발간 등록 번호
11-B260003-000485-01

Happiness for ALL, with Global KOICA

아프리카지역 보건분야 협력방안 연구 시리즈 6 : 우간다 사례

2014. 8

KOICA 한국국제협력단

WORLD FRIENDS KOREA

아프리카지역 보건분야
협력방안 연구 시리즈 6 : 우간다 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(현) 민 영 희 (사)글로벌발전연구원 ReDI 보건연구원 신 선 연 (사)글로벌발전연구원 ReDI 연구원 ▸ 가나/나이지리아 홍 문 숙 (사)글로벌발전연구원 ReDI 연구실장 이 경 철 (사)글로벌발전연구원 ReDI 전문연구원

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

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

목 차

제1장. 국가 보건의료 현황 분석

1. 개 요 ····· 1

2. 보건 문제 분석 ····· 4
가. 주요 개발 정책 및 보건 정책 ····· 4
1) 개발정책 ····· 5
2) 국가 보건 정책 및 전략 ····· 5

나. 보건의료시스템 ····· 10
1) 개요 ····· 11
2) 리더십과 거버넌스 (Leadership & Governance) ····· 12
3) 보건의료재정 (Health Financing) ····· 14
4) 보건의료서비스 전달 체계 (Health Service Delivery System) ····· 18
5) 보건의료인력 (Human Resources) ····· 21
6) 의약품 및 기자재 (Medical products, Vaccines and Technologies) ····· 24
7) 보건의료정보 체계 (Information System) ····· 29

다. 건강 및 질병 현황 ····· 33
1) 일반 보건현황 ····· 33
2) 모성보건 ····· 35
3) 아동보건 ····· 41
4) 주요 전염성 질병 ····· 47

라. 보건과 불평등 ····· 54
1) 지역간 격차 ····· 55
2) 경제수준에 따른 불평등 ····· 58
3) 교육수준에 따른 불평등 ····· 60
4) 취약계층에 대한 불평등 ····· 62

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 ····· 78
1) 주요 양자기관 ····· 78
2) 주요 다자기구 ····· 79

2. 주요 공여기관의 보건분야 협력 ····· 80
가. 개요 ····· 80

나. 양자기관 (Bilateral organisations) ····· 81
1) DFID ····· 82
2) Sida ····· 91
3) JICA ····· 103

다. 다자기구 (Multilateral organisations) ····· 111
1) UNICEF ····· 111

3. 민간부문 보건분야 협력사례 ····· 118
가. 사례1: UNHCO(Uganda National Health Consumers' Organisation) ····· 119
나. 사례2: RHU(Reproductive Health Uganda) ····· 123

제3장. 종합제언

1. 요약 및 시사점 ····· 128
2. 우간다 보건전략의 기본방향 ····· 131
3. 우간다 보건사업의 수행전략 ····· 134
4. 맺음말 ····· 140

참고문헌 ····· 141
부 록 ····· 145

표 목차

<표 1-1> 우간다 영양 행동 계획(Uganda Nutrition Action Plan) 2011-2016의 세부 목적 ····· 8
<표 1-2> 2000/01-2011/12년 보건분야에 대한 정부지출 추이 ····· 14
<표 1-3> 공공부문 보건의료체계 ····· 18
<표 1-4> 외래환자 보고의 보건정보시스템 적시성 및 완전성 ····· 30
<표 1-5> 주요 사망원인 ····· 33
<표 1-6> 질병부담 (Global Burden of Disease) ····· 34
<표 1-7> 모성보건 지표 현황 ····· 35
<표 1-8> 과거 DHS 집계 모성사망비 추세와 WHO의 모델 예측치 ····· 36
<표 1-9> 5세 미만 입원환자의 사망 원인 (2009/10-2012/13년) ····· 43
<표 1-10> 저체중 및 발육부진 아동 비율 추이 ····· 46
<표 1-11> 말라리아 관련 지표 추이 ····· 50
<표 1-12> 결핵 관련 지표 추이 ····· 52
<표 2-1> 2010-2012년 우간다 ODA 지원 현황 ····· 70
<표 2-2> 우간다의 ODA 지원 공여기관 현황 (2011-2012년 평균) ····· 73
<표 2-3> 우간다 보건문야 양자 공여기관별 지원 규모 (2009-2010년) ····· 78
<표 2-4> 우간다 보건문야 다자기구별 지원 규모 (2009-2010년) ····· 79
<표 2-5> 2013년 이후 재조정된 영국의 보건분야 중점지원활동 분야별 기대결과 ····· 87
<표 2-6> 분야별 연간예산 (2010-2012년) ····· 92
<표 2-7> Sida의 우간다 보건분야 재정지원 개요 (2000-2010년) ····· 94
<표 2-8> 모성보건프로젝트(MHP) 사업지역 ····· 98
<표 2-9> 모성보건프로젝트의 성과 프레임워크 ····· 99
<표 2-10> 일본의 대 우간다 우선순위 분야 지원 규모 (2000-2010년) ····· 104
<표 2-11> 기술 협력 활동 내용 (투입 계획) ····· 106
<표 2-12> 5S 세부 항목 ····· 107
<표 2-13> UNICEF 우간다 국가협력 프로그램 2010-2014년 예산 개요 ····· 112

그림 목차

<그림 1-1> HSSIP의 개념적 프레임워크 ····· 7
<그림 1-2> 우간다 보건부 조직도 ····· 12
<그림 1-3> 거버넌스 지표 (우간다 및 사하라이남 아프리카 평균 비교) ····· 13
<그림 1-4> 정부의 보건분야 지출 및 GDP 대비 보건분야 지출 추이 ····· 15
<그림 1-5> 보건의료서비스 종류별 지출, NHA 2009/10 ····· 16
<그림 1-6> 민간 재정원, NHA 2009/10 ····· 17
<그림 1-7> 오너십 및 기능적 단계별 보건의료시설의 수와 비율 ····· 19
<그림 1-8> 보건의료시설 인력 확보율, 2013년 ····· 22
<그림 1-9> 보건의료시설 종류별 인력확보율 ····· 23
<그림 1-10> 조사 당일 6개 추적관리 대상 약품의 보유율 현황 ····· 24
<그림 1-11> 각 기초 시설을 보유한 보건의료시설 비율 ····· 26
<그림 1-12> 종류별 의료장비를 보유한 보건의료시설 비율 ····· 27
<그림 1-13> 1단계(Level 1) 진단검사 가능한 보건의료시설 비율 ····· 28
<그림 1-14> 산전관리 이용도 추세 ····· 36
<그림 1-15> UDHS와 HMIS를 통해 집계된 시설 분만율 추세 ····· 37
<그림 1-16> 국가별 총출산율 및 가족계획 미충족 수요 (DHS 데이터 사용) ····· 38
<그림 1-17> 국가별 총출산율 및 피임률 (DHS 데이터 사용) ····· 39
<그림 1-18> 청소년 보건서비스 제공하는 보건의료시설 비율(2012-2013년) ····· 40
<그림 1-19> 신생아, 영아 및 5세미만 아동 사망률 추세 ····· 41
<그림 1-20> 5세 미만 외래 환자 진단명별 집계 (2009/10-2012/13년) ····· 42
<그림 1-21> DPT 3회 예방접종률 추이 ····· 44
<그림 1-22> 홍역 예방접종률 추이 ····· 45
<그림 1-23> 출생 후 6개월 모유수유 아동 비율 ····· 46
<그림 1-24> 15-49세 성인 남성과 여성의 HIV 유병률 ····· 48
<그림 1-25> 항레트로바이러스 약제에 대한 접근성 ····· 48
<그림 1-26> 지난 2주간 발열 증세를 보인 아동 중 말라리아 치료제를 받은 아동비율 ····· 51
<그림-1-27> 조사 전날 살충제처리 모기장을 이용한 5세 미만 아동 및 임산부 비율 ····· 51

<그림 1-28> 주거지별 산전관리 4회 이상 이용률 ····· 55
<그림 1-29> 살충제처리된 모기장 사용하는 임산부 비율 ····· 55
<그림 1-30> 지역별 인구 1만 명당 보건의료시설 개수 현황 ····· 56
<그림 1-31> 보건의료인력 채용률 최하/최고 각 5지역 비교 ····· 56
<그림 1-32> 경제수준별 임신여성의 HIV 검사 및 상담서비스 수혜 현황 비교 ····· 58
<그림 1-33> 경제력에 따른 산전관리 4회 이상 이용률 차이 (2011년) ····· 59
<그림 1-34> 교육 수준별 HIV/AIDS 유병률 격차 ····· 60
<그림 1-35> 교육수준별 임신여성의 HIV 진단검사 및 이후 상담서비스 수혜 비율 ····· 61
<그림 1-36> 성별, 거주지별 HIV 유병률 추세 ····· 62
<그림 1-37> 거주지별 · 경제수준별 · 지역별 · 교육수준별 5세미만 아동사망률 격차 ····· 63
<그림 1-38> 거주지별 · 교육수준별 · 경제수준별 · 지역별 DTP3 예방접종률 ····· 64
<그림 1-39> 거주지별 · 교육수준별 · 경제수준별 · 지역별 홍역 예방접종률 ····· 65
<그림 1-40> 주거지역별 · 모성 교육 수준별 · 경제수준별 아동의 발육 부진 비율 ····· 66
<그림 1-41> 주거지역별 · 모성 교육 수준별 · 경제수준별 아동의 저체중 비율 ····· 67
<그림 2-1> 전체 협력국들 및 우간다의 ODA 지원 형태별 규모 ····· 71
<그림 2-2> 우간다의 총 ODA 분야별 지원 현황 (2011년) ····· 72
<그림 2-3> 우간다 보건분야 ODA 지원 1인당 지원규모 현황 ····· 74
<그림 2-4> 전체 보건분야 ODA 지원 형태 (2011년) ····· 75
<그림 2-5> 우간다 보건분야 ODA 지원 분야별 규모 현황 ····· 75
<그림 2-6> 우간다 보건분야 ODA 주요 공여기관 지원 규모 (2009-2010년) ····· 76
<그림 2-7> 주요 공여기관의 지원 대상 지역 ····· 77
<그림 2-8> DFID의 대 우간다 연도별 프로젝트 예산 추이 ····· 85
<그림 2-9> DFID의 대 우간다 분야별 예산 비율 (2014/2015년) ····· 85
<그림 2-10> 재조정된 2013년 이후 영국의 보건분야 지원 중점활동 분야 ····· 86
<그림 2-11> DFID 대 우간다 지원 전략 및 현황 ····· 90
<그림 2-12> Sida의 우간다 전체원조 중 보건분야 지원 ····· 94
<그림 2-13> SIDA 대 우간다 지원 전략 및 현황 ····· 102
<그림 2-14 > 환자 만족도 조사 결과 ····· 108
<그림 2-15> JICA 대 우간다 지원 전략 및 현황 ····· 110
<그림 2-16> MobileVRS의 출생등록양식 ····· 114

<그림 2-17> Information Access Points····· 114
<그림 2-18> 분만 쿠션의 모습과 이용 방법····· 116
<그림 2-19> UNICEF 대 우간다 지원 전략 및 현황····· 117
<그림 2-20> RHU 17개 중앙센터 및 사무소 현황····· 124
<그림 2-21> RHU가 개발해 사용 중인 인식개선을 위한 교육도구····· 127

글상자 목차

<Box 1-1> 우간다 총리실 예산 횡령 ····· 2
<Box 2-1> 민간단체 지원을 통한 피임률 개선 프로젝트 ····· 88
<Box 2-2> 우간다 중앙 지역의 병원 복구 및 의료 장비 공급 사업 ····· 105
<Box 2-3> UNICEF Uganda INNOVATIONS ····· 113
<Box 2-4> 분만 쿠션(Birth Cushion)의 개발 및 활용 ····· 116
<Box 2-5> 마니 지역에 두 번째 조산사가 생기다! ····· 120
<Box 2-6> 분야 1: 접근성 프로젝트 (Access projects) ····· 125
<Box 2-7> 분야 2: HIV/AIDS 프로젝트 (HIV/AIDS projects) ····· 126
<Box 2-8> 분야 3: Safe motherhood/abortion projects ····· 126
<Box 2-9> 분야 4: 청소년 프로젝트 (Adolescents projects) ····· 126
<Box 2-10> 분야 5: 옹호 프로젝트 (Advocacy projects) ····· 127

제1장. 국가 보건의료 현황 분석

1. 개 요

<요약. 우간다의 정치, 경제, 사회, 문화적 특성>

- (우간다의 정치・경제적 특성) 현 대통령인 무세베니(Yoweri Museveni) 대통령은 1986년 취임 후 4선째 장기집권하고 있으며 독립 직후부터 여러 차례 쿠데타 및 내전을 겪어 왔음. 2012년 우간다 총리실 횡령 사건 등 정부의 책무성 이슈나 무세베니 대통령의 Anti-gay 법안 통과 서명 등 다양한 정치적 이슈가 있다. 1990년대 약 7%의 경제성장률을 유지했으나 2000년대 들어서는 둔화된 상태임.

- (우간다의 사회・문화적 특성) 다양한 종족으로 구성되어 지역마다 고유한 종족이나 언어, 문화로 지역특성이 매우 상이함. 무상교육 정책으로 양적으로는 과거보다는 개선되었지만 여전히 교육 수료율이 낮으며 질적으로는 개선되지 못하고 있다. 여성에 대한 차별이 사회 전반적으로 존재하며, 빈부격차가 심각함.

○ (일반 특성) 우간다 공화국(Republic of Uganda)는 아프리카 동부에 위치한 내륙국가로 동쪽으로는 케냐, 서쪽으로는 DR콩고, 남서쪽으로는 르완다, 북쪽으로는 남수단, 남쪽으로는 탄자니아와 접경하고 있다. 전체 면적은 241,000km^{2}로 한반도의 약 1.1배 이며 인구는 약 3500만 명이다.

○ (행정적 특성) 우간다의 수도는 캄팔라(Kampala)이며 중앙단위 하에 바로 112개의 구(district)로 구성되어 있다. 중앙단위와 하부 행정구역 단위인 구 사이에 중간 행정구역 단위가 없으며, 구의 개수가 계속해서 변화하고 있는 실정이다.

○ (정치적 특성) 우간다는 과거 영국의 식민지였으며 1962년 독립하여 1986년 이후 무세베니(Yoweri Museveni) 대통령이 취임한 이후 2011년 4선에 당선되어 현재까지 장기집권 중이다. 독립 직후 여러 차례 쿠데타 및 내전을 겪어온 바 있다. 2012년 우간다 총리실 관계자들이 우간다 북부 개발지원 사업에 대한 예산을 횡령한 것이 밝혀졌고 이로 인해 주요 공여국들의 예산지원이 중단되기도 하였다. 이처럼 우간다 정부는 책무성 이슈에 있어서 국제사회의 주목을 받고 있는 상황이다. 또한 올해 초 Anti-gay 법안이 통과됨으로써 국제사회의, 특히 주요 공여국들의 비판을 받고 있으며 또다시 예산지원이 중단되고 있는 상황이다.

<Box 1-1> 우간다 총리실 예산 횡령

2012년 상반기부터 언론을 통해 제기되던 우간다 총리실 내 ODA 예산 유용 의혹 사건이 감사원 및 검찰 수사 결과 같은 해 10월 사실로 밝혀짐. 유용된 예산은 우간다 북부 개발지원 사업(PRDP, Northern Uganda Peace Recover and Development Plan)을 위한 예산 약 650만불로서, 주재국 총리실이 우간다 북부지역 개발업무를 관장하는 상황에서 관계자들이 동 공금 횡령을 주도함. 유럽 공여국들은 주재국 정부에 대해 일반예산지원을 하고 있는바(총 정부 예산의 약 20-25%), PRDP 사업은 아일랜드, 덴마크, 스웨덴, 노르웨이, 영국이 지원한 것이며, 이 사건에 따라 아일랜드, 노르웨이, 독일, 영국 등은 당분간 우간다 정부에 대한 예산 지원을 중단하기로 결정. 공여국들은 또한 횡령자금에 대한 환불, 관련자들에 대한 법적/행정적 제재, 반부패 시스템 강화할 것을 요청함.

출처: 관계부처합동 (2013). 우간다 국가협력전략 2013-2015.

○ (경제적 특성) 2012년 기준 인구당 GDP(PPP)는 1,414불이다. 전반적으로 국가 성장이 이루어지고 있는 것으로 보인다. 1986년 이후 거시경제관리 및 구조 개혁을 추진하여 1990년대 7%대의 경제성장을 하는 등의 발전을 보였으나 2000년대 들어서 경제성장률은 둔화된 상태이다.

○ (사회문화적 특성) 우간다의 공식언어는 영어와 스와힐리어이며 바간다족이나 반야콜레 족 등 다양한 종족으로 구성되어 있으며, 지역마다 종족이나 문화가 매우 상이하다. 기독교와 가톨릭이 각각 42% 정도로 가장 많으며 이슬람교가 12%를 차지한다. 초등의무교육제(UPE, Universal Primary Education)의 시행으로 입학

등록자수는 2010년 92%까지 증가 지만 수료율은 52%로 여전히 낮으며 교육의 질도 낮은 것으로 나타난다. 우간다 정부는 교육부문에 두 번째로 많은 예산을 지출하며 정부의 무상교육정책이 양적 개선에는 기여했지만 질적 개선에는 부정적인 영향을 미쳤다는 평가가 있다. 중·고등학교 수료율은 여성이 9%, 남성이 21%로 여성이 현저히 낮으며 15-49세 여성의 60%가 폭력을 경험한 적이 있는 것으로 보고되었다.

○ (빈곤과 개발) 1996년 빈곤선 이하 인구 비율은 44.4%였으나 2009년 24.5%까지 감소하였다. 그러나 전반적인 국가 성장에도 불구하고 불균형한 성장으로 지니계수가 지속적으로 증가해 오고 있으며, 빈곤격차가 심하여 균형적 국가 발전이 시급한 것으로 나타난다. 2012년 우간다의 인간개발지수(HDI)는 0.456으로 186개국 중 161위를 차지하며 사하라이남 아프리카국가 평균인 0.475보다 낮다.

2. 보건 문제 분석

가. 주요 개발 정책 및 보건 정책

<요약. 우간다의 주요 개발 정책 및 보건 정책>

- (우간다의 개발정책) VISION 2040으로 2017년까지 우간다를 중상위 소득국으로 전환하겠다는 목표를 가지며, 더 이상 빈곤감소에만 초점을 두는 것이 아니라 전반적인 국가발전을 이루고 부를 창출하고자 함. 성장, 고용, 번영을 위한 사회경제적 전환이라는 세 가지 주요 테마를 제공함으로써 국가개발에 대한 추진 방향 및 가이드라인을 제공함.

- (국가 보건 정책 및 주요 전략) 우간다의 국가보건정책은 사람들의 건강을 증진하여 사회경제적 발전을 강화하는 것을 목표로 하고 있음. 2010/11년부터 2014/15년까지의 HSSIPⅢ가 시행중이며 다음 HSSIP를 구상 및 논의 중에 있음. 현재 HSSIPⅢ는 건강증진 및 전염성 및 비전염성 질환의 예방 및 관리와 더불어 모자보건 분야에 중점을 두고, 해당 분야의 보건 프로그램 및 전략들을 수립해 이행하고 있음.

1) 개발정책

○ (우간다의 국가개발전략들) 2007년 정부는 다음 30년간의 발전을 위해 포괄적인 국가 전략계획 프레임을 수립하였다. 이는 3개의 10개년 계획들과 6개의 5개년 국가개발계획(National Development Plans, NDPs), 섹터투자계획(Sector Investment Plans, SIPs), 지방정부 개발계획(Local Government Development Plans, LGDPs), 연간 계획 및 예산 계획 등을 포함한다. 첫 번째 5개년 국가개발계획은 2010년에 시작되었다.

○ (VISION 2040) 2040년까지 우간다를 농업 기반 국가에서 번영하는 근대국가로 전환하겠다는 비전을 수립하였고, 이를 위해 2017년까지 중상위 소득국으로 전환하고, 2040년까지 인구당 국민소득 9,500불을 달성하고자 한다 (Government of Uganda, 2013).

○ (국가개발계획(NDP) 2010/11-2014/15) Vision 2040 하에 인프라 개발, 인적자원개발, 주요생산투입, 과학기술혁신의 4개 주요 투자 우선순위를 선정하였다. 성장, 고용, 번영을 위한 사회경제적 전환이라는 세 가지 주요 테마를 제공함으로써 우간다 국민이 국가개발계획 기간 동안 어떻게 목표를 달성할 수 있을 것인지 추진력 및 가이드라인을 제공하고 있다. 이전의 빈곤감소 전략문서(PRSP, Poverty Reduction Strategy Paper)나 그 이후 빈곤감소 행동계획(PEAP, Poverty Reduction Action Plan)을 통해 GDP 성장률을 증가시켜왔으며 이제는 해당 계획을 통해서 전반적인 국가발전을 이루고자 하며 빈곤감소를 뛰어넘어 부를 창출하고자 한다 (Government of Uganda, 2010).

2) 국가 보건 정책 및 전략

○ (National Health Policy Ⅱ 2010/11-2019/20) 현재 우간다의 두 번째 국가보건 정책이 이행되고 있으며 이는 사람들의 건강을 증진하여 사회경제적 발전을 강화하는 것에 중점을 두고 있다 (Ministry of Health Uganda, 2009).

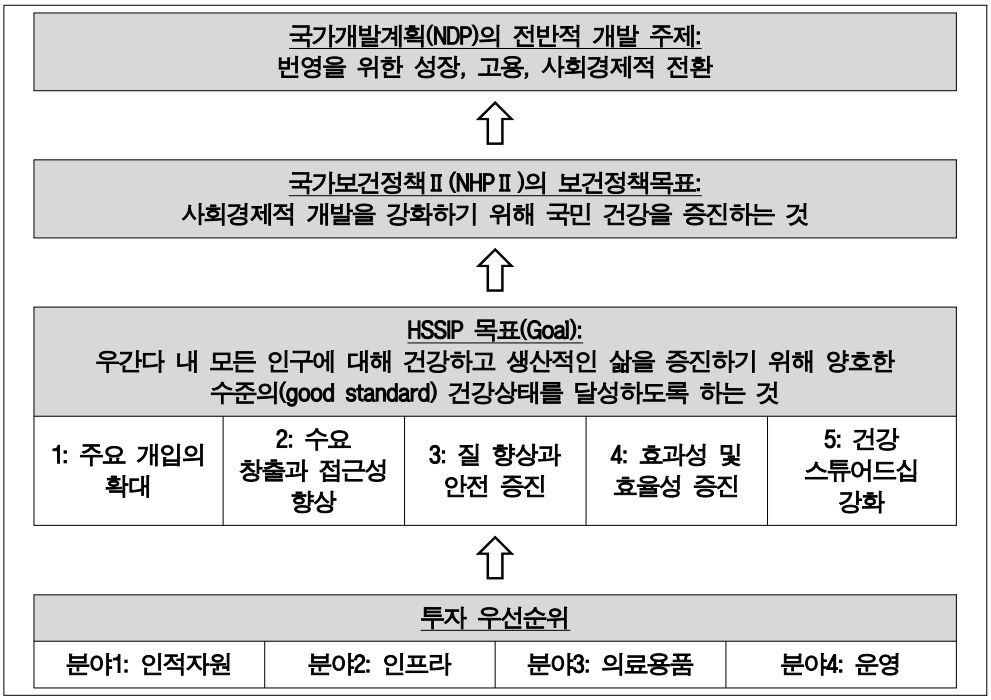
○ (이전 전략) 첫 번째 보건분야 전략계획은 2000/01에서 2004/05 동안, 두 번째는 2005/06에서 2009/10에 걸쳐 시행되었다. 2010/11년부터는 현재 시행중인 세 번째 계획이 도입되었으며 2014/15년에 종료될 예정이다.

○ (Health Sector Strategic and Investment Plan, HSSIPⅢ 2010/11-2014/15) 세 번째 보건분야 전략 및 투자계획은 우간다 국민이 건강하고 생산적인 삶을 영위할 수 있도록 좋은 수준의 건강 상태(a good standard of health)를 이룰 수 있도록 하는 것을 목표로 삼는다. 이를 통해 경제 성장과 국가개발에 기여할 수 있는 건강하고 생산적인 인구를 유지하고자 하는 비전을 세웠다. 본 비전 하에 모든 레벨에서의 건강 증진 서비스, 예방적, 치료적 서비스 및 재활 서비스를 통해 모든 우간다 국민에게 가능한 가장 높은 수준의 건강상태를 제공하는 것을 미션으로 한다. 2013년 수행된 HSSIPⅢ에 대한 중간평가에 따르면 전략 시행 기간 동안 다양한 정책들과 전략, 및 계획들이 있었음에도 이들을 조화시킬 수 있는 조율이 부족했던 것으로 지적되었다 (Ministry of Health Uganda, 2010).

○ (HSSIPⅢ의 개념적 프레임워크) HSSIPⅢ에서는 투자와 전략의 시행에 있어서 다음의 5가지 목적을 설정하였다. 1)주요 보건 분야 개입의 확대, 2)접근성 및 수요의 수준 및 형평성 증진, 3)질 및 안전성(safety)의 개선 가속화, 4)효율성 및 효과성 향상, 5)보건 어젠다에 대한 스튜워드십 강화 (Ministry of Health Uganda, 2010).

• (주요 보건 분야 개입의 확대) 해당 목적의 달성을 위해 다음의 4가지 클러스터에 대해 세부적인 전략 및 목표치를 설정하고 이를 실행에 옮기고 있다. 1) 건강증진, 질병예방 및 지역사회 보건 이니셔티브(전염병 및 재해 방지 및 대응을 포함), 2) 모자보건, 3) 전염성질환의 예방, 관리 및 통제, 4) 비전염성 질환(NCD)의 예방, 관리 및 통제.

<그림 1-1> HSSIP의 개념적 프레임워크



출처: Ministry of Health Uganda (2010). Health Sector Strategic & Investment Plan: Promoting People's Health to Enhance Socio-economic Development 2010/11-2014/15. 저자 재구성.

○ (하위 보건 프로그램 및 그 외 전략) HSSIP 이외에도 5년 혹은 그 이상을 기간으로 하는 보건 프로그램들이나 전략들이 수립되어 이행되어 오고 있다. 우간다 영양 행동계획, HIV/AIDS 정책과 전략계획, 질 향상 프레임워크 및 전략계획, UNHRO 전략계획, 국가 말라리아 전략계획, NCD 통제를 위한 국가전략 등이 이에 해당된다. 아래에 대표적으로 우간다 영양 행동계획에 대해 간단히 제시하였다 (Ministry of Health Uganda, 2010).

- (우간다 영양 행동계획 2011-2016, Uganda Nutrition Action Plan) 우간다 정부는 우간다 내 영양 문제의 심각성을 인지하고 2011년부터 2016년까지 시행될 우간다 영양 행동계획을 발표하고 이행 중에 있다. 우간다 영양 행동계획의 궁극적 목적은 2016년까지 아동 및 영아, 가임기의 여성의 영양부족(malnutrition)의 수준을 감소시키는 것이며 모든 우간다 국민이 건강하고 생산적인 삶을 영위할 수 있도록 적절히 영양을 공급하도록 하는 것이다. 목적에서 언급되었듯이 본 행동계획의 주요 대상은 약 270만 명의 2세 미만 아동, 약 710만 명의 가임기 여성, 약 200만 명의 여성 청소년으로 이는 우간다 전체 인구의 약 37%를 차지한다. 아래는 행동계획에서 설정한 다섯 가지 목적이며, 상세한 내용은 행동 계획 문서를 통해 알 수 있다 (Government of Uganda, 2011).

<표 1-1> 우간다 영양 행동 계획(Uganda Nutrition Action Plan) 2011-2016의 세부 목적

목적 1	모성 및 영아, 아동 영양 관련 서비스에 대한 접근성 및 이용도를 향상하는 것
목적 2	다양한 식품 소비를 강화하는 것
목적 3	영양상태에 영향을 미치는 취약성이나 충격으로부터 각 가구들을 보호하는 것
목적 4	정책적·법적·제도적 틀과 더불어, 영양 프로그램을 효과적으로 계획, 시행, 모니터링, 평가할 수 있는 역량을 강화하는 것
목적 5	국가 내에서 영양 프로그램을 개선하고 지원하는 데 있어 의지와 국가적 관심을 유지하고 인식을 만들어 내는 것

출처: Government of Uganda (20100). Uganda Nutrition Action Plan 2011-2016. 저자 재구성.

○ (신 보건분야 전략계획, HSSP) 2014년 2월 시행된 현지조사에 따르면, 2016년부터 적용될 새로운 전략계획에 대한 논의가 진행되고 있으며, 3월로 예정되었던 컨셉노트 발표가 4-5월 경으로 연기된 상태이다.

<주요개발정책 및 보건정책의 현황과 과제>
A. 전반적인 국가발전 및 부 창출에 초점을 맞추고 있는 우간다의 개발정책
▪ 우간다는 전반적인 국가발전과 성장, 고용, 번영을 위한 사회경제적 전환을 이루고자 하고 있어 경제개발 중심의 목표를 강조하고 있음. 국가 개발계획에 경제개발 달성의 전제와 수단으로 보건 및 영양, 교육을 포함하는 사회개발목표를 하위에 두고 있음.
B. 다양한 보건분야 정책 및 전략, 계획들 간의 조율이 부족함
▪ 우간다 보건 분야 내에는 다양한 정책, 전략들과 프로그램이 시행되고 있으나, 이들을 더욱 효과적으로 작용하게 할 수 있는 조율이 부족한 것으로 평가됨. ▪ 현재 2016년부터 새롭게 도입될 보건분야 전략계획에 대한 논의가 진행되고 있으며, 곧 컨셉노트가 발표될 예정이므로 지켜볼 필요가 있음.

나. 보건의료시스템

<요약. 우간다의 보건의료시스템 현황과 과제>

- (전반적으로 취약한 시스템) 현지 조사 결과에 의하면, 대부분의 전문가들이 보건의료시스템의 특정 구성요소에 국한된 문제로 지적하기 보다는 구성요소 전반의 문제로 지적하였다.

- (인력 문제를 중심으로 다양한 시스템 내 문제들이 산재함) 서비스에 대한 취약한 접근성부터, 제공되는 서비스의 질이 매우 낮은 것에 이르는 문제이다. 서비스의 질이 낮은 것은 낙후된 시설 및 장비, 물자 공급 부족, 인력의 부족, 전기와 물 부족 등 다양한 원인에서 비롯됨. 특히 보건의료인력의 양적, 질적인 문제가 매우 심각한데, 공공 보건의료시설에 투입되는 양질의 인력이 매우 부족(인구 대비 보건인력수는 1000명 당 1.55명)하고, 기존 인력의 자격 및 역량이 미흡함. 공공부문에서의 낮은 임금 등으로 인해 인력이 민간부문이나 해외로 유출되는 현상이 심각함.

- (만성적인 재정 부족 현상) 우간다의 보건 분야 재정 부족이 시스템 내 다른 구성요소에 근본적으로 문제를 가져오기도 함. 우간다는 주로 본인부담금(2009년 일인당 22불, 2015년 목표치 10불)으로 구성되는 민간재원에 의존하는데, 전체 정부지출 대비 보건분야 지출은 7.9%로 아부자 목표치인 15%를 달성하지 못할 것으로 전망되는 상황임.

- (거버넌스 및 책무성 문제) 외부로부터의 지속적인 원조에도 불구하고 보건 분야에 큰 개선을 보이지 못하는 것은 거버넌스의 문제가 큰 것으로 보임. 정부의 책무성 및 투명성 이슈에 계속해서 문제가 발생하고 있으며, 2012년 10월 밝혀진 우간다 총리실 횡령 사건은 주요 공여기관들이 재정지원을 중단하는 계기가 됨. 최근 Anti-gay 법안이 통과되면서 다시금 주요 공여기관들의 재정지원이 중단되고 있는 실정임.

1) 개요

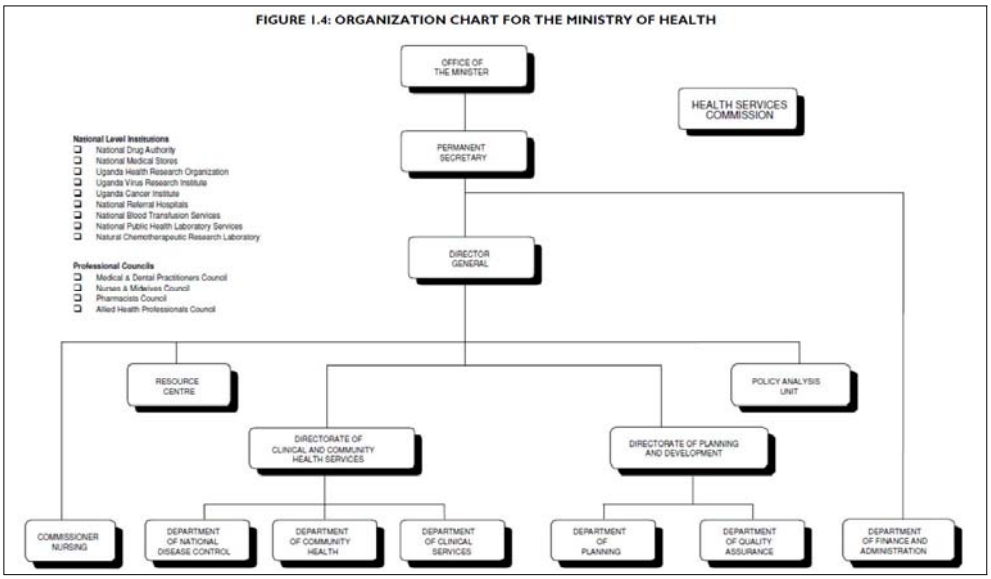
○ (우간다 보건의료시스템 구성요소 분석) 우간다 보건시스템 분석에 WHO(2007)에서 제시하고 있는 6가지 요소로 나누어 현황을 알아보았다. 리더십 및 거버넌스, 보건의료 서비스 전달, 의약품 및 기술, 보건의료인력, 보건의료재정, 보건의료정보로 각각 그 현황과 당면한 주요 문제점을 파악하였다.

○ (우간다의 보건의료시스템) 우간다의 보건의료 시스템은 중앙정부가 관장하는 국립후송병원(National Referral Hospital)과 지역후송병원(Regional Referral Hospital), 그리고 지방정부가 관장하는 일반병원과 보건소(Ⅳ, Ⅲ, Ⅱ)와 마을보건팀(VHT, Village Health Team)으로 구성되어 있다. 이러한 공공부문 보건의료시스템이 주축을 이루고 있으나 민간 부문 의료가 확대되고 잇다. 공공부문의 보건의료시스템은 시설과 장비의 노후와 부족, 인력의 부족과 낮은 생산성, 의약품을 비롯한 의료용품 공급의 부족과 시의성 문제 등 시스템 구성요소 전반에 문제가 있어 적정 의료서비스 제공이 불가능한 상태이다. 이러한 상황의 근본적 원인은 정부재정의 부족이다. 보건의료체계의 개선을 위해 중·장기 계획을 세워 추진중이나 정부의 비효율성과 대외신인도의 추락으로 외국 원조가 감소하여 어려운 상황이다.

2) 리더십과 거버넌스 (Leadership & Governance)

○ (우간다의 보건부 조직구성) 우간다 보건부는 장관실과 차관실을 중심으로 임상 및 지역사회 보건의료서비스부(Directorate of Clinical and Community Health Services)와 기획개발부(Directorate of Planning and Development) 하에 각 보건서비스 관련 부서들 및 기획관련 부서들을 갖추고 있다. 임상 및 지역사회 보건의료서비스부 하에는 질병관리 부서(Department of National Disease Control), 지역사회보건 부서(Department of Community Health), 임상서비스 부서(Department of Clinical Services)가 있으며, 기획개발 부 하에는 기획 부서(Department of Planning)와 의료 질 보장 부서(Department of Quality Assurance)가 설치되어 있다. 이 외에도 정책 분석 유닛(Policy Analysis Unit)과 리소스 센터(Resource Center)가 있으며, National Drug Authority, National Medical Stores 등을 포함하는 중앙 레벨의 기관들과 각각의 전문가들로 구성된 전문가 의회를 갖추고 있다 (USAID, 2012).

