및 아동
--

Program Component 1 (현재 KOICA 진행사업)	Program Component 2(*) (향후 KOICA 수행가능사업)	Program Component 3(*) (향후 KOICA 수행가능사업)
모자보건 및 가족계획 역량강화사업	신생아 및 영유아 질병 치료 및 발육부진 개선 사업	보건 전문인력 양성을 통한 보건의료시스템 향상 사업
■ 전문가 파견 ■ 현지인력 역량 강화 ■ 보건소 개보수(응수/전력) ■ 기자재 지원 ■ BEmONC 인력 양성 및 기자재 제공 ■ CEmONC 전문인력(마취의 등) 양성, 기자재 제공	■ 말라리아, 폐렴, 설사병 등의 질병에 대한 관리 체계(ICCM, IMCI) 마련 ■ 의약품 지원 ■ 의료 인력 양성 ■ 임산부 모유 수유 교육	■ 지역사회 기반의 전문인력 양성 및 훈련, 1) 주정부 (Region), 군(District)의 보건행정인력 양성 및 훈련, 2) 보건정보관리 담당인력 양성 및 훈련 ■ 의료시설 보수 인력 양성
형태: 프로젝트	형태: 프로젝트	형태: 정책 컨설팅 or 프로젝트

[프로그램의 목표 및 기대성과] ■ 티그라이주 지역의 모자보건 지표의 전반적인 개선 - 모성 사망비의 감소 - 신생아 및 영유아 사망률의 감소 - 산모의 산전 및 산후관리 증가 - 지역 사회 내 보건 전문 인력 구축
--

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

4. 맺음말

- 본 연구는 KOICA가 지원하는 모든 국가를 대상으로 하는 상위 보건전략의 내용과 조화를 두면서도, 에티오피아의 개발의 맥락과 보건문제의 특수성을 고려한 국가중심의 맞춤형 보건전략 수립을 위해 기획되었다. 기존의 서울발 섹터전략의 관점을 현지로 돌려, 에티오피아 보건개발의 맥락과 주요 공여기관들의 에티오피아 지원전략에 관련된 연구에 방점을 찍고, 총 4개의 세부 주제 - 개발의 배경, 보건전략의 기본방향, 중점 지원 분야 및 세부전략, 보건사업 수행전략으로 구분하여 정책제언을 작성하였다.
- 본 절에서는 보건분야의 양자 사업에 있어 a) 통합보건 프로그램형 지원, b) 보건소 이상 상위기관의 보건역량 강화 지원, c) 신생아 및 영유아 보건 및 영양, 생식보건과 모성보건에 중점을 둔 사업을 진행하여 에티오피아에 심각한 보건문제를 해결하는데 기여하는 것을 제안한다. 특별히, 에티오피아는 KOICA의 모자보건 양자사업이 기존에 활발히 지원되고 있는 국가이므로, 기존 사업에서 지역사회 수준에서 모성과 아동의 건강상태 개선 성과에 기반하여 보건소와 그 상위 수준의 병원에서의 기술적인 역량을 갖추도록 지원한다면 기존 사업의 성과를 후속 프로그램으로 확산시킬 수 있을 것으로 기대한다. 또한, 모자보건 중심으로 하여, 신생아 및 영유아의 질병 치료, 영양, 생식보건으로 그 영역을 확장한 모자보건 중심의 프로그램형 지원 또한 가능할 것으로 보인다.
- 본 연구는 국내 보건 분야 ODA 전략 연구들이 기존에 집중적으로 다루지 못했던 아프리카 지역의 보건 분야를 중심으로 하여 다루고 있는 연구이다. 특히, 본 연구는 한국 정부의 대 협력국 보건정책과 실행 사업 층위의 중간 고리인 전략 수준의 내용을 중점적으로 다루면서, 기존 연구들이 다루지 못한 국가별 특수 맥락, 보건시스템의 과제, 보건문제, 불평등에 대한 재조명, 타 원조기관 보건분야 사업의 최신 전략 및 사례를 종합적으로 연구한데 본 연구의 의의가 있다. 본 연구에서 협력국에 관한 전체적인 국가 보건문제를 다루는데 초점을 두어, 보건문제의 세부적인 사항과 특정 지역에 제한된 주요 보건 분야를 모두 다루기에는 한계가 있었다. 따라서, 에티오피아의 모성보건을 중심으로 한 통합보건 프로그램형 지원의 적절한 방법에 관한 보건분야의 후속 과제가 필요할 것이다. /끝/.

참고 문헌

[국내 문헌]

관계부처 합동 (2012). 에티오피아 국가협력전략 2012-2015

[해외 문헌]

Balanced Scorecard Institute (2013). Ethiopia Health Sector—Federal Ministry of Health Case Study

CDC (2010). CDC in Ethiopia.

Central Statistical Agency [Ethiopia] and ICF International (2012). Ethiopia Demographic and Health Survey 2011

DAG (2013) DAG Annual Report Ethiopia

Development Cooperation Ireland (2004). Aid Modalities in Ethiopia

Development Initiatives (2013). Investments to End Poverty

DFID (2010). Health is Global: An outcomes framework for global health 2011-2015.

_____(2013). Summary of DFID's work in Ethiopia 2011-2015

Federal Ministry of Health (2010). Health Sector Development Program IV 2010/11-2014/15

_____(2012a). National Health Information System Road Map

_____(2012b). Six Building Blocks of the Health System: Progress Towards the Integration in Ethiopia, 2012, 13th World Congress on Public Health

_____(2013). Annual Performance Report

Federal Ministry of Health and Regional Health Bureaus (2013). Ethiopia Health Sector Development Program Mid-Term Review of HSDP IV,

MDG Fund (2011). Joint Financing Arrangement Between The Federal Democratic Republic of Ethiopia and Development Partners on Support to the MDG Fund

Mofed (2010). Ethiopia MDG progress report

The Government of the Republic of Italy & The Government of the Federal Democratic Republic of Ethiopia (2013). Ethio-Italian Cooperation Framework 2013-2015, May 30th 2013.

UNDP (2013). Ethiopia, Human Development Report 2013

UNFPA & NORAD (2007). Lesson Learned and Good Practice on SHR and HIV/AIDS Prevention

USAID (2012a). Ethiopia Country Development Cooperation Strategy 2011-2015

_____ (2012b). mHealth Compendium, Volume 2

_____ (2013). Ethiopia USAID Presentation

_____ (2014). Ethiopia Program Presentation

WHO (2010). WHO health Statistics Profile, 2010

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

WHO & UNICEF (2012). Countdown to 2015

28TooMany (2013). Country Profile: FGM in Ethiopia

[인터넷 웹페이지]

DFID 통계 홈페이지. <http://devtracker.dfid.gov.uk/countries/ET/projects/>

Family Guidance Association of Ethiopia 홈페이지.

<http://www.fgaeet.org/?q=site-page/where-we-work>

Last Ten Kilometers Project 홈페이지. <http://l10k.jsi.com/index.htm>

OECD DAC 홈페이지. <http://www.oecd.org/dac/stats/ETH.gif>

Pathfinder 홈페이지. <http://www.pathfinder.org/about-us/mission/>

USAID 홈페이지. <http://map.usaid.gov/?l=local&w=ET>

WHO 홈페이지. <http://www.who.int/pmnch/about/members/database>

World Bank 홈페이지. <http://data.worldbank.org/country/ethiopia>

<부록>

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

부록1. 에티오피아 보건지표

분류	지표	해당국가	아프리카
일반 보건 지표	기대수명 (년)	60	56
	1) 남성 기대수명 (년)	59	55
	2) 여성 기대수명 (년)	62	58
	조출생율 (인구 1000명당)	30.8	38
	출산율 (여성 1인당 출산)	4.0	4.8
사망률 지표	사산율 (출산 1000 건당)	26	28
	성인 사망률 (인구 1000명당 15-60세 사이)		
	1) 남성 사망률	306	362
	2) 여성 사망률	265	317
	연령 보정된 원인별 사망률 (인구 10만 명당)		
	1) 감염성 질환	721	798
	2) 비감염성 질환	903	779
	3) 부상	139	107
	연령 보정된 원인별 성인 사망률 (인구 10만 명당 30-70세 사이)		
	1) 모든 질병	1,863	1,716
모성보 건 지표	2) 암	132	147
	3) 심혈관 질환 및 당뇨	473	382
	4) 만성호흡기 질환	115	92
	모성 사망비 (출산 10만 건당)	350	480
	출산 시 전문 의료 인력 참여율 (%)	10	49
	가족 계획에 대해 미충족 요구를 가진 여성 비율 (%)	25	25
	15-49세 가임여성 중 피임율 (%)	29	27
아동보 건지표	임신여성의 산전관리율 (%)		
	1) 1회 이상 방문	34	74
	2) 4 회 이상 방문	19	43
	5세 이하 아동 사망률 (출산 1000건당)	77	107
	영아 사망률 (출산 1000건당)	52	68
	신생아 사망률 (출산 1000건당)	31	34
	1세 아동(12-23개월)예방접종률 (%)		
	1) 홍역	57	75
	2) DPT	51	71
	3) B형간염	51	71
	5세 이하 체중미달 아동 비율 (%)	10.1	10.4
	5세 이하 저체중 아동 비율 (%)	29.2	25.2
	5세 이하 발육부진 아동 비율 (%)	44.2	40.9
	모유 수유 아동 비율 (%)	52	35

분류	지표	해당국가	아프리카
질병별 지표	질병별 사망률 (인구 10만 명당)		
	1) HIV/AIDS	-	139
	2) 말라리아	4	72
	3) 결핵 (HIV 음성 인구중)	18	26
	발병률 (인구 10만 명당)		
	1) HIV/AIDS	-	205
	2) 말라리아	6,353	20,913
	3) 결핵 (HIV 음성 인구중)	258	262
	유병률 (인구 10만 명당)		
각 질병 관련 지표	1) HIV/AIDS	-	2,725
	2) 결핵	237	293
	살충제 처리된 모기장에서 자는 5세 이하 아동 비율 (%)	33	32
	열증상을 보인 5세 이하 아동 중 항말라리아제를 받은 비율 (%)	10	-
	Advanced HIV 감염자 중 항 레트로바이러스 치료 받는 인구 비율 (%)	56	57
	모든 형태의 결핵에 대한 case-detection 비율 (%)	72	61
	결핵의 도말표본검사 양성진단 환자의 치료 성공율 (%)	83	82

부록2. 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
	4 Maternal mortality ratio (per 100,000 LB)	모성사망비 (출생아 10만 명당)
모성보건	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 쇠약아 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 실충체처리모기장 이용률

지역별 주요보건지표

지역구분	1. 생산보건			2. 모성보건		
	합계 출신율 (15-49세)	청소년 임신율 (15-19세)	현대적 피임법에 의한 피임률	산전 관리율	시설 분만율	숙련된 인력에 의한 분만을
전체	4.8	12	27.3	33.9	9.9	10
Urban	2.6	4	49.5	76	49.8	50.8
Rural	5.5	15	22.5	26.4	4.1	4
(지역별)						
Tigray	4.6	12	21.2	50.1	11.6	11.6
Affar	5.0	15	9.1	32.3	6.8	7.2
Amhara	4.2	12	33	33.6	10.2	10.1
Oromiya	5.6	16	24.9	31.3	8	8.1
Somali	7.1	19	3.8	21.5	7.6	8.4
Benishangul-Gumuz	5.2	19	26.3	35.1	9.1	8.9
SNIP	4.9	8	24.7	27.3	6.2	6.41
Gambela	4.0	21	33.2	54.5	27.5	27.4
Harari	3.8	15	31.5	55.9	32.4	32.5
Addis Ababa	1.5	3	56.3	93.6	82.3	83.9
Dire Dawa	3.4	8	31.7	57.2	39.7	40.3

지역구분	3. 이등보건				4. 이등영양			5. HIV/AIDS 및 말라리아	
	5세 미만 이등시망률 (출생아 1,000명당)	영아 시망률 (출생아 1,000명당)	신생아 시망률 (출생아 1,000명당)	여병접종률 (12-23개월 이동)	5세 미만 아동 발육부진아 비율	5세 미만 아동 쇠약아 비율	5세 미만 아동 저체중아 비율	HV 유병률 (남성 15-49세)	HV 유병률 (여성 15-49세)
전체	88	59	37	24.3	44	10	29	1.0	1.9
Urban	83	59	41	48.1	32	6	16	2.9	5.2
Rural	114	76	43	20.4	46	10	30	0.5	0.8
(지역별)									
Tigray	85	64	44	58.9	51	10	35	1.3	2.2
Affar	127	64	33	8.6	50	20	40	1.7	2
Amhara	108	76	54	26.3	52	10	33	1	2.2
Oromiya	112	73	40	15.6	41	10	26	0.6	1.3
Somali	122	71	34	16.6	33	22	34	0.4	1.6
Benishang ul-Gumuz	169	101	62	23.6	49	10	32	0.8	1.7
SNNP	116	78	38	24.1	44	8	28	0.6	1.0
Gambela	123	76	39	15.5	27	13	21	4.9	7.9
Harari	94	64	35	34.1	30	9	22	1.7	3.8
Addis	53	40	21	78.7	22	5	6	4.3	6.0
Ababa									
Dire Dawa	97	60	30	58.6	36	12	28	3.7	4.3

출처: Ethiopia Central Statistical Agency and ICF International (2012). Ethiopia Demographic and Health Survey Key Findings .

부록3. 최종보고회 발표자료

(에티오피아) 건강/질병의 심각성

Maternal Mortality Ratio(MMR)



2011 Maternal Mortality Rate (MMR): 676 (per 100,000 LB)

(주제)

□ (모성 및 신생아 보건) 에티오피아는 676명(출생아 100,000명당)의 높은 모성사망비를 보이고 있으며 그 원인으로 숙련된 인력에 의한 출산이 약 10%에 불과함

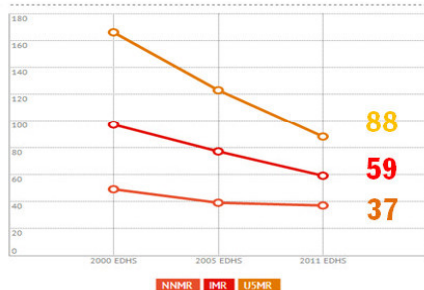
Skilled attendant at Delivery



28

(에티오피아) 건강/질병의 심각성

Childhood Mortality Rate



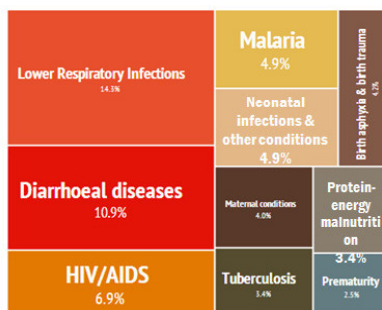
2011 Neonatal mortality rate (NNMR): 37 (per 1,000 LB)
2011 Infant mortality rate (IMR): 59 (per 1,000 LB)
2011 Under 5 mortality rate (USMR): 88 (per 1,000 LB)