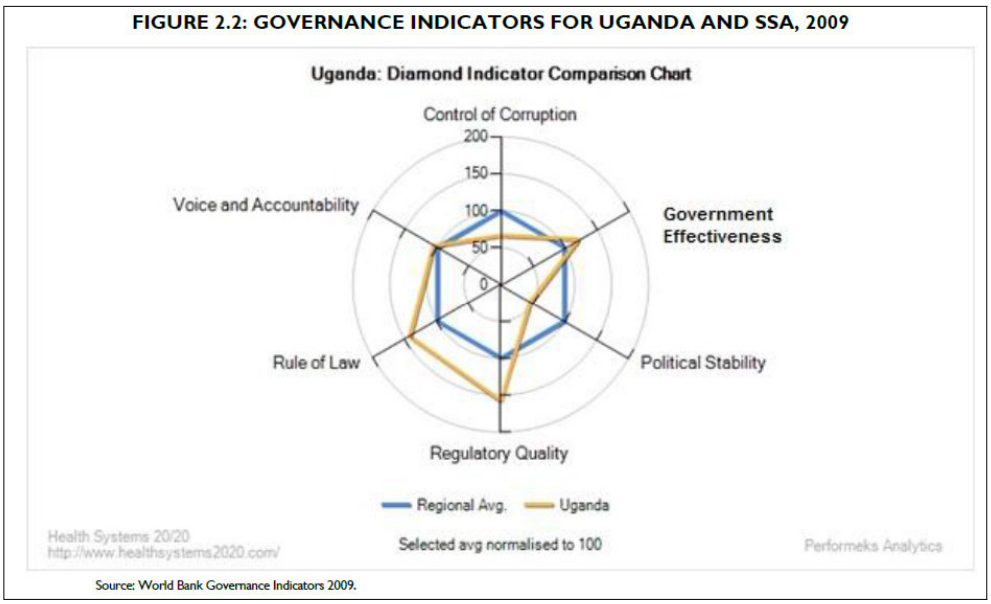
<그림 1-2> 우간다 보건부 조직도



출처: USAID (2012). Uganda Health System Assessment 2011.

○ (거버넌스 지표) 2009년 우간다의 거버넌스 지표 평가에 따르면, 사하라이남 아프리카 평균에 비교했을 때 정부 효과성, 규제의 질, 법치에 있어서는 우간다가 더 나은 성과를 보였으나 부정부패 통제나 정치적 안정성에 있어서는 훨씬 낮은 성과를 보였다 (USAID, 2012).

<그림 1-3> 거버넌스 지표 (우간다 및 사하라이남 아프리카 평균 비교)



출처: USAID (2012). Uganda Health System Assessment 2011.

○ (정부의 책무성 문제) 우간다 정부는 2012년 10월 우간다 총리실 횡령사건으로 인해 본격적으로 부각되기 시작한 책무성 이슈에 대한 과제를 극복해야 하는 상황이다. 당시 대규모의 공여기관들이 일반예산지원을 중단하였고, 정부에 대한 지원을 민간부문을 통한 지원으로 전환한 상태이다. 또한 2014년 초 Anti-Gay 법안의 통과로 다시 한 번 미국, 덴마크, 노르웨이, 스웨덴 등이 원조를 중단하였다. 우간다의 주요 공여정부의, 특히 보건부의 외부 재정에 대한 의존성이 높은 만큼 보건문제들의 개선을 위한 지원 규모의 변화는 정부의 도전과제로 남을 수밖에 없는 것으로 보여진다 (Jeanne, D & Nioroge, J, 2012)(Croome, P, 2014).

○ (정부의 비효율성 문제)[1] 정부의 정책 시행 및 공여기관의 지원에 따른 프로그램 및 프로젝트 시행에 있어서 비효율성에 대한 공여기관들의 우려가 지속되어 오고 있는 상황이며 잇따른 예산지원과 더불어 기존 정부에 대한 지원을 민간부문으로의 지원으로 전환하는 공여기관이 늘어나고 있다.

3) 보건의료재정 (Health Financing)

○ (우간다 보건분야 재정 추이) 아래의 표는 2000/01년부터 2011/12년까지 지난 13년간 보건분야 정부지출, 보건분야 공여기관 프로젝트 및 GHI(Global Health Initiative) 지출, 일인당 공공보건지출 등을 포함한 우간다의 보건분야 재정추이를 보여준다 (Ministry of Health Uganda, 2013a).

<표 1-2> 2000/01-2011/12년 보건분야에 대한 정부지출 추이

Table 19: Government allocation to the Health Sector 2000/01 to 2011/12

Year	GoU Funding (U Shs bns)	Donor Projects and GHIs (U Shs bns)	Total (U Shs bns)	Per capita public health exp (UGX)	Per capita public health exp (US $))	GoU health expenditure as % of total government expenditure
2000/01	124.23	114.77	239.00	10,349	5.9	7.5
2001/02	169.79	144.07	313.86	13,128	7.5	8.9
2002/03	195.96	141.96	337.92	13,654	7.3	9.4
2003/04	207.80	175.27	383.07	14,969	7.7	9.6
2004/05	219.56	146.74	366.30	13,843	8.0	9.7
2005/06	229.86	268.38	498.24	26,935	14.8	8.9
2006/07	242.63	139.23	381.86	13,518	7.8	9.3
2007/08	277.36	141.12	418.48	14,275	8.4	9.0
2008/09	375.46	253.00	628.46	20,810	10.4	8.3
2009/10	435.8	301.8	737.6	24,423	11.1	9.6
2010/11	569.56	90.44	660	20,765	9.4	8.9
2011/12	593.02	206.10	799.11	25142	10.29	8.3
2012/13	630.77	221.43	852.2	23,756	9	7.4

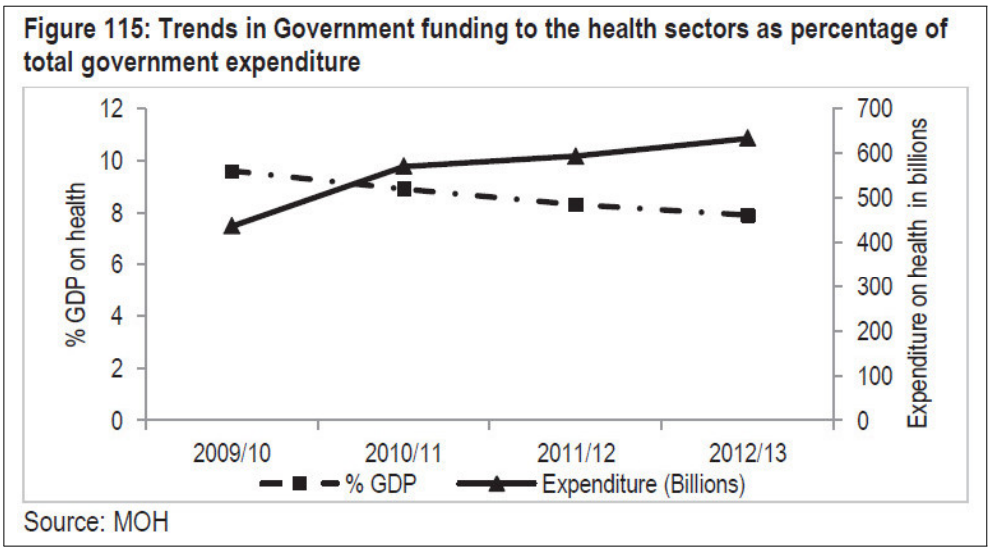
Source: Approved Budget Estimates of Revenue and Expenditure - MoFPED

출처: Ministry of Health Uganda (2013). Annual Health Sector Performance Report FY 2012/13.

1) 2012년 4월 현지조사 면담결과. 부록 참조.

○ (정부의 보건분야 지출 현황) 정부의 보건분야 지출은 2009/10년 4,358억 우간다 실링(한화 약 1,772억원), 2010/11년 5,696억 우간다 실링(한화 약 2,317억원), 2012/13년 6,325억 우간다 실링(한화 약 2,572억원)으로 증가해 왔다. 그러나 전체 정부 지출 대비 보건분야 지출 및 GDP 대비 보건분야 지출은 감소해 왔다. 일인당 보건분야 예산 지출은 9.4불(2010/11년)에서 9불(2012/13년)로 감소하였으며, 전체 정부 지출 대비 보건분야 지출 비율은 9.6%(2009/10년)에서 7.8%(2012/13년)로 감소하였다. 이는 우간다 국민에게 보건의료서비스를 제공할 수 있는 역량이 감소하였음을 시사하며, 2015년 목표치인 15%에 크게 미달하는 것으로 나타난다 (Ministry of Health Uganda, 2013b).

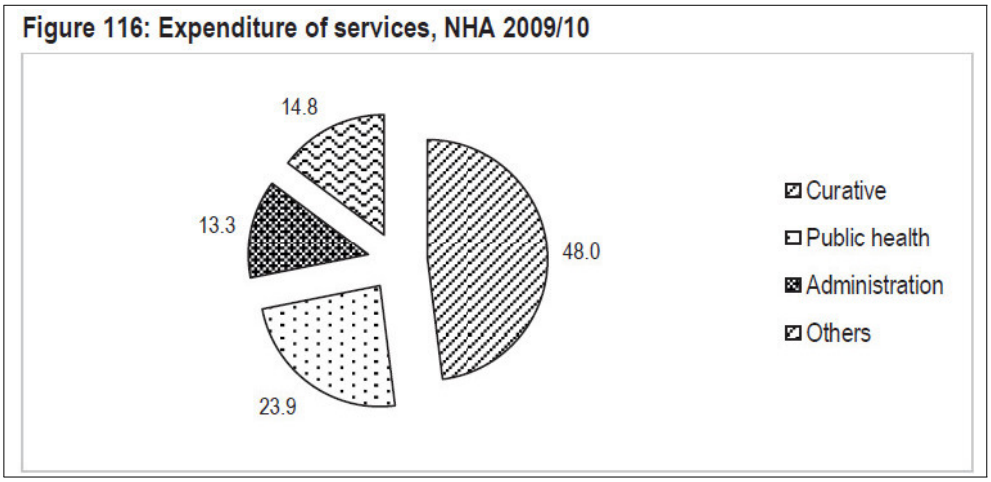
<그림 1-4> 정부의 보건분야 지출 및 GDP 대비 보건분야 지출 추이



출처: Ministry of Health Uganda (2013). Mid-Term Analytical Review of Performance of the Health Sector Strategic and Investment Plan 2010/11-2014/15 (Volume 2).

○ (보건의료서비스 종류별 지출) 2010/11년부터 2012/13년 사이에는 National Health Account 분석이 없었으므로 2009/10년 분석을 살펴보면, 치료 서비스에 대한 지출이 48%를 차지하며, 공중보건서비스는 24%로 예방적 서비스의 비중을 늘리고자 하는 노력이 아직 큰 성과를 가져오지 못하고 있는 것으로 보인다 (Ministry of Health Uganda, 2013a)(Ministry of Health Uganda, 2013b).

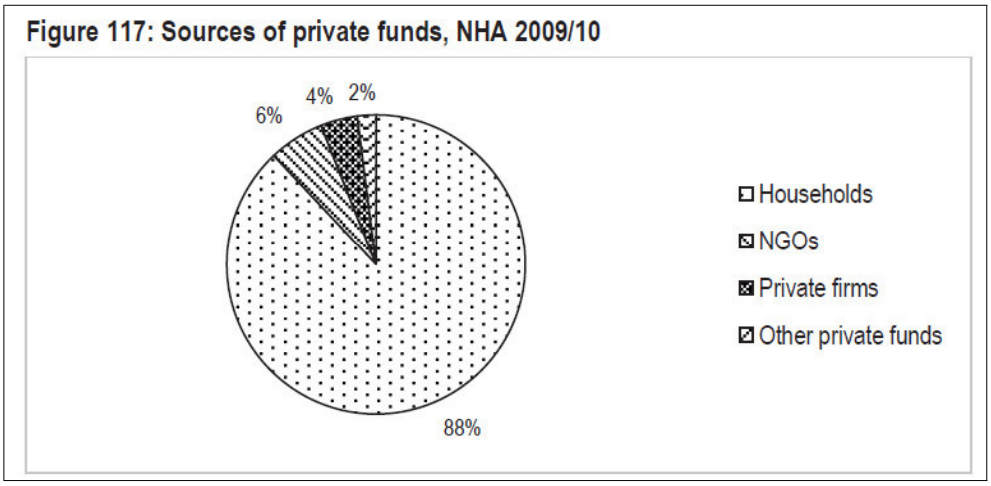
<그림 1-5> 보건의료서비스 종류별 지출, NHA 2009/10



출처: Ministry of Health Uganda (2013). Mid-Term Analytical Review of Performance of the Health Sector Strategic and Investment Plan 2010/11-2014/15 (Volume 2).

○ (보건분야 재정원) 2009/10년에는 전체 보건분야 지출 중 공공재정이 22%를 차지하였으며, 50%는 민간재정, 34%는 외부재정인 것으로 나타났다. 민간 재정원 중 본인부담금 비율이 88%인 것을 보면, 우간다 국민, 특히 빈곤층의 재난적 의료비 지출 수준이 심각한 것을 알 수 있다. 2009년 본인부담금은 평균 22불로 집계되었으며 2015년 목표치는 10불이다 (Ministry of Health Uganda, 2013a) (Ministry of Health Uganda, 2013b).

<그림 1-6> 민간 재정원, NHA 2009/10



출처: Ministry of Health Uganda (2013). Mid-Term Analytical Review of Performance of the Health Sector Strategic and Investment Plan 2010/11-2014/15 (Volume 2).

4) 보건의료서비스 전달체계 (Health Service Delivery System)

가) 보건의료 서비스 전달 체계 및 시설 현황

○ (공공부문 보건의료체계) 우간다의 공공보건의료체계는 크게 중앙단위와 구(district) 단위로 구분된다. 중앙 단위에는 2개의 국립후송병원(National Referral Hospital)과 13개의 지역후송병원(Regional Referral Hospital)이 포함되며, 지역 단위에는 일반병원(General Hospital)과 단계별 보건소 및 마을보건팀(VHT, Village Health Team)이 포함된다. 전체 보건의료시설은 다시 3 단계(1차, 2차, 3차 시설)로 나뉠 수 있는데 1차 보건의료시설은 구 단위의 시설들을 포함하며, 2차는 지역후송병원 및 병상수가 많은 민간 비영리병원(Private Not-for-profit, PNFP), 3차는 국립후송병원 및 그 외 특수병원(super-specialized hospitals)을 포함한다. 전체 보건의료시설의 3%가 병원이며, HC IV가 4%, HC Ⅲ가 24%, HC II가 70%를 차지하며, 대부분의 시설인 54%가 정부 소속이며 29%가 민간이나 PNFP에 의해 운영되는 것으로 나타났다 (Ministry of Health Uganda, 2013b).

<표 1-3> 공공부문 보건의료체계

	시설	Population coverage
National level	National Referral Hosptial (2개)	전국민
	Regional Referral Hospital (13개)	2백만 명
District level	General Hospital	5십만 명
	Health Center Ⅳ	십만 명
	Health Center Ⅲ	2만 명
	Health Center Ⅱ	5천 명
	Village Health Team(VHT)	100-150 가구

출처: 2014년 2월 현지조사 시 우간다 보건부 면담. 부록 참조.

<그림 1-7> 오너십 및 기능적 단계별 보건의료시설의 수와 비율

LEVEL OF FACILITY	GOVERNMENT	PNFP	PRIVATE	TOTAL
HOSPITAL	64	65	23	**152**
HEALTH CENTRE IV	170	15	8	**193**
HEALTH CENTRE III	937	272	70	**1279**
HEALTH CENTRE II	1696	522	1387	**3605**
TOTAL	**2867**	**874**	**1488**	**5229**

출처: Ministry of Health Uganda (2013). Mid-Term Analytical Review of Performance of the Health Sector Strategic and Investment Plan 2010/11-2014/15 (Volume 2).

○ (마을보건팀, VHT)[2] 2001년 보건부는 가구단위에서 보건의료서비스 전달을 강화하기 위한 접근으로서 마을보건팀(VHT) 전략을 도입하였다. 전체 보건의료서비스 전달 체계의 가장 하위 부분에서 서비스를 제공하고 있는 마을보건팀(VHT)은 비정치적 보건수행구조(non-political health implementing structure)로서 HCI로서의 역할을 수행하며 지역사회 내 가구들의 건강을 관리하는 역할을 한다. 마을보건팀(VHT)는 4-5명으로 구성되며 이들은 마을 내에서 투표를 통해 선출되어 무보수로 일한다. 한 명의 마을보건요원은 마을 내에서 25-30개 가구에 대해 관리하는 책임을 갖는다.

- (역할) 마을보건팀(VHT)의 역할은 가정방문, 보건서비스 활용을 위한 지역사회 동원, 건강 증진 교육, 일부 질병에 대한 지역사회 기반 사례 관리, 여성의 임신기간 동안의 추구관리 및 출산 후 신생아에 대한 추구관리 및 후송 조치, 장기간 치료 후 퇴원한 환자들에 대한 추구관리, 보건용품의 배분, 지역사회 정보관리, 질병 감시 등을 포함한다.

- (활용 현황) 최근 마을보건팀(VHT) 전략이 개정되어 이행되고 있으며 전체 구(district)의 75%에 마을보건팀(VHT)이 설치되어 있다. 교육받은 마을보건팀의 비율은 2009/10년 전체 중 31%에서 2012/13년 55%로 증가했으나 아직 개선을 위한 많은 노력이 필요한 것으로 보인다. 교육받은 마을보건팀은 다양한 질병을 초기에 감지하고 예방하거나 치료할 수 있는 기회를 제공하는데 크게 기여할 수 있으므로 마을보건팀을 더욱 효과적으로 활용하는 것이 지역사회 기반 서비스 전달에 큰 영향을 미칠 것으로 보여진다.

2) 2014년 2월 현지조사 수집자료.

○ (보건의료서비스 전달 및 시설 현황) HSSIP의 중간 평가를 통해 보건의료시설 및 서비스 전달 현황을 평가하기 위하여 12개의 지표를 선정하였다. 이 중 3개 만이 달성되거나 개선되고 있는 것으로 나타났고, 나머지는 2015년까지 달성되지 못할 것으로 평가되었다. 달성되고 있는 3가지 지표는 모든 병원에서의 감염관리 가이드리라인 도입, 보건의료시설 수 목표치(5,712개) 달성, 의료장비 유지 및 보수이다. 보건의료시설을 5km 이내에 두고 있는 우간다 인구는 아직 72%인 것으로 조사되었다 (Ministry of Health Uganda, 2013c).

- (시설 현황) Masaka, Mubende, Mbarara 지역 후송병원에 응급유닛(Accident and emervency unit)이, Mbarara, Mbale, Gulu, Fort Poral 지역 후송병원에 헌혈센터가, Jinja 지역 후송병원에는 집중치료실(ICU)이 설치되었다.

- (HC IV의 기능성) HC IV는 제왕절개 수술을 포함한 응급산과서비스(EMOC, Emergency Obstetric Care)가 제공될 경우 기능성을 가지고 있는 것으로 평가되는데 2009/10년 5%에 비해 2012/13년 36%의 HC IV 시설들이 기능성을 갖는 것으로 조사되었으나 아직 이는 전체 시설의 절반에도 미치지 못하는 수준이다.

○ (한계점) 보건의료서비스 전달 체계를 작동하도록 할 보건의료인력이 부족하며, 의약품 및 의료재료를 공급하기 위한 재정이 부족한 것으로 나타났다. 또한 인력들의 동기부여가 제대로 되지 않고 시설 관리 체계도 대부분 허술한 것으로 평가되었다. 서비스 전달 체계 간의 후송체계를 제대로 작동시킬 프로토콜이 부족한 것도 주요한 한계점으로 지적되었다. 우간다 보건부 관계자와의 현지조사 면담에 따르면 보건소 수준에서 보건의료인력 확보에 가장 큰 장애요소로 인력을 위한 주거 시설의 부족이라고 한 바 있다 (Ministry of Health Uganda, 2013c).

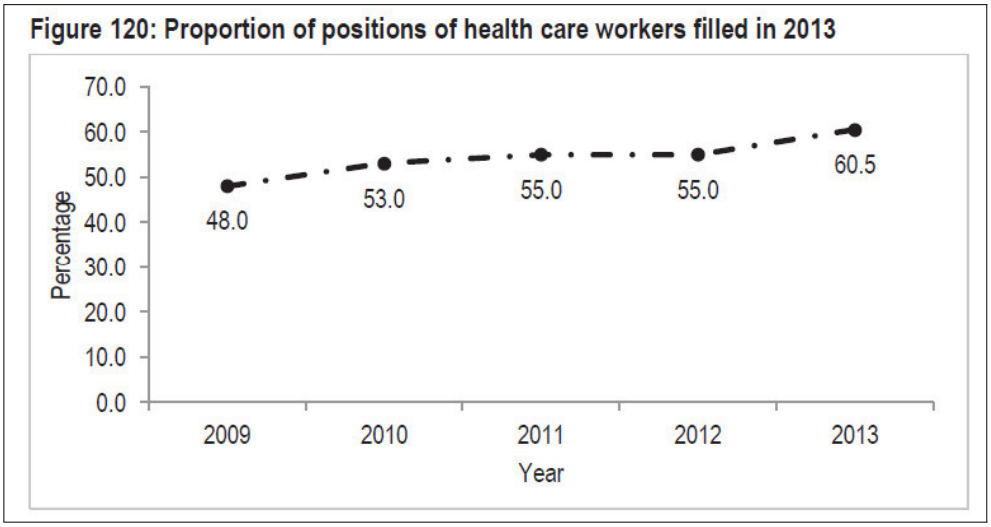
5) 보건의료인력 (Human Resources)

○ (보건의료인력의 전반적 현황) 보건의료인력은 보건시스템을 구성하는 요소 중 매우 중요한 역할을 하지만 우간다 보건 분야에서는 인력의 수적 부족과 질적 문제를 동시에 경험하고 있다. 기본적으로 인력이 매우 부족하며 필요한 보건의료서비스를 효과적으로 제공할 수 있는 인력이 많지 않으며, 공공 보건의료부문에서 민간부문 혹은 해외로의 인력 유출이 매우 심각한 수준이다 (Ministry of Health Uganda, 2013c).

○ (인력 부족 문제) 우간다 공공보건부문 총 보건의료인력은 45,598명으로 집계된 바 있으며 이는 한 명의 보건의료인력 당 697명의 우간다 인구가 서비스를 받게 된다는 것을 의미한다(우간다 총 인구 약 3,180만명). WHO는 인구 1,000명당 보건의료인력(의사, 간호사, 조산사만을 포함)의 수가 2.28명 미만이라는 것은 필요한 보건수요가 충족되지 못하는 것으로 보고 있다. 그러나 우간다는 인구 1,000명당 1.55명의 보건의료인력(의사, 간호사, 조산사)를 보유하고 있어 WHO 권고 수치에 미치지 못하고 있는 것으로 평가된다 (Ministry of Health Uganda, 2013b).

- (보건의료시설 인력확보율) 보건부는 보건의료인력 개발전략을 통해 보건의료시설 인력확보율을 2012년 55%에서 2012/13년 60.5%로 증가시켰으나, 2015년 목표치인 75%를 달성하기는 어려우며 인력 부족의 문제는 심각한 것으로 보인다 (figure 120) (Ministry of Health Uganda, 2013b).

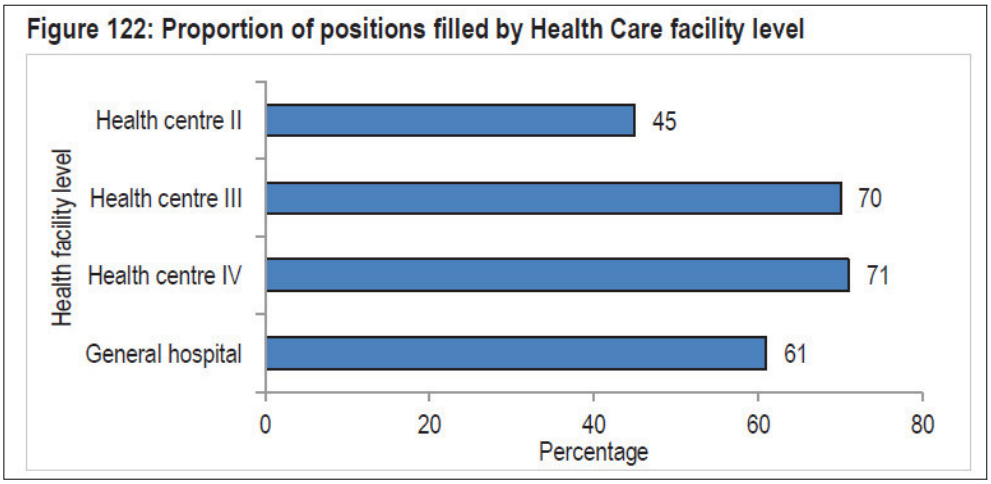
<그림 1-8> 보건의료시설 인력 확보율, 2013년



출처: Ministry of Health Uganda (2013). Mid-Term Analytical Review of Performance of the Health Sector Strategic and Investment Plan 2010/11-2014/15 (Volume 2).

- (시설별 인력확보율) 2012년 HC(Health Center) Ⅲ의 인력 확보율은 2012년 56%에서 2013년 70%로 증가하였고, HC Ⅳ의 경우는 2012년 60%에서 2013년 71%까지 증가하였다. 그러나 인력의 종류의 따라 차이를 보이고 있는데, 간호사의 경우는 확보율이 더 증가한 반면 의사의 확보율은 더 낮아진 것으로 보고되었다. 또한 인력 확보율이 매우 낮은 Buliisa지역은 8%인 반면 Mbale지역은 199%로 지역별로 큰 차이를 보였다 (Ministry of Health Uganda, 2013b).

<그림 1-9> 보건의료시설 종류별 인력확보율



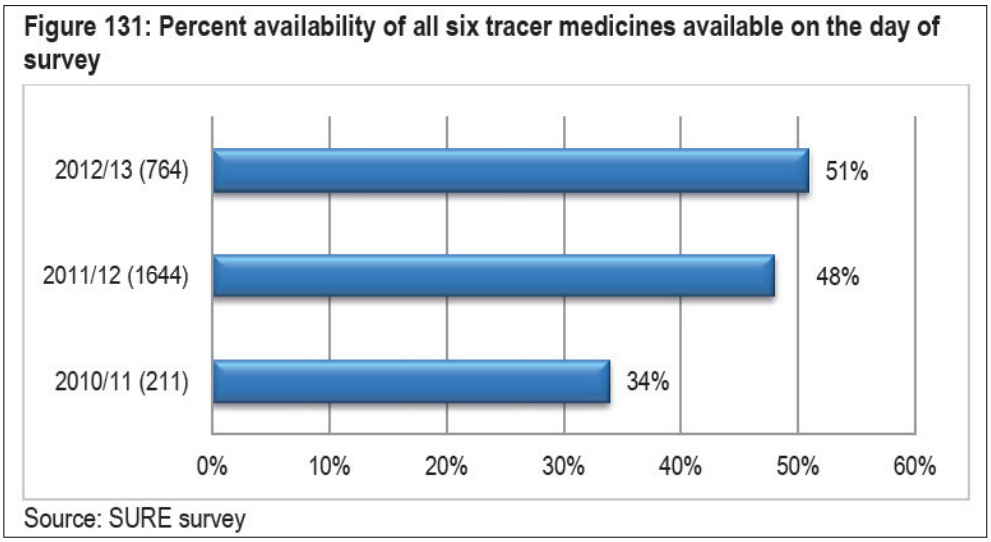
출처: Ministry of Health Uganda (2013). Mid-Term Analytical Review of Performance of the Health Sector Strategic and Investment Plan 2010/11-2014/15 (Volume 2).

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

가) 의약품 보급 현황

○ (필수의약품 보유 현황) 필수의약품의 확보에 대해서는 그 동안 꾸준한 진전이 있어왔다. 관련 지표들은 2015년 목표치를 달성할 수 있을 것으로 평가되고 있다. 특히 6개 추적관리 대상 약품 (ACT, Cotrimoxazole, measles vaccine, Oral Rehydration salt, Depo-Provera and Sulphadoxine pyramethamine)에 포함되는 의약품들을 조사 당시 모두 갖추고 있던 보건의료시설의 비율은 2010/11년 34%에서 2012/13년 51%로 증가하였다 (Ministry of Health Uganda, 2013b).

<그림 1-10> 조사 당일 6개 추적관리 대상 약품의 보유율 현황



출처: Ministry of Health Uganda (2013). Mid-Term Analytical Review of Performance of the Health Sector Strategic and Investment Plan 2010/11-2014/15 (Volume 2).

- (시설별 보유 현황) 6개 추적관리 대상 약품에 대한 보유율은 모든 레벨의 시설에서 증가하기는 했지만 종류별로 차이를 보였다. HCⅡ의 보유율은 2010/11년 30%에서 2012/13년 53%로, HCⅢ는 42%에서 48%로, HCⅣ는 20%에서 47%로 증가했다. 일반 병원에서는 18%에서 40%로의 증가를 보였다. 그러나 여전히

모든 시설 중 절반 이상이 해당 의약품에 대해서 재고를 보유하지 못하고 있다 (Ministry of Health Uganda, 2013b).

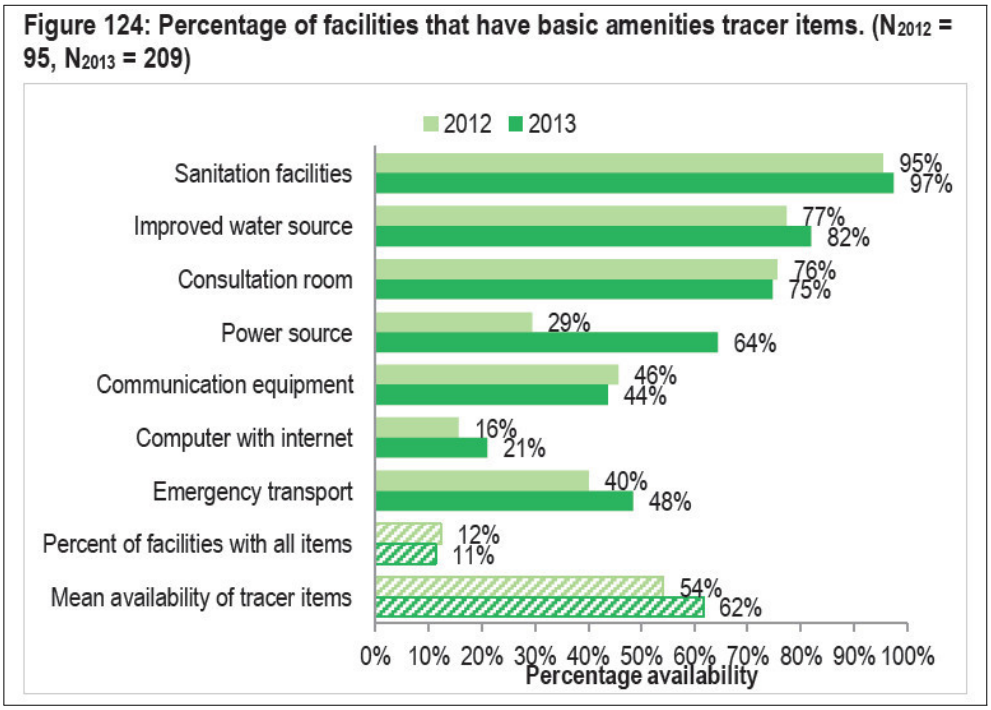
○ (활동 및 성과) 우간다 임상지침, 의약품 및 의료소모품 목록 (Uganda Clinical Guidelines, Essential Medicines and Health Supplies List for Uganda)을 도입하고 기존의 지침을 보강하기도 하였다. 또한 National Drug Authority(NDA)의 정보전략 및 조달 시스템을 약품의 공급을 더욱 효율적으로 추적하고 관리할 수 있도록 발전시켰다. 보건부내 의약품 부서(Pharmacy division)내 평가 및 모니터링을 담당하는 유닛을 설치하여 의약품에 대한 정보를 조정 및 보고, 교환하는 기능을 강화하도록 하였다. 또한 16회의 의약품 조달관리 TWG(Technical Working Group) 미팅 및 지역 내 약사들과 사업수행 파트너들을 포함하는 미팅들을 시행하였다 (Ministry of Health Uganda, 2013c).

○ (한계점) 최근 도입된 활동이나 성과에도 불구하고 여전히 도입된 지침들은 많은 시설에 적용되지 않고 있으며 외부 재정에 대한 의존성이 여전히 높아 의약품 공급이 불안정하다. 또한 로지스틱스 관리에 있어서 시스템 자체가 아닌 인력의 활용에 지나치게 의존하는 경향이 있으며, 분야 내에서 다양한 이해관계자들을 적절히 조율하지 못하고 있다는 평가를 받은 바 있다 (Ministry of Health Uganda, 2013c).

나) 보건의료 장비 및 시설

○ (기초 시설 보유 현황) 전체 보건의료시설의 11%(2013년)만이 모든 추적관리 대상 아이템을 보유하고 있는 것으로 나타났으며, 평균적으로 보건의료시설들은 7개의 기초 시설 및 장비 중 4개씩을 보유하고 있는 것으로 집계되었다. 전력원이 있는 보건의료시설은 2012년 29%에서 2013는 64%로 대폭 증가한 것으로 나타났으나, 이는 2013년 집계 당시 태양광 발전 시스템을 전력원으로 새로 포함시킨 영향이 큰 것이라 한다. 거의 대부분의 시설(97%)들이 위생시설을 갖추고 있으며, 82%가 개선된 수원을 이용하며, 21%의 시설에서 인터넷이 가능한 컴퓨터를 보유하고 있는 것을 보고되었다 (Ministry of Health Uganda, 2013c).

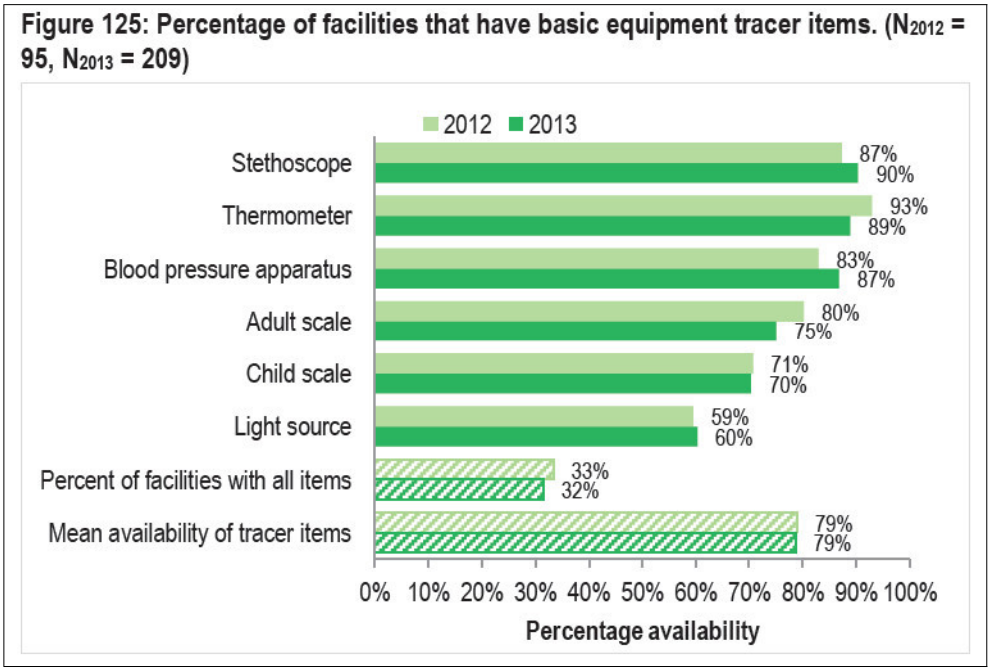
<그림 1-11> 각 기초 시설을 보유한 보건의료시설 비율



출처: Ministry of Health Uganda (2013). Mid-Term Analytical Review of Performance of the Health Sector Strategic and Investment Plan 2010/11-2014/15 (Volume 2).

○ (기초 장비 보유 현황) 2013년 통계 결과, 32%의 보건의료시설만이 6개의 기초 장비를 모두 보유하고 있으며, 평균적으로 각 시설들은 6개 중 5개의 장비를 갖추고 있는 것으로 보고되었다. 2012년에서 2013년까지 1년 동안 크게 개선되지 않은 것으로 보인다 (Ministry of Health Uganda, 2013b).

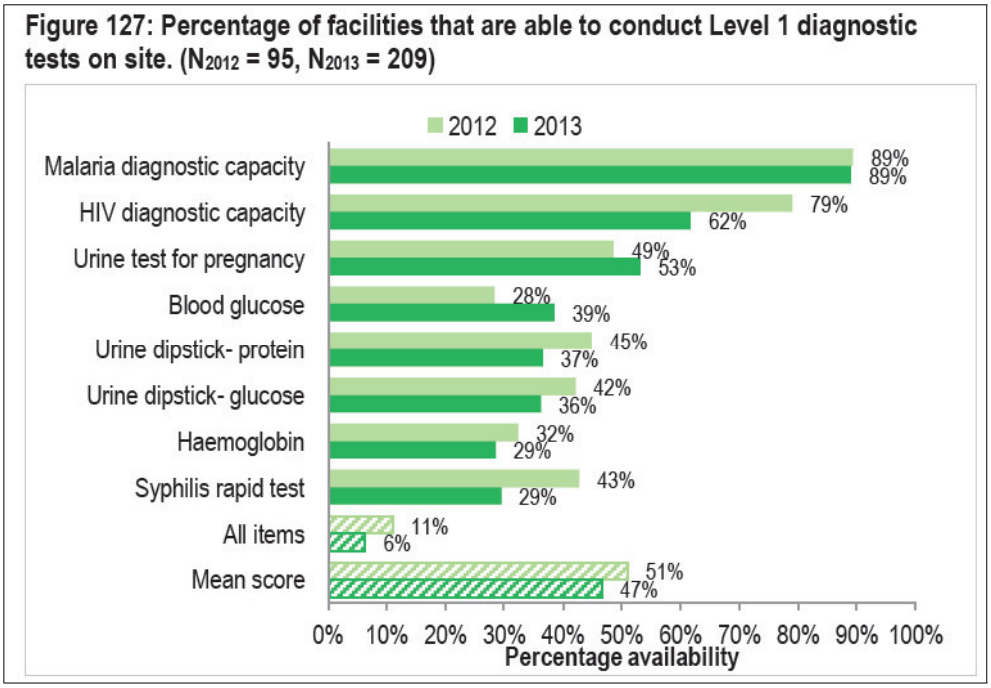
<그림 1-12> 종류별 의료장비를 보유한 보건의료시설 비율



출처: Ministry of Health Uganda (2013). Mid-Term Analytical Review of Performance of the Health Sector Strategic and Investment Plan 2010/11-2014/15 (Volume 2).

○ (기초진단검사 가능한 시설 현황) 시설에서 바로 모든 종류의 1단계(level 1) 진단검사가 가능한 보건의료시설의 비율은 6%뿐인 것으로 나타났으며, 시설 당 평균 가능 진단검사 종류 수는 4개이다. 말라리아 검사가 가장 많은 기관(89%)에서 가능하지만 2012년에 비해서 2013년에 개선된 바가 없다. HIV 검사 가능 기관은 2012년 79%에서 2013년 62%로 오히려 감소하였다. 이는 2012년 조사 대상 기관이 95개인데 비해 2013년에는 209개로 늘어났지만 수적 증가와는 별개로 늘어난 기관들의 수준이 미흡한 것에서 비롯된 것으로 보인다 (Ministry of Health Uganda, 2013b).

<그림 1-13> 1단계(Level 1) 진단검사 가능한 보건의료시설 비율



출처: Ministry of Health Uganda (2013). Mid-Term Analytical Review of Performance of the Health Sector Strategic and Investment Plan 2010/11-2014/15 (Volume 2).

7) 보건의료정보 체계 (Information System)

○ (HSSIP 2010/11-2014/15 내 보건정보시스템) HSSIP 2010/11-2014/15의 성과를 평가하기 위해 선정된 26개의 지표 중 보건정보시스템을 평가할 수 있는 지표는 포함되어 있지 않다. 그러나 보건정보시스템은 HSSIP 지표들을 평가하기 위한 데이터들의 주된 출처이며 우간다 보건의료시스템을 평가하고 모니터링할 근거를 제시한다. 따라서 보건정보시스템에서 제공되는 데이터 및 정보의 질을 보장하는 것이 매우 중요하다. WHO 가이드라인에 의한 보건정보시스템 질에 대한 체계적 평가가 2010/11년에 시행된 바 있으며, 우간다 내 보건정보시스템 데이터의 질이 중앙단위에서는 좋은 것으로 평가되었다. 그러나 지역 단위의 보건정보시스템은 개선될 여지가 많은 것으로 나타났다 (Ministry of Health Uganda, 2013b).

○ (보건정보시스템 현황) 현재 국가 보건정보시스템은 서면(paper-based) 기록과 컴퓨터 및 휴대전화를 이용한 전자기록을 함께 사용하도록 되어 있으나, 대부분의 보건정보시스템은 서면으로 관리되고 있다. 예를 들어 매주 질병 감시를 위해 작성되는 보고서는 서면으로 되어있고, 이 정보를 지역 단위에서 중앙으로 보낼 때 전화통화나 문자메세지, 이메일 등의 방법을 사용하고 있는 상황이다. 데이터는 가장 하위의 지역사회 단위에서 구 단위를 거쳐 중앙단위로 전달된다. 지역단위에서는 보건통계학자와 보건정보시스템 담당자가 데이터를 관리하도록 되어 있으며, 지역사회 단위의 보건의료시설에서는 의료기록 직원을 배치하도록 되어 있다. 그러나 사실상 해당 직위들이 대부분 공석이며 구(district)의 개수가 너무 많은 것이 원인 중 하나로 평가되었다. 보건부는 시스템의 전산화를 위해 노력하고 있지만, 아직도 대부분의 지역사회 보건의료시설에서는 문서로 된 보고서를 작성하여 데이터를 모아놓는 것이 일반화되어있는 상황이다 (USAID, 2012).

○ (적시성 및 완전성, timeliness & completeness) 외래진료 환자에 대한 보고의 적시성 및 완전성은 2009/10년부터 2011/12년까지 감소추세에 있었으나, 2011/12년 보건정보시스템을 기존의 SQL 데이터베이스에서 DHIS 2(전자 웹베이스 리포팅)로 전환하면서 적시성 및 완전성이 개선되는 효과를 가져왔다. 새로운 시스템의 도입으로 인한 효율성 증대와 인력에게 새로운 소프트웨어 사용에 대한 트레이닝이 개선의 원인

으로 보여진다 (Ministry of Health Uganda, 2013b).

<표 1-4> 외래환자 보고의 보건정보시스템 적시성 및 완전성

	2009/10	2010/11	2011/12	2012/13
Timeliness	84%	84%	77.8%	80.2%
Completeness	98%	94%	88.6%	93.9%

출처: Ministry of Health Uganda (2013). Mid-Term Analytical Review of Performance of the Health Sector Strategic and Investment Plan 2010/11-2014/15 (Volume 2).

○ (한계점) 국가 보건의료정보시스템은 공공부문에 대해서만 집중되어 있는데, 우간다의 보건의료분야에서는 민간부문의 역할도 크기 때문에 기존 보건정보시스템이 민간으로 확대될 필요가 있는 것으로 보여진다. 재정 부족과 인력 부족 또한 주요한 한계점으로 지적되며 데이터의 질을 관리하는 것은 지속적인 과제인 것으로 판단된다 (USAID, 2012).

○ (e-Health) e-Health에 대한 관심 증가 및 효과성에 대한 기대로 인해, 현재 우간다에는 60개 이상의 e-Health 이니셔티브가 진행되고 있다. 그러나 이들의 대부분은 효과적으로 조율되지 못하고 있으며, e-Health의 도입에 있어 아직 많은 한계점이 있음을 보여주고 있다. 이러한 이니셔티브들은 통합되거나 일치된 방향이 아니라 각기 다른 방향으로 투자되고 있으며, 같은 목표를 가진 다른 이니셔티브 및 프로그램들을 하나의 통합된 결과를 얻도록 조정하지 못하고 있다. 프로젝트 당 규모가 정확히 책정되지 않고 있어, e-Health 거버넌스의 기능 또한 약화시키고 있는 실정이다. e-Health 프로젝트 수의 증가로 인해 우간다 보건부는 2012년 1월 e-Health 프로젝트들의 일시적 중단을 요구했으며 e-Health를 담당하는 보건분야 섹터워킹그룹 소위원회(TWG)를 구성한 바 있다 (Ministry of Health Uganda, 2013c).

<보건시스템 현황과 과제>		
분야		
리더십과 거버넌스	강점	▪ 보건부 내 각 부서들이 비교적 조직화되어 있고, 공식 부서들 이외에도 의약품 관리나 보건연구 등을 이행하는 다양한 기관들과 전문가들로 구성된 전문가 의회들을 갖추고 있음.
	도전 과제	▪ 최근 정부의 책무성 및 투명성 이슈로 인해 대외신인도가 하락하였으며 이로 인해 대규모 자금지원과 원조사업이 중단되거나 보건분야 내 민간분야의 전문성을 활용한 직접사업으로 전환되고 있음. ▪ 정부보건서비스의 비효율성도 문제가 되고 있음.
보건의료재정	도전 과제	▪ 전체 정부지출 대비 보건분야 지출 및 GDP 대비 보건분야 지출이 감소하고 있음. ▪ 전체 보건분야 지출 중 민간재정이 50%를 차지하며, 민간재정 중 본인부담금 비율이 88%로 특히 빈곤층의 재난적 의료비 지출 수준이 심각한 상태임.
보건의료 서비스 전달	강점	▪ 마을보건팀(VHT)이 전체 구역의 75%에 설치되어 있어 보건소가 없는 지역사회 내에서도 보건관리를 할 수 있는 기초적인 환경이 마련됨.
	도전 과제	▪ 보건의료시설 및 서비스 전달 현황 평가를 위한 12개 지표 중 3개[3]만이 개선되고 있는 것으로 나타남. ▪ 보건소 체계 중 가장 상위에 위치하는 HCⅣ의 36%만이 응급산과 서비스의 제공 역량을 갖추고 있어 모성보건 증진을 위해서는 개선의 여지가 큼. ▪ 서비스 전달 체계 간의 후송체계를 작동시킬 프로토콜이 미흡함. ▪ 인력의 부족 및 질적 미흡으로 서비스가 제대로 전달되지 못하고 있으며 서비스의 질이 미흡한 것으로 나타남.
보건의료인력	도전 과제	▪ 보건인력의 수적 부족과 질적 문제가 동시에 나타나며, 공공 부문에서 민간부문 혹은 해외로의 인력 유출이 매우 심각한 수준임. ▪ 의사 및 조산사 부족 문제가 특히 심각하며, 인력 확보에 대한 지역 격차가 큼.

3) 달성되고 있는 3가지 지표: (1)모든 병원에서의 감염관리 가이드라인 도입, (2)보건의료시설 수 목표치(5,712개) 달성, (3)의료장비 유지 및 보수.

<보건시스템 현황과 과제>		
분야		
의약품 및 기자재	강점	▪ 필수의약품 확보에 있어서는 꾸준한 진전이 있었으며 6개 추적관리 대상 약품의 보유율이 증가하였음. ▪ 각종 지침을 보강하고 보건부 내 의약품 부서에 평가 및 모니터링을 담당하는 부서가 설치되어 있으며, 의약품 조달관리 소위원회 미팅 및 관계자 미팅을 시행하는 등 꾸준한 노력이 이어지고 있음.
	도전 과제	▪ 의약품 공급 및 관리에 대한 외부 재정 의존도가 여전히 높음 ▪ 도입된 지침들이 시설에 적용되고 있지 않은 경우가 많으며, 로지스틱스 관리에서 시스템 자체를 적극적으로 활용하지 못하고 인력에 지나치게 의존하는 경향이 있음. ▪ 기초장비 보유 시설 및 기초진단 검사 가능 시설이 크게 증가하지 않음.
보건의료정보	강점	▪ 중앙 단위 보건정보시스템 데이터의 질이 상대적으로 양호한 것으로 평가되고 있음. ▪ 최근 DHIS 2로 전환하면서 적시성 및 완전성이 개선되고 있으며 정보담당인력에 대한 교육 개선을 하고 있음.
	도전 과제	▪ HSSIP의 성과평가 지표 중 보건정보시스템을 평가할 수 있는 지표가 포함되어 있지 않음. ▪ 데이터 전송 시에는 전화통화나, 문자메세지, 이메일을 활용하고 있으나 데이터 기록시에는 여전히 서면으로 기록되고 있는 실정임. ▪ 담당 직위가 대부분 공석으로 인력이 부족하며 데이터의 질을 관리하는 것이 지속적인 과제로 남아 있음. ▪ 공공부문에만 집중되어 있지만 우간다의 보건의료분야에는 민간부문의 역할이 크므로 보건의료정보시스템이 민간으로 확대될 필요가 있음. ▪ 보건의료정보관리에 배정된 재정이 부족함. ▪ 산발적인 e-Health 프로젝트들로 인해 우간다 보건부는 2012년 관련 프로젝트들의 일시적 중단을 요구한 상태임.

다. 건강 및 질병 현황

<요약. 우간다의 건강 및 질병 현황과 과제>

- 우간다의 합계출산율은 6.1로 아프리카 평균인 4.8보다 훨씬 높으며, 모성사망비는 2011는 438명(출생아 10만 명당)으로 모성보건 문제가 개선되지 못하고 있음. 높은 청소년 임신율은 높은 출산율과 더불어 모성보건에 악영향을 더하고 있음. 모성보건과 직접적인 연관관계를 갖는 신생아 사망률 또한 2011년 27명(출생아 1,000명 당)으로 여전히 심각한 상태임.

1) 일반 보건현황

○ (우간다의 주요 사망원인) 우간다의 주요 사망원인은 HIV로 전체 사망의 17%를 차지하였고, 다음이 말라리아, 하기도 감염, 결핵, 수막염으로 주요 전염성 질병들이 높은 순위를 차지하고 있는 것으로 나타났다 (CDC, 2013).

<표 1-5> 주요 사망원인

순위	Causes of Death	% of Total
1	HIV	17
2	Malaria	12
3	Lower Respiratory Infections	7
4	Tuberculosis	5
5	Meningitis	4
6	Cardiovascular Diseases	4
7	Cancer	4
8	Diarrheal Disease	3
9	Road Injuries	3
10	Ischemic Heart Disease	2

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

○ (우간다의 질병부담) 우간다에서 질병부담이 가장 높은 질병은 HIV/AIDS이고 다음이 말라리아, 하기도 감염으로 주요 사망원인과 동일한 순위를 보였다. 다음으로 설사, 모자보건 관련 질병, 신생아 감염 등의 질병부담이 높았고, 우간다의 전염성 질환 및 모자보건 관련 질병의 질병 부담이 높은 것으로 나타났다 (WHO, 2010).

<표 1-6> 질병부담 (Global Burden of Disease)

순위	Leading Cause of Burden of Disease	% of Total DALY's
1	HIV/AIDS	18.7
2	Malaria	10.7
3	Lower Respiratory Infections	9.0
4	Diarrhoeal diseases	7.3
5	Maternal conditions	3.6
6	Neonatal infections and other conditions	3.5
7	Birth asphyxia and birth trauma	3.4
8	Tuberculosis	3.0
9	Prematurity and low birth weight	2.6
10	Road traffic accidents	2.2

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

2) 모성보건

○ (모성보건 분야 데이터 분석) 모성사망비를 비롯한 모자보건 지표들은 UDHS(Uganda Demographic and Health Survey) 자료와 우간다 정부의 병원자료(HMIS, Hospital management Information System) 두 가지가 있는데, UDHS는 전국 표본조사이고 HMIS 자료는 병원과 보건소 등 의료기관에서 얻은 자료이다. 분만의 40%가 의료기관 외에서 일어나고 있으므로 HMIS 자료에 의한 모성사망비는 실제보다 낮게 보고될 가능성이 크다. 또 민간의료기관의 자료는 보고되지 않고 있다. 반면 UDHS 자료는 조사 시점에서 지난 5~6년 동안에 일어난 것을 조사한 것이므로 보고 연도보다 실제 수년 전의 자료라 시의성에 문제가 있다. 그러나 본 조사에서는 변화 추세를 보기 위해 자료의 일관성이 있을 것으로 보이는 UDHS 자료를 중심으로 고찰하였다.

<표 1-7> 모성보건 지표 현황

	2009/10 (Baseline)	2012/13	2014/15 (Target)
모성사망비 (출생아 10만 명당)	435 (1999-2006)	438 (2004-2011)	131
산전관리 4회 이상 수진율	47% (2001-2006)	31% (HMIS)	60%
시설분만율	41% (2004-2006)	57% (2005-2011)	90%

출처: Ministry of Health Uganda (2013). Mid-Term Analytical Review of Performance of the Health Sector Strategic and Investment Plan 2010/11-2014/15 (Volume 2). 저자 재구성.

○ (모성사망비) 1995년 DHS에서는 527명(출생아 10만 명당)로 집계되었던 모성사망비는 2006년에 435명, 2011년 조사에서는 438명으로 나타나 지난 20여년간 실질적으로 모성사망비가 감소하지 않았다 (Ministry of Health Uganda, 2013b).[4)]

4) 2014년 2월 현지 조사 시 보건전문가와의 면담에 따르면, 우간다 내 보건 현황 자체가 빠르게 변화하고 가장 최근의 DHS는 3년 전인 2011년인데, 데이터가 2011년 당해년도 통계치가 아닌 과거 데이터(historical data)를 기반으로 하므로 데이터의 유효성 및 타당성이 높지 않는 경우가 많다고 한 바 있음.

<표 1-8> 과거 DHS 집계 모성사망비 추세와 WHO의 모델 예측치

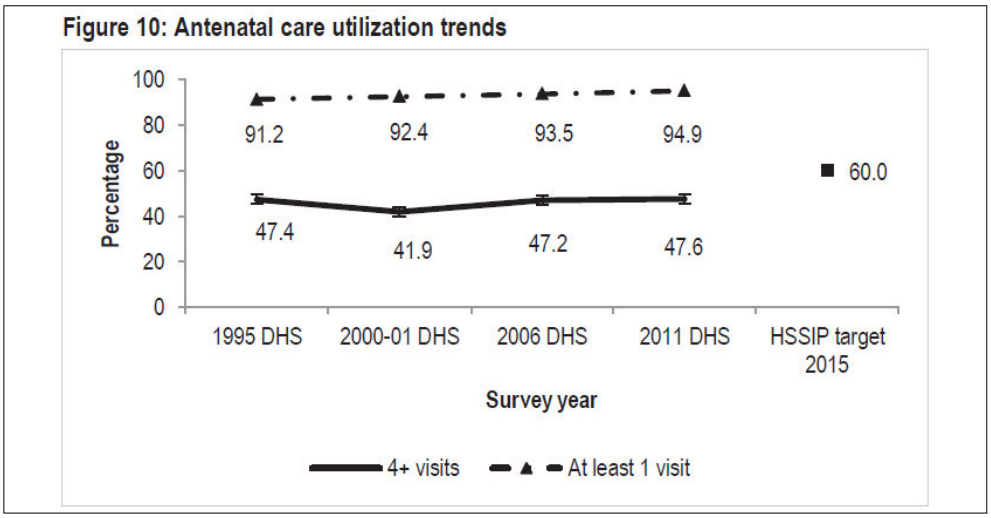
Table 5: Maternal mortality ratio estimates from national surveys over and WHO model estimates.

SOURCE	PERIOD	RATIO (95% CONFIDENCE INTERVAL)
UDHS 1995	1985-1995	527
UDHS 2000/01	1990-2000	505
UDHS 2006	1995-2006	435 (345-524)
UDHS 2011	2000-2011	438 (368-507)

출처: Mid-Term Analytical Review of Performance of the Health Sector Strategic and Investment Plan 2010/11-2014/15 (Volume 2). MOH. September 2013.

○ (산전관리율) 가장 최근 산전관리 1회 수진율은 94.9%로 높은 편이지만, 1995년 수치인 91.2%와 거의 차이가 없다. 4회 이상 수진율 또한 1995년 47.4%와 2011년 47.6% 사이에 거의 변화가 없다는 점이 주목할 만하다 (Ministry of Health Uganda, 2013b).

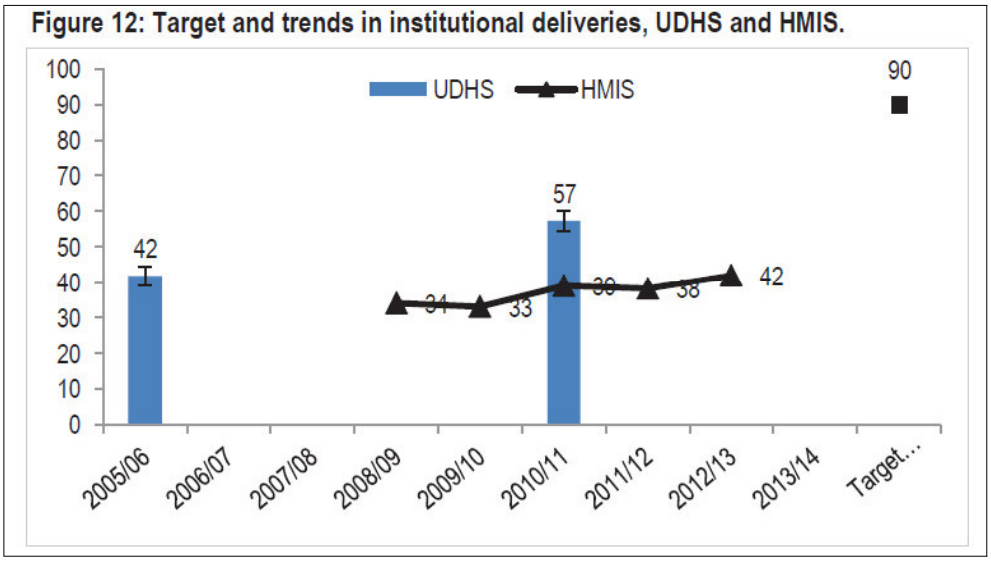
<그림 1-14> 산전관리 이용도 추세



출처: Ministry of Health Uganda (2013). Mid-Term Analytical Review of Performance of the Health Sector Strategic and Investment Plan 2010/11-2014/15 (Volume 2).

○ (시설 분만율) UDHS와 HMIS 집계 모두에서 시설 분만율 증가를 보여준다. UDHS에서는 2005/6년 42%에서 2010/11년 57%로 증가된 것으로 집계한 반면, HMIS는 2012/13년 UDHS보다 낮은 수치인 42%를 보여주고 있다. 이는 HMIS가 민간 보건의료시설에서의 분만율을 보여주지 못하기 때문으로 추정된다. HSSIP의 2015년 목표치는 90%로서 달성하기는 어려울 것으로 예측된다 (Ministry of Health Uganda, 2013b).

<그림 1-15> UDHS와 HMIS를 통해 집계된 시설 분만율 추세



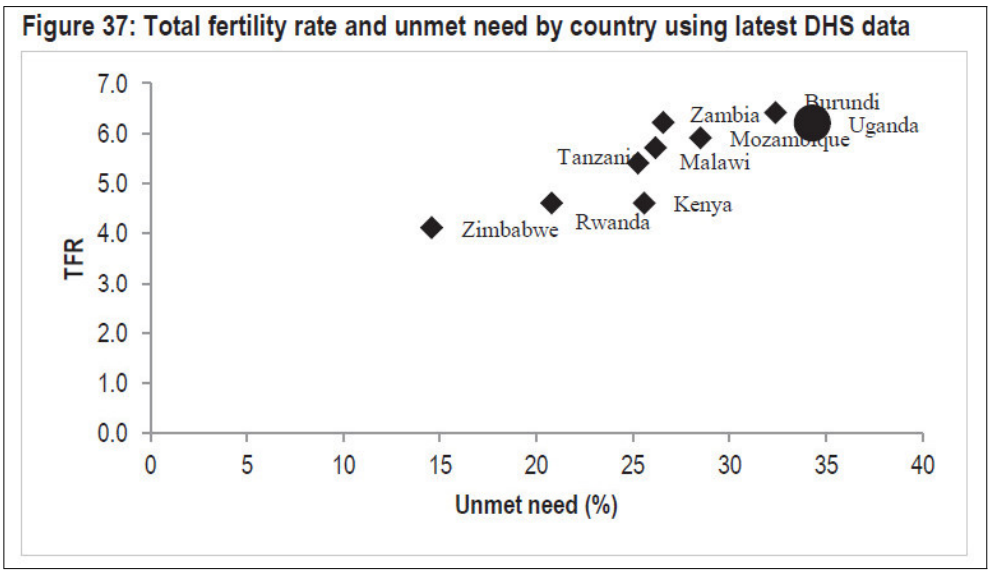
출처: Ministry of Health Uganda (2013). Mid-Term Analytical Review of Performance of the Health Sector Strategic and Investment Plan 2010/11-2014/15 (Volume 2).

○ (생식보건 및 가족계획 현황) 우간다의 피임률은 2011년 UDHS 30%로 2006년 UDHS 집계, 24%에 비해 향상되긴 했지만, 2015년 목표치인 40%에는 아직 크게 미치지 못하고 있는 상황이다. 2012년에서 2013년 사이 주사제 피임약(69%에서 94%로 증가) 및 경구피임약(63%에서 84%로 증가) 등 다양한 피임도구의 활용이 피임률의 증가에 기여하는 요소 중 하나로 보인다. 현대적 피임법의 활용도 크게 증가한 것을 확인할 수 있다. 그러나 피임률은 지역이나 소득격차, 교육수준에 따라 아직은 그 격차가 큰 것으로 평가된다. 가족계획에 대한 미충족 수요 또한 2012/13년 34%로 추정되어 2015년 목표치인 20%에 크게 미치지 못하고

있다. 현지조사 시 여러 전문가들에 의해서 주요 문제점으로 언급되었던 청소년 임신은 2009/10년 24%에서 2012/13년 18%로 감소하였으나 여전히 사하라이남 아프리카 국가 평균에 비해 높게 나타나며 심각한 문제로 손꼽히고 있다. 합계 출산율도 2011년 6.1명으로 매우 높게 나타났다 (Ministry of Health Uganda, 2013b).

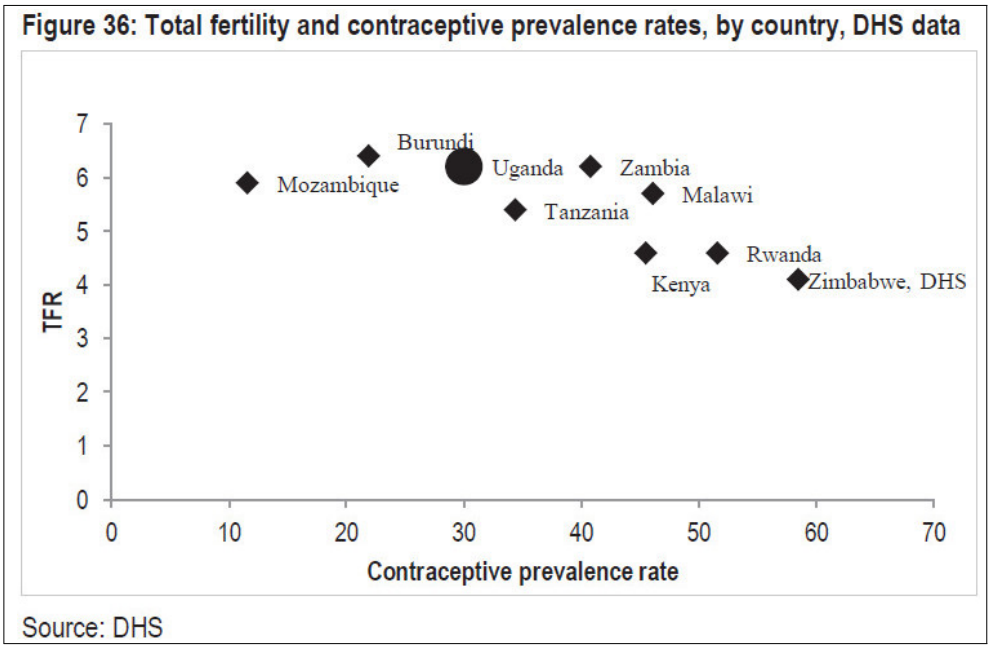
○ (주변 8개국과의 비교) 8개의 주변국(짐바브웨, 르완다, 탄자니아, 케냐, 말라위, 잠비아, 모잠비크, 부룬디)과 비교했을 때 우간다의 출산율 및 가족계획 미충족 수요는 가장 높으며, 피임률은 낮은 편에 속하는 것으로 보고되었다.

<그림 1-16> 국가별 총출산율 및 가족계획 미충족 수요 (DHS 데이터 사용)



출처: Ministry of Health Uganda (2013). Mid-Term Analytical Review of Performance of the Health Sector Strategic and Investment Plan 2010/11-2014/15 (Volume 2).

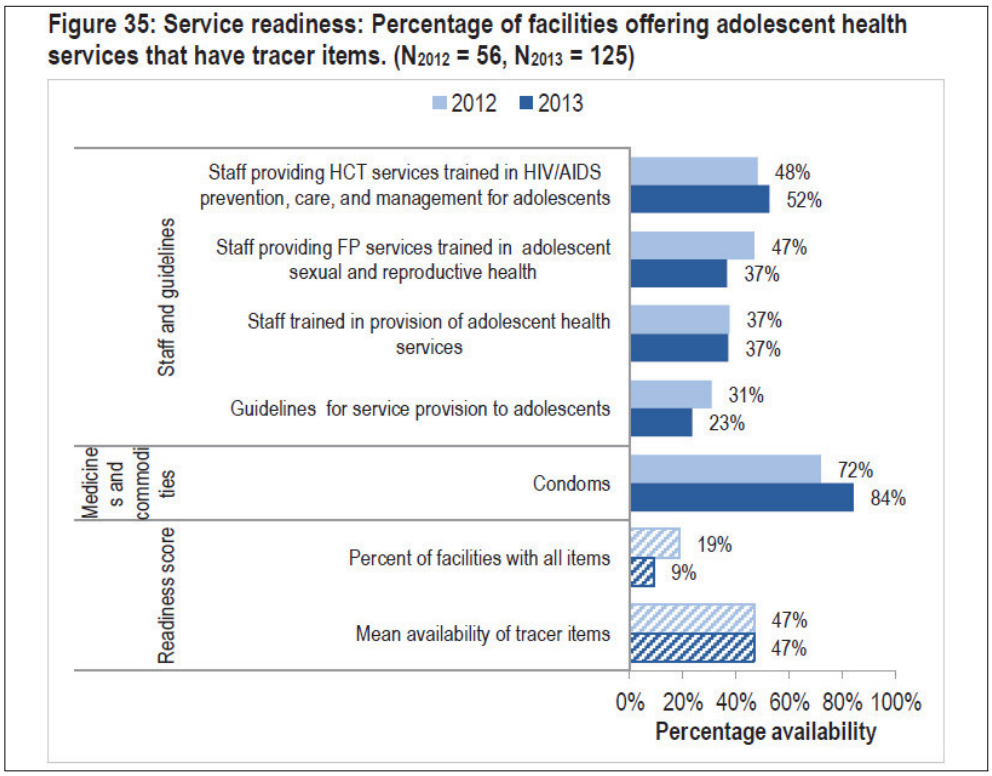
<그림 1-17> 국가별 총출산율 및 피임률 (DHS 데이터 사용)



출처: Ministry of Health Uganda (2013). Mid-Term Analytical Review of Performance of the Health Sector Strategic and Investment Plan 2010/11-2014/15 (Volume 2).

○ (청소년 대상 보건 서비스 제공 현황) HIV/AIDS 예방 및 관리에 한해 청소년에게 서비스를 제공하는 인력의 수는 2012년 48%에서 2013년 52%로 증가했으나, 청소년에게 가족계획 서비스를 제공하는 시설은 2012년 47%에서 2013년 37%로, 청소년 대상 서비스에 대한 가이드라인을 보유한 시설 또한 2012년 31%에서 2013년 23%로 감소하였다. 청소년 보건 서비스 제공과 관련하여 교육받은 인력 보유 시설은 2012년, 2013년 모두 37%로 유지되어 개선된 바가 없는 것으로 보고 되었다. 콘돔 보유 시설은 2012년 72%에서 2013년 84%로 증가된 바 있다 (Ministry of Health Uganda, 2013b).

<그림 1-18> 청소년 보건 서비스 제공하는 보건의료시설 비율, (2012-2013년)

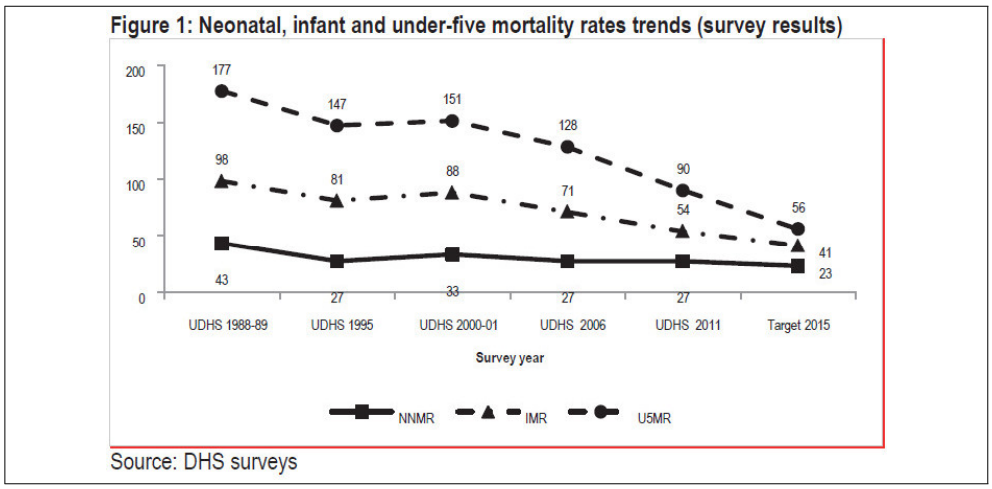


출처: Ministry of Health Uganda (2013). Mid-Term Analytical Review of Performance of the Health Sector Strategic and Investment Plan 2010/11-2014/15 (Volume 2).

3) 아동보건

○ (아동보건 지표 현황) 영아 사망률과 5세미만 아동사망률은 모두 2006년에서 2011년 사이, 각각 71명(출생아 1,000명당)에서 54명, 128명(출생아 1,000명당)에서 90명으로 최근 5년간 급격히 감소하였다. 주변 10개국(부룬디, DR콩고, 에티오피아, 케냐, 말라위, 모잠비크, 르완다, 탄자니아, 잠비아, 짐바브웨)와 비교에서도 우간다는 10개국 아동 사망률 평균에 비해 낮은 수치를 기록하였다. 그러나 신생아 사망률의 경우에는 1995년 UDHS 이후 전혀 향상되지 않아 2011년 조사에서도 1995년 27명(출생아 1,000명당)과 같은 수치를 나타냈다. 신생아 사망률이 전체 아동사망률 부담에서 큰 비중을 차지하는데, 현재의 추세가 지속되어 신생아 사망률이 감소하지 않을 경우 5세미만 아동사망률과 영아사망률의 현저한 개선에도 불구하고, 2015년 목표치 달성은 불가능할 것으로 보인다. 우간다의 모성보건 문제가 여전히 심각한 것으로 평가되는데 모성보건은 신생아 사망률에 직접적인 영향을 미치므로 모성보건의 증진 없이 아동보건, 특히 신생아 사망률의 개선은 기대하기 힘들 것으로 평가된다 (Ministry of Health Uganda, 2013b).

<그림 1-19> 신생아, 영아 및 5세미만 아동 사망률 추세

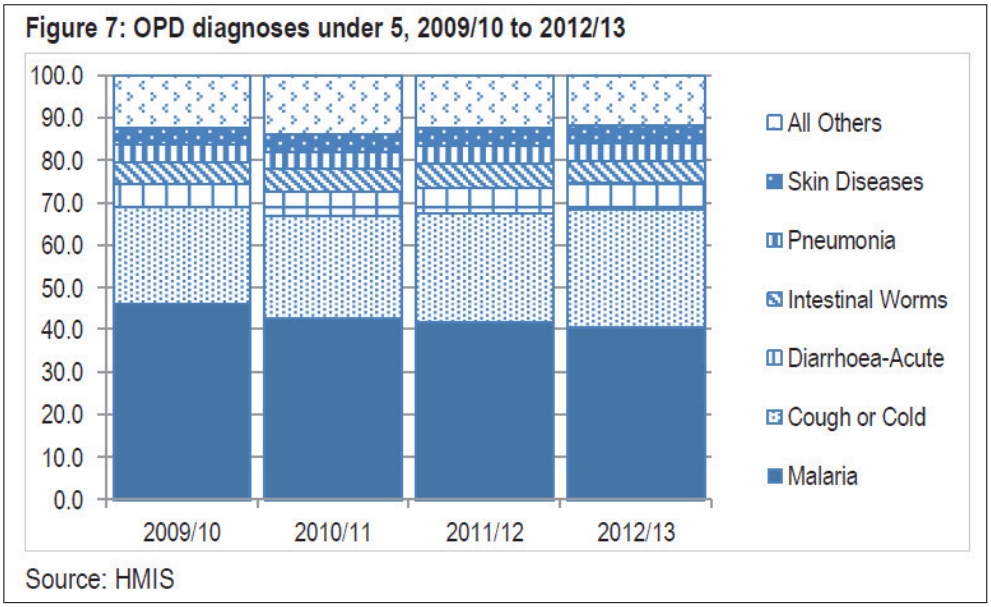


출처: Ministry of Health Uganda (2013). Mid-Term Analytical Review of Performance of the Health Sector Strategic and Investment Plan 2010/11-2014/15 (Volume 2).