(주제)

□ (영유아 보건 및 영양) 5세 미만 아동사망률은 지속적인 감소추세에 있으나 여전히 주요 아동사망원인인 폐렴, 설사 등의 질병들에 대한 적절한 치료가 제공되지 않고 있음
□ (주요 전염성 질병) HIV/AIDS 유병률은 1.3% 수준이지만 여전히 35-39세에서는 높은 3%의 유병율을 보임

29

Global Burden of Diseases (GBD)



(에티오피아) 보건 의료 시스템 현황 및 분석

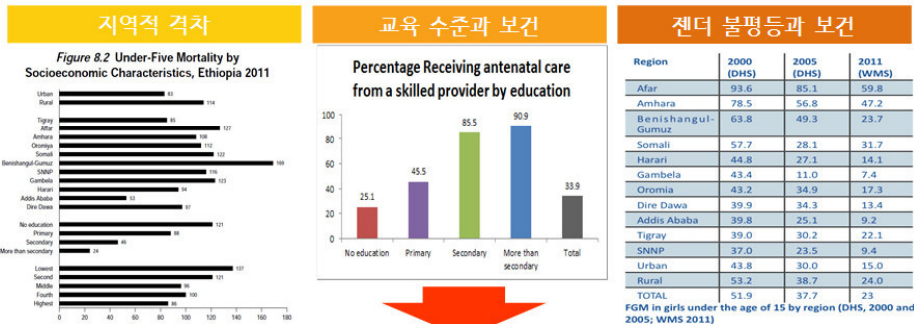
리더십과 거버넌스	보건의료 재정	보건의료 인력
- 중양정부의 강력한 리더십으로 다양한 보건 프로그램을 주도하고 있음 - 그러나, 지방 분권화로 인한 효과적인 조정 및 프로그램 수행이 원활하지 않음	- 전체 정부 예산 중 보건분야의 비율을 증가시키고자 하나 현재 8.5% 대에서 정체되어 있음 - 환자부담비용 (Out of Pocket)이 높아 이를 해결하기 위한 사회건강보험 및 지역사회 건강 보험을 시작함	지역보건요원(HEW)과 보건개발요원(HAD)이 양성되어 일차보건의료의 접근성을 향상시켰으나 높은 수준의 기술을 요하는 보건의료서비스 전달 (통합적 응급산과진료와 같은)에 한계를 지님



보건 의료시스템의 주요 문제점

- (지방분권화) 보건부의 강한 중앙 리더십에도 불구하고 지방분권화로 인해 연방정부와 주정부 사이의 조율과 개발 파트너들 사이에서의 조화가 어려움
- (보건재정) 보건분야 재정을 높이고자 계획을 가지고 있으나 여전히 정체되어 있는 상황이며 현재 제공되고 있는 재정에 대한 계획 및 목표가 분명하지 않음
- (보건의료서비스전달 및 보건의료 인력) 일차보건의료 서비스의 향상에 집중되어 옴에 따라 상위 단계의 의료 서비스 제공에 한계가 있음

(에티오피아) 보건과 빈곤/불평등과의 연계



보건과 빈곤/불평등과의 연계

- (지역적 격차) 도심과 농촌간의 5세 미만 아동 사망률의 격차 (농촌 1,000명 대비 114명, 도심 1,000명 대비 83명 아동 사망)가 심함. 뿐만 아니라 도농 간 출산율 및 산전관리에도 차이가 있음
- (교육수준과 보건 불평등) 여성의 교육수준에 따라 산전관리 비율에 차이가 있음. 교육받지 못한 경우 25.1% 만이 산전관리를 받았으며 중등교육 이상을 받은 경우 85.5%가 산전관리를 받음
- (젠더 불평등과 보건) 에티오피아는 FGM의 비율이 감소추세를 보이고 있으나 2011년 59.8%로 여전히 높은 수준임. 또한 이 비율의 지역적 차이 또한 큼

(에티오피아) 주요 공여기관들의 보건 분야 지원 전략과 특징



보건 분야 ODA 지원 현황의 특징

- (보건분야 ODA 지원현황) 에티오피아 보건분야 ODA 지원은 지속적으로 증가하는 추세임
- (보건분야 주요 공여기관) 에티오피아 보건분야 가장 많은 지원을 하는 기관은 미국(38.5%)이며 Global Fund (30.4%), 영국(5.25), GAVI (4.5%), 캐나다 (2.8%) 순임
- (공여기관 협의체 현황) 에티오피아 개발원조그룹 중 보건분야는 보건, 인구, 영양 그룹에 포함되어 있으며 보건분야 워킹 그룹이 존재함

(에티오피아) 주요 공여기관들의 보건 분야 지원 전략과 특징

지원 전략의 기본 방향	원조 형태 및 전달 채널
□ (분야예산지원을 통한 지원) 에티오피아 보건분야 주요 공여기관들은 분야예산지원(Sector Budget Support)을 통해 지원함. MDG Performance Fund (PF)가 그 예로 주요 공여기관들이 보건분야 재정부족을 지원하고자 마련한 분야예산기금임 □ (보건분야실무그룹) 개발원조그룹 내 실무그룹인 보건분야 실무그룹의 2014년 의장은 UNICEF이며 현재 5번째 보건분야개발계획수립을 지원하고 있음	□ (원조형태-모달리티) 에티오피아 보건분야 주요공여기관들은 대규모 양자사업을 수행하고 있으나 그 방식이 분야예산지원 (Sector Budget Support) 또는 NGO 지원을 통한 지원임

CP 형 : 가나, 에티오피아, DR콩고

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

107

(에티오피아) KOICA 보건 분야 지원 전략

보건의료시스템 강화+세부 지원분야	사업 유형별+형태별 지원
<보건의료시스템의 강화> - 모자보건 중심의 통합보건 프로그램 강화 - 보건소 이상 상위기관의 보건역량 강화 지원 - 보건소 단위의 기초응급산과관리(RFmONC) 체계확립 - 병원수준의 포괄적 응급산과관리(CEmONC) 체계확립 <보건 세부 지원 분야> - 산생아, 영·유아 보건 및 영양 - 생식보건, 모성보건	- 양자 보건 사업 확대 - 현재진행 중인 사업의 사업 규모 및 범위 확대 고려 - 멀티미디어, 시민사회 및 전문가권과의 협력을 통한 지원 확대
<중점 지원 지역> - Tigray, Oromia, SNNPR 주 중심으로 지속 지원 <중점 지원 대상> - 여성과 아동 중점지원	- 중점협력분야(식수, 인프라 등)와의 연계보건지표 개선 - 농업분야와의 연계를 통한 보건지표 개선
중점 지원 지역 + 중점 지원 대상	범분야 이슈 및 타 분야와의 연계