○ (아동 사망 원인) HMIS를 통해 2009/10년부터 5세 미만 환아의 외래 진단명 및 입원 후 사망원인이 매년 집계되고 있다. 모든 보건의료시설들이 ICD-10를 활용하여 진단명 및 사망원인을 기록하지는 않으며, 코드 목록과 HMIS 리포팅 형식의 변화(특히 2011/12년)가 특정 진단명들의 통계결과의 영향을 미치기도 하므로, 해당 데이터의 해석에 주의를 기울일 필요가 있다 (Ministry of Health Uganda, 2013b).

• (5세미만 외래 환아 진단명) 5세미만 환아 진단 중 가장 큰 비중을 차지가고 있는 말라리아는 2009/10년 46.1%에서 2012/13년 40.6%로 감소하였으나, 두 번째로 큰 비중을 차지하는 기침 혹은 감기는 2009/10년 22.9%에서 2012/13년에 27.8%로 증가하였다. 급성 설사는 비슷한 비중으로 세 번째로 높은 비중을 차지하는 것으로 보고되었다.

<그림 1-20> 5세 미만 외래 환자 진단명별 집계 (2009/10-2012/13년)



출처: Ministry of Health Uganda (2013). Mid-Term Analytical Review of Performance of the Health Sector Strategic and Investment Plan 2010/11-2014/15 (Volume 2).

- (5세미만 입원 환아 사망 원인) 외래 환아 에서와 마찬가지로 말라리아가 가장 주된 사망원인으로 보고되었으나 2009/10년 40.9%에 비해 2012/13년 24.9%로 대폭 감소하였다. 폐렴과 빈혈이 각각 2012/13년에 13.6%, 12.7%로 말라리아 다음으로 주된 사망원인으로 집계되었다. 2011/12년과 2012/13년 사이에 HMIS 형식이 신생아 패혈증과 주산기(출산 전후) 요인을 새로 포함하도록 변경되면서, 이로 인한 통계수치들의 변화가 있을 수는 있지만 전반적인 사망원인들을 보여주는 데이터로서의 역할을 하고 있다.

<표 1-9> 5세 미만 입원환자의 사망 원인 (2009/10-2012/13년)

	2009/10	2010/11	2011/12	2012/13
Malaria	40.9%	31.9%	34.8%	24.9%
Pneumonia	9.3%	11.7%	12.6%	13.6%
Anaemia	19.9%	15.6%	15.3%	12.7%
Perinatal Conditions (0 -7 days)	3.5%	7.1%	7.3%	9.1%
Neonatal Septicaemia	-	-	-	4.3%
Perinatal Conditions (8-28 days)	-	-	-	3.3%
Septicemia	3.1%	4.9%	3.5%	2.9%
Respiratory Infections (Other)	1.9%	2.6%	2%	2.8%
Severe Malnutrition (Kwashiorkor)	2.3%	2.8%	2.7%	2.5%
Diarrhoea – Acute	2.4%	2.3%	3.7%	2.5%
All other causes	16.8%	21.2%	18.2%	21.4%
Total	100%	100%	100%	100%

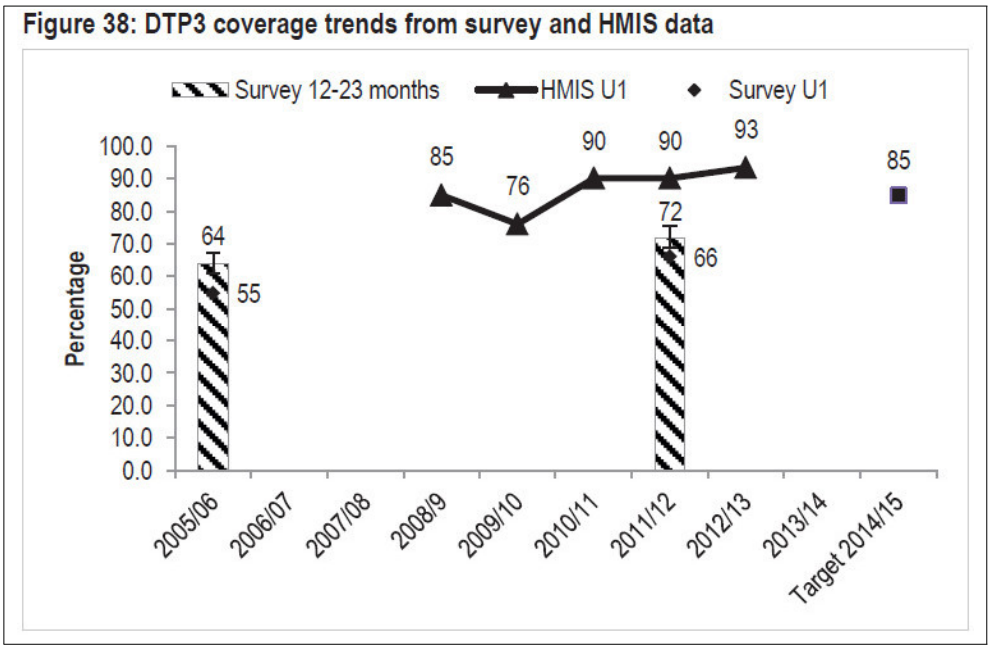
Source: HMIS

출처: Ministry of Health Uganda (2013). Mid-Term Analytical Review of Performance of the Health Sector Strategic and Investment Plan 2010/11-2014/15 (Volume 2).

○ (아동 예방접종) HMIS에 의하면 우간다에서는 지속적으로 홍역 및 DPT 3회 예방접종률이 향상된 것으로 보이지만, 실제로 HMIS 데이터는 UDHS보다 높은 수치를 나타내며, 두 지표 모두에서 2015년 목표치가 이미 달성된 것으로 보고하였다. 그러나 2012-13년 데이터 질 평가는 HMIS 데이터가 실제보다 20%가량 높

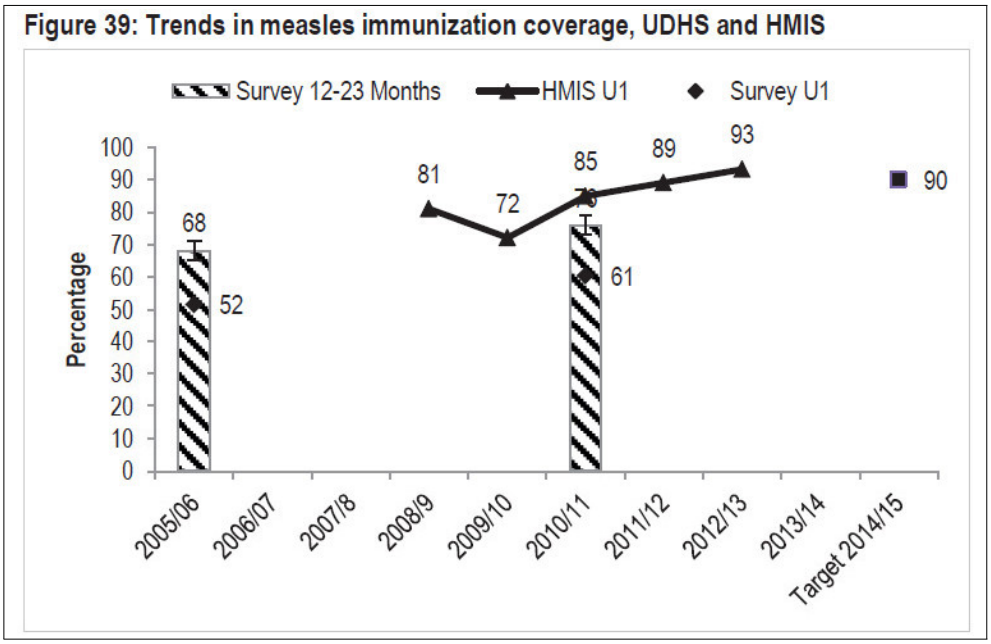
게 측정된 것으로 평가하였다. 이것은 의료기관을 이용하는 사람들이 일반 주민들보다 의료이용률이 높기 때문으로 파악된다. UDHS에 따라면 DPT 3회 예방접종률은 2006년 54.8%에서 2011년 66.1%로 증가하였고, 홍역 예방접종률은 2006년 52%에서 2011년 60.5%로 증가하였으나, 목표치를 달성하기 위해서는 많은 노력이 필요한 상황이다 (Ministry of Health Uganda, 2013b).

<그림 1-21> DPT 3회 예방접종률 추이



출처: Ministry of Health Uganda (2013). Mid-Term Analytical Review of Performance of the Health Sector Strategic and Investment Plan 2010/11-2014/15 (Volume 2).

<그림 1-22> 홍역 예방접종률 추이



출처: Ministry of Health Uganda (2013). Mid-Term Analytical Review of Performance of the Health Sector Strategic and Investment Plan 2010/11-2014/15 (Volume 2).

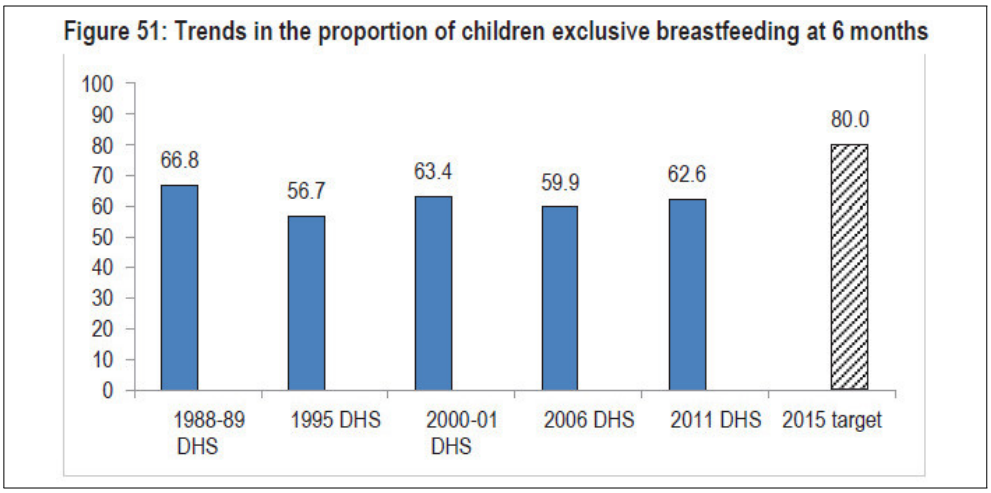
○ (아동 영양) 우간다의 저체중 아동 및 발육부진 아동 비율은 주변국 8개의 평균치(중간값)에 비해서 양호한 것으로 나타난다. 발육부진 아동 비율은 2000/01년 44.8%에서 2011년 33.4%로, 저체중 아동 비율 역시 2000/01년 18.4%에서 2011년 13.8%로 개선되었으나, 도농간 지역 격차가 매우 큰 것으로 보고되었다. 아동의 영양 상태에 중요하게 기여하는 모유 수유(생후 6개월까지)는 1988/89년 66.8%에서 2011년 62.6%로 지난 20년간 변화가 없었으며, 2015년 목표치인 80%를 달성하기 힘들 것으로 예측하고 있다 (Ministry of Health Uganda, 2013b).

<표 1-10> 저체중 및 발육부진 아동 비율 추이

		2003-06년	2007-11년
발육부진	우간다	38%	33%
	주변 8개국 평균(중간값)	49%	43%
저체중	우간다	16%	14%
	주변 8개국 평균(중간값)	17%	15%

출처: Ministry of Health Uganda (2013). Mid-Term Analytical Review of Performance of the Health Sector Strategic and Investment Plan 2010/11-2014/15 (Volume 2).

<그림 1-23> 출생 후 6개월 모유수유 아동 비율

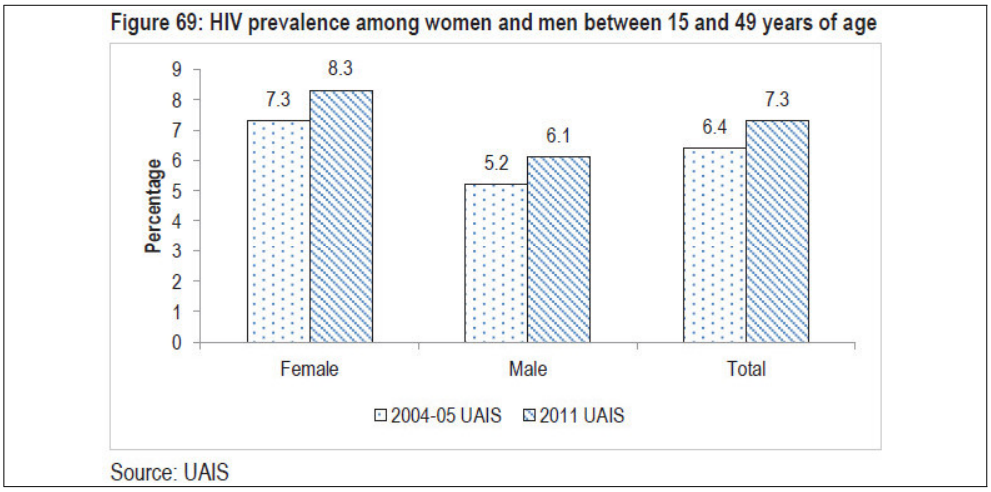


출처: Ministry of Health Uganda (2013). Mid-Term Analytical Review of Performance of the Health Sector Strategic and Investment Plan 2010/11-2014/15 (Volume 2).

4) 주요 전염성 질병

○ (HIV/AIDS 유병률의 증가) GBD(Global Burden of Disease) Compare (University of Washington, 2013)에 따르면, HIV는 2010년 우간다의 주된 사망 원인으로 보고된 바 있으며, HIV 분야에 대한 대규모의 원조가 제공되어 오고 있다. 그러나 2011년(UAIS, Uganda Aids Indicator Survey) 15-49세 성인의 HIV 유병률은 2004/05년(UAIS)의 6.4%에서 7.3%로 오히려 증가한 것으로 나타났다. 특히 여성의 유병률이 같은 기간 7.3%에서 8.3%로 증가하여 여전히 높은 수치를 기록하였으며, 남성의 유병률(2011년 6.1%)에 비해 훨씬 높다. 새로운 감염자의 증가와 ART에 대한 접근성 향상으로 생존자의 증가가 원인으로 작용하고 있다. Uganda Aids Commission는 새로운 보균자 중 37%는 multiple sexual partnerships을 갖고 있으며, 35%는 discordant monogamous 부부들, 18%는 수직감염(모자감염)에 의해서, 9%는 commercial sex networks로 인해 감염된 것으로 보고하였다. higher-risk sexual activity에 대한 콘돔 사용은 개선된 바가 없는 것으로 나타났으며, 미혼 혹은 비동거 관계에서 성관계를 갖는 청소년 인구 중 절반 이상(2011년 56.1%, 2000/01년 53.1%)이 여전히 콘돔을 사용하지 않고 있다 (Ministry of Health Uganda, 2013b)(Ministry of Health Uganda, 2011).

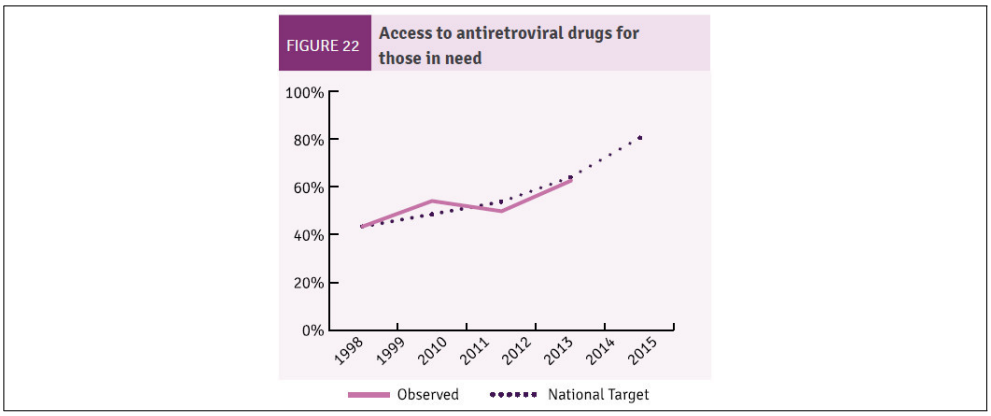
<그림 1-24> 15-49세 성인 남성과 여성의 HIV 유병률



출처: Ministry of Health Uganda (2013). Mid-Term Analytical Review of Performance of the Health Sector Strategic and Investment Plan 2010/11-2014/15 (Volume 2).

- (ART에 대한 접근성) 항레트로바이러스 약물을 제공받는 HIV 보균자 비율은 2008년 44%에서 2012년 62%로 증가하였다. 보건부는 2011년 HIV 보균자들이 더 일찍 치료를 시작할 수 있도록 기준을 완화 및 확대한 바 있다 (Ministry of Finance, Planning and Economic Development Uganda, 2013).

<그림 1-25> 항레트로바이러스 약제에 대한 접근성



출처: Ministry of Finance, Planning and Economic Development Uganda (2013). Millenium Development Goals Report for Uganda 2013.

- (HIV/AIDS 관련 서비스 현황) 2011년부터 시행된 National HIV Prevention Strategy는 HIV 카운슬링 및 교육, 캠페인을 통해 고 위험 성행위(high-risk sexual activity)을 줄이기 위한 행동 변화를 우선순위로 정한 바 있다. 수직감염을 예방하기 위해서도 개정된 WHO 가이드라인을 적용하여 산모와 영아가 분만과 모유수유 시에 예방치료(triple ARV prophylaxis)를 받을 수 있도록 적극적으로 장려하고 있다. 또한 보건부는 Safe Male Circumcision(SMC) 프로그램을 도입하였고, 2011년 남성의 25% 가량이 포경수술(60% 정도의 예방효과가 있음)을 받았으며 2015년 목표치를 50%로 잡고 있다. ART 처방전 및 치료 팔로업 서비스를 제공하는 보건의료 시설은 2012년 25%에서 2013년 35%로 증가하였다. 수직감염(모자감염) 예방 서비스를 제공하는 기관은 2012년 45%에서 2013년 52%로 증가한 것으로 보고되어 현재는 절반 이상의 보건의료시설들이 수직감염 예방 서비스를 제공하고 있다 (Ministry of Finance, Planning and Economic Development Uganda, 2013).

○ (말라리아) 말라리아는 HIV의 뒤를 있는 우간다의 두 번째 주요 사망원인(University of Washington, 2013)이며, 우간다의 공중보건의 가장 큰 위협인 동시에 빈곤과 낮은 생산성의 주된 원인으로 손꼽히고 있다. Uganda's Malaria Indicator Survey(UMIS)는 2009년 5세 미만 아동의 말라리아 유병률을 42.4%로 보고하였으나 최근 몇 년간 말라리아 퇴치에 많은 진전이 있었던 것으로 평가된다 (Ministry of Finance, Planning and Economic Development Uganda, 2013)(Ministry of Health Uganda, 2013b).

- (말라리아 예방 현황) 말라리아로 인한 아동 사망이 아동의 전체 사망에서 차지하는 비율이 2008/09년 39%에서 2010/11년 28%로 크게 감소하였으며, 살충제 처리된 모기장을 사용하는 아동 비율은 2006년 9.7%에서 2011년 42.8%로 대폭 증가하였다. 2011 UDHS에 따르면 실내 살충제 사용 캠페인으로 말라리아가 만연한 지역인 북쪽 지역(Northern region)에는 3분의 2의 가구들이 실내 살충제를 사용할 수 있게 되었다. 정부는 이러한 성과를 지속하고 서비스 제공의 효과성 및 효율성을 향상하기 위해 노력하고 있다.

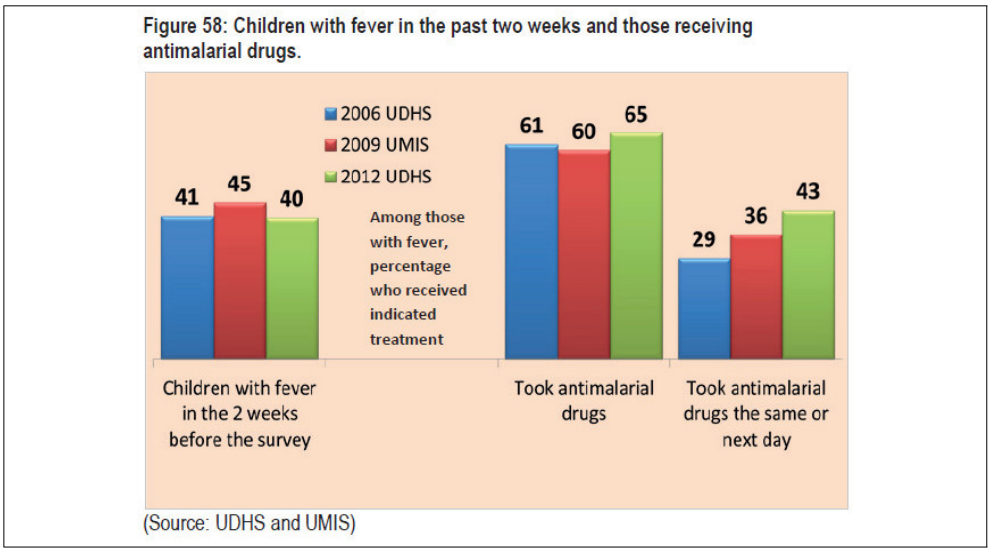
- (말라리아 치료 현황) 말라리아 치료 현황을 살펴보면, 발열이 있는 5세미만 아동 중 말라리아 치료제를 받은 아동 비율은 2006년 61%에서 2011년 65%로 큰 진전을 보이지 못 했으나, 발열 당일 혹은 다음날 말라리아 치료제를 받은 아동의 비율은 2006년 29%에서 2011년 43%로 증가하였다. 설문조사 전날 살충제 처리된 모기장을 이용한 임산부와 5세 미만 아동의 비율은 각각 2006년 10%에서 2011년 47%와 43%로 증가하였다. 그러나 HSSIP 2014/15의 목표치인 80%에는 아직 크게 미치지 못하고 있으며, 여전히 3분의 1에 해당하는 아동들이 말라리아 치료제를 받지 못 하고 있다.

<표 1-11> 말라리아 관련 지표 추이

지표	2001	2006	2009	2011	2015 목표
6.6 말라리아 관련 발생률 및 사망률					
10만 건당 보고된 케이스 수	22,593	57,407	32,003	37,142	
아동의 말라리아 유병률	NA	NA	42.4%	NA	
6.6 살충제처리모기장에서 자는 5세 미만 아동의 비율	NA	9.7%	32.8%	42.8%	

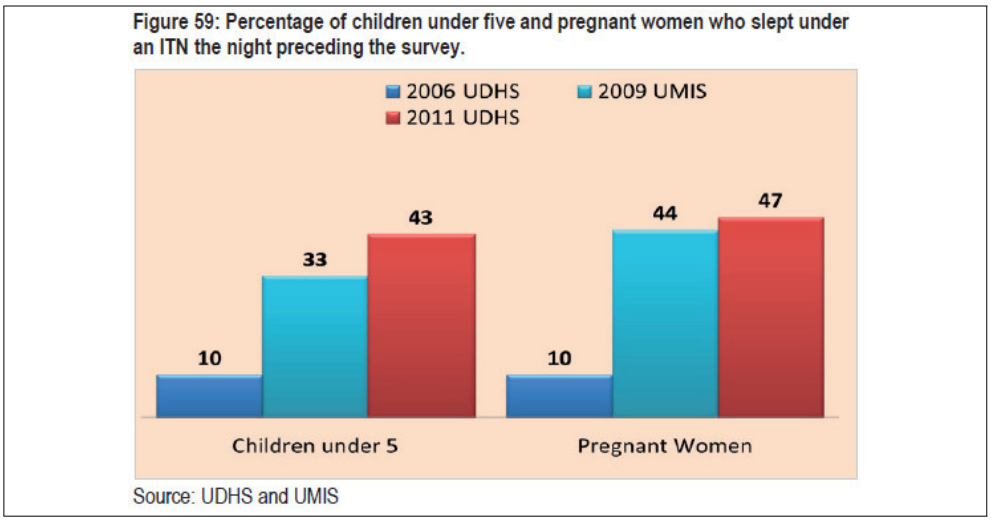
출처: Ministry of Finance, Planning and Economic Development Uganda (2013). Millenium Development Goals Report for Uganda 2013. 저자 재구성.

<그림 1-26> 지난 2주간 발열 증세를 보인 아동 중
말라리아 치료제를 받은 아동비율



출처: Ministry of Health Uganda (2013). Mid-Term Analytical Review of Performance of the Health Sector Strategic and Investment Plan 2010/11-2014/15 (Volume 2).

<그림 1-27> 조사 전날 살충제처리모기장을 이용한
5세 미만 아동 및 임산부 비율



출처: Ministry of Health Uganda (2013). Mid-Term Analytical Review of Performance of the Health Sector Strategic and Investment Plan 2010/11-2014/15 (Volume 2).

○ (결핵) 결핵 유병률은 2001년 인구 10만명당 410명에서 2011년 183명으로 감소하였으며, 같은 기간 동안 사망률은 65%만큼 감소하여 현재 14명(10만 명당)으로 사망률은 MDG 목표치(10만 명당 35명)를 이미 달성한 상태이다. 이러한 진전에는 환자 발견율의 향상과 DOTS(Directly Observed Treatment Short Course)의 시행이 기여하였다. 2011년 환자 발견율은 69% (2001년 37%)로, 치료 성공률은 71%로 각각 MDG 목표치인 70%와 85%를 거의 달성하는 것으로 보고되었다. 그러나 자격을 갖춘 실험실 인력의 부족 및 높은 HIV 유병률, 약제 내성의 발생 등으로 인해 치료 성공률의 2015년 MDG 목표치인 85%를 달성하지 못 하고 있는 것으로 나타난다 (Ministry of Finance, Planning and Economic Development Uganda, 2013).

<표 1-12> 결핵 관련 지표 추이

지표	2001	2006	2009	2011	2015 목표
6.8 결핵 관련된 발생률, 유병률 및 사망률					
발생률 (인구 10만 명당)	400	283	226	193	
유병률 (인구 10만 명당)	410	288	215	183	103
사망률 (인구 10만 명당)	40	26	18	14	35
6.9 발견된 결핵 케이스 및 DOTs를 통해 치료된 케이스의 비율					
케이스 발견율	37%	49%	57%	69%	70%
치료 성공율	56%	70%	67%	71%	85%

출처: Ministry of Finance, Planning and Economic Development Uganda (2013). Millenium Development Goals Report for Uganda 2013. 저자 재구성.

<건강 및 질병 현황과 과제>
A. 모성사망비와 신생아 사망률 개선 지체
▪ 우간다의 모성사망비는 1995년 527명(출생아 10만 명당)에서 2006년 435명으로 소폭 개선되었으나, 2011년에는 438명으로 지난 20년간 실질적으로 모성사망비가 감소하지 않음. 영아 사망률과 5세 미만 아동 사망률은 최근 급격히 감소하였으나, 신생아 사망률은 2011년 조사에서 1995년 27명(출생아 1,000명당)과 같은 수치로 전혀 개선되지 않음. 신생아 사망률을 개선하기 위해서는 모성보건의 증진이 필수적임.
B. 높은 출산율과 청소년 임신율
▪ 합계 출산율이 2011년 6.1명으로 매우 높으며, 피임률이 증가하긴 했지만 지역이나 소득격차, 교육수준에 따라 격차가 크며 가족계획에 대한 미충족 수요도 2012/13년 34%로 높게 나타남. 우간다의 청소년 임신율은 2009/10년 24%에 비해 2012/13년 18%로 감소하였으나 사하라이남 아프리카 평균치에 비해 높게 나타나 개선이 시급함.
C. HIV 유병률 증가
▪ HIV는 우간다에서 주요 사망원인이자 가장 높은 질병부담을 차지함. HIV 분야에 대한 대규모 원조가 지원되고 있지만 2011년 15-49세 성인의 HIV 유병률은 2004/05년의 6.4%에서 7.3%로 오히려 증가하였음. 원인에 대한 규명과 개선방안의 마련이 필요할 것임.

라. 보건과 불평등

<요약. 우간다의 보건과 불평등>

- (지역간 격차) 모성보건 서비스 제공에 있어서 도농간 격차가 크게 나타났으며, 전체 112개 구역들의 보건의료서비스 제공 관련 지표들의 격차 또한 크게 나타났음. 우간다 북부 지역에 위치한 카라모자(Karamoja) 지역은 열악한 기후 및 자연환경과 불안정한 정치적 상태로 집중적 지원이 이루어지고 있지만 아동의 발육부진율은 45%로 우간다에서 가장 높은 것으로 나타남.

- (경제수준에 따른 불평등) 임신 여성 중 HIV/AIDS 진단 테스트와 상담을 받은 여성은 가장 소득이 높은 그룹은 80.4%, 가장 낮은 소득 그룹은 47.5%로 두 배 가까이 차이가 났으며, 4회 이상 산전관리 받은 여성 비율 또한 두 그룹이 각각 58.8%와 42.6%로 나타나 격차가 큰 편인 것으로 나타남.

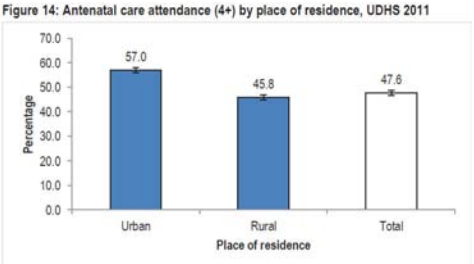
- (교육수준에 따른 불평등) 2011년 교육을 받지 못한 그룹의 HIV 유병률이 9.2%로 가장 높았으며 중등교육 이상을 수료한 그룹의 유병률은 5.6%로 나타남. 또한 중등교육 이상을 수료한 여성 중에서는 77.1%가 HIV 진단검사 및 상담서비스를 이용하였으나 교육을 받지 못한 여성 중에서는 42.6%만이 서비스를 이용해 교육수준에 따른 차이가 확연히 나타남.

- (여성과 아동) 남성(6.1%)에 비해 여성(8.3%)의 HIV 유병률이 더 높게 나타남. 5세 미만 아동사망률은 지역격차, 교육수준, 경제수준에 따라 비교했을 때 2006년에 비해 2011년에 격차가 감소하였음. 그러나 예방접종률 및 발육부진율, 저체중율이 카라모자 지역에서 큰 격차로 열악하게 나타남.

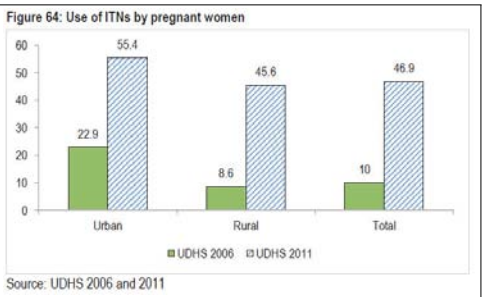
1) 지역간 격차

○ (도농간 격차) 산전관리 4회 이상 이용률은 도농간 격차가 큰 것으로 나타났다. 평균적으로 47.6%의 여성이 산전관리를 4회 이상 받는 가운데 도시에 거주하는 여성은 57%인 반면 농촌 지역에 거주하는 여성은 45.8%만이 산전관리를 4회 이상 받는 것으로 나타났다. 또한 살충제 처리된 모기장을 사용하는 임산부 비율의 비교에서도 도농간 격차가 큰 것으로 나타났다 (Ministry of Health Uganda, 2013b).

<그림 1-28> 주거지별 산전관리 4회 이상 이용률



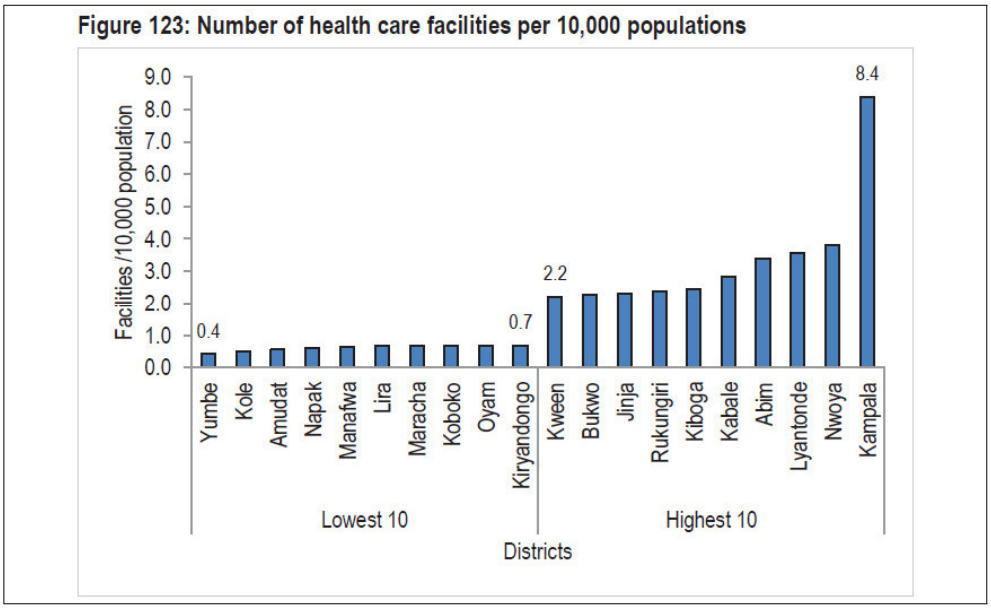
<그림 1-29> 살충제처리된 모기장 사용하는 임산부 비율



출처: Ministry of Health Uganda (2013). Mid-Term Analytical Review of Performance of the Health Sector Strategic and Investment Plan 2010/11-2014/15 (Volume 2).

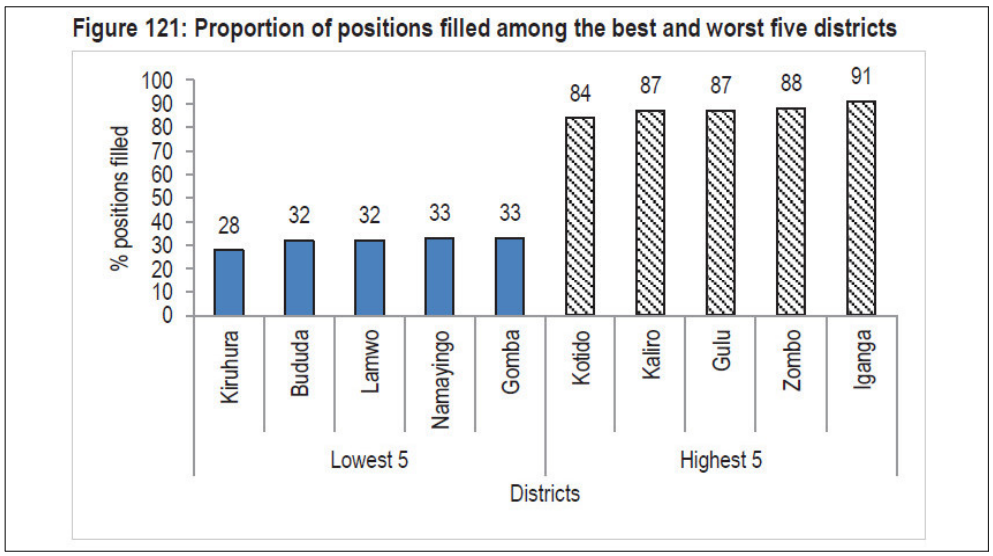
○ (지역별 격차) 우간다는 112개의 구(district)로 구성되는 산발적인 행정구역으로 이루어져 있으며, 각 지역의 보건현황도 매우 다양하게 나타난다. 인구 1만 명당 보건의료시설 개수가 가장 적은 10개 지역은 0.4에서 0.7정도의 개수를 나타내며, 가장 많은 10개 지역 중 수도인 캄팔라가 8.4개로 압도적으로 많으나, 전체 중 10번째로 낮은 지역도 2.2개로 캄팔라나 열악한 지역들과 큰 차이를 보였다. 보건의료인력 채용률의 지역별 차이도 큰 편으로, 가장 낮은 지역인 Kiruhura 지역은 28%, 가장 높은 지역인 Iganga는 91%의 채용률을 보였다.

<그림 1-30> 지역별 인구 1만 명당 보건의료시설 개수 현황



출처: Ministry of Health Uganda (2013). Mid-Term Analytical Review of Performance of the Health Sector Strategic and Investment Plan 2010/11-2014/15 (Volume 2).

<그림 1-31> 보건의료인력 채용률 최하/최고 각 5지역 비교



출처: Ministry of Health Uganda (2013). Mid-Term Analytical Review of Performance of the Health Sector Strategic and Investment Plan 2010/11-2014/15 (Volume 2).

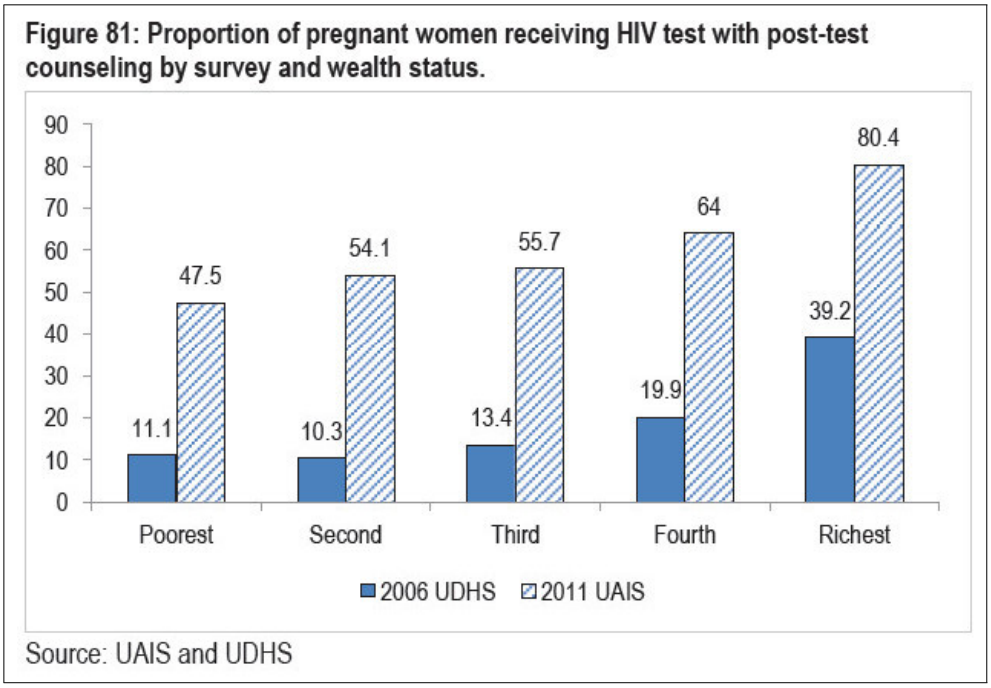
○ (카라모자 지역의 불평등 현황) 우간다 북부에 위치한 카라모자(Karamoja) 지역은 예측 불가능한 기후와 열악한 자연환경으로 인해 잦은 가뭄과 기근이 발생하며 계속적인 불안정 상태 및 갈등상태로 인해 빈곤상태를 극복하지 못하고 있는 매우 열악한 지역으로서 여러 공여기관의 집중적인 지원이 이루어지고 있는 지역이다. 우간다 전체의 발육부진 및 저체중 아동 비율(33%, 14%)와 비교하여 카라모자 지역은 매우 높은 수치(45%, 32%)를 나타내며 카라모자 지역의 발육부진 아동 비율은 우간다에서 가장 높은 것으로 나타난다.

○ (원조기관의 지원이 부족한 지역) 2014년 2월 현지조사 시 보건전문가와의 면담에 의하면, 북부에 위치한 카라모자 지역에는 지원이 집중되고, 남서부 및 동부 지역에는 일부 공여기관들이 집중적으로 지원하고 있으나, 우간다 중부를 가로지르는 지역이 특히 지원에서 소외되고 있는 현황이라고 하였다.

2) 경제수준에 따른 불평등

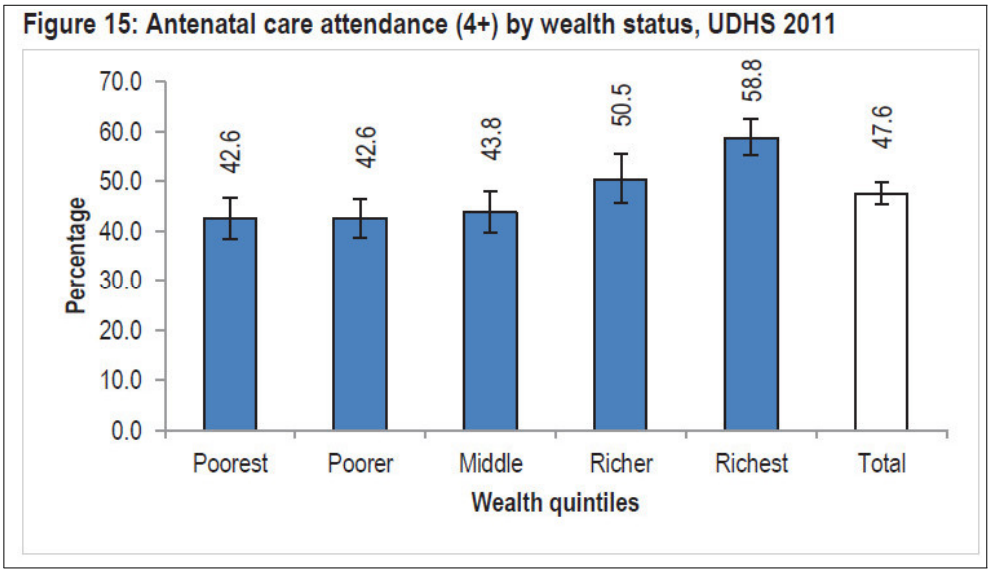
○ (경제수준별 여성의 서비스 수혜 현황) 2011년 임신한 여성 중 HIV/AIDS 테스트와 상담을 받은 비율을 살펴보면, 5개의 소득 그룹 중, 가장 소득이 높은 그룹 여성의 80.4%가 HIV/AIDS 테스트와 상담을 받았으며, 가장 소득이 낮은 그룹 여성의 47.5%만이 이러한 서비스를 받은 것으로 나타났다. 또한 4회 이상 산전관리 현황에서는, 소득 수준이 가장 높은 그룹의 여성 58.8%가 4회 이상 산전관리를 받은 반면, 소득 수준이 가장 낮은 그룹의 여성 42.6%만이 해당 서비스를 받은 것을 알 수 있다 (Ministry of Health Uganda, 2013b).

<그림 1-32> 경제수준별 임신여성의 HIV 검사 및 상담서비스 수혜 현황 비교



출처: Ministry of Health Uganda (2013). Mid-Term Analytical Review of Performance of the Health Sector Strategic and Investment Plan 2010/11-2014/15 (Volume 2).

<그림 1-33> 경제력에 따른 산전관리 4회 이상 이용률 차이 (2011년)

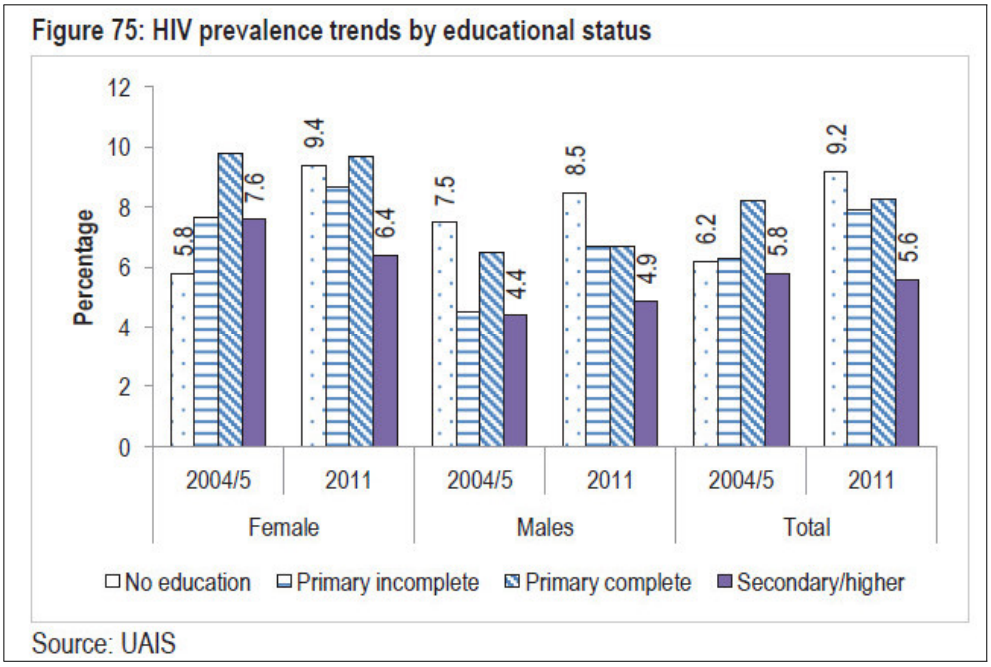


출처: Ministry of Health Uganda (2013). Mid-Term Analytical Review of Performance of the Health Sector Strategic and Investment Plan 2010/11-2014/15 (Volume 2).

3) 교육수준에 따른 불평등

○ (HIV/AIDS 유병률의 격차) 교육 수준별 HIV/AIDS의 유병률을 살펴보았을 때, 2004/5년의 경우 초등교육을 받은 그룹에서 가장 높은 HIV/AIDS 유병률을 보였으나 2011년에는 교육을 받지 못한 그룹이 가장 높은 유병률을 보이고 있다. 2011년 현황을 살펴보면, 교육을 전혀 받지 못한 그룹이 가장 높은 9.2%의 유병률을 보인 반면, 중등교육 이상의 교육을 받은 그룹은 5.6%로 가장 낮은 유병률을 보여 주였다. 이러한 차이는 성별 그룹에서도 동일하게 나타났다 (Ministry of Health Uganda, 2013b).

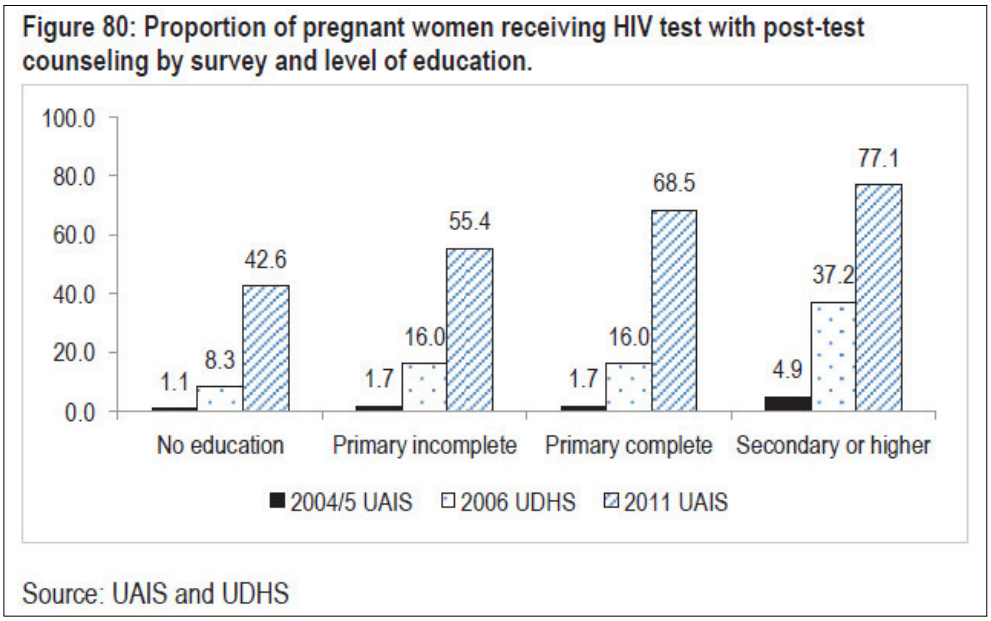
<그림 1-34> 교육 수준별 HIV/AIDS 유병률 격차



출처: Ministry of Health Uganda (2013). Mid-Term Analytical Review of Performance of the Health Sector Strategic and Investment Plan 2010/11-2014/15 (Volume 2).

○ (HIV/AIDS 테스트 및 상담서비스 수혜 현황) 임신한 여성 중 HIV/AIDS 테스트와 상담을 받은 비율을 살펴보면, 중등교육과 그 이상의 교육을 받은 여성들 중 HIV/AIDS 테스트와 상담을 받은 비율이 2011년 77.1%로 가장 많았으며 교육을 전혀 받지 못한 여성 중에서는 42.6%만이 서비스를 이용하였다 (Ministry of Health Uganda, 2013b).

<그림 1-35> 교육수준별 임신여성의 HIV 진단검사 및 이후 상담서비스 수혜 비율



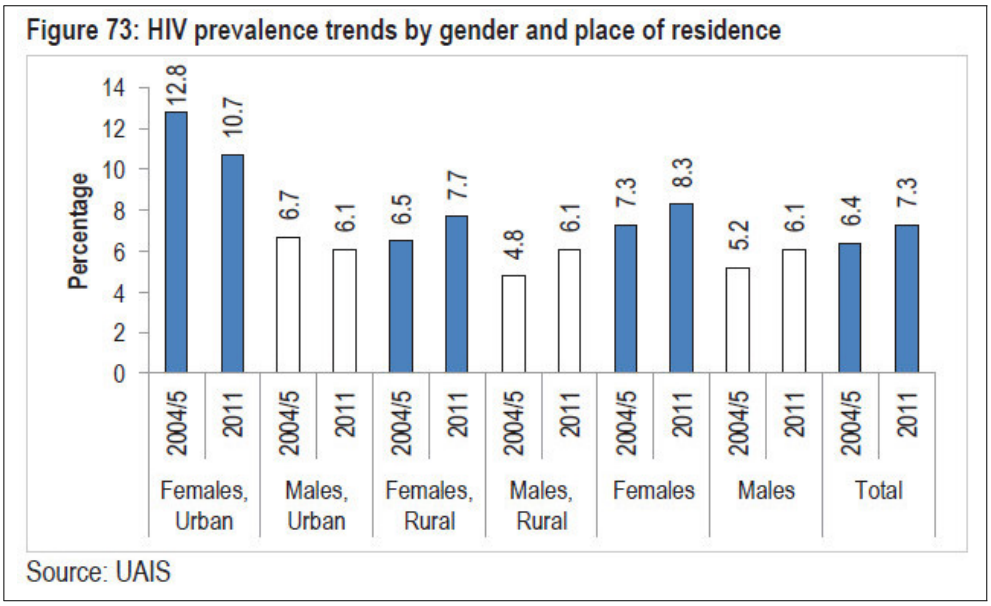
출처: Ministry of Health Uganda (2013). Mid-Term Analytical Review of Performance of the Health Sector Strategic and Investment Plan 2010/11-2014/15 (Volume 2).

4) 취약계층에 대한 불평등

가) 여성

○ (남녀간의 격차) HIV/AIDS의 유병률을 살펴보았을 때, 남성에 비해 여성이 더 높은 유병률을 보여주고 있었다. 2011년 자료에 따르면, 남성은 6.1%였으나 여성은 이보다 높은 8.3%로 나타났으며, 여성 중에서도 농촌지역의 여성의 유병률(7.7%)에 비해 도심지역의 유병률(10.7%)이 더 높은 것을 확인할 수 있다(Ministry of Health Uganda, 2013b).

<그림 1-36> 성별, 거주지별 HIV 유병률 추세

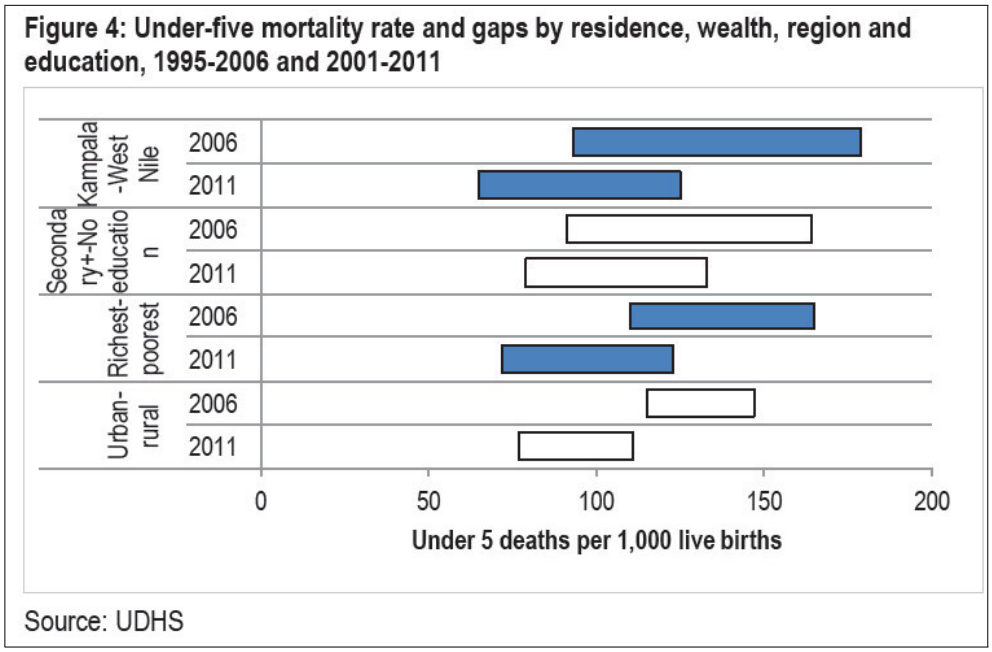


출처: Ministry of Health Uganda (2013). Mid-Term Analytical Review of Performance of the Health Sector Strategic and Investment Plan 2010/11-2014/15 (Volume 2).

나) 아동

○ (5세 미만 아동 사망의 격차) 우간다의 5세 미만 아동사망률을 지역격차, 교육수준, 경제소득, 도농간 격차로 2006년과 2011년을 비교하였을 때, 모든 그룹에서 격차가 감소하였다. 특히, 지역격차와 교육에 따른 격차가 2006년에 비해 2011년에 더 크게 감소하였다 (Ministry of Health Uganda, 2013b).

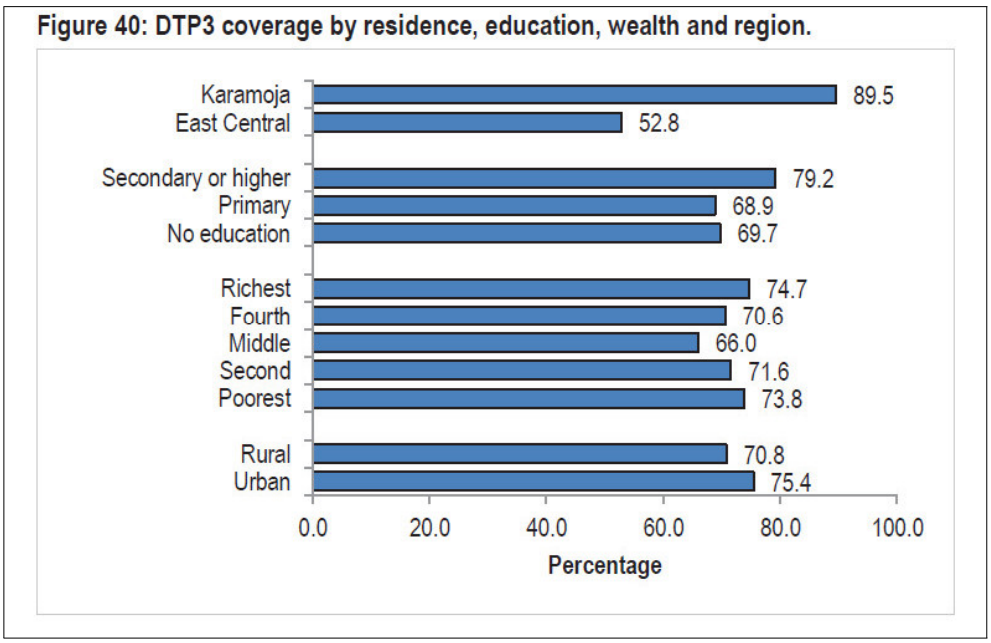
<그림 1-37> 거주지별·경제수준별·지역별·교육수준별 5세미만 아동사망률 격차



출처: Ministry of Health Uganda (2013). Mid-Term Analytical Review of Performance of the Health Sector Strategic and Investment Plan 2010/11-2014/15 (Volume 2).

○ (DTP3 예방접종율 격차) 아동 필수예방접종인 DTP 3차 예방접종의 경우, Karamoja 지역의 경우 89.5%의 아동이 DTP 3차 예방접종을 받았으나, East Central은 52.8%에 불과하여 37% 정도의 격차가 있음을 확인할 수 있다. 그 외에 모성의 교육수준이 초등교육을 받았거나(68.9%) 혹은 교육을 전혀 받지 못한 경우(69.7%), 아동이 DTP 3차 예방접종을 받은 비율이 70% 미만이었다. 또한 가구의 소득수준에 따른 예방접종의 비율은 중간수준의 소득을 가지고 있는 가구 아동이 가장 적은 예방접종률(66.0%)을 보였다. 또한, 도심지역의 아동(75.4%)이 농촌지역의 아동(70.8%)보다 높은 예방접종률을 보이고 있었다 (Ministry of Health Uganda, 2013b).

<그림 1-38> 거주지별·교육수준별·경제수준별·지역별 DTP3 예방접종률

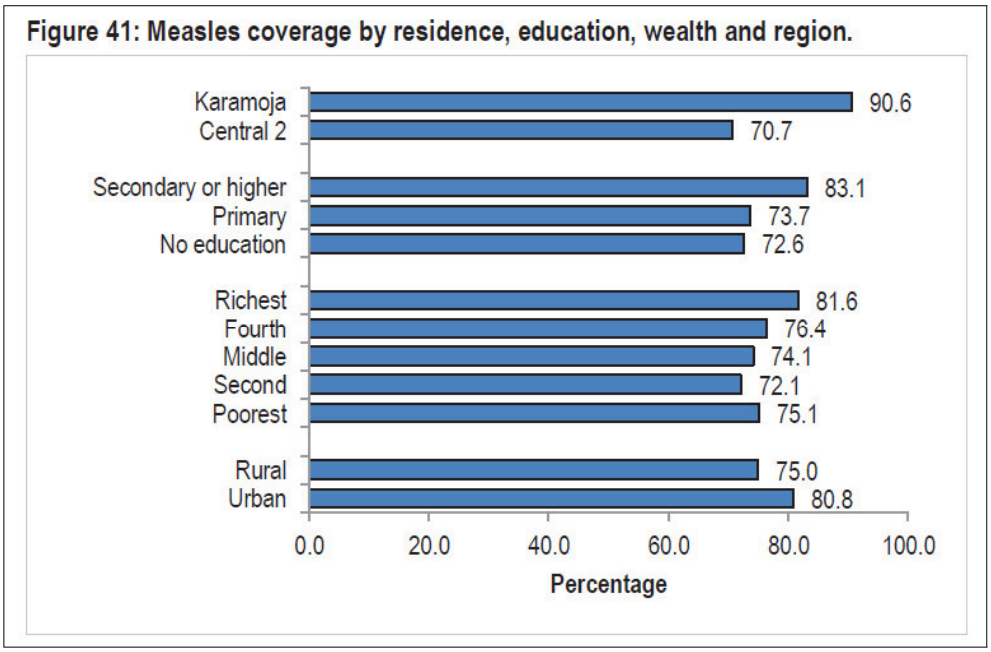


출처: Ministry of Health Uganda (2013). Mid-Term Analytical Review of Performance of the Health Sector Strategic and Investment Plan 2010/11-2014/15 (Volume 2).

○ (홍역 예방접종율 격차) 아동의 홍역 예방접종의 경우, DTP 3차 예방접종과 마찬가지로 카라모자 지역이 90.6%로 가장 높은 예방접종률을 보이고 있었으며, 초등교육 혹은 교육을 전혀 받지 못한 모성의 아동이 홍역 예방접종을 받은 비율은 각각 73.7%와 72.6%였다. 소득이 가장 많은 가구의 아동들 81.6%가 홍역 예방

접종을 받았으며, 도심지역의 아동(80.8%), 농촌지역의 아동(75.0%)에 비해 홍역 예방접종률이 높았다 (Ministry of Health Uganda, 2013b).

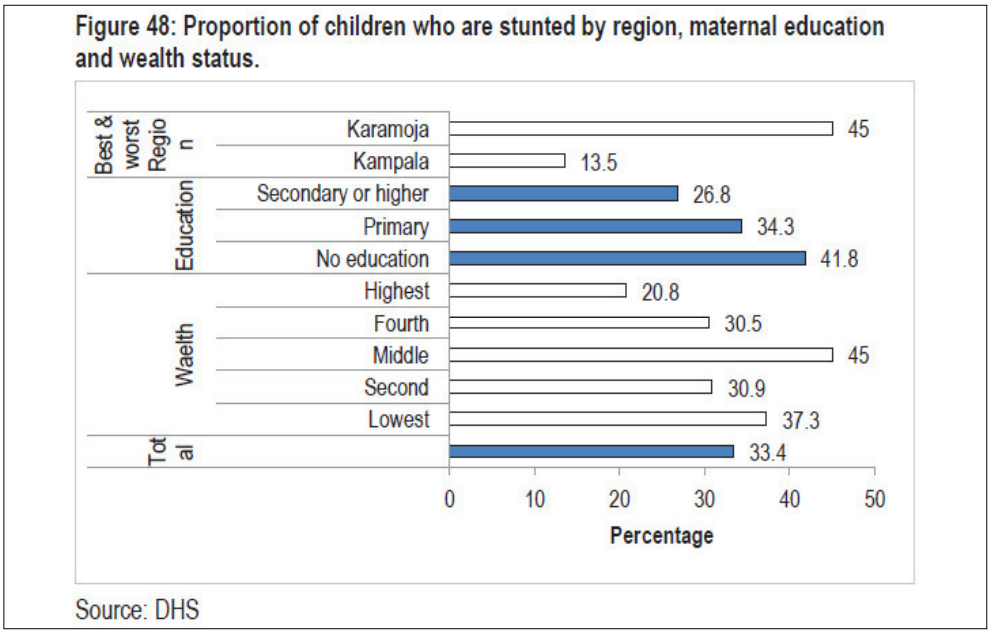
<그림 1-39> 거주지별·교육수준별·경제수준별·지역별 홍역 예방접종률



출처: Ministry of Health Uganda (2013). Mid-Term Analytical Review of Performance of the Health Sector Strategic and Investment Plan 2010/11-2014/15 (Volume 2).

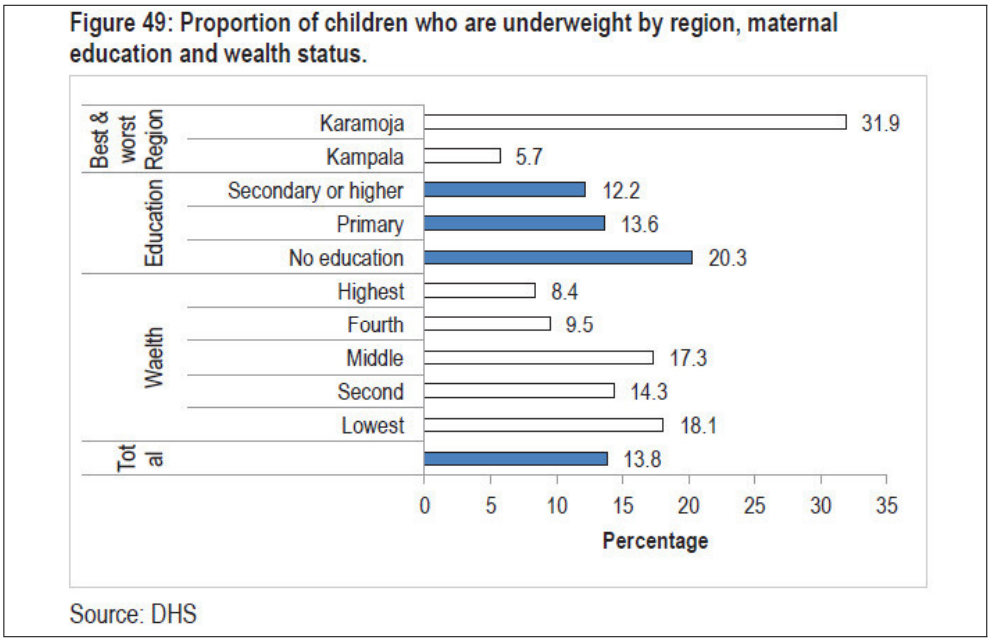
○ (발육부진, 저체중 현황) 우간다의 발육부진과 저체중 아동의 현황을 살펴보면, 우간다 전체의 발육부진 아동의 비율은 33.4%, 저체중 아동의 비율은 13.8%로 나타났다. 이에 비해 카라모자 지역 아동의 45%가 발육부진, 31.9%가 저체중 아동이인 것으로 나타나 국가 평균보다 훨씬 높은 비율을 보여, 해당 지역 아동의 영양상태가 굉장히 심각한 것을 확인할 수 있다. 또한, 교육을 전혀 받지 않은 모성의 아동이 초등교육 혹은 그 이상의 교육을 받은 모성의 아동들에 비해 높은 발육부진(41.8%)과 저체중(20.3%)의 비율을 보였다 (Ministry of Health Uganda, 2013b).

<그림 1-40> 주거지역별·모성 교육 수준별·경제수준별 아동의 발육 부진 비율



출처: Ministry of Health Uganda (2013). Mid-Term Analytical Review of Performance of the Health Sector Strategic and Investment Plan 2010/11-2014/15 (Volume 2).

<그림 1-41> 주거지역별·모성 교육 수준별·경제수준별 아동의 저체중 비율



출처: Ministry of Health Uganda (2013). Mid-Term Analytical Review of Performance of the Health Sector Strategic and Investment Plan 2010/11-2014/15 (Volume 2).

<보건과 불평등 현황과 과제>
A. 여성에 대한 불평등
▪ 여성의 교육수료율 및 사회적·경제적 지위가 낮고 사회 전반적으로 차별이 존재하며, HIV 유병률 또한 6.1%인 남성에 비해 여성은 8.3%로 높게 나타남.
B. 카라모자(Karamoja) 지역과 빈곤상황
▪ 우간다 북부에 위치한 카라모자 지역은 예측불가능한 기후와 열악한 자연환경으로 인해 잦은 가뭄과 기근이 발생하며 계속적인 불안정한 정치적 상태 및 갈등상태로 인해 빈곤상태를 극복하지 못하고 있는 열악한 지역으로 여러 공여기관의 집중적인 지원이 이루어지고 있지만 여러 지표에서 취약하게 나타나고 있음. 특히 아동의 발육부진율은 우간다 평균인 33%에 비해 카라모자 지역에서는 45%로 우간다에서 가장 높은 것으로 나타남.
C. 보건분야 지원에서 상대적으로 소외된 지역
▪ 북부에 위치한 카라모자 지역에는 지원이 집중되고, 남서부 및 동부 지역에는 일부 공여기관들이 집중적으로 지원하고 있으나, 우간다 중부를 가로지르는 지역이 특히 지원에서 소외되고 있는 것으로 파악됨.

제2장. 타공여기관 보건분야 지원 현황

1. 대 협력국 보건분야 지원 현황

<요약. 우간다의 보건분야 ODA 지원 현황 및 특징>

- (ODA 지원 규모 및 특징) 2012년 ODA 규모는 GNI 대비 9.9%를 차지하여 2010년에 비해 감소하였으며 양자원조의 규모도 2010년 60%에서 2012년 56%로 감소하였음. 2012년 있었던 우간다 총리실에서 ODA 원조 예산 횡령 사건으로 2013년 여러 대규모 공여국들이 예산지원을 중단한 적이 있으며 2014년 2월 무세베니 대통령이 Anti-gay 법안에 서명함에 따라 최근 미국과 덴마크, 노르웨이, 스웨덴 등의 공여국과 World Bank등의 다자기구가 예산 지원을 중단하고 있음. 2011년 통계에 따르면 보건분야에 가장 많은 원조(29.1%)가 지원되었음.

- (보건분야 ODA 지원 규모 및 특징) 우간다의 보건분야 ODA 지원 추이는 2008년 1인당 10.88불에서 2010년 13.69불로 증가했음. HIV/AIDS, 결핵, 말라리아 외 질병에 대한 지원은 2010년 74.9%로 가장 많았고, 보건정책 및 행정관리 지원이 9%, 생식보건 및 가족계획 지원이 5.8%를 차지했음.

- (양자 공여기관) 2009-2010년 우간다 보건분야의 주요 양자 공여기관은 미국으로 전체 양자지원 규모 중 77.7%(5억 2710만 불)을 지원하였고, 덴마크가 5.1%(3431만 불), 아일랜드가 3.8%(2559만 불), 스웨덴이 3.7%(2514만 불)을 지원하였으며, 한국은 0.2%인 122만 불을 지원하였음.

- (다자 공여기관) 2009-2010년 우간다 보건분야에 지원한 다자기구는 Global Fund가 50.3%(1억 360만 불)를 지원했고 IDA가 14.7%(3025만 불), UNFPA가 9.7%(2013만 불)을 지원하였음.

가. 개요

1) 대 협력국 전체 ODA 지원 현황

○ (대 협력국 ODA 지원현황) 우간다는 아프리카 내 협력국 중 2012년 10번째로 원조를 많이 받는 국가로 전체 아프리카 내 국가 원조 규모의 약 3%를 차지했다. 2012년 ODA 규모는 약 16억 5500만불로 GNI 대비 9.9%를 차지하며 2010년에 비해 감소하였다 (OECD, 2014). GNI 대비 ODA는 점차 감소하는 추세를 보여오고 있다. 그러나 2012년 10월 밝혀진 우간다 총리실 ODA 원조 예산 횡령 사건으로 인해 일반예산지원을 하고 있던 여러 유럽 공여국들이 예산 지원을 중단하고 있는 상황이다. 또한 2014년 초 Anti-Gay law가 통과됨에 우간다의 주요 공여국인 미국과 덴마크, 노르웨이, 스웨덴 등의 공여국과 World Bank 등의 다자기구들이 원조를 추가적으로 중단하고 있다. 이러한 상황으로 인해 2013년, 2014년 우간다의 ODA 규모는 감소되어 나타날 것으로 전망된다 (Jeanne, D. & Njoroge, J., 2012)(Croome, P., 2014). 양자원조는 2010년 60%에서 2012년 56%로 감소하는 추세이다.

<표 2-1> 2010-2012년 우간다 ODA 지원 현황

Receipts	2010	2011	2012
Net ODA (USD million)	1 723	1 578	1 655
Bilateral share (gross ODA)	60%	62%	56%
Net ODA / GNI	10.9%	10.1%	9.9%
Net Private flows (USD million)	68	37	18

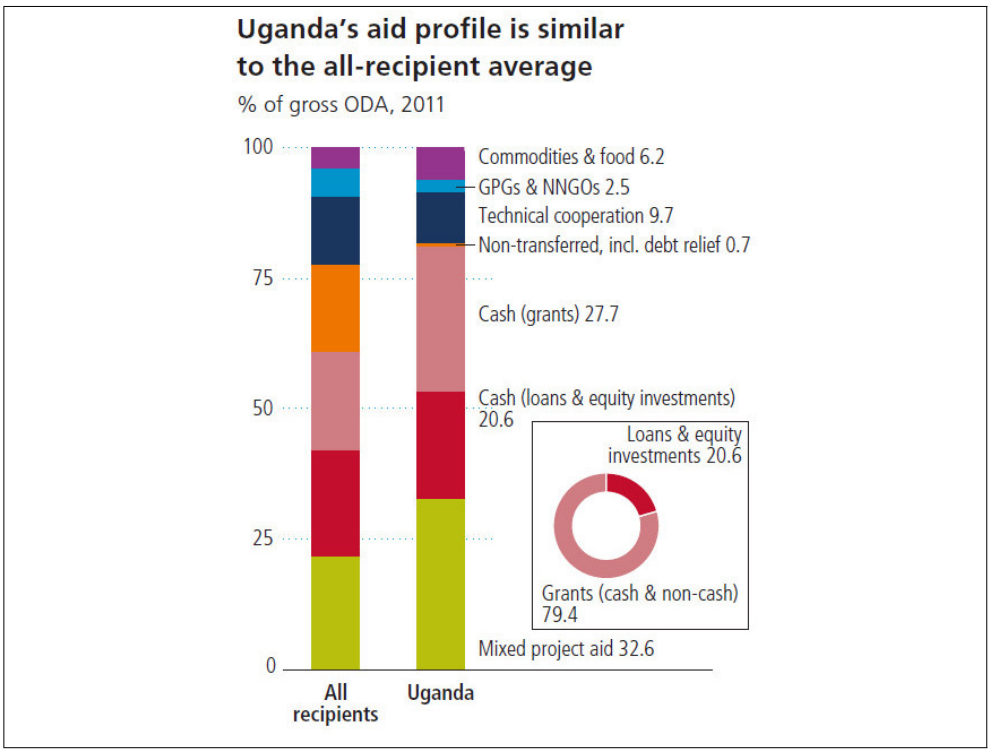
For reference	2010	2011	2012
Population (million)	34.0	35.1	36.3
GNI per capita (Atlas USD)	460	470	440

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

○ (대 협력국 ODA 지원 형태) 우간다는 다른 협력국들과 비슷한 양상의 지원 형태를 보이고 있다. 2011년 ODA 통계에 의하면, Mixed project aid가 32.5%로 가장 많고, 무상원조(현금)가 이어서 27.7%로 차지했다. 무상원조와 유상원조 &

equity investments의 규모만을 놓고 보았을 때, 현금 및 비현금을 포함한 무상원조가 79.4%를 차지한다 (Development Initiatives Ltd., 2013).