부록 4. 현지조사 면담자 리스트

기관	이름	소속/지위	연락처
FGAE	Adinew Husien	Team Leader, Research Planning & Knowledge Management Department	adnew19@gmail.com
	Desta Kebede	Program Director	destak@fgaeet.org
DFID	Kassa Mohammed	Health Advisor	k-mohammed@dfid.gov.uk
			251 091 148 5690
Italian Development Cooperation	Dr.Pasquale Farese	Programs Coordinator, Italian Contribution to HSDP Technical Assistance and Monitoring Unit (TAMU)	itacohsdp@ethionet.et
			251 091 125 4166
Pathfinder	Dr.Mengistu Asnake	Country Representative, International Ethiopia Chief of Party (COP), Integrated Family Health Program	masnake@pathfinder.org
			251 091 122 7430
MOH	Abdulzize	Director, Partnerships & Resource Mobilization Directory	abdul_reshad@yahoo.com
	Dr.Tedros Bekele	Director, Maternal and Child Health Directory	tedros moh@gmail.com
			091 130 3859
	Sintayehu Abebe	EPI Case Team Leader, EPI Manager	sintayehumoh@gmail.com
USAID			251 1 091 000 3918
	Joshua Karnes	Health Team Leader, Health, AIDS, Population and Nutrition Office	jkarnes@usaid.gov
	Yoseph w/gebriel	PMTCT Specialist	251 091 124 9521
	Samuel Hallemariam	Health System Advisor	galemayehu@usaid.gov
	Dr.Lewdily Kebede	RH Specialist	ywoldegebriel@usaid.gov
			shilemariam@usaid.gov

	Jeanne Rideoui	Acting Deputy HAPN Office Chief	zkebede@usaid.gov
	Han Kang	HIV Team Leader	jrideout@usaid.gov
	Gunawardena Dissanaynke	PMI Team Leader	gdissanayake@usaid.gov
MOFED	Dereje Girma	Head of Asia & Pacific Cooperation Director	dereje_girma@yahoo.com 251 091 117 7826
	Meseret Abebe	Expert, Bilateral Cooperation Director	
CSA (Central Statistical Agency)	Fantahun EMIRU	Director, Population Statistics Directorate	fantahun_w@ethionet.et, wfantahun@gmail.com 251-911-103230

**KOICA 아프리카지역 보건분야
협력방안 연구
– 에티오피아 현지조사 결과 보고서**

2014. 4월

I. 에티오피아 현지조사 개요

1 에티오피아 현지조사의 목적

에티오피아 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 에티오피아를 방문하여 각 국가 원조, 보건 관련 정부 부처 관계자, 현지 KOICA 사무소 및 전문가, 협력국 내 타 공여기관 보건 사업 담당자 및 현지 보건 전문가 등을 대상으로 개별 혹은 그룹인터뷰를 시행하고자 함.

에티오피아 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.

■ 에티오피아 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 에티오피아 현지조사 일정 및 담당자

■ 에티오피아 현지조사팀 구성

■ 전체일정: 2014.03.01(토) ~ 2014.03.07(금)

■ 각 현지조사 팀은 책임연구원 1인+연구조원 1인으로 구성되었으며, 개발협력 전문가와 보건 전문가로 구성됨.

이름	직위	담당 업무
이태주	책임연구원	현지조사 총괄, 면담/워크샵 및 일일 브리핑 진행
민영희	연구조원	일정 관리 및 자료수집, 현지조사 보고서 작성

□ 에티오피아 현지조사 세부 일정

일정	시간	면담기관	면담 참석자
3/03(월)	오전	MoFED	- Dereje Girma(Head of Asia & Pacific Bilateral Cooperation Director) - Meseret Abebe(Expert)
	오후	Central Statistics Agency	Fantahun EMIRU (Director, Population Statistics Directorate)
3/04(화)	오전	USAID	- Joshua Karnes (health Team Leader) - Yoseph Wlgebriel(PMTCT specialist), Samuel Hailemariam (Health System Advisor) - Dr. Lewdily Kebede(RH Specialist) - Jeanne Rideoui(Acting Deputy HAPN office Chief) - Han Kang(HIV Team Leader), Gunawardena Dissanaynke(PMI Team Leader)
	오후	KOICA 에티오피아 사무소	- 이병화 (소장) - 동상진 (부소장)
3/05(수)	오전	MOH Maternal & Child health Directorate	Dr. Tedros Bekele (Director, Maternal & Child health Directory)
	오후	MOH Partnership & Resource Mobilization Directorate	Dr. Adbulzize (Director, Partnership&Resource Mobilization Directorate)
3/06(목)	오전	Pathfinder	Dr. Mengistu Asnake(Country Representative)
		Italian Development Cooperation	Dr. Pasquale Farese(Program Coordinator)
	오후	DFID	Kassa Mohammed (Health Advisor)
		KOICA 협력의사 및 간호봉사단원	- 박성실 (협력의사) - 이은지 (간호봉사단원)
3/07(금)	오전	FGAE	Adinew Husien (Team Leader, Research Planning & Knowledge Management)

II. 현지조사 회의별 내용

1 협력국 정부

가. 재정경제개발부 (Ministry of Finance and Economic Development)

- 일시: 2014년 3월 3일 (월) 10:30-11:40
- 장소: 재정경제개발부(MoFED) 사무실
- 면담대상자: Mr. Dereje (Head of Asia & Pacific Bilateral Cooperation Director), Meseret Abebe (Expert, Bilateral Cooperation Directorate)

□ 주요 안건

1. 정책 및 전략

- (2015년 이후 계획 수립) 별도의 그룹으로 기획위원회(Planning commission)를 구성하여 계획 수립을 위한 논의를 진행 중이며 Ministry of Industry가 이 그룹을 담당하고 있음.

2. 주요 공여기관 지원 현황

- (주요 양자 공여기관) USAID, DFID가 GIZ, AFD, JICA가 크게 공여를 하고 있으며, 한국도 작은 양이지만 기여하고 있음. MoFED 내부에 EU agency, China, UN agency, Bilateral agency 부서가 있어 각 기관을 담당하고 있음
- (중국의 지원) 중국 Assistance는 지원방식은 타 공여기관과 방식이 다르며, 인프라 사업, 주로 도로와 제조공장을 위주로 지원하고 있고 Loan 방식의 지원을 하고 있으나 작은 지원 금액의 grant도 있음. Loan의 경우 그 불륨이 매우 커지고 있는 추세임.

3. 주요 공여기관 협력 현황

- (DAG 지원) 고위급 그룹(High level group)이 있어 3개월마다 고위급포럼(High level forum)에서 문제점을 논의하고 함께 목표 달성을 위한 협력방안을 함께 논의하고 있음. 테크니컬워킹그룹(Technical working group)과 섹터워킹그룹(Sector working group)은 담당 이슈에 따라 분야별로 일을 각각 하고 있음.
- (공여기관 지원의 한계) 공여기관들이 모두 각자 다른 모달리티(modality)를 가지고 있으며 자신들의 시스템을 가지고 일하고 있기 때문에 조화가 현실적으로 어려운 상황임.

4. 보건분야 현황

- (MDG 목표 달성의 배경) MDG 4(아동보건), MDG 6(질병퇴치)의 경우 2015년까지 MDG 목표 달성이 가능하다고 예상하고 있는데 공여기관들의 보건분야에 대한 집중적인 기여를 통해 이러한 결과가 가능하였음. 공여기관들의 지원이 크게 영향을 나타낼 수 있는 분야가 보건분야인데, 이는 보건분야가 타분야보다 재정 책무성과 투명성이 강조되어 사업들이 수행된 것이 주요한 요인이었음.
- (개선 필요한 우선순위 분야) MDG 목표 달성에 미치지 못하는 영역은 MDG 5(모성보건) 관련된 부분이며 모성사망을 감소에 초점을 맞추어 공여기관과 에티오피아 정부가 이를 우선순위로 삼아 노력을 기울이고 있음. 그 외에도 식수와 위생 부분에 DFID와 핀란드, 이탈리아 공여기관 등이 지원을 하고 있으나 아직까지 개선이 필요한 상황임.