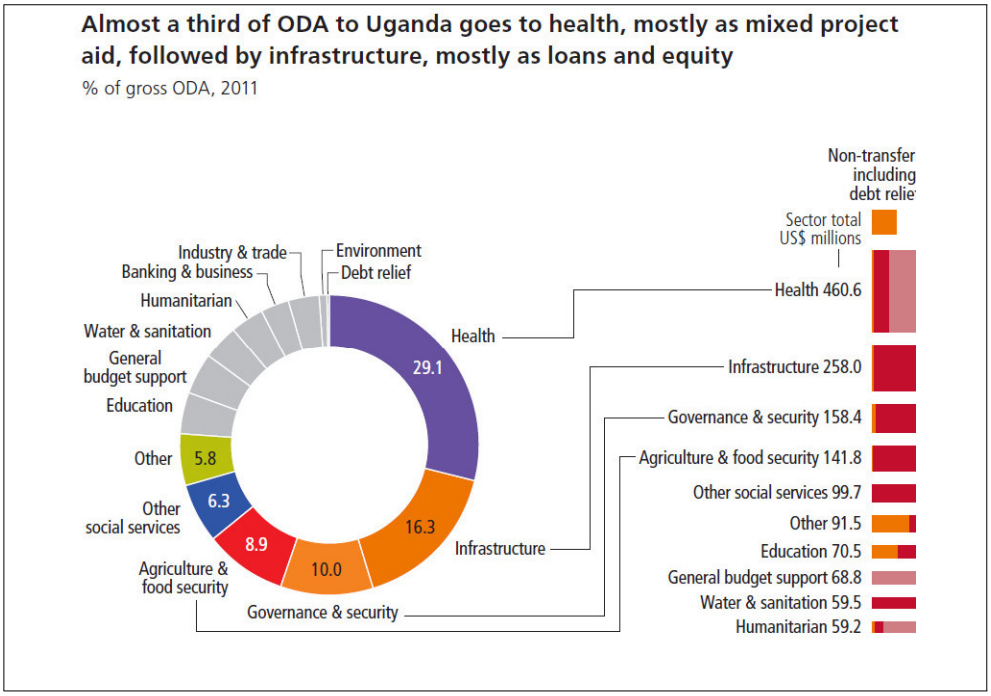
<그림 2-1> 전체 협력국들 및 우간다의 ODA 지원 형태별 규모



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

○ (대 협력국 ODA 지원 분야) 2011년 총 ODA 중 삼분의 일에 달하는 규모(29.1%)가 보건 분야에 지원되었으며 그 다음으로 인프라 분야에 16.3%가 지원되었다 (Development Initiatives Ltd., 2013).

<그림 2-2> 우간다의 총 ODA 분야별 지원 현황 (2011년)



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

○ (대 협력국 주요 공여기관 지원 현황) 2011-2012년 평균 규모로 미국이 3.95억불로 가장 많은 지원을 하였고, 다음으로 IDA가 1.88억불, 유럽 연합이 1.6억불, 영국이 1.49억불을 지원하였다. 그 외에도 AfDF, Global Fund, 노르웨이, 덴마크, 일본, 독일 순으로 우간다에 ODA를 지원하였다.

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

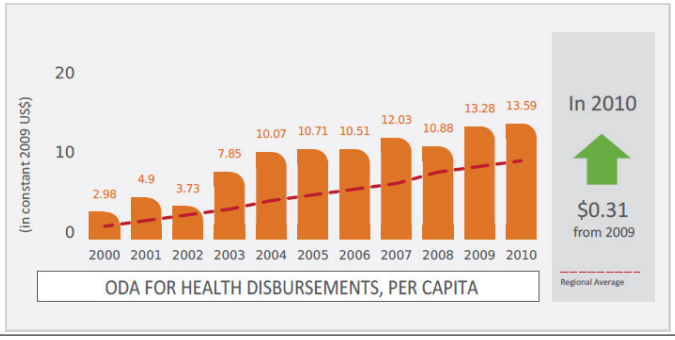
Top Ten Donors of gross ODA (2011-12 average)		(USD m)
1	United States	396
2	IDA	188
3	EU Institutions	160
4	United Kingdom	149
5	AfDF	144
6	Global Fund	87
7	Norway	70
8	Denmark	66
9	Japan	63
10	Germany	55

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

2) 대 협력국 전체 보건 ODA 지원 현황

○ (보건분야 ODA 지원 추이) 우간다의 보건분야 ODA 전체 지원 규모는 전체 규모는 2008년 3억 4108만불, 2009년 4억 2995만 불에서 증가하여 2010년에는 4억 5425불로 보고되었다. 1인당 보건분야 ODA 지원 역시 증가하여 2008년에는 10.88불, 2009년에는 13.28불을 기록하였고, 2010년에는 2009년보다 0.31불 증가한 13.59불인 것으로 나타났다.

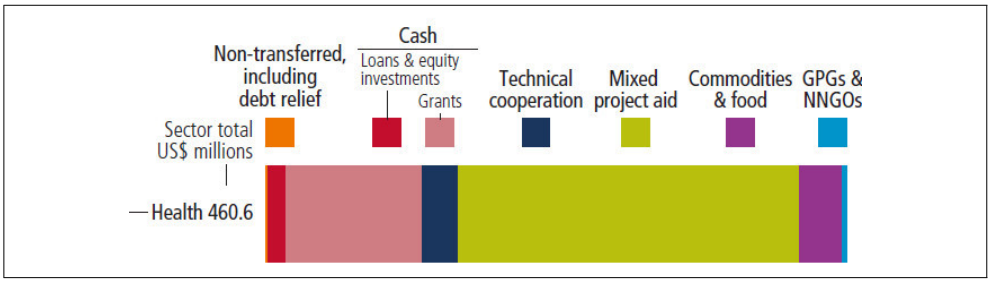
<그림 2-3> 우간다 보건분야 ODA 지원 1인당 지원규모 현황



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

○ (보건분야 ODA 지원 형태) 우간다의 2011년 보건분야 ODA는 Mixed project aid의 형태가 압도적으로 가장 많은 비중으로 차지했고, 그 다음이 무상원조 순으로 나타났다.

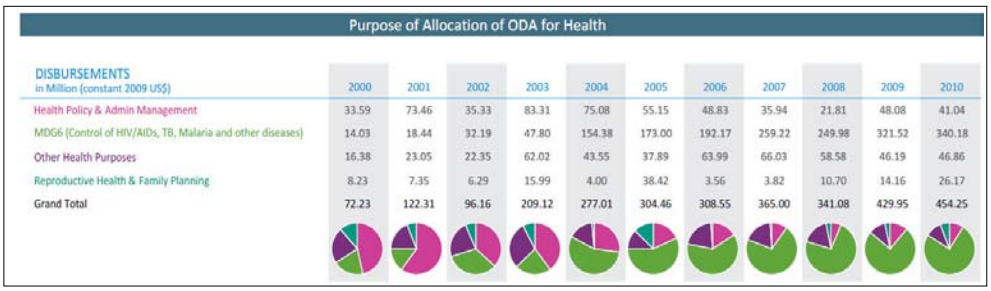
<그림 2-4> 전체 보건분야 ODA 지원 형태 (2011년)



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

○ (보건분야 ODA 주요 지원 분야) 2004년부터 우간다 보건분야 지원은 MDG6(HIV/AIDS, 결핵, 말라리아 등)를 달성하기 위한 지원이 절반 이상을 차지하기 시작해 2009년까지 꾸준히 증가해 왔다. 2008년 73.3%이던 MDG6 분야에 대한 지원은 2009년 81.8%까지 증가하였으나 2010년 74.9%로 감소하였다. MDG6에 대한 지원의 뒤를 이어, 2010년에는 보건정책 및 행정관리에 대한 지원이 9%를, 생식 보건 및 가족 계획에 대한 지원이 5.8%를 차지하였으며, 다른 보건 분야에 대한 지원이 10.3%를 차지하였다.

<그림 2-5> 우간다 보건분야 ODA 지원 분야별 규모 현황



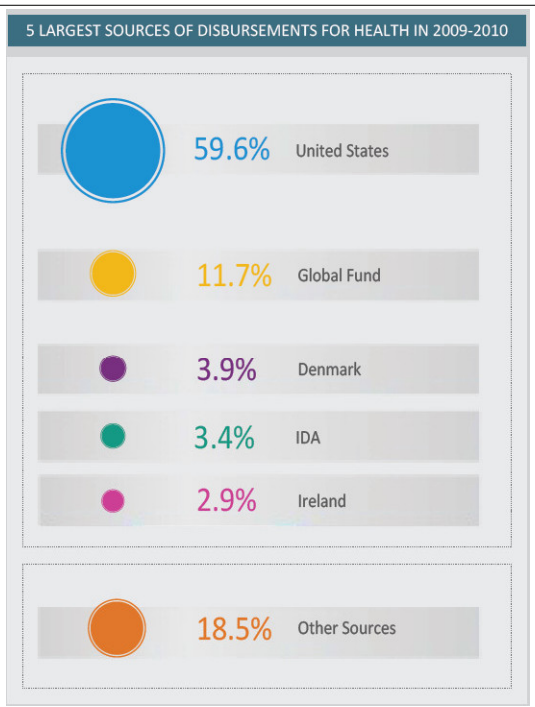
Purpose of Allocation of ODA for Health

DISBURSEMENTS in Million (constant 2009 US$)	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Health Policy & Admin Management	33.59	73.46	35.33	83.31	75.08	55.15	48.83	35.94	21.81	48.08	41.04
MDG6 (Control of HIV/AIDs, TB, Malaria and other diseases)	14.03	18.44	32.19	47.80	154.38	173.00	192.17	259.22	249.98	321.52	340.18
Other Health Purposes	16.38	23.05	22.35	62.02	43.55	37.89	63.99	66.03	58.58	46.19	46.86
Reproductive Health & Family Planning	8.23	7.35	6.29	15.99	4.00	38.42	3.56	3.82	10.70	14.16	26.17
Grand Total	72.23	122.31	96.16	209.12	277.01	304.46	308.55	365.00	341.08	429.95	454.25

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

○ (보건분야 ODA 지원 주요 공여기관-양·다자 통합) 2009-2010년 대 우간다 보건분야 ODA 지원은 59.6%를 차지만 미국이 가장 대규모 공여기관인 것으로 나타났다. 다음으로 11.7%를 차지한 Global Fund, 3.9% 덴마크, 3.4% IDA, 2.9% 아일랜드가 주로 지원하였다.

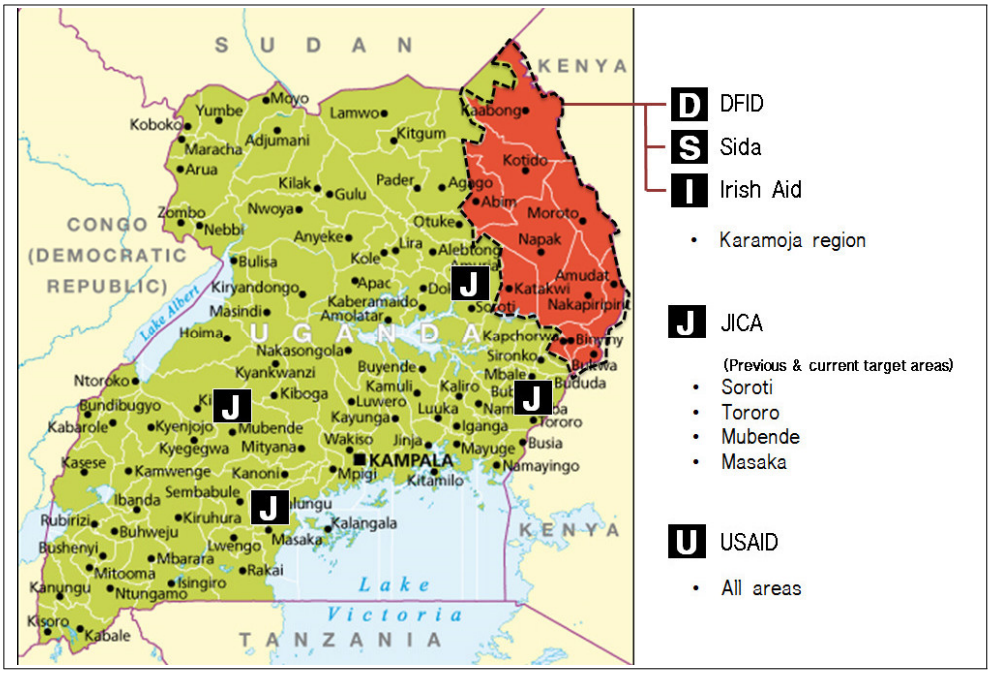
<그림 2-6> 우간다 보건분야 ODA 주요 공여기관 지원 규모 (2009-2010년)



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

○ (우간다 보건분야 주요 지원지역 현황) 우간다 보건분야에 가장 큰 규모의 원조를 제공하고 있는 USAID는 우간다 전지역에 걸쳐 보건사업을 수행하고 있으나, DFID 및 Irish AID, Sida는 북부의 취역지역인 카라모자 지역에 집중적으로 지원하고 있는 것으로 나타났다. JICA는 내부적 전략에 따라 양자지원을 통해서는 카라모자 지역에 사업을 수행하고 있지 않으나, 나머지 지역에 대해서는 지역 선정에 대한 특정 전략을 가지고 있지는 않다. 다음의 그림에서 각 공여기관들의 주요 사업지역 현황을 파악할 수 있다.

<그림 2-7> 주요 공여기관의 지원 대상 지역



출처: 저자 작성.

나. 보건분야 내 주요 공여기관

1) 주요 양자 공여기관

○ (우간다 보건분야 주요 양자 공여기관) 2009-2010년 우간다 보건분야의 주요 양자 공여기관은 미국으로 전체 양자지원 규모 중 77.7%에 달하는 5억 2710만 불을 지원하였으며, 그 뒤로 덴마크가 3431만 불(5.1%), 아일랜드가 2559만 불(3.8%), 스웨덴이 2514만 불(3.7%)을 지원하였으며 한국은 0.2%인 122만 불을 지원하였다.

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

순위	공여기관	규모 (USD mil)	%
1	미국	527.10	77.7
2	덴마크	34.31	5.1
3	아일랜드	25.59	3.8
4	스웨덴	25.14	3.7
5	벨기에	17.00	2.5
6	영국	15.00	2.2
7	이탈리아	10.78	1.6
8	일본	6.36	0.9
9	노르웨이	5.35	0.8
10	독일	3.29	0.5
⋮			⋮
13	한국	1.22	0.2
	합계	**678.28**	**100**

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

2) 주요 다자기구

○ (우간다 보건분야 주요 다자기구) 2009-2010년 우간다 보건분야에 가장 큰 규모로 지원한 다자기구는 Global Fund로 전체 다자지원 중 1억 360만 불에 달하는 50.3%를 지원하였다. 그 다음으로 IDA가 14.7%(3,025만 불), UNFPA가 9.7%(2,013만 불)을 지원하였다.

○ (다자기구의 주요 지원 분야) 가장 큰 규모로 지원하는 다자 기구인 Global Fund는 MDG6의 대상 질병인 HIV/AIDS, 결핵 및 말라리아에 주로 지원을 하고 있으며, IDA는 주로 인프라 개선에 지원하고 있다.

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

순위	다자기구	규모 (USD mil)	%
1	Global Fund	103.60	50.3
2	IDA	30.25	14.7
3	UNFPA	20.13	9.8
4	AfDF	16.36	7.9
5	GAVI	16.34	7.9
6	UNICEF	9.85	4.8
7	EU Institutions	7.01	3.4
8	UNAIDS	2.04	1.0
9	UNDP	0.34	0.2
	합계	**205.92**	**100.0**

출처: ODA for Health to Uganda, WHO

2. 주요 공여기관의 보건분야 협력

가. 개요

○ (주요 공여기관 선정이유) 우간다에서 주된 문제로 지적되는 보건문제인 모성보건이나 생식보건, 가족계획 분야에서 주요 프로그램 및 프로젝트를 시행하는 기관들을 위주로 살펴보고자 하였다. 동시에 서로 다른 지원형태 및 특징점을 갖는 기관들을 다양하게 살펴봄으로써 각각의 지원형태들의 장단점이나 한계점 등을 반영하고자 하였다.

나. 양자기관 (Bilateral organisations)

<요약. 우간다의 보건분야 양자기관의 전략 및 특징>

- (양자기관 고려사항) 우간다의 부정부패 이슈로 인해 최근 여러 공여기관들이 재정지원을 중단하게 되었는데, 재정지원을 중단한 공여기관인 DFID와, 계속해서 정부를 통한 지원을 이어나가고 있는 JICA를 만나봄으로써 다른 관점 및 대처법에 대한 시사점을 얻을 수 있을 것이라고 판단하였음. 정부의 책무성 및 투명성 문제가 심각해짐에 따라 자연히 많은 공여기관들이 기존 정부를 통해 했던 지원을 민간 채널을 통해 하는 것으로 변경하게 되었음. Sida는 대부분의 지원을 민간부문을 통해서 해오고 있는데 Sida의 민간부문과의 협력에서도 중요한 시사점을 얻을 수 있을 것이라고 보았음.

- (DFID의 보건 전략과 사업의 특징) DFID는 우간대 내에서 사업이행전략(2011-2015년)을 통해 개발을 지원하고 사업을 수행하고 있으며 우간다의 정치적 상황에 따라 제한적으로 재정지원을 하고 있음. 2014/15년 대 우간다 전체 원조규모 중 가장 큰 규모가 보건분야에 지원(23.7%)되었으며 현재 8개의 보건 분야 프로젝트가 진행되고 있음. 이는 자금지원 및 모성보건, 말라리아, 가족계획 프로젝트들을 포함함.

- (Sida의 보건전략과 사업의 특징) Sida의 우간다 보건분야 협력 목적은 빈곤층에 대한 보건의료서비스 접근성 향상과 HIV/AIDS 확산 감소 및 방지에 있음. 공공보건의료시스템을 통한 지원도 이루어지지만 동시에 정부 이외 기관들을 적극적으로 활용하는 권리기반 접근의 보건분야 원조를 제공하는 것이 특징적임.

- (JICA의 보건전략과 사업의 특징) JICA의 우간다 내 협력의 4가지 중점분야 중 기초서비스 개선 분야 내에서 보건 분야 지원이 이루어지고 있으며 보건서비스 강화 프로그램을 중심으로 프로젝트들을 수행해 오고 있음. 주로 우간다 정부와의 협력 하에 지방단위에 있는 주요 병원 및 보건의료시설의 인프라를 개선하고 장비를 보급하여 유지 역량을 강화하는 프로젝트를 시행하며 NGO를 통한 협력은 하지 않고 있음.

1) DFID

가) 공여기관의 전략

○ (영국의 대 우간다 협력 전략) DFID는 우간다 내 지원에 있어 우선순위를 다음 4가지로 두었다. 1) 가장 취약한 계층을 보호하기 위해 지원하고 필수 서비스의 질을 향상하며, 2) 인프라 및 재정서비스, 비즈니스 개발, 무역에 대한 투자를 통해 성장을 증대하며, 3) 북쪽 지역의 복구를 지원하고, 4) 모성 보건 및 정부의 책무성을 향상하는 것이다 (DFID, 2010).

○ (지원 규모) 2014/2015년 DFID의 대 우간다 지원 규모는 1억 486만 파운드인 것으로 보고되었으며 이는 전체 DFID 예산의 1.35%에 해당하는 규모이다. 우간다에서 현재 시행되고 있는 프로젝트의 개수는 31개이다. 매년 프로젝트 예산 규모는 증가해왔으나 2015/16년과 2016/17년 예산으로는 점차 감소된 예산이 책정될 것으로 나타났다.

○ (DFID-우간다 사업이행전략, Operational Plan 2011-2015) 2013년 DFID는 부패 및 신용에 관한 우려를 감안하여 농업 및 공공분야 개혁 부문에서의 예산 지원을 중단하였으며 일부 재정지원은 다른 채널을 통해 지원하는 것으로 재조정하였다. 그러나 DFID는 우간다 정부와의 대화를 영향력 있는 정책 대화를 지속할 것이며, 우간다의 우선순위 중 하나인 민간부문의 성장을 지지하고, 공공재정관리(PfM) 등의 특정한 분야에만 직접적으로 제한된 재정지원(Budget Support)을 제공하며, 앞으로의 한계점들을 극복하기 위해 필요한 기술적 개혁을 지원하고자 한다 (DFID, 2013).

○ (사업 이행전략의 메커니즘) DFID의 전문성이 가치를 부가하고 영향력을 증대시킬 수 있는 부문에 대해서 파트너십을 만들어 나가고자 한다. DFID는 우간다 지원 시 Value For Money, 평가 및 모니터링, 투명성, 인권평가를 중점 고려 사항으로 두고 개선하고자 한다(DFID, 2013).

- (Value For Money) DFID 우간다 사무소는 지난 프로그램들에서 Value For Money를 달성하는데 있어 좋은 성적을 거두었다(Portfolio quality score: 73.1%, 2009/10). 2010년에는 전 직원을 대상으로 Best practice in procurement에 대한 트레이닝을 실시했으며, 비용분석을 기반으로 카라모자 지역에 제공되던 응급식량 지원을 장기적 livelihood 프로그램으로 전환하는 등의 프로그램 시행에 대한 의사결정을 내리기도 했다. DFID 우간다 사무소는 추후 새로운 VfM 전략 및 사업이행전략을 통해 더욱 비용효과성있는 지원을 할 수 있을 것으로 기대하고 있다. 또한 VfM에 대한 직원들의 이해가 제한된 점, 사업이행전략의 각 분야에 대한 투자수익을 추산하기 위한 정확한 단가 정보가 부족한 점, 결과 프레임워크를 통한 VfM 모니터링이 취약한 점 등은 제한점으로 작용하고 있으며 이들을 개선하기 위해 다양한 노력을 기울이고 있다.

- (투명성 확보) 투명성을 확보하는 것은 영국 정부의 주요 우선순위 중 하나로서, 우간다 내에서도 투명성 어젠다를 이끄는 역할을 해오고 있다. DFID는 원조관리 플랫폼(Aid Management Platform)에 자금을 지원하고 있으며, 이를 통해 우간다 내 모든 개발 파트너들의 원조 지출에 대한 정보를 모으고 공개가능한 정보화하고 하고 있다. 우간다 책무성 프로그램(Uganda Accountability Programme) 및 근거기반 의사결정 강화 프로젝트(Strengthening Evidence Based Decision Making project)의 시행을 통해 우간다 내 원조의 투명성 및 책무성을 강화하고자 하고 있으며, 2012년 센서스, 정부의 연차 및 반기 성과 보고서를 포함한 정부 데이터가 개선된 것으로 나타났다.

- (인권평가) 영국 정부는 개발 프로그램들을 시행하면서, 시민들이 그들의 삶에 있어 자유 및 존엄성, 선택권, 통제권을 가지며 책무성있고 포괄적(inclusive)이며 반응있는(responsive) 정부기관들이 존재하는 열린 경제 및 사회를 만들 수 있도록 시민사회 및 정부를 지지하고자 한다. 경제적·사회적 권리, 반차별(non-discrimination), 시민적·정치적 권리를 개선하고자 하는데 중점을 두고 있다. 최근 몇 년간의 변화에 대해서 살펴보면, 모든 국민의 기본적 사회서비스에 대한 접근성을 개선하는데 어려움을 겪고 있음에도 불구하고 경제적·사회적 권리를 개선하기 정부의 노력이 긍정적인 방향으로 향하고 있는 것으로 평가된다. 시

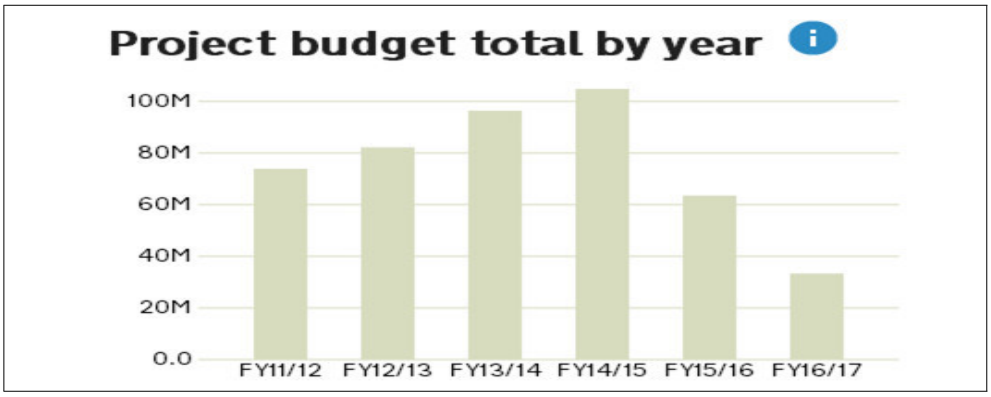
민적 · 정치적 권리는 개선되는 측면 및 악화되는 측면들이 모두 발견되고 있다. 반차별, 특히 여성의 권리와 형평성에 있어서는 Anti-gay bill의 통과가 해당 권리를 침해하는 매우 심각한 문제로 여겨지고 있다. 따라서 영국 정부는 인권을 보호하고 증진하고자 세부 전략들을 수립하고 우간다 정부 및 비정부기구, 국제 개발 파트너들과 계속해서 긴밀히 협력하고자 하고 있다.

○ (위임협력, Delegated cooperation)[5] DFID의 특징적인 협력 방식 중 하나로 타 공여기관의 프로그램에 재정을 지원하여 협력하는 형태이다. 사업수행 결과에 대한 평가는 투입된 재정에 대한 비율로 측정하는 방식을 택하고 있다. 관료주의적 처리 과정에서 소요되는 행정 비용 등을 절감하는 효과가 있다. 기존의 공동기금은 정부를 통해 기금이 운용되었지만, 최근에는 정부가 운용하는 공동기금이 아니라 USAID 등의 대규모 공여기관과의 위임협력(Delegated cooperation) 방식을 통해 지원하는 경우가 늘고 있다.

○ (상호검토 시스템, Due diligence) DFID는 상호검토 시스템을 도입하여 적극적으로 활용하고 하고 있다. 상호검토 시스템은 원조를 받고자 하는 파트너의 적합성을 평가하는 것을 목적으로 하는 시스템으로, 책임있고 효과적인 원조를 제공하는 데 중요한 부분으로 여겨진다. 해당 시스템이 효과적으로 활용될 경우에는 잠재적인 약점이나 위험 요인 및 기회 요인을 파악하여 무상원조가 제공되기 전에 필요한 역량을 강화할 수 있는 기회를 가질 수 있으므로, 장기적으로 Value for Money를 달성하는 데 기여한다. 상호검토 시스템을 통해 기존의 개발 목표와 실제 원조 내용이나 과정 등이 달라짐으로써 기대되는 효과를 줄이는 것을 방지할 수 있으며, 이를 통해 책무성 및 투명성 있는 관계 및 환경을 형성하고 발생 가능한 오해를 줄일 수 있을 것으로 기대한다.

5) 2014년 2월 DFID와의 현지조사 면담. 부록 참조.

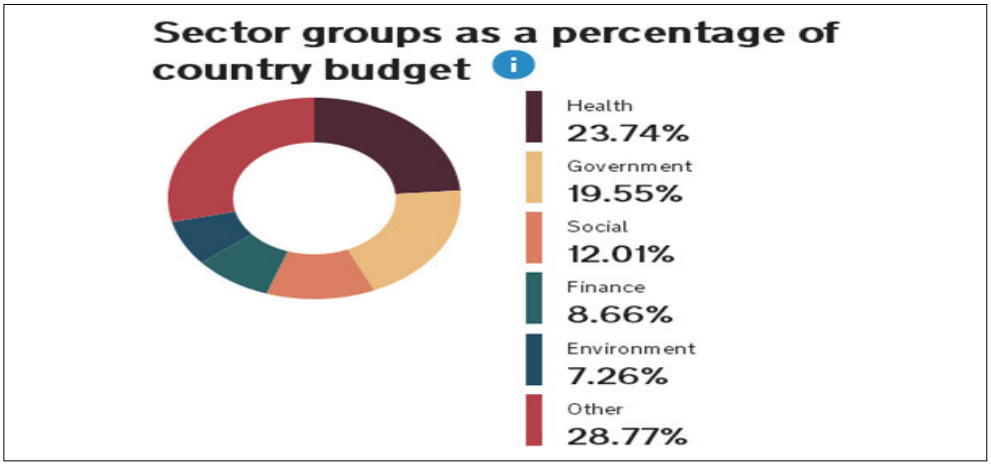
<그림 2-8> DFID의 대 우간다 연도별 프로젝트 예산 추이



출처: DFID website. Retrieved from http://devtracker.dfid.gov.uk/countries/UG/.

○ (지원 분야별 규모) 2014/2015년 지원 분야별 규모는 보건 분야가 23.74%로 가장 큰 규모를 차지하였으며 그 뒤로 'Government '에 19.55%를 지원하였다.

<그림 2-9> DFID의 대 우간다 분야별 예산 비율 (2014/2015년)



출처: DFID website. Retrieved from http://devtracker.dfid.gov.uk/countries/UG/.

나) 공여기관의 보건분야 지원의 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, n.d).

<그림 2-10> 재조정된 2013년 이후 영국의 보건분야 지원 중점활동 분야

포괄적 건강 보장 (Global Health Security)	국제 개발 (International Development)	더 나은 건강을 위한 교역 (Trade for Better Health)
⇧	⇧	⇧
효과적 범 정부, 다자간, 양자간 참여		
	⇧	
근거기반 접근 강화		

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

<표 2-5> 2013년 이후 재조정된
영국의 보건분야 중점지원활동 분야별 기대결과

중점활동 분야	기대결과		내용
포괄적 건강 보장 (Global Health Security)	1*	MDGs- 식량 및 물 안보	▪ 농업 생산성 증가 및 안전한 식수 확보를 통해 식량 보장 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	▪ 전체 국민보건을 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	타국가로부터의 배움	▪ 타국가의 경험을 통해 영국 인구의 건강 상태를 최고 수준에 올려놓는 것
	9*	연구	▪ 전 세계적 보건 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 해외직접투자를 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 (n.d.). Health is Global: An outcomes framework for global health 2011-2015. 저자 재구성.

○ (보건분야 프로젝트 현황) 현재 우간다에서 진행되고 있는 보건 분야 프로젝트는 약 8개이다. 이 중 2011년 9월에 시작되어 2015년 12월로 종료를 앞두고 있던 보건분야 자금지원(Budget Support)사업은 전체 예산인 3934만 파운드 중 대부분인 99.73%(3923만 파운드)가 지원되었으며, 본 자금예산이 집행 된 이후의 자금지원은 무기한 중단된 상태이다. 자금지원을 제외한 피임률 개선 프로젝트(Accelerating the Rise in Contraceptive Prevalence in Uganda), USAID와의 위임협력을 통한 2개의 말라리아 프로젝트, 말라리아 치료제 보급 프로젝트(Increasing access to Antimalarial drugs in Uganda), 국가 인구정책의 시행을 위한 UN 조인트 프로그램 등을 시행하고 있다 (DFID 홈페이지).

○ (피임률 개선 프로젝트, Accelerating the Rise in Contraceptive Prevalence in Uganda) 보건 분야 자금지원 프로젝트 다음으로 가장 큰 규모로 지원되는 피임률 개선 프로젝트(Accelerating the Rise in Contraceptive Prevalence in Uganda)의 총 규모는 3405만 파운드이며, 2011년 9월에 시행되기 시작하여 2015년 9월 종료될 예정이다. 이는 USAID와의 위임협력을 통해 지원되고 있다 (DFID, 2011).

<Box 2-1> 민간단체 지원을 통한 피임률 개선 프로젝트

- 프로그램명: 피임률 개선 프로젝트 (Accelerating the Rise in Contraceptive Prevalence in Uganda)
- 프로그램 기간: 4년 (2011~2015년)
- 프로그램 예산규모: 3,500만 파운드
- 프로그램 유형: 위임협력(Delegated cooperation)
- 집행 담당 기관: Marie Stopes Uganda (MSU)

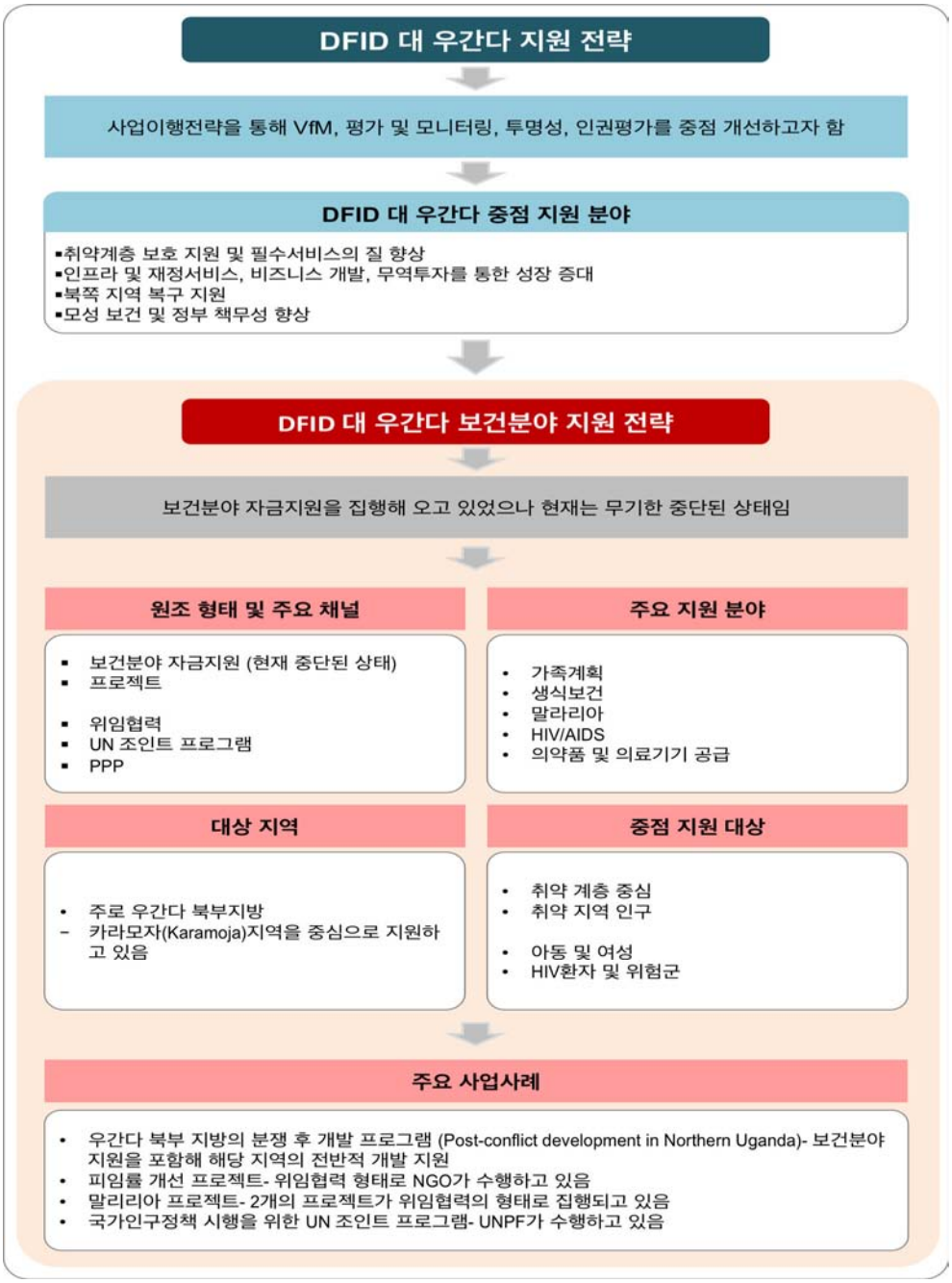
(사업 개요 및 목적) 본 프로그램은 우간다 피임실천율 향상을 목적으로 DFID와 USAID가 공동으로 지원하는 사업으로서, 비영리 기관인 Marie Stopes Uganda (MSU)가 수행한다. MSU는 BlueStar Healthcare Network라는 의료 물품 제공 프랜차이즈를 운영함으로써, 비용 효과성, 소비자 접근성, 지속가능한 방식에 있어 서비스 혜택을 받지 못하는 소득 수준 하위 20% 여성들을 대상으로 품질 좋고 적절한 가격의 생식 보건 서비스 제공의 범위를 넓히는 데 그 목적을 두고 있다.

(지원 내용) 본 프로그램은 계약에 의해 보건 종사자들의 네트워크를 망라하여 'Blue Star' 라는 브랜드 하에 특화된 품질의 사회적 혜택이 있는 서비스를 제공한다. 공급이 필요한 수요와 적절한 지원에 대한 체계적인 분석에 의해 진행되는 투명한 선정 과정은 BlueStar 보건의료 네트워크 멤버십을 위한 잠재적인 가맹 희망자들을 선택할 수 있게 해준다. 지원 내용으로는 스텝 교육 (임상 및 비즈니스 기술), 서비스 수행에 필요한 상품에 대한 공급망 관리, 장비 제공, 일자리 지원, 기록 및 보고, 리퍼럴 네트워크, 휴대폰 기술 어플리케이션 (mHealth, eHealth, M4QI), 마케팅 등을 포함하고 있다.

(프랜차이즈 관리 현황) 프랜차이즈 관리는 의료의 품질, 소비자 경험, 제공된 서비스의 공평성, 추적 및 모니터링에 중점을 두고 있는 MSU BlueStar 기준에 맞추어 성과를 지원, 감독, 모니터링 및 평가를 포함하고 있으며, MSU는 빈곤층을 위한 품질 높은 서비스 제공의 형평성 및 접근성 뿐만 아니라 그들의 '빈곤등급툴(poverty grading tool)'에 의해 선정된 빈곤하고 소외된 계층을 대상으로 바우처 제공을 통해 수요를 창출하고 민간 부문을 격려하기도 한다. 또한, 저소득 계층을 대상으로 마케팅 전략을 펼치기도 한다. 2013년 2월 기준으로 420명의 프랜차이즈 가맹자가 있으며 2013년 여름 전에 80명이 추가될 계획이라고 언급되었다.

(사업의 시사점) 본 사업은 우간다 내 모자보건 관련 지원이 대부분 민간 기관을 통해서 이루어지고 있다는 점을 감안할 때, 가족계획 서비스를 제공하는 민간기관과의 협력에 있어 오랜 경험을 보유한 USAID와 협력함과 동시에 영국의 원조 성과를 확인하기 위하여 MSU에게 콘돔 및 기타 가족계획 관련 제품을 직접 지원했다는 점이 특징이라고 할 수 있다. 이 사례를 통하여 KOICA는 많은 경험을 보유한 타 원조기관과 협력함으로써 우간다 보건 분야 지원에 대한 노하우를 얻고, 또한 프로그램 내에서의 직접 물자 지원을 통해 성과도 측정할 수 있는 교훈을 얻을 수 있을 것이라고 판단된다.

<그림 2-11> DFID 대 우간다 지원 전략 및 현황



출처: 저자 작성.

2) Sida (Swedish International Development Cooperation Agency)

가) 공여기관의 전략

○ (최근 Sida의 대 우간다 협력 현황) 현재 우간다의 복잡한 상황은 Sida의 대 우간다 협력 전략에도 영향을 미치고 있다. 북쪽지방의 갈등 상황은 최근 재건 및 개발 작업과 함께 안정화 추세에 있다. 1986년부터 시작된 현 대통령 요웨리 무세베니가 2011년 재선에 성공하면서 부정부패는 점점 제도화도어가고 있는 것으로 나타난다. 현재 Sida의 개발 협력은 민주절차를 강화하고, 민간분야를 개발하며 국가적인 과학연구 역량을 증강하는 데 집중하고 있다. 2012년 10월 우간다 총리실 횡령 사건이 밝혀지면서 Sida는 우간다 정부에 대한 원조를 중단하고 횡령자금에 대한 상황을 요구한 바 있다. 횡령자금에 대한 상환 이후 Sida는 우간다에 대한 원조를 재개했으나 대부분을 시민사회기관이나 국제기구들을 통해서 지원하게 되었다. 2014년 2월에 통과된 Anti-gay 법안으로 인해 다시 한 번 정부기관에 대한 원조를 중단한 상태이며 정부와의 새로운 협의를 더 이상 진행하고 있지 않다. 다만, 연구협력 분야는 예외적으로 적용되어 지원이 계속되고 있다(Sida 홈페이지).

○ (스웨덴의 대 우간다 국가협력전략 2012) 2009-2013년 스웨덴의 대 우간다 협력전략의 목적은 민주주의 원칙과 인권(특히 여성과 아동)에 대한 존중과 향유를 증진하는데 있다. 이를 위해 다음의 4개 분야에 대해 협력하고 있다. 4개 중점 협력분야는 1)민주적 거버넌스 (평화와 안보를 포함), 2)보건 분야, 3)민간분야 개발 (국제무역과 재정시스템 포함), 4)연구 협력이다 (Embassy of Sweden, Kampala, 2012).

• (지원 규모) 인도적 지원과 스웨덴 NGO 지원을 제외하고 매년 최대 2억 6천만 SEK(한화 약 458억원을 지원할 것으로 계획한 바 있으며(Embassy of Sweden, Kampala, 2012), 본 보고서에 따르면 식수 및 위생과 에너지 분야의 지원은 이미 각각 2010년과 2011년에 종료되었으며, 분야별 지출을 아래의 표에 제시하였다. 평균적으로 민주 거버넌스, 평화 및 보안 분야에 대한 지출 및 예산이 가장

크고 보건 분야에 대한 지원 규모가 뒤를 이었다.

<표 2-6> 분야별 연간예산 (2010-2012년)

2. DISTRIBUTION OF THE ANNUAL BUDGET BY SECTORS

Distribution by sector (million SEK)	2010	2011	2012*
Health	94	66	80
Democratic governance, peace and security	81	99	100
Private sector development, trade and financial systems	38	37	45
Research cooperation	51	31	35
Water and sanitation (phase out sector)	0,5	-	-
Energy (phase out sector)	1,5	0,3	-
Total country frame	266	233	260
Humanitarian support	27	16	10
Swedish NGOs	18	16	16
Total MSEK	**311**	**265**	**286**

* Planned disbursement

출처: Embassy of Sweden, Kampala (2012). Sweden's Development Cooperation with Uganda 2012.

나) 공여기관의 보건분야 지원의 현황

○ (스웨덴의 대 우간다 보건분야 협력) 스웨덴은 1990년대 중반부터 우간다의 보건분야 시스템을 지원해 오고 있다. 스웨덴의 우간다 보건분야 협력의 목적은 빈곤층에 대한 보건의료서비스 접근성을 향상하고 HIV/AIDS 확산 감소 및 방지이다. 목적 달성을 위해 스웨덴은 우간다의 보건분야 개발전략과 국가 HIV/AIDS 계획의 이행을 지원해오고 있다. 이를 위해 공공보건의료시스템을 이용하기도 하지만 동시에 양질의 보건의료서비스에 대한 접근성을 향상하기 위해 지원하고, 정부에 대한 감시인 역할을 수행하며 건강권을 옹호하는 시민사회단체 등 정부 이외의 기관들을 통해 보건 분야 원조를 제공하기도 한다 (Sida, 2011).

○ (우선순위 분야) 우간다에서뿐만 아니라 전반적으로 성과 생식보건 및 권리(SRHR, Sexual and Reproductive Health and Rights) 증진, 그리고 모성사망의 감소가 스웨덴에 보건 분야 개발 지원에 있어서 우선순위를 차지한다.

○ (지원 형태) 2000년부터 2010년까지 Sida의 우간다 보건분야에 대한 주된 지원 형태는 크게 두 가지, 섹터자금지원(sector budget support)와 우선순위 분야에 대한 프로젝트 지원이었다.

○ (지원 규모) 스웨덴은 HSSP Ⅰ(2000/1-2004/5)와 HSSP Ⅱ(2005/6-2009/10)의 지원 기간 동안 상당한 규모의 예산 내 지원을 해온 바 있으며 섹터자금지원 규모는 매년 증가했다.

<표 2-7> Sida의 우간다 보건분야 재정지원 개요 (2000-2010년)

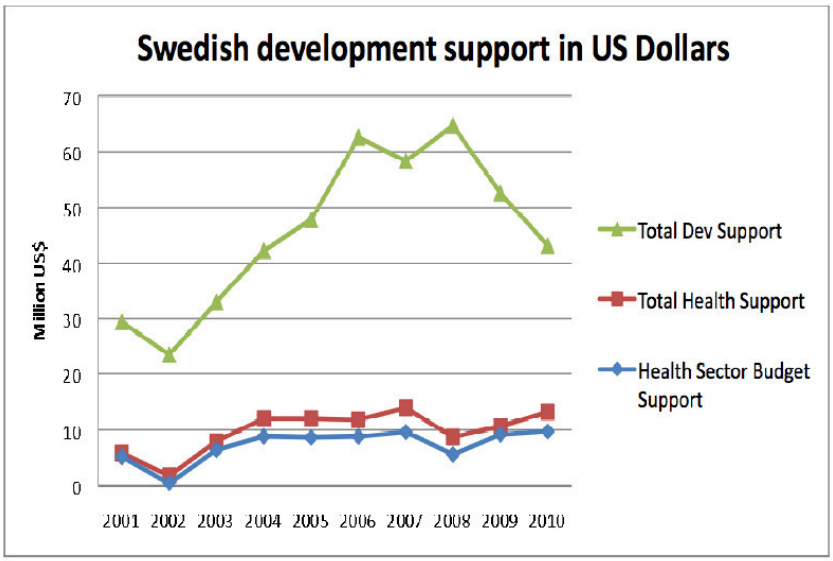
Table 1: Overview of Swedish financial allocations to the Ugandan Health Sector 2000 – 2010, disbursements and budgeted allocations (planned and actual)

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Health sector budget support disbursed	5 223	514	6 432	8 823	8 629	8 808	9 603	5 605	9 150	9 708
Health sector budget support planned	2 158 Average per year for 2000 to 2003			11 046 Average per year for 2004 to 2007				7 343 Average per year for 2008 to 2011		
Other health sector support disbursed	644	1 352	1 514	3 248	3 431	3 024	4 379	3 109	1 538	3 517
Other health support planned	1 838 Average per year for 2000 to 2003			3 452 Average per year for 2004 to 2007				2 797 Average per year for 2008 to 2011		
Health sector % total Swedish support	20%	8%	24%	29%	25%	19%	24%	13%	20%	31%

(All amounts shown in USD. USD and average exchange rates per year. Other health sector support includes all health support excluding SBS, e.g. project funding and technical assistance.)

출처: Sida (2011). Evaluation of Swedish Health Sector Programme Support in Uganda 2000-2010 (Final report).

<그림 2-12> Sida의 우간다 전체원조 중 보건분야 지원



출처: Sida (2011). Evaluation of Swedish Health Sector Programme Support in Uganda 2000-2010 (Final report).

○ (프로젝트 지원 분야) 프로젝트 지원은 주로 다음의 3개 분야에 대해서 이루어졌다. 3개의 분야는 1) 정책 및 제도적 개발, 2) HIV/AIDS 및 SRHR, 청년 지원, 3) 기술지원이다.

○ (정부와의 협력) BTC와 협력하여 우간다 보건 분야에서의 기획, 리더십 및 관리에 있어서 제도적 역량강화를 지원한다. 이는 중앙레벨인 보건부의 역량강화를 위한 지원을 포함하며, Arua와 Fort Portal 지역에 있는 Regional Referral Hospital의 역량강화를 통해 해당 지역의 하위 보건의료시설에 대한 감독 및 지원 또한 제공하고자 한다.

다) 주요 프로그램 및 프로젝트 현황

○ (비정부 액터와의 협력) Sida는 정부뿐만 아니라 다양한 시민사회단체나 국제기구 등과의 협력을 통해 우간다 보건 분야를 지원하고 있다.

(1) HIV/AIDS Civil Society Fund(CSF)

○ 다수의 공여기관이 지원하는 이니셔티브로서 5개의 공여기관과 Ugandan AIDS Commission (UAC)이 해당 펀드를 구성하는데 동의하였다. 현재 약 80개의 현지 NGO들이 지원을 받아 HIV/AIDS 관련 서비스를 효과적이고 효율적으로 전달하고 NGO 자체의 역량을 강화하기 위해 활동하고 있다 (Sida, 2011).

(2) Naguru 청소년 보건센터 사업 (Naguru Teenage Information and Health Centre, NTIHC)

○ 해당 사업은 캄팔라 내에 설치된 센터를 통해서 청소년 친화적 서비스 및 정보를 제공하고자하는 목적으로 운영된다. 주로 인식개선이나 안전한 청소년 성적행동 장려, 청소년의 성과 생식 보건에 대한 권리 옹호 등의 역할을 하며 성병 관련 서비스, HIV 진단 서비스 및 상담, 임신 관련 서비스 등 청소년을 대상으로 하는 다양한 서비스를 제공한다. 서비스 대상은 10-24세 인구그룹을 포함한다. 2011

년에서 2014년에 걸쳐 캄팔라 내 센터를 시작으로 8개의 중앙 지역들(central districts)에 센터를 설치하고 서비스를 제공하고자 노력하고 있으며, 관련 서비스를 제공하는 NGO들과 협력하고 있다 (Sida, 2011).

(3) UNFPA 협력 모성보건 서비스 프로그램

○ 우간다 북부 지방의 8개 구(district)와 카라모자(Karamoja) 지역에서 생식보건 보건의료서비스 전달을 촉진하고자 하며, 모성사망의 감소와 피임률 증가를 기대 결과로 삼고 있다 (Sida, 2011).

(4) 모성 보건 사업 (Maternal Health Project; MHP)

(가) 사업 개요

○ 본 사업의 정확한 명칭은 '우간다 농촌 지역의 권리기반 접근법을 통한 모성, 생식 보건 향상 프로그램 (Improving Maternal, Sexual and Reproductive Health through the rights-based approach among rural communities in Uganda)' 로서 축약하여 모성 보건 사업 (Maternal Health Project; 이하 MHP)이라고도 명칭한다. 해당 사업은 스웨덴 Sida가 지원하는 프로그램으로서 지원 규모는 1천8백만 스웨덴 크로나 (한화 약 30억 4,200만원)이며, 사업기간은 2010년 12월 31일 ~ 2013년 12월 31일까지 3년이다.

○ 사업을 수행하는 기관(delivery channel)은 지역NGO 연합체인 '건강권을 위한 목소리(Voices for Health Rights; 이하 VHR) 회원 기관들이 맡았으며, 사무국 역할을 담당한 우간다 국가보건소비자기구 (Uganda National Health Users'/Consumers' Organisation; UNHCO)을 포함한 9개 VHR 멤버 기관이 포함된다. 그 회원 기관의 이름은 아래와 같다.

- Health Rights Action Group (HAG)
- Action Group for Health, Human Rigths and HIV/AIDS (AGHA)

- Traditional and Modern Health Practitioners Together Against AIDS and other Diseases (THETA)
- Sickle Cell Association (SAU)
- Joyce Fertility Support Centre (JFSCU)
- Reproductive Health Uganda (RHU)
- Mental Health Uganda (MHU)
- Epilepsy Support Association Uganda (ESAU)

○ (사업 지역) 우간다 8개 구(District)내 19개 sub-county 대상: 1차 표적그룹(Primary Target Group)으로는 생식 대상 그룹 (15~49세) 사이의 여성 및 남성 커뮤니티 구성원이며, 2차 표적 그룹(Secondary Target Groups)으로는 본 사업의 의무 담당자인 지역 보건팀(District Health Teams), 보건 유닛 관리 위원회 (Health Unit Management Committees), 지역 및 국가 단위 정치인 (Politicians), 모성 생식 보건 (MSRH) 서비스 제공자, Health Worker, 마을 보건팀(Village Health Teams), 전통산파(Traditional Birth Attendants) 등이다. 또한, 청소년 및 성인 여성, 그들의 아동, 남성, 파트너, 가족 특히 모성, 생식 보건에 대한 그들의 권리를 인지하지 못하거나 담보할 수 없는 상황에 놓인 사람을 대상으로 하고 있다.

<표 2-8> 모성보건프로젝트(MHP) 사업지역

구 (District)	Sub-county	수행기관/클러스터 멤버
Oyam	Minakulu	THETA
	Aber	HAG
	Acaba	UNHCO
Nwoya	Koch goma	HAG
	Alero	AGHA
Mityana	Maanyi	MHU
	Ssekanyonyi	RHU
Mubende	Kiganda	UNHCO
	Nalutuntu	SAU / UNHCO
	Myanzi	UNHCO
Sheema	Shuuku	ESAU
	Kitagata	UNHCO
	Kigarama	RHU
Hoima	Kabwoya	UNHCO
	Kiziranfumbi	THETA
Mayuge	Baitambogwe	JFSCU / RHU
Soroti	Arapai	AGHA
	Tubur	ESAU
	Kamuda	MHU

출처: VHR(Voices for Health Rights) (2012). Maternal Health Project(MHP) Dec 2010-Dec 2013 Mid-term Review Report.

(나) 사업의 주요 요소

○ 본 사업은 우간다의 모성 사망률 감소를 목적으로 우간다 8개 구(District)내 19개 sub-county를 대상으로 하였으며, 1) 권리에 대한 인식 및 수요 증진; 2) 모성, 생식 보건 서비스 향상; 3) 의무담당자의 책무성 유지; 4) 건강권을 위한 목소리(VHR) 단체 역량 강화 등을 목표로 설정하였으며, 사업 내 주요 요소는 다음과 같다 (VHR, 2012).

○ (권리 기반의 접근법; Right-based approach) 다양한 옹호 활동을 통한 권리 인식 증진을 위해 본 프로그램에서는 모성보건 관련 정보에 노출된 사람의 수와 정책 대화 (dialogue) 참여자의 수를 조사하였을 뿐만 아니라 모성, 생식 보건 정보의 질 향상 역시 고려하였다. 배포된 정보의 주요 내용으로는 모성 보건 '위험 신호(danger signs)', 산전 건강관리 참여 및 보건 센터에서의 출산에 대한 혜택, 전통산파(TBA)에 의존하는 출산 감소에 대한 필요성, 건강권, 젠더에 기반한 폭력(gender-based violence), 남성의 참여(male involvement), 산후 조리 등이 있다. 또한, 드라마, 임신 여성 가정 방문, 커뮤니티 라디오 프로그램, 아웃리치, 정책대화, 전통산파(TBAs)에 의한 후송, 동료 교육 (부모가 그들의 경험을 동료와 공유함)등의 방법을 통하여 보건 정보의 질이 향상 되는 데 기여하였다.

○ (성과에 기반한 관리; Results-based management) Sida는 성과에 기반한 관리를 중요시하는 원조기관으로서 본 프로그램 역시 하나의 성과 목표 하에 4가지의 세부 성과 목표를 설정하였으며, 이는 다음과 같다.

<표 2-9> 모성보건프로젝트의 성과 프레임워크

성과 목표 (Results Summary=Project Goal)			
우간다 모성 사망률 감소			
[세부 성과 목표 1] 인식과 수요 증진	[세부 성과 목표 2] MSRH서비스 향상	[세부 성과 목표 3] 책무성 유지	[세부 성과 목표 4] VHR 역량 강화
대상 지역의 모성생식보건 서비스의 권리에 대한 인식 및 수요 증진	대상 지역 내 MSRH 서비스의 접근성 향상 및 높은 활용	대상 지역 내 주요 의무담당자의 MSRH 서비스 제공에 대한 책무성 유지	프로젝트의 효과적인 실행을 위한 수행 기관 VHR의 제도적 역량 강화

출처: 저자 작성.

○ (클러스터 코디네이션 구조; Cluster coordination) 본 사업은 프로젝트 사무국(UNHCO), 구(district)별로 2명의 포컬포인트 (클러스터 헤드 – sub-county와 지역 내 전반적인 코디네이션을 담당, sub-county 포컬 포인트 – 특정 sub-county 하나 만을 담당), 커뮤니티 리소스 담당자, 커뮤니티 단위의 활동가, 지역 공무원 (district officials), 보건 서비스 시행자 (health service implementers)과 중점 분야, 조직 역량, 내부 시스템 및 절차 등과 관련하여 매우 다양한 그룹으로 이루어진 수행 기관들이 포함되어 있기 때문에 효과적인 코디네이션은 성공의 핵심 열쇠이다.

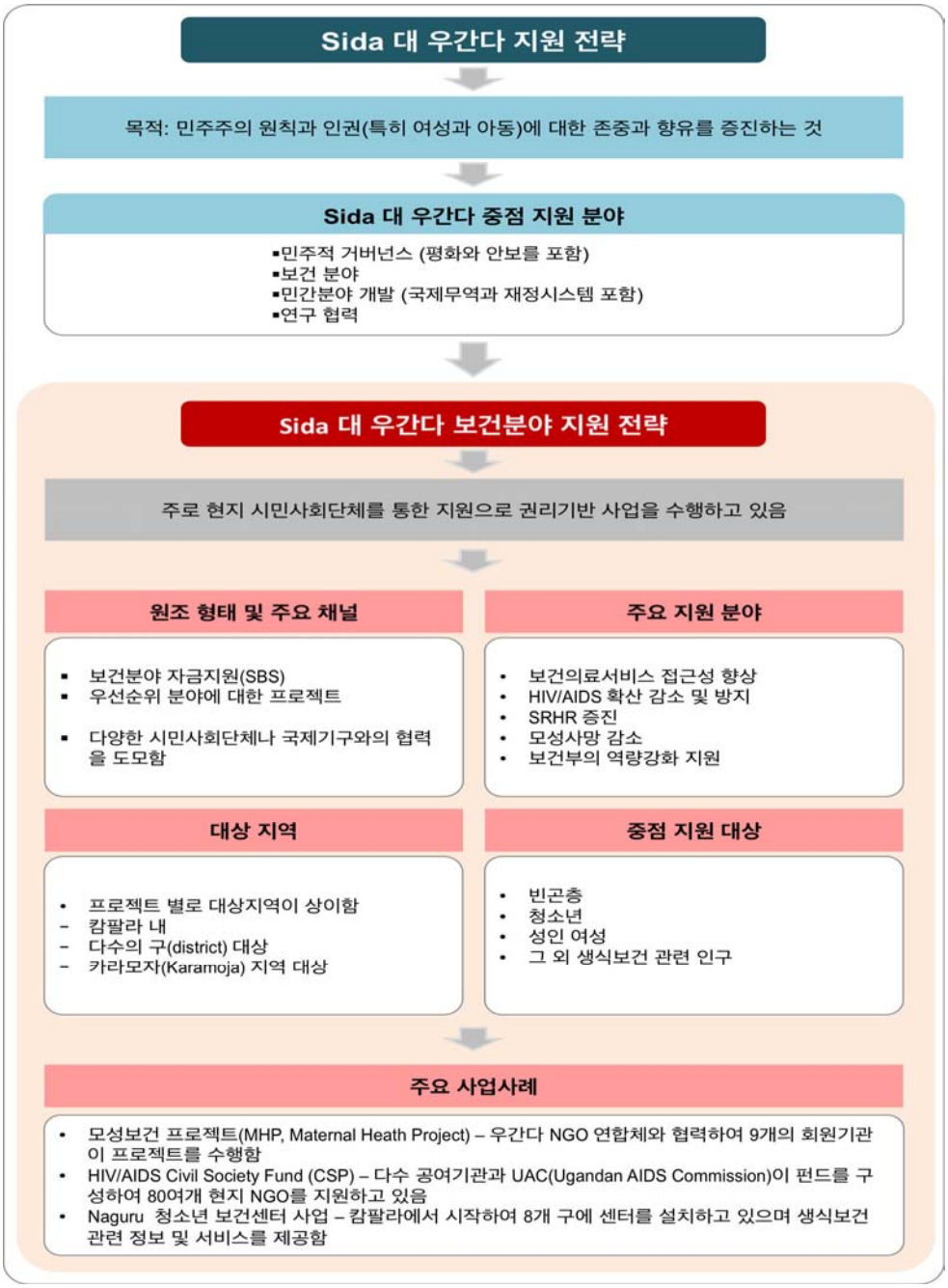
○ 본 프로젝트의 중간평가보고서에 의하면, sub-county와 지역 코디네이션 시스템이 사업 초기에 비교하여 보다 효과적으로 운영되고 있다고 평가하였다. 구(District)단위에서 focal person은 한 분기를 순환주기로 하여 매월 미팅을 소집하였으며, 첫째 달은 기획(planning), 둘째 달은 검토(review), 셋째 달은 보고(reporting)의 순서로 진행되었다.

○ 다만, 클러스터 코디네이션 메커니즘 수행 시 가장 고려해야 할 사항은 본 메커니즘을 유지하는 비용이 프로젝트 예산 내에 포함되어야 한다는 것이다. 예를 들어, 클러스터 대표(Head)와 focal person이 클러스터 코디네이션 미팅에 참석하기 위한 교통비를 개인 비용으로 충당한 것등에 대해서는 향후 예산 책정이 필요할 것이다.

○ (NGO 네트워크를 활용한 사업 실행) 본 사업은 9개의 NGO가 수행기관으로 협력하여 참여하는 형태를 가진다. 앞서 설명한 것처럼, UNHCO가 사무국 역할을 담당하고, 하나의 사업지역을 한 개 혹은 2 개 이상의 NGO가 협력하여 사업을 수행하고 있다. 해당 사업의 중간평가 보고서에 의하면, 사무국, 수행기관, 프로젝트 간의 명확한 구분과 협력관계를 수립하는 것은 시간이 소요되고 여러 가지 뼈아픈 실패들이 발생하였지만, 그럼에도 불구하고 의미 있는 작업이라고 판단하고 있다.

○ 또한, NGO들이 네트워크 형태로 협력하는 것에 있어서는 '사업의 부가가치' 대비 '관리 비용 및 시간'을 고려해볼 수 있다. 예를 들어, 한 개 지역에 2개 이상의 수행 기관이 참여할 경우, 추가적인 출장 및 추가 근무 등이 필요하게 되며 이 경우 사업 기획 및 코디네이션에 필요한 행정 스텝 수가 증가하게 된다. 그러나, 이러한 파트너십은 역량 강화 및 수평적 학습에 효과가 있을 수 있음에 본 프로젝트 목표 4번인 사업 수행기관의 역량 강화에 기여하게 된다는 점 또한 고려해야 한다. 또한, 여러 기관들이 함께 모임으로써 옹호 활동에 있어서도 더욱 큰 목소리를 낼 수 있으며, 이는 의무 담지자에게 더 큰 영향을 줄 수 있다.

<그림 2-13> Sida 대 우간다 지원 전략 및 현황



출처: 저자 작성.

3) JICA

가) 공여기관의 전략

○ (JICA의 대 우간다 ODA 지원전략) JICA의 대 우간다 ODA 지원은 빈곤퇴치에 초점을 맞추어 4가지 우선순위 분야에 대해 양자협력을 통해 이루어져 오고 있다. 4가시 우선순위 분야는 1)인적자원개발, 2)기초서비스 개선(Improvement of basic human needs), 3)경제 인프라 개발, 4)농업 개발이다 (Ministry of Foreign Affairs Japan, 2011).

- (인적자원 개발) 주로 초등교육(primary education) 이후 교육의 질을 향상하는데 초점을 맞추며, 중등 학교에서의 과학 및 수학 교육 강화 프로그램, 직업훈련 강화 프로그램들을 시행해 오고 있다.
- (기초서비스 개선) 안전한 식수를 공급하고 보건의료서비스를 개선하고자 한다. 농촌지역의 식수공급 시스템 개선 프로그램 및 보건의료서비스 증진 프로그램을 시행해 오고 있다.
- (경제인프라 개발) 지속가능한 경제 성장을 촉진하고자 한다. 육로교통 네트워크 개선 프로그램, 전력공급 시스템 강화 프로그램을 시행해 오고 있다.
- (농업 개발) 농업의 근대화를 목적으로 하며, 벼농사 증진 프로그램, 축산업 증진 프로그램, 지역 산업 활성화 프로그램을 시행해 오고 있다.

○ (JICA의 대 우간다 지원 규모) 2000년부터 2010년까지, 일본의 대 우간다 유상원조 규모는 약 277억엔(한화 약 2,800억원)이었으며, 약 200억엔(한화 약 2,020억원)이 무상원조에, 약 67억엔(한화 약 673억원)이 기술협력에 지원되었다 (Ministry of Foreign Affairs Japan, 2011).

<표 2-10> 일본의 대 우간다 우선순위 분야 지원 규모 (2000-2010년)

(단위: 1억 엔(JYP)		유상원조	무상원조	기술협력
인적자원 개발	초등교육 질 향상	-	3.64	24.60
	그 외	-	1.81	-
기초서비스 개선	안전한 식수 공급	-	25.27	3.70
	보건의료서비스 개선	-	42.73	1.13
경제 인프라 개발	지속가능한 경제성장 촉진	180.88	38.94	2.00
농업 개발	농업의 근대화	-	8.71	15.09
	그 외	-	-	-
우간다 북부 평화 증진	우간다 북부 개발	33.95	71.44	12.00
그 외	그 외	62.47	6.19	8.07
전체		277.30	198.73	66.59

출처: Ministry of Foreign Affairs Japan (2011). Country Assistance Evaluation of Uganda (Summary). MOFA, Japan. march 2011. 저자 재구성.

나) 공여기관의 보건분야 지원의 현황

○ (주요 프로그램 및 프로젝트)[6] JICA의 우간다의 보건분야 지원을 위해 보건서비스 강화 프로그램을 중심으로 프로젝트들을 수행해 오고 있다. 주로 지방단위에 있는 주요 병원 및 보건의료시설의 인프라를 개선하고 장비를 보급하여 유지 역량을 강화하는 프로젝트와 병원 내 경영 및 서비스 강화를 통해 보건의료서비스의 질을 향상하고자 하는 프로젝트를 수행한다. 2005년 동부지역(Mbare, Soroti)의 지역후송병원(Regional Referral Hospital)의 인프라 개선 사업을 시작으로 Tororo 및 Mbare 지역의 일반병원(General Hospital) 개선 사업도 시행한 바 있다. 이후 지역후송병원(Regional Referral Hospital)을 주요 사업 대상으로 지정하여 개선사업을 시행해오고 있다.

6) 2014년 2월 우간다 JICA와의 현지조사 면담. 부록 참조.

<Box 2-2> 우간다 중앙 지역의 병원 복구 및 의료 장비 공급 사업

- 프로젝트 명: 우간다 중앙 지역의 병원 복구 및 의료 장비 공급 사업 (Project for the Rehabilitation of Hospitals and Supply of Medical Equipment in the Central Region in Uganda)
- 프로젝트 기간: 21개월
- 프로젝트 유형: 프로젝트
- 집행 담당기관: 우간다 보건부

(사업개요) 본 사업은 우간다 중앙 지역(Masaka, Mubende 시)의 병원 복구 및 의료 장비를 공급하는 사업으로서 우간다 보건부 산하 Clinical Services, Health Infrastructure Division에서 수행하고 JICA가 지원하는 형태로 진행된다. 총 사업 기간은 21개월이며, 사업 대상은 Masaka Regional Referral Hospital의 경우, Masaka 지역 외 주변 4개 지역 인구를 포함하여 약 150만 명, Mubende Regional Referral Hospital은 Mubende 지역 외 주변 5개 지역 인구를 포함하여 약 130만 명이다.

(사업의 목적) 사업의 목적은 병원 시설 및 장비와 지역 의료 소개 시스템(local medical referral system)을 향상시킴으로써 병원의 기능과 의료 서비스의 품질을 강화하는 데에 있으며, 실질적인 사업 내용으로는 2개의 지역 병원에 각각 의료 시설 및 장비를 제공하는 것이다. 구체적으로Masaka Regional Referral Hospital에는 외래환자를 위한 새로운 시설과 응급 센터 건물, 수술실 및 실험 건물과 관련 시설, Mubende Regional Referral Hospital에는 외래 환자와 수술을 위한 건물, 응급 및 분만실 건물, 남성 전용 병동, 관련 시설을 지원하며 새로운 건물에 설치될 의료 장비의 조달 역시 포함하고 있다.

(특징점 1: Regional Referral Hospital 인프라 개선)[7] JICA는 2005년 동부지역(Mbare, Soroti)에서 Regional Referral Hospital(이하 RRH) 인프라 개선 사업을 Tororo와 Mbare에서 General Hospital(이하 GH) 개선사업 역시 수행하였다. 그러나 GH의 경우, 물과 전기 등의 공급이 항상 불안정하며 지방 정부에 의해 운영되므로 인프라 사업 이후 지속적 운영 및 관리에 어려움을 겪게 됨에 따라, GH가 아닌 RRH의 인프라를 개선하는 것으로 방향이 수정되었다.

(특징점 2: 기술협력과의 연계) JICA는 병원 시설 복구 및 의료 장비 지원뿐만 아니라 해당 병원의 의료 장비, 운영 및 유지 관리 강화와 의료 스텝의 의료 장비 사용 및 유지 능력 향상을 위하여 기술 협력의 요소를 추가하였다. 이는 현지 스텝들의 장비 사용에 대한 교육이 충분치 않으며, 응급 상황에서의 경험 혹은 새로운 기술을 필요로 하는 장비의 사용을 상대적으로 망설인다는 문제에 근거하여 운영 및 유지를 위한 역량 강화가 필요하다는 우간다 정부의 요청이 있었기 때문이다. 기술 협력에 대한 세부 활동들은 아래의 표와 같다 (JICA, 2009).

<표 2-11> 기술 협력 활동 내용 (투입 계획)

항목		투입 계획	교육생
지속가능한 장비 유지 시스템 수립	의료 장비 관리 시스템의 명확화 (직원, 지휘 계통)	장비 유지 세미나 관련 수행 및 후속조치	보건부 인프라 부서, 중앙 workshop의 기술자, 대상 병원 스텝(관리: 의료 시설장, 시설장, 수간호사)
	병원과 보건부 중앙 workshop 간의 협력 시스템 수립	장비 유지 세미나 관련 수행 및 후속조치	보건부 인프라 부서, 중앙 workshop의 기술자, 대상 병원 스텝(관리: 의료 시설장, 시설장, 수간호사)
	임상 분야 내 장비 운영 관련한 재교육 계획 실행 고려	장비 유지 세미나 관련 수행 및 후속조치	보건부 인프라 부서, 중앙 workshop의 기술자, 대상 병원 스텝(관리: 의료 시설장, 시설장, 수간호사)
의료 장비 담당 스텝의 장비 사용 및 유지 능력 강화	운영 및 유지 방법의 소개	일별 장비 유지 세미나 관련 수행 및 후속 조치	보건부 인프라 부서, 중앙 workshop의 기술자, 대상 병원 스텝(관리: 의료 시설장, 시설장, 수간호사, 유지 워크숍 기술자)
		임상 분야 내 장비 사용 세미나 관련 수행 및 후속 조치	대상 병원 의료 스텝, OPD 의료진, 선임 간호사, 의료 기술자, 수술실(의사, 마취 담당), 임상 담당자 (의료 기술자), 산부인과 의사 등

출처: JICA (2009). Preparatory survey report of the project for the rehabilitation of hospitals and supply of medical equipment in the central region of Uganda in the Republic of Uganda.

7) 2014년 2월 현지조사 JICA 면담 결과. 부록 참조.

8) 2014년 2월 현지조사 면담결과. 부록 참조.

(특징점 3: 5S 종합 품질 관리 방법 활용) 사업 품질 관리를 위해 5S (Sort, Set, Shine, Standard, Sustainable) 기법을 환자 기록 개선 등 다방면에 활용하고 있다. 다음의 표는 5S의 세부 항목을 설명하고 있으며, 활동 사례의 Tororo General Hospital 환자 만족도 조사에서는 5S를 활용한 품질 관리에 대한 긍정적인 결과를 나타냈다.