5. 제안 사항

- (개선 필요한 우선순위 분야) 현재 한국의 4가지 중점분야인 보건, 농업, 인력, 인프라가 에티오피아에서 Financial gap이 큰 분야이므로 모두 중요함. 한국의 Loan보다 Grant를 선호하지만 그 금액이 상대적으로 적으며, Loan 정책이 유연하고 금액이 커서 긍정적인 영향이 있다고 봄.

나. 보건부 대외협력부서 (Partnership & Resource Mobilization Directorate, Federal Ministry of Health)

- 일시: 2014년 3월 5일 (수) 17:00-18:00
- 장소: 보건부(FMOH) 사무실
- 면담대상자: Dr. Abdulazize (Director of Partnership & Resource Mobilization)

□ 주요 안전

1. 보건분야 정책 및 전략

- (보건전략) HSDPV는 정부기관과 공여기관이 협력하여 준비하고 있으며 Development Assistance Group(GAD) 산하의 보건분야 그룹인 Health, Population and Nutrition(HPN)의 의장인 Unicef가 리드하여 새로운 보건전략 개발을 준비하고 있음.
- (One Plan 정책) 중앙정부와 지역정부가 국가계획의 실행을 위해 중앙정부는 Top down 접근으로 국가적 단위의 목적을 세팅하고 지방정부의 Bottom up 접근은 실행에 초점을 두고 함께 움직이는 방식임. 중앙정부는 지방정부에서 financial gap이 생겼을 경우 이를 지원하는 역할 또한 하고 있음. 중앙정부와 지방정부는 긴밀히 일하고 있으나 작은 보건 프로젝트의 경우는 지방정부에서 독자적으로 하는 경우도 있음.

2. 보건서비스 주요 전달자

- (Health Extension Worker) 지역사회에 보건서비스를 전달하는 주요한 프로그램이 Health Extension Program이며, 이를 위해 Health Extension Worker들을 양성하여 Health Extension Package를 전달하고 촉진 및 지원하는 역할을 하도록 함.
- (Health Development Army) 각 6개 Household를 네트워킹하도록 하여 1개의 Household가 나머지 5개 Household에 Health extension Package를 실행하도록

록 이끄는 역할을 함

3. 공여기관 요청한 보건사업

- (건강보험 지원사업) 국가의료 보험제도는 Social Health Insurance와 Community Based health Insurance 두가지 형태가 있으며, 이 중 Social Health Insurance의 경우 현재 Pilot으로 실행하고 있으며, 보건부에서 각 공여기관들에게 이를 준비하는 것에 지원해줄 것을 모두 요청하였으며, 한국의 보건복지부의 출장단과 2014년 2월에 Social Health Insurance 실행지원에 대해 구체적인 논의를 진행하였음.

5. 제안 사항

- (한국에 요청사항) 1차 CPS 에서 많은 부분의 지원이 보건분야로 들어가는 것으로 되어 있으나 실제로 그렇게 진행되는지를 확인하기 어려우며, 현재 실행되고 있는 사업에 관해서도 FMOH와 의사소통이 되어야 할 필요가 있음.

수집자료

- Federal Democratic Republic of Ethiopia Ministry of Health (2009) health and Health Related Indicator (Hard Copy)
- Federal Democratic Republic of Ethiopia Ministry of Health (2012/13), HSDPIV Annual Performance Report Version1 (Soft Copy)

다. 보건부 모자보건담당부서 (Maternal and Child Health Directorate, Federal Ministry of Health)

- 일시: 2014년 3월 5일 (수) 11:30-12:00
- 장소: 보건부(FMOH) 사무실
- 면담대상자: Dr. Tedros Bekele(Director of Maternal and Child Health)

 주요 안전

1. 에티오피아 모성보건

- (높은 모성사망비 주요 원인) 첫째, 보건소 및 보건시설이 부족하고 의료기자재 및 장비와 약품 등이 부족한 것이 이유임. 특별히 도심외 지역의 보건시설에 분만 및 산전산후 관리를 위한 적합한 시설과 의료물품들이 제대로 갖추어져 있지 않음. 둘째, 주민들 특별히 여성, 산모들이 보건소에 가서 의료서비스를 제공받는 것에 대한 인식, 지식이 부족한 현실임. DHS 2011 설문조사에 나타난 것과 같이 분만 혹은 관련 보건서비스를 위해 보건소에 갈 필요가 없다고 답한 인구가 61%에 달하는 결과로 나타났음. 이는 보건서비스 이용에 대한 태도와 관련된 것이 문제임. 셋째, 문화적 요소가 주요한 것으로 작용하는 것이며, 가부장적이고 종교적인 원인으로 인해 의료시설 및 보건서비스 이용에 제약이 따름.
- (모성보건 관련 현황) DHS 2011에 따르면 높은 모성사망비(676 per 100,000 live births)를 보이고 있고 MDG 성취를 위해 전문인력에 의한 출산비율이 10%에 불과하여 이를 높이기 위해 여러 공여기관들과 정부가 함께 다양한 지원과 노력을 기울였음.

2. 성공적 보건사업 사례

- (Integrated Family Health Program) USAID의 지원하는 Pathfinder 사업은 4개 지역(Province)를 중심으로 실행되고 있으며, 이 사업에서 전문인력에 의한

출산비율이 30%이상으로 증가한 결과를 확인할 수 있었음. 본 사업의 설문조사 결과를 얼마 전에 받았으며, 시설분만율의 경우도 30%까지 증가하였음.

수집자료

- Federal Democratic Republic of Ethiopia Ministry of Health (2012) Road Map for Accelerating The Reduction of Maternal and Newborn Morbidity and Mortality in Ethiopia.

라. 통계청 (Central Statistical Agency)

- 일시: 2014년 3월 3일 (월) 14:30-15:13
- 장소: 통계청(CSA) 사무실
- 면담대상자: Mr. Fantahun EMIRU (Director, Populations Statistics Directorate)

주요 안건

1. Demographic Health Survey (DHS)

- (DHS 실시 현황) 2011년 이후 5년 뒤인 정식 DHS는 2016년에 실시할 예정임. World Bank와 UNICEF의 지원으로 DHS를 실시하고 있음. Mini-DHS를 실시하였으며 올해 중순에 발표할 예정임(Mini DHS 발표되면 그 결과를 이메일로 공유하겠음)
- (DHS 실시 방법) 각 지역별 통계청 Branch(25개 Regional Statistical Branch Office)를 통해 실시하고 있음. 각 Branch에서 전문가와 필드 수퍼바이저, 정규 및 비정규 조사자들을 통해 설문조사를 실시함. 90명의 전문가, 235명 필드 수퍼바이저, 2,735 정규 및 비정규 조사자들, 234명의 하위 스텝이 있음(Note: <http://www.csa.gov.et/index.php/organization/branch-offices>)
- (DHS 원자료 제공) DHS 원자료를 받는 것이 가능하고 원자료 요청 프로세스를 따라야 함. 원자료를 받기 위해서 공식적인 요청 문서가 있어야 하며 공식 요청 문서를 보내면 통계청에서 이를 승인하여 자료를 제공하도록 되어 있음

2. DHS 외의 보건통계자료

- (DHS 실시 현황) DHS 외에는 인구조사가 있으나 보건에 초점이 맞추어진 것은 아님. 보건 이슈와 관련된 다른 자료는 보건부(FMOH)에서 따로 조사를 실시하고 있으며 해당 자료를 가지고 있음.

수집자료

- Central Statistical Agency (2014) Mini Demographic Health Survey (수집예정)

가. U.S. US UUAgency for International Development (USAID)

- 일시: 2014년 3월 4일 (화) 10:00-13:00
- 장소: USAID 사무실
- 면담참석자: Joshua Karnes (health Team Leader), Yoseph Wlgebriel (PMTCT specialist), Samuel Hailemariam (Health System Advisor), Dr. Lewdily Kebede (RH Specialist), Jeanne Rideoui (Acting Deputy HAPN office Chief), Han Kang (HIV Team Leader), Gunawardena Dissanaynke (PMI Team Leader)

주요 안전

1. 에티오피아 정부의 목표

- (빈곤감소와 경제발전) 에티오피아 정부는 빈곤감소 주요한 이슈이며 2025년까지 중소득국 국가가 되는 것을 목표로 하고 있음. USAID도 이러한 목표를 지원하고 보건 분야에서도 이러한 성과를 달성하기 위해 초점을 맞추고 있음

2. USAID 보건 프로그램 및 파트너

- (보건 프로그램) 주요 질병 프로그램인 HIV/AIDS (President's Emergency Plan for AIDS Relief), Malaria (Presidential Malaria Initiative) 외에 Health Sector Reform과 Nutrition, MNCH, FP/RH, TB, NTD, WASH으로 구성되어 있음
- (주요 파트너) 질병 프로그램 외의 프로그램들은 9개 주요 파트너와 함께 Pathfinder, MSI, JSI, FHI-360, JHPIEGO, World Vision, WHO, KNCV, MSH와 함께 프로그램을 수행하고 있음

3. 주요 과제

- (에티오피아 정부) 보건부와 에티오피아 정부의 제한된 프로그램 관리 능력, 보건분야 관련 자료, 특별히 국가보건재정(National Health Account) 자료 공

유의 어려움, 질병의 유병 지역에 따른 적절한 접근법 선정이 아닌 정치적 우선순위 결정, 보건분야에 정부기관과 부서들 사이에 미흡한 협업과 의사소통 등이 정부의 주요 개선과제임.

- (USAID) PEPFAR의 예산의 감소, 정부와 정부간 프로그램의 장애의 존재 등이 주요한 개선과제임.
- (그 외 과제) 모성 및 신생아 사망의 개선을 보여주는 수량화 된 근거의 부족, 소아마비 발생, 과도기에서의 에티오피아 정부의 책임성, 자원을 소화하는 능력의 부족, 소외된 민간부문(Private Sector), 구조와 프로그램 방향성에 영향을 주는 정치적 영향, 산전관리, 분만서비스의 낮은 활용도 등이 그 외의 주요한 과제임.

4. 기회요인

- (에티오피아 정부) FMOH 기술부서의 새로운 구성 및 재편, 말라리아 관련 자료의 공개 및 공유, G2G¹³⁾의 실행 등이 기회요인임
- (USAID) PMI 프로그램과 FP, RH의 성공 등에 의해 형성된 선의를 지속적 기반으로 삼을 수 있고, G2G 시작으로 인한 작용을 받을 수 있을 것으로 예상되며, PEPFAR 이외의 탄탄한 펀딩 자원 또한 그 외의 기회로 볼 수 있음.
- (그 외 기회요인) 새로운 NTD 펀딩과 모자보건에서의 새로운 혁신, FMOH의 새로운 재정 메카니즘에 대한 높은 관심도 등이 기회요인임.

5. 보건분야 성공사례

- (Mulu Prevention Program) 에티오피아에서 광부, 성노동자 등과 같은 HIV/AIDS 감염 고위험인구(Most At Risk Population)와 취약한 대상(Vulnerable population)의 감염 위험을 낮추기 위한 프로그램으로 PPP의 형태로 지원되었음.
- (Mobile Alliance for Maternal Action (MAMA)) USAID, Johnson&Johnson, United Nations Foundation, mHealth Alliance, Baby Center가 함께 민관협력(Public-Private Partnership)으로 실시한 프로그램으로 2011년부터 에티오피아의 산모와 여성들에게 모바일 기술을 이용하여 보건정보를 전달하여 모자보건향상을 위한 것임.

13) Government-to-government (commonly called G2G) project or activity

수집자료

- USAID (2014) USAID Ethiopia Program Presentation. January 30, 2014

나. Italian Development Cooperation

- 일시: 2014년 3월 6일 (목) 11:00-13:00
- 장소: Italian Development Cooperation 사무실
- 먼담참석자: Dr. Pasquale Farese(Programs Coordinator)

□ 주요 안건

1. 이탈리아 국가협력전략

- (국가협력전략 2013-2015) 에티오피아와 이탈리아 정부 사이의 국가협력전략을 2013년에 맺었으며 이는 "Ethio-Italian Cooperation Framework 2013-2015" 문서에 나타나 있음. 이탈리아의 대 에티오피아 국가협력전략의 주요한 중점 분야는 농업 및 지역개발과 기초서비스(보건, 교육, WASH) 지원 두가지임. 이탈리아 국가협력전략은 EU+ Joint Cooperation Strategy(JCS)에 기반하여 그 목적이 설정되어 있음.
- (이탈리아 사업 모달리티) 사업 모달리티는 세가지로 구성되어 있는데 양자 프로그램(에티오피아 정부 혹은 이탈리아 공여기관에 의해 운영되는 프로그램)과 다자 프로그램(UN agency를 통한 프로그램), 국제 공여기관의 Pooled Fund임

2. 주요 보건 프로그램과 구성

- (MDG Fund) MDG fund는 에티오피아 보건부에 지원되는 것으로 Multi-donor MDG 펀드에 부분을 지원하는 것이며 MDG 4, 5(아동보건, 모성 보건) 증진을 위한 보건시스템 강화를 지원하는 것임. 금액은 7 Million Euro를 양자로 지원함 (MDG Fund의 경우 Joint Financing Arrangement(JFA)에 근거하여 FMOH, MoFED, GOE와 Development Partner들이 함께 논의하여 지원되는 것임)
- (보건정보시스템) 보건정보시스템(Health information System Development) 개발은 보건부와 지방 보건담당부서와 파트너로 하는 사업이며, 금액은 3.5 Million Euro를 양자로 지원하는 형태임. 보건부 중앙정부와 지방정부의 새로

구성된 Health Management Information System(HMIS) 실행과 Institutional and Community Based Health Insurance의 M&E를 포함한 Community Health Information System(CHIS)의 개발을 위한 기술적, 재정적 지원임. 아직 까지 보건부와 논의 중이며 구체적으로 어떤 지원을 할지 결정되지 않은 상황임. 따라서 2013년 재정을 아직까지 지출하지 않은 상황임

- (Health Pooled Fund) 다양한 도너들로부터 함께 모으는 펀드이며 UNICEF에 의해 운영되는 기금임. Multilateral 방식이며 금액은 300,000 Euro임. HSDP 실행을 지원하기 위한 다양한 도너들의 Pooled Fund임
- (보건분야 Soft Loan) MOH와 파트너로 일하지만 MOFED을 통해 5 Million Euro를 지원하는 것이며 모성과 아동 사망 감소를 지원하는 Loan의 형태임
- (그 외 보건 사업) 이탈리아의 NGO를 통해 지원하는 사업으로 NGO들이 사업 제안서를 제출하면 선정하여 보건 사업을 실행하도록 함

2. 협력 체계

- (에티오피아 정부와의 협력) 정부와의 협력에서 중요한 것은 중앙정부를 통해 공여기관들의 지원이 일관성 있게 가는 것이 중요하다고 생각하므로 중앙 정부와 먼저 협의를 통해 진행하고 있음. 이탈리아 대 에티오피아 국가협력전략을 통해 전체적인 계획을 에티오피아 정부와 협의를 한 뒤에 세부적인 프로그램 혹은 프로젝트를 각 파트너 기관과 논의하여 진행하도록 함

3. 주요 과제

- (사업 실행의 어려운 점) 2013년 진행되어야 할 사업들이 아직까지 논의 중에 있으며, 적시에 진행되도록 하는 것이 쉽지 않음. 중앙정부와 지방정부가 일원화 되어 일하는 것에 어려움이 있어 이러한 것을 조정하고 일관성 있게 프로그램이 진행되는데 한계가 있음.

수집자료

- Federal Democratic Republic of Ethiopia Ministry of Health (2011), HDSPIV 2011 Annual Performance Report

- Federal Democratic Republic of Ethiopia Ministry of Health (2012) HDSPIV 2012 Annual Performance Report
- Federal Democratic Republic of Ethiopia Ministry of Health (2013) HDSPIV 2013 Annual Performance Report
- Italian Development Cooperation (2013) Ethio-Italian Cooperation Framework 2013-2015
- Federal Democratic Republic of Ethiopia Ministry of Health (2008) Policy and Practice : Information for action, better information, better decision, better health. Volume 1, Number 1
- Federal Democratic Republic of Ethiopia Ministry of Health (2009) Policy and Practice : Information for action, better information, better decision, better health. Volume 2, Number 1
- Federal Democratic Republic of Ethiopia Ministry of Health (2009) Policy and Practice : Information for action, better information, better decision, better health. Volume 2, Number 2
- Federal Democratic Republic of Ethiopia Ministry of Health (2010) Policy and Practice : Information for action, better information, better decision, better health. Volume 3, Number 1
- Federal Democratic Republic of Ethiopia Ministry of Health (2010) Policy and Practice : Information for action, better information, better decision, better health. Volume 3, Number 2, 2010
- Federal Democratic Republic of Ethiopia Ministry of Health (2010) Policy and Practice : Information for action, better information, better decision, better health. Volume 3, Number 2
- Federal Democratic Republic of Ethiopia Ministry of Health (2011) Policy and Practice : Information for action, better information, better decision, better health. Volume 4, Number 1, 2011
- Federal Democratic Republic of Ethiopia Ministry of Health (2013) Policy and Practice : Information for action, better information, better decision, better health. Volume 5, Number 1.

- Federal Democratic Republic of Ethiopia Ministry of Health (2011) Joint Financing Arrangement between the Federal Democratic Republic of Ethiopia and development partners on support to the MDG Fund
- POA for MTR Recommendations, current status and way forward: Recommendations within HSDP IV
- Federal Democratic Republic of Ethiopia Ministry of Health (2013) Roadmap for the development of 2008-2012 EFY Health Sector Development Programme
- Federal Democratic Republic of Ethiopia Ministry of Health (2009) Skin Diseases Case Management Algorithms & Atlas

다. DFID

- 일시: 2014년 3월 6일 (목) 14:30-16:00
- 장소: DFID 사무실
- 면담참석자: Kassa Mohamed (Health Advisor)

주요 안전

1. 주요 보건 프로그램

- (보건분야개발 프로그램) Support for the Ethiopia Health Sector Development Programme(Federal Ministry of Health MDG Performance Fund)을 실시하고 있으며 이는 Budget support로 진행되는 것이며, MDF Performance Fund이며 공여기관 중 가장 큰 볼륨을 지원하고 있었음. £275 million을 2011년부터 2015년까지 지원하는 것이며 현재 HDSPIV 지원을 위해 실시되는 것임
- (기초서비스 프로그램) Protection of Basic Services Programme의 경우는 2009-2012년까지 phase2를 실시하고 2012-2018년까지 phase3를 실시하고 있으

며 이는 주로 식수와 관련된 사업을 진행하고 있었음 (식수 관련 사업의 비중이 가장 컸음)

- (주요 성과 및 결과) 정부에서 모성보건 관련하여 Mid-term Review를 통해서 성과 측정을 하고 있었으며, 이를 활용하여 성과를 측정하고 있음. 그 외에도 해마다 Annual Performance Report를 발간하여 아동 및 모성보건과 관련된 현황을 보여주고 있음.
- (실행 과제) 자금 지원을 하고 이에 대한 성과를 정확히 측정하는 것이 복잡하고 어려운 점이 있음. 성과 측정을 위한 정확한 데이터와 보고서를 정부로부터 정확한 시기에 받기가 어려움.

2. 파트너와의 협력

- (에티오피아 정부와의 협력) 주로 DFID는 직접 사업이나 지원을 하지 않고 정부에 자금 지원을 통해 정부가 직접적으로 관리 운영하도록 하는 방식으로 협력과 지원을 하고 있음. 주로 보건사업을 정부에서 직접 자금 지원을 받아 운영하고 있으므로 이에 대한 결과 보고서 등의 정확한 내용 전달을 위해 정기적인 보고서 등을 받는 방식으로 일하고 있음.
- (공여기관과의 협력) 주된 파트너는 에티오피아 정부이며, 그 외에는 공여기관들과 함께 커뮤니케이션을 지속적으로 하고 있음. 에티오피아의 경우 다양한 공여기관과 함께 Joint Financing Arrange(JFA)로 지원을 하고 있으므로 이에 대한 모니터링과 평가도 함께 실시하고 정기적으로 협력하는 구조로 되어 있음.

3. 제언 사항

- (한국에 요청사항) KOICA의 지원이 아무리 적은 금액의 지원이라고 하더라도 에티오피아 정부에는 매우 중요한 것이며, 현재 하고 있는 사업들을 통해서 lesson learnt를 얻고 축적하며 점점 사업의 규모가 늘어나게 되는 것이 좋을 것이라 생각함. 보건 분야의 DAG HPN Donor 그룹에 함께 지속적인 참여를 하면 좋을 것이라 생각됨.

수집자료

- DFID (2013) Annual Review : Support for the Ethiopian Health Sector Development Programme (Federal Ministry of Health MDG Performance Fund)

3 학계 및 시민사회

가. Pathfinder International

- 일시: 2014년 3월 6일 (목) 09:00-10:00
- 장소: Pathfinder 사무실
- 먼담참석자: Dr. Mengistu Asnake (Country Representative)

□ 주요 안건

1. 주요 보건 사업

- (Integrated Family Health Program(IFHP) 내용) 본 사업은 통합적인 패키지를 지원하는 것으로서 가족계획, 생식보건, 모성보건, 신생아, 아동보건, 영양, 말라리아, HIV/AIDS의 요소도 함께 결합되어 있음. 지역사회의 활성화를 통해 지역사회부터 health post, health center로 이어지는 보건서비스의 연계가 이루어지도록 하는 것이며 또한 지역사회와 지역의 가족들의 주된 파트너로 삼아 건강 증진, 행동 변화를 유도하는 프로그램임.
- (IFHP의 규모 및 기간) IFHP 1차 사업은 2008년부터 2014년까지 진행되는 것임. 에티오피아 4개 지역에 Amhara, Tigray, Oromia, SNNP 지역에 제공하는 프로그램으로 진행이 되었으며 301개의 Woredas를 지원하고 있으며 인구의 대략 40%(33 Million)를 커버하고 있음.

2. IFHP의 주요 실행자 및 파트너

- (프로그램 주요 전달자) 각 지역의 Health Extension Woker와 Health Development Army가 본 사업에 참여하도록 하였으며 각 Village별로 HEW와 Health Development Army가 서비스를 전달하는 역할을 하였음.
- (프로그램 주요 파트너) 정부의 HSDP에 기여하기 위한 프로그램이므로 MOH와 긴밀하게 협업하고 있음. 사업 실행 부문에서 그 외의 다양한 Local, International 기관들과 협업하고 있음.

3. IFHP의 주요 성과

- (프로그램 주요 전달자) Skilled Birth Attendant rate이 36%로 증가했으며, Delivery in health facility가 30% 정도로 증가한 결과를 얻을 수 있었음. 본 결과를 통해 MMR에 영향을 줄 수 있는 요소라고 생각하고 긍정적인 결과가 있을 것을 예상함.

수집자료

- USAID, Pathfinder, John Snow, Inc. (2012) Integrated Family Health Program Annual Report

나. Family Guidance Association of Ethiopia(FGAE)

- 일시: 2014년 3월 7일 (금) 10:20-11:00
- 장소: FGAE 사무실
- 면담참석자: Mr. Adinew Husien (Team Leader, Research, Planning & Knowledge Management)

주요 안전

1. 주요 보건 사업

- (통합적 가족계획 프로그램) FGAE에서는 임플란트, IUD와 같은 장기적 혹은 영구적 피임법(Long-Acting and Permanent Methods) 활용도를 높이기 위한 이러한 피임 기구 배포 및 교육 등을 실시하고 있음. 이와 함께 시골 지역의 미충족 가족계획(Unmet need for Family planning)을 위한 지역사회 중심 프로그램, 아웃리치 프로그램 등을 실시하고 있음.
- (청소년 프로그램) 청소년 센터를 통한 청소년들에게 성과 생식보건에 대한 인지를 향상시키고 청소년 상담과 다양한 활동을 통해 피임, STI 진단과 치료, HIV/AIDS 등의 테스트와 진단, 상담 서비스를 제공함.

2. 협력 기관

- (주요 지원 기관) UNFPA, Irish Aid, 네덜란드, CDC 등 다양한 기관으로부터 지원받고 있음.
- (에티오피아 정부) Federal Ministry of Health, Ministry of Finance & Economic Development, Ministry of Women's Affairs 등과 긴밀하게 협력하여 일하고 있으며 보건분야개발전략(HSDP IV)과 일치된 역할과 전략을 가지고 있음.

- 일시: 2014년 3월 4일 (화) 14:00-15:30
- 장소: KOICA 에티오피아 사무소
- 면담참석자: 이병화(소장), 동상진(부소장)

1. 아르시존 모자보건 사업

- (사업의 내용) 이 사업은 오로미아 아르시존에 모자보건훈련센터를 건립하고 강의실과 기숙사를 건립하고 훈련을 제공할 수 있도록 해주는 사업이었으며 2010년에 종료된 사업임.
- (사업 종료 이후 현황) 주정부에서 훈련센터의 운영 예산이 없어서 hand-over를 하지 못하고 2011년 사후관리 사업, 2012년 PPP사업, 2013년 대학협력사업 등으로 지속해오고 있으며 2014년에는 간호사 1인과 의사 1인 전문가 파견을 할 예정이며, 2015년에는 Woreda 3개 지역으로 확장하여 700만불 사업이 실시될 예정임. 현재 이 훈련센터 주변의 다른 기관들이 이 센터를 대여하여 교육을 제공하고자 하는 수요가 증가하여 대여료 등을 통해 운영을 지속하고 있음. 역량평가를 실시하여 좋은 결과를 얻었으나 실제로 출구전략과 본 정부의 인수인계하는 것에 한계가 있음.

2. 티그라이 모자보건 사업

- (사업의 내용) 티그라이에 있는 보건소를 선정하여 물, 전기를 제공하고 에티오피아에서 구매한 현지 의료 장비를 제공하였으며, 또한 티그라이 메켈레 대학의 장소를 활용하여 교육을 제공하였고 현지 보건전문가들을 강사로 활용하였음. 서울대에서 PMC로 실시한 사업이며 기자재, 인력 등을 에티오피아 현지에서 해결하는 방법으로 실시되었음.
- (사업 성과) 중간 결과에서 현지 보건지표를 활용하여 보았을 때, 시설분만을 이 증가하여 긍정적인 영향이 있음을 코이카 내부 평가를 통하여 확인하였음.

- (사업 진행 현황) 2014년 주민의식개혁, 아웃리치 프로그램이 실시될 예정이며 사업기간을 올해 8월까지 예정되어 있고 종료 평가가 있을 예정임.

2. 아디스아바바 결핵사업

- (사업의 내용) 모바일 클리닉 사업이었으며 결핵진료차량을 제공하여 아디스아바바의 교도소, 기숙사, 노숙자센터 등을 방문하여 진료를 하는 사업이며, 이 사업은 2014년 4월에 종료 예정임.
- (사업의 한계) 이 사업은 PM과 결핵진료차량(기자재)에 많이 의존된 사업이었음. 차량이 통관을 거치는 과정이 너무 오래 소요되었고 기존에 에티오피아 정부에서 차량 번호판을 제공하기로 하였으나 그것이 불가능하게 되어 코이카에서 번호판을 제공하여 현재 진료를 다니고 있는 중임.

3. 사업 향후 방향 및 고려사항

- (보건 사업의 향후 방향성) 기존 사업에 Impact 있고 지속성 있도록 하는 것에 주안점을 둠. 코이카 사무소에서 공여기관들과의 정기적인 회의에 참여할 예정이며 이를 통해 방향성을 지속적으로 고민해 갈 예정임.
- (사업의 고려사항) 건축 요소가 포함되는 사업의 경우, 현지 사업자가 돈이 모자라거나 여러 이유로 중간에 그만두게 되는 경우가 많아 이러한 것을 잘 관리할 수 있는 업체 선정이 매우 중요한 요소임. PMC의 경우 아프리카에 경험이 없는 경우를 제외하고는 특별한 사업 수행의 수준의 차이가 있는 것은 아님. PMC가 현지 업체와의 갈등이 문제가 되는 경우가 간혹 있어 이러한 문제를 잘 관리하도록 하는 것이 중요함.

수집자료

- KOICA (2013) 코이카 에티오피아 사무소 사업 현황

연구자료 서아프리카 2014-20-217

아프리카지역 보건분야 협력방안 연구 시리즈 5 :
에티오피아 사례

발 행 2014년 8월
발 행 인 김 영 목
발 행 처 한국국제협력단
편 집 인 서아프리카팀
주 소 경기도 성남시 수정구 대왕판교로 825 (우:461-833)
전 화 031) 740-0114
팩 스 031) 740-0655
홈 페이지 <http://www.koica.go.kr>
인 쇄 동 화

[본 보고서의 저작권은 한국국제협력단에 있으며,
한국국제협력단의 허락없이 무단 전재와 복제를 금합니다.]
발간물 등록번호 11-B260003-000484-01

연구자료

서아프리카 2014-20-217



아프리카지역 보건분야
협력방안 연구 시리즈 5 : 에티오피아 사례



KOICA

한국국제협력단

461-833 경기도 성남시 수정구 대왕판교로 825

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

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