<표 2-12> 5S 세부 항목

항목		내용
S1	Sort (분류하다)	근무 장소에서 필요한 아이템과 불필요한 아이템을 구분하고, 불필요한 것들은 제거함으로써 필요한 아이템만을 유지함. Red Tag 전략은 S1을 위한 기초 활동으로 볼 수 있음.
S2	Set (설정하다)	효율성에 중점을 두고 툴, 장비 등을 업무 흐름이 증진되는 방향으로 정비함. 예를 들어, 툴과 장비는 사용될 장소에 구비되어 있어야 함 (장소의 경계와 표지)
S3	Shine (빼어나다)	체계적인 청소 혹은 업무 장소를 항상 깨끗하고 깔끔하게 유지할 필요성을 의미함. 중요한 것은 본 업무가 일상 업무의 부분으로 포함되어야 한다는 것.
S4	Standardize (표준화하다)	표준화된 업무는 일관적이고 표준화된 방식으로 수행되며, 각 구성원이 위에 언급된 3S를 유지하기 위해 각자의 책임을 인지해야 함. 표준화된 절차의 문서화 또한 중요한 이슈임.
S5	Sustain (지속하게하다)	규정 준수를 자동화 하는 것으로 기준을 유지 및 검토하는 것을 언급하는 것. 위의 4S가 수립되는 즉시, 조직이 운영되는 새로운 방법이 되는데, 이와 같은 방법이 원활히 운영될 수 있도록 하는 데 중점을 두고 있음.

출처: Hasegawa & Karandagoda (2011). Change Management for Hospitals through Stepwise Approach, 5S-KAIZEN-TQM.

<활동 사례> 5S 시행 후의 우간다 환자 만족도 조사

우간다의 Tororo General Hospital은 JICA Asia-Africa Knowledge Co-Creation Program (AAKCP)로 선정된 시범 병원으로서 2007년 8월부터 5S 활동을 수행하기 시작하였다. 5S 방법이 실시된 지 2년 후, 병원 관리팀은 외부 환자들이 해당 방법을 적용한 후의 병원의 변화를 어떻게 인지하고 있는지 병원을 방문한 환자 104명에게 조사하였다.

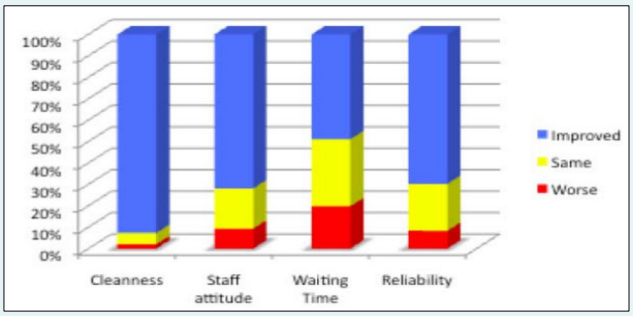
조사 질문은 아래와 같다.

1. Tororo 병원의 보건 서비스에 대해 어떻게 생각하십니까?

2. 과거와 비교해 볼 때, Tororo 병원에 변화가 있었다고 생각하십니까?

3. 2번 문항에 '네' 라고 답하신 경우, 어떠한 변화가 일어났는지 간단히 설명해주시겠습니까?

<그림 2-14> 환자 만족도 조사 결과



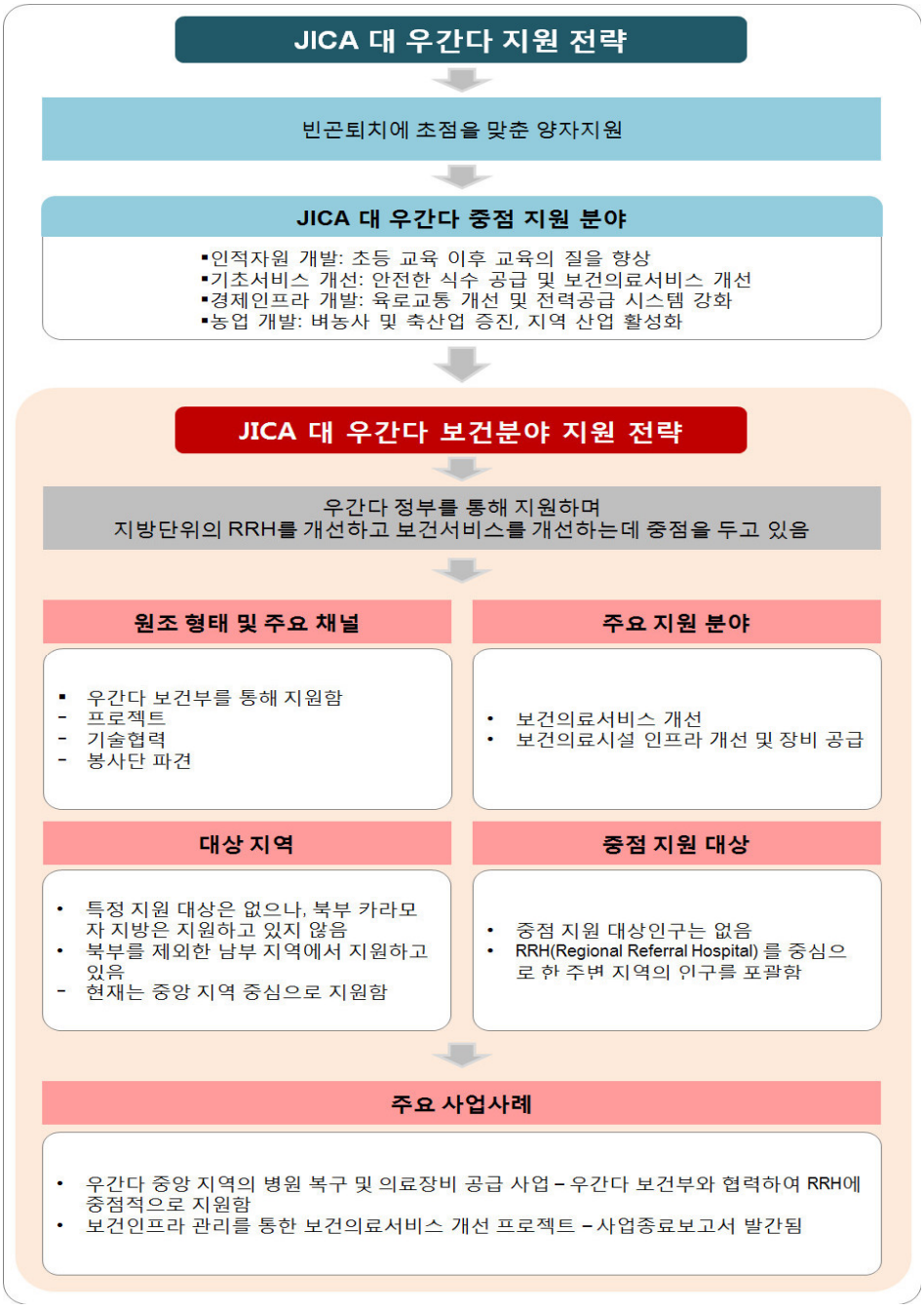
(출처: Hasegawa & Karandagoda (2011). Change Management for Hospitals through Stepwise Approach, 5S-KAIZEN-TQM)

본 질문에 대하여 응답자 중 71%가 Tororo 병원 보건 서비스에 만족하고 있다고 답하였으며, 또한 90%가 좋은 방향으로의 변화가 있었다고 대답하였다. 변화의 내용에 대해서는 95%가 병원 시설의 청결 상태 향상, 73%는 스텝의 태도 향상, 50%는 대기 시간 감소를 들었으며, 그 중 71%는 보건 서비스의 신뢰성 향상을 들었다 (Hasegawa & Karandagoda, 2011).

(사업 시 주요 고려 사항) 올바른 운영과 유지를 위해 제안된 예산을 담보함으로써 시설과 장비가 좋은 상태로 지속적으로 유지될 수 있도록 해야 하며, 새로운 시설 내 의료 스텝에게 충분한 교육이 제공되어야 한다. 또한, 의료 장비의 보수 유지 비용을 예산에 담보함으로써 갑작스런 장비 고장이 신속하게 처리될 수 있도록 해야 한다. 따라서, 장비의 내용 년수를 고려하여 새로운 장비를 구입하기 위한 준비금(a reserve fund)에 대한 계획이 필요하다. 효율적 관리에 기초하여 병원을 지속적으로 운영하기 위해서는 재정 및 예산 계획이 수립되어야 하는 것이 중요하며, 재정 상황과 병원 운영 결과에 대해 잘 인지하는 것이 필요하다. soft component system 하의 기술 지도(technical guidance)는 병원 시스템 유지 향상을 위해 계획 되어야 한다. 2개 병원의 의료 장비 유지 스텝과 보건부 내 관련 인력이 기술 지도를 받는 동안 교육 코스를 참석할 수 있도록 계획해야 함. 이 때, 강사의 선택이 매우 중요한 요소이다.

(시사점)[8] 본 사업을 통해 JICA는 우간다의 보건부와 협력하여 중앙 수준에서 관리되고 있는 RRH의 인프라를 개선함으로써, 추후 지속적 운영 및 관리가 GH의 경우에 비해 더욱 보장받을 수 있게끔 하였다. 또한 기술협력과의 연계를 통해 사업의 효과성 및 종료 이후 효과의 지속성을 높이고자 하였다. JICA가 품질관리를 위해 사용하는 고유의 기법인 5S 기법을 도입하여 인프라 개선뿐만 아니라 추후 병원 운영의 관리를 지원하고자 하였다. JICA는 이러한 인프라 개선 사업을 최근 원조가 집중되고 있는 북부 지역이 아닌, 상대적으로 원조가 소외되고 있는 우간다 중앙 및 동부 지역에서 시행하고 있으며, 그 대상을 RRH들로 한정함으로써 효과성을 증진하고자 하였다. 그러나 RRH들이 개선될지라도 하층위에서 기능을 해야 하는 DH나 그 이하 보건소들이 제대로 작동하지 못 할 경우에는, 후송체계를 통한 환자 이송이나 체계적인 서비스 전달이 어려울 수 있다. 향후 병원 및 보건의료시설의 인프라 개선 사업을 기획하고 이행하고자 하는 경우에, JICA와의 협력을 통해 같은 지역 내에서 RRH와 연계될 수 있는 다른 층위의 DH 혹은 보건소에 대한 개선 사업을 시행함으로써, 우간다 보건의료서비스 전달체계를 더욱 효과적으로 강화할 수 있는 협력 사업을 기획해 볼 수 있다는 시사점을 제공한다.

<그림 2-15> JICA 대 우간다 지원 전략 및 현황



출처: 저자 작성.

다. 다자기구 (Multilateral organisations)

<요약. 우간다의 보건분야 다자기관의 전략 및 특징>

- (다자기구 고려사항) Global Fund나 IDA, GAVI 등이 우간다 보건 분야의 주요 다자기구이지만, 이들이 주로 하는 HIV/AIDS나 결핵, 말라리아 및 예방접종 사업보다는 모자보건 프로그램을 중심으로 시행하는 UNICEF를 통해 같은 분야에서 향후 한국의 지원 시 지원 방향 및 형태 등에 대한 정보를 얻고자 하였음.

- (UNICEF의 보건 전략과 사업의 특징) 현재 2010-2014년 국가협력 프로그램을 기반으로 프로그램을 이행하고 있으며, 전체 프로그램 예산규모 중 보건 및 영양 분야에 31.2%에 해당되는 7,498만 불을 지원하고 있음. 크게 모성 및 신생아 보건 분야 및 관련분야의 정부 전략 및 프로그램을 지원하고, 보건의료시설 및 지역사회에 대한 지원 및 파트너십을 증강하며, 가족들이 아동의 주요 질병 및 영양관리를 관리할 수 있도록 지원하는 등 영양 및 위생 증진을 위해 지원하는 한편, 주된 보건의료물자들의 효과적 조달 및 분배, 관리를 위한 정부의 역량을 강화하도록 하고 있음.

1) UNICEF

가) 다자기구의 전략

○ (UNICEF-우간다 국가협력 프로그램 2010-2014) UNICEF와 우간다 사이 2010년부터 2014년까지 이행되어 온 프로그램은 아동, 특히 취약계층 아동이 생존이나 개발, 보호 및 참여에 있어서 그들의 권리를 주체적으로 인식하고 행사할 수 있도록 지원하는 것을 목적으로 한다 (UNICEF, 2010).

○ (프로그램 구성요소) 프로그램의 구성요소는 보건 및 영양, 식수 및 위생(WASH, Water, sanitation and hygiene), 아동과 AIDS, 기초교육, 아동 보호, 사회 정책 및 평가이다.

○ (프로그램 예산 규모) 2010년에서 2014년에 걸쳐 총 약 2억 4천불의 예산을 지원하고 있으며, 전체 프로그램 중 보건 및 영양 분야가 7498만불(31.2%) 지원으로 가장 큰 규모를 차지하는 것으로 나타났다. 다음으로는 식수 및 위생분야가 4512만불(18.8%)을 지원하며 다음으로 큰 규모를 차지했다.

<표 2-13> UNICEF 우간다 국가협력 프로그램 2010-2014년 예산 개요

The country programme, 2010-2014

Summary budget table

	(In thousands of United States dollars)		
Programme	*Regular resources*	*Other resources*	*Total*
Health and nutrition	27 381	47 600	74 981
Water, sanitation and hygiene	19 643	25 480	45 123
Basic education	15 774	16 500	32 274
Child protection	15 714	14 286	30 000
Social policy and evaluation	3 857	3 000	6 857
Children and AIDS	15 619	19 400	35 019
Cross-sectoral costs	8 452	8 624	17 076
Total	**106 440**	**134 890**	**241 330**

Note: Other resources do not include emergency funds, which will be raised when needed.

출처: UNICEF (2010). Uganda Country Programme Document 2010-2014.

○ (보건 및 영양) 보건 및 영양에 대한 지원은 우간다의 보건 정책과 HSSP의 프레임워크 내에서 다음과 같이 시행되도록 하고 있다. 1)예방접종이나, 말라리아, 급성호흡기감염, 설사, 영양부족, 모성 및 신생아 보건의 분야에 있어 정부 전략 및 프로그램을 지원 2)보건의료시설 및 지역사회에서 예방 및 치료 서비스에 대한 커버리지를 확대할 수 있도록 자원의 활용과 파트너십을 증강 3)가족들이 말라리아 및 설사, 급성호흡기감염을 예방하고 관리할 수 있도록 지원하고 정보 및 기술, 재원, 물품에 대한 접근을 통해 아동에 대한 영양 보급과 보건 및 위생을 증진할 수 있도록 지원 4)주된 보건의료 물자들을 효과적으로 조달 및 분배, 관리할 수 있는 정부의 역량 강화.

○ (Keep Children Alive, Safe and Learning) UNICEF는 우간다에서 우간다 정부 및 파트너들과 함께 'Keep Children Alive, Safe and Learning' 프로그램을 시행해오고 있다. 이 프로그램들을 통해 UNICEF는 아동과 여성이 건강한 삶을 누리고 폭력이나 착취로부터 보호받으며 아동이 양질의 교육을 적기에 받을 수 있도록 지원하고자 한다.

<Box 2-3> UNICEF Uganda INNOVATIONS

Keep Children Alive, Safe and Learning 프로그램 내에서 UNICEF INNOVATIONS와의 협력 하에 다양한 기술들을 접목하여 실행하는 프로젝트들을 소개하고자 한다.

UNICEF 우간다 사무소는 정부 및 민간분야 기업들, 현지 NGO들과 긴밀하게 협력하며 우간다 아동을 'alive', 'safe', 'learning' 하게 하기 위한 개혁을 발전시키고 실행하고자 하며 T4D(Technology for Development) 부서의 지원을 받고 있다. 이러한 개혁적인 솔루션들은 기초적인 휴대전화나 문자 메세지 전송과 같은 접근이 가능하고 실제로 이용되는 기술들을 사용하여 보건소 의약품 재고를 추적하거나 지역사회 보건의료서비스의 질에 대한 정보를 공유하고, 아동 출생을 빠르게 등록하고, 정부가 서비스 전달을 더 효과적으로 이행할 수 있도록 하는 계획을 만드는 데 더 수월하게 할 수 있도록 돕는 역할을 한다. UNICEF 우간다 사무소는 국가적으로 가장 전도유망한 개혁을 찾아내고, 시험하고 확산하는 역할을 하며 다음과 같은 목적 및 기능을 수행하고자 하고 있다. 첫째, 정부가 기초적인 보건 및 보호, 교육 서비스를 전달하는 것을 개선하도록 지원하며, 둘째, 지역사회를 지원하고 취약 아동이나 청소년들이 정보 및 사회서비스에 접근할 수 있도록 지원하며, 셋째, 특히 청소년을 포함한 우간다 국민이 그들의 지역사회를 개발하는데 적극적인 역할을 수행할 수 있도록 장려하는 기능을 하고자 한다.

이 세 가지 목적 및 기능은 다음의 다양하고 실용적인 기술들을 적용한 보건 프로젝트 및 활동들을 통해 달성되도록 하고 있다.

- (MobileVRS) 이는 우간다 내 출생등록을 개선하기 위한 프로젝트이다. 현재 우간다에서는 5명 중 1명의 출생아만이 등록되고 있으며 등록되지 않은 아동은 아동노동이나 조혼 등의 위험에 더 쉽게 처하며 제대로 보호받지 못하고 있는 실정이다. UNICEF와 우간다 텔레콤(Uganda Telecom)은 정부가 모바일 의료기록 시스템(MobileVRS, Mobile Vital Record System)을 시행하도록 지원하고 있다. 휴대전화 기술을 이용하여 보통 몇 달씩

걸리던 출생등록 과정을 몇 분 내에 완료할 수 있는 것이 핵심이다.

- (Information Access Points) 우간다는 빈곤층이나 취약아동 및 청소년의 보건 및 안전, 교육, 직업 등에 대한 정보 접근성을 개선하고자 rugged 태양광에너지 컴퓨터 키오스크를 설치하였다. 금속 드럼 등의 간단한 재료들을 이용하였으며, 사람들에게 무료로 제공되고 있다.

<그림 2-16> MobileVRS의 출생등록양식

K.No.....

FORM K. 0.5A(1)

REG.No: 130143DcK3dp8e

THE REPUBLIC OF UGANDA

SHORT BIRTH CERTIFICATE

The Birth And Death Registration Act, Cap 309

SURNAME	OTHER NAMES
AYEBARE K	FRANKLIN

DATE OF BIRTH	SEX	BORN IN GOMBOLOLA / SUB-COUNTY OF	COUNTY	DISTRICT
2006-03-17	FEMALE	KISORO TOWN COUNCIL (KISORO HOSPITAL)	BUFUMBIRA	KISORO

NAME OF FATHER	NATIONALITY OF FATHER	NAME OF MOTHER	NATIONALITY OF MOTHER
ASIIMWE KALEKEZI FRANK	Ugandan	KYOHEIRWE ASIIMWE GRACE	Ugandan

Issued on: 2013-04-12 11:58:33

By:
Registrar of births and deaths

출처: http://www.devtrac.ug/node/12395

<그림 2-17> Information Access Points

출처: http://www.dwell.com/event-spotlight/slideshow/design-other-90-cities#9

- (RapidSMS) RapidSMS는 우간다의 VHT(Village Health Team)이 SMS(문자메세지)를 통해 질병 발생이나 임신율, 영양부족 상태 등의 지역사회 보건 이슈들에 대해 실시간으로 보고할 수 있게끔 하는 시스템이다. 문서로 건강 및 의료기록을 작성하는 것에 비해 Vital information을 전달하는 시간을 대폭 축소하고 정부가 관련 기관으로 하여금 더 빠르게 대응할 수 있도록 한다.

- (RapidSMS) 다른 형태의 RapidSMS는 필수의약품의 공급을 실시간으로 모니터링하고자 하는 목적에 의해 시행된다. 우간다의 북동쪽 지역 내 보건소들에서 6개의 필수 의약품

의 재고가 매달 유지될 수 있도록 FIND Diagnostics라는 NGO가 2010년 초반 굴루(Gulu)와 카발레(Kabale) 지역에 파일럿 프로그램을 도입하여 보건의료시설 직원들이 항말라리아제 등의 필수의약품의 재고현황을 실시간으로 업데이트 하는 등 SMS를 통해 주별 정부 보고서를 제출하도록 하였다. 현재 UNICEF 우간다 사무소와 보건부, FIND Diagnostics가 협력하여 우간다 내 다른 지역에서도 같은 프로그램을 적용하고자 하고 있다.

- (DevTrac) UNICEF와 몇몇 파트너들은 지식관리툴인 DevTrac을 개발하여 사회 경제적 현황, 정부 서비스, 개발 프로젝트들에 대한 데이터를 현장에 있는 이해관계자로부터 직접 수집해 정보를 통합하여 이를 대중에 공개할 수 있도록 하고 있다.

- (Ureport) Ureport에는 700명 이상의 보이·걸 스카우트들이 참여하고 있으며, 국가 전반적으로 지역사회 내에서의 보건 및 개발 이슈를 보고할 수 있도록 되어 있다. 청소년 리포터들이 저비용을 지역사회로부터의 실시간 정보를 직접 전달함으로써 기존의 전통적인 보고 방식을 대체하기도 하고 있다.

- (Monitoring the Quality and Safety of Schools using SMS) 교육부와 UNICEF가 협력하여 교육 분야 내에서 활동하는 종교기반기관이나 학교관리위원회 등 다양한 참가자들이 정부에게 교사의 결근이나 학교폭력, 교과서 사용 등에 대한 이슈에 대해 SMS를 통해 보고할 수 있도록 하는 시스템이다.

UNICEF 우간다 사무소의 위에 소개된 일련의 mHealth 및 eHealth 등 ICT를 접목한 프로젝트들을 통해 효과적으로 서비스를 전달하고 지원하고자 하고 있으며, 이를 통해 향후 ICT 활용한 프로젝트 수행시 도움이 되고자 한다.

출처: UNICEF (2012). UNICEF in Uganda: Keeping Children Alive, Safe, and Learning.

<Box 2-4> 분만 쿠션(Birth Cushion)의 개발 및 활용

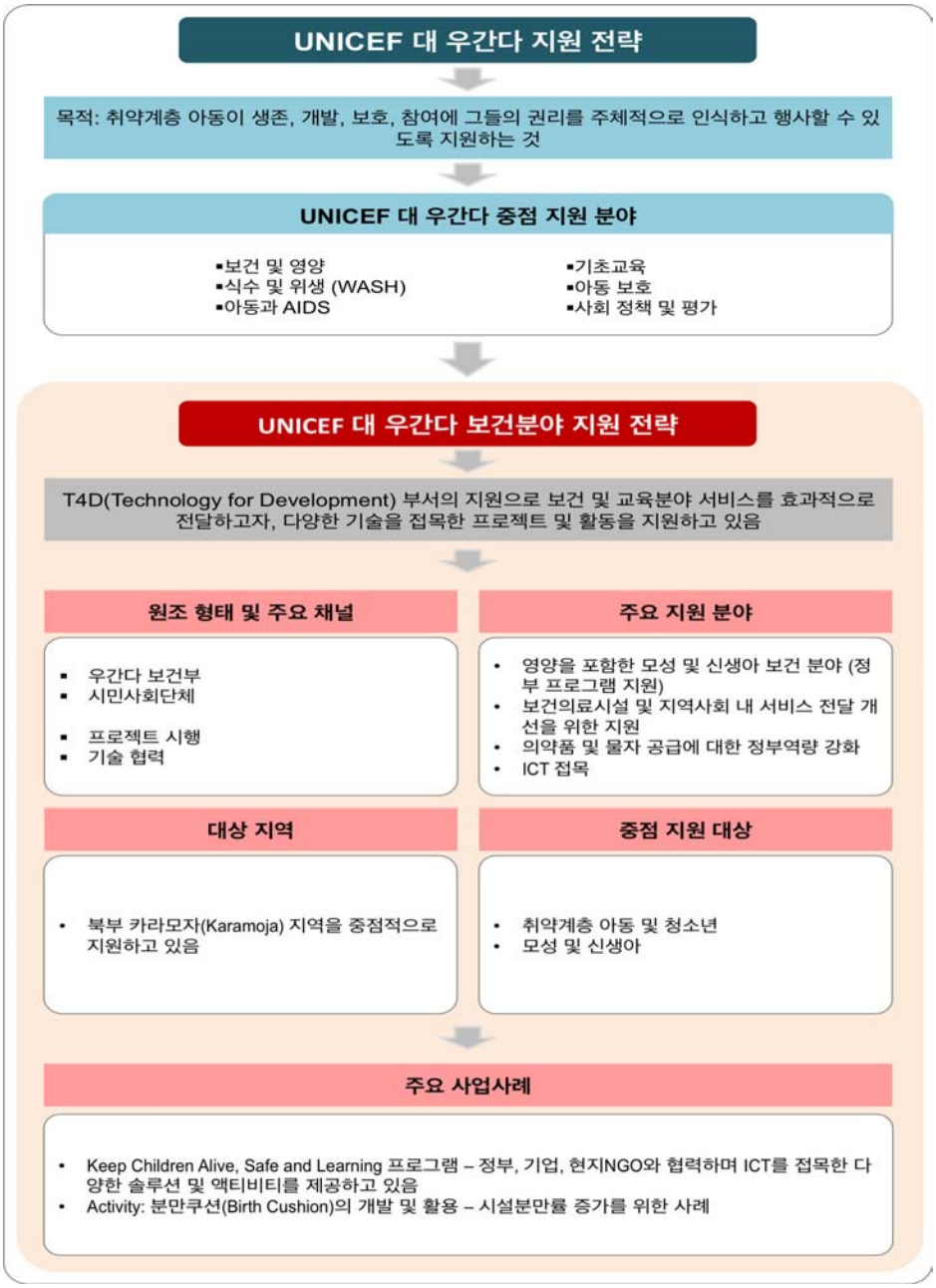
우간다 북쪽에 위치한 카라모자 지역에서는 19%의 여성만이 보건소에서 분만하고 있다. 전통적으로 대부분의 임산부들이 집에서 무릎을 꿇거나(in kneel down) 쪼그려 앉은 자세(squatting position)로 분만해오고 있다. UNICEF는 문화적으로 여성들에게 받아들여지는 형태의 분만 쿠션을 이용하여 보건소에서 이용될 수 있도록 하고 있다. 대부분의 여성들이 실제로 외과적인 자세(lithotomy)와 분만 쿠션 이용 중 분만 쿠션을 이용하는 것을 선호하고 있다. 모로토(Moroto) 지역의 나둔게트(Nadunget) HCⅢ에서는 분만 쿠션을 이용한 변형된 스쿼팅(Squatting) 자세의 분만이 이루어지고 있기도 하다. 또한 분만 쿠션은 곧바로 모유수유나 캥거루 마더케어, 즉각적인 태반 추출을 위해서도 유용하게 쓰여진다. 분만 쿠션의 이용을 통해 임산부들에 대한 보건소 이용을 높여, 산후관리와 HIV/AIDS 테스트의 기회를 높이고자 하고 있다.

<그림 2-18> 분만 쿠션의 모습과 이용 방법

본 사례는 모성 보건 증진을 위해 실질적으로 반영될 수 있는 사업의 요인 및 도구를 개선함으로써 모성의 보건의료시설 이용률을 높이고 이에 수반되는 서비스들을 적극적으로 제공함으로써 관련 보건분야을 개선하고자 하는 사례로서, 향후 모자보건 사업의 이행 시 현지에서 비교적 쉽게 적용할 수 있는 방법으로 볼 수 있다.

출처: 2014년 2월 현지조사 수집자료(UNICEF). Birth Cushion 소개 자료.

<그림 2-19> UNICEF 대 우간다 지원 전략 및 현황



출처: 저자 작성.

3. 민간부문 보건분야 협력사례

<요약. 우간다의 보건분야 민간부문 지원 특징>

- (민간부문 지원사례 고려사항) 우간다 정부의 책무성 및 투명성 이슈로 인해 기존의 정부 지원이 시민사회단체를 통해서 전달되고 있으며, 보건 분야 지원에서 시민사회단체들을 포함한 민간부문은 점점 더 중요한 역할을 하고 있음. 공여 기관 및 타 시민사회단체들과 긴밀하게 협력해 오고 있는 UNHCO(Uganda National Health Consumers' Organisation)을 통해 파트너십에 대한 교훈을 얻고자 하였음. RHU(Reproductive Health Uganda)는 특히 역량을 갖춘 것으로 인정된 현지 NGO로서 우간다의 가장 주된 보건 문제 중 하나인 가족계획 및 생식보건 분야에 대해 직접 서비스를 제공하고 사업을 수행하는 과정을 살펴봄으로써 추후 한국의 우간다 내 민간부문과의 협력방향을 정보를 얻고자 하였음.

- (UNHCO 사업의 특징) UNHCO는 보건부의 정책 결정에 영향력을 미치는 동시에 현지 NGO들을 중재하여 프로젝트를 이끄는 역할을 하기도 함. 프로그램 및 프로젝트를 시행하는 것과 더불어 평가 및 모니터링, 재정 및 행정, 문서화 및 홍보 기능을 적극적으로 제공함으로써 사업의 효과성을 증진하고자 함.

- (RHU 사업의 특징) 생식보건 및 가족계획 서비스를 제공하는 대표적인 NGO로 기존의 우간다 가족계획협회로 알려져 있음. 전국적으로 클리닉 네트워크를 갖추고 클리닉을 통해 대부분 무료 서비스를 제공하고 있으며 지역단위의 공공 보건의료인력과 긴밀하게 협력하고 있음. 5개의 우선순위 분야인 청소년, AIDS, 낙태, 접근성, 옹호 분야에서 프로젝트들을 시행하고 있음.

가. 사례1: UNHCO (Uganda National Health Consumers' Organisation)

1) UNHCO 소개 및 전략

○ (UNHCO의 비전과 미션) 비전은 보건의료시스템이 모든 사람들이 그들의 건강권을 향유할 수 있도록 하는 것이며, 미션은 보건의료 분야의 기획과 전달에 있어서 citizen-duty bearer의 의미 있는 참여를 통해 우간다 보건 분야에서 권리기반 접근의 시행과 완전한 통합을 증진하는 것으로 하고 있다 (UNHCO, n.d).

○ (UNHCO의 핵심가치 및 원칙) UNHCO는 우수성을 달성하기 위한 팀워크, 통합성, 배움, 시간 관리를 핵심가치로 삼고 있다. 또한 책무성과 투명성, 모든 레벨에서의 건설적인 참여, 파트너십과 네트워킹, 질 관리, 형평성과 비차별, 참여, 상호의존성을 지켜야 할 원칙으로 삼고 있다.

○ (Strategic Plan 2012-2017) UNHCO는 2012-2017년도 전략을 통해 다음 4가지를 전략적 목표로 삼고 있다. 1) 입법적·정책적 프레임워크가 모든 국민의 건강권을 보장할 수 있도록 하며, 2) 양질의 보건의료서비스를 전달하는데 있어 책무성 및 투명성을 향상하도록 하며, 3) 대상인구의 비건강 및 사망을 예방할 수 있는 조치를 취할 수 있도록 하고, 4) UNHCO의 강화된 권한을 전달할 수 있도록 제도적 역량을 강화하는 것이다. 위의 목표들을 달성하기 위해 UNHCO는 프로그램 및 프로그램 지원과 관리라는 두 갈래로 전략을 시행하고자 하였다.

- (프로그램) UNHCO는 4가지 프로그램 분야에 대해서 해당 대상인구에 혜택을 직접 전달할 수 있도록 한다. 4가지 프로그램은 1)건강권에 대한 옹호, 2)보건에 대한 사회적 책무성, 3)보건에 대한 사회적 동원, 4)보건에 대한 역량 강화를 포함한다.

- (프로그램 지원과 관리) UNHCO는 프로그램의 시행과 더불어 전략적 계획을 효과적으로 이행하고 감독할 수 있도록 하는 기능들을 충분히 지원하고자 한다. 해당 기능들은 대상인구에서 직접 서비스나 혜택을 제공하는 것은 아니지만 4가지

프로그램이 대상인구에서 전달되고 효과적으로 작동할 수 있도록 지원하는 역할을 한다. 1)모니터링 및 평가, 2)재정과 행정, 3)커뮤니케이션과 문서화 및 홍보를 통해 프로그램을 지원하고 관리한다.

- (범분야 이슈) UNHCO는 HIV/AIDS 및 젠더, 장애, 소외계층을 범분야 이슈로 선정하고 프로그램의 시행 및 평가나 내부절차에 반영하고자 노력하고 있다.

- (재정 규모) 2012년부터 2017년까지의 전략의 이행하는데 있어 약 250억 UGX (우간다실링)가 필요할 것으로 책정하였으며, 공여 파트너인 DFID 및 Sida, WHO, 보건부, World bank, FOSI, CORDAID, R4D-TAP, RATN, SASA, DSW 등에 의해 지원되도록 하고 있다. 이 밖에도 UNHCO는 재원을 다양화하고자 국내외적으로 새로운 원조파트너를 모색하고 있으며, 소득 창출 활동이나 멤버십을 통한 지역 내 이니셔티브를 통해 내부 재정에 대한 역량을 강화하고 재정 독립성을 강화하고자 노력하고 있다.

<Box 2-5> 마니 지역에 두 번째 조산사가 생기다!
(Maanyi community Gets a Second Midwife)

본 사례는 앞서 언급된 Sida가 지원한 모성보건 프로그램(MHP, Maternal Health Programme)을 통한 성공사례 중 하나로 프로그램의 기본 정보는 다음과 같다.

- 프로그램 명: 모성 보건 사업(MHP, Maternal Health Programme)
- 프로그램 기간: 2010년 12월 31일 - 2013년 12월 31일 (3년)
- 프로그램 예산규모: 1천 8백만 스웨덴 크로나 (한화 약 20억 4,200만원)
- 프로그램 유형: PBA
- 집행 담당 기관: 지역 NGO 연합체인 '건강권을 위한 목소리(VHR)' 회원 기관들이 사업을 수행하고 있으며, UNHCO가 사무국 역할을 담당하고 나머지 8개 VHR 멤버 기관들이 해당한다.

Mityana 지역의 Maanyi HC III는 MHP(Maternal Health Programme)이 시행되기 이전에는 만성적인 인력부족 문제를 겪고 있었다. 조산사는 한 명뿐이었고 앰뷸런스의 수도 모자라 심각한 환자의 경우 Mityana 병원으로 후송시키는데도 어려움을 겪는 경우가 많았다. 환자들이 Mityana 병원으로 후송되었을 경우 적절하지 못한 조치 및 서비스를 받았다고 보고하는

Maanyi 지역(sub-county) 사람들은 많아졌고, 해당 지역사회는 점차 지역 보건의료시설이나 직원들을 떠나게 되었다.

마을 내에서 많은 여성들이 진단조차 제대로 되지 않은 채 죽어가고 있던 가운데, 2009년 Mityana 병원에서 일어난 Sylvia Nalubowa라는 여성의 죽음을 통해 관련 문제가 처음으로 공론화되었고, 'the centre of constitutional petition 16'가 되었다.

이후 2011년 다른 여성이 산전관리 검사를 위해 내원했을 때, 해당 여성이 이미 출산 예정일이 임박한 것이 발견되었고 즉시 입원조치되었다. 보건소의 무관심속에 그녀는 집으로 돌아가기로 결정하고 아무런 보고없이 집으로 돌아갔다. 이후 그녀가 다시 보건소로 돌아가기로 결정하고 보건소로 향하던 중에 그녀는 사망하게 되었다. 지역 주민들은 그녀의 죽음에 대한 보건인력들의 책임을 물었고 보건소를 방화하고자 시도하기도 하였다.

해당 보건소에서 일을 담당하던 하나뿐인 조산사도 그녀의 모친이 임종에 있을 때도 자리를 지키지 못하는 등 업무과다로 인한 고통을 이미 몇 년 째 받아오고 있었다. Maternal Health Programme은 사업수행 파트너인 MHU(Mental Health Uganda)를 통해 해당 지역에서 문제를 해결하고 노력하였다. 이후 해당 지역은 세 차례에 걸쳐 조산사들을 모집하였고 Maanyi 지역으로 파견하려고 하였으나 조산사들이 해당 지역사회의 반발에 두려움을 느껴 결국 파견되지 못하였다.

MHU는 UNHCO 사무국의 지원을 받아 2011년 12월 2일 대화의 기회를 마련하고자 하였다. 수석행정관(CAO)와 함께 주최된 면담에서는 여러 가지 한계점들이 수석행정관에게 전달되었고, 그는 UNHCO에게 다음 날 DHO가 관련 사항들에 대해 검토하고 부족한 점을 채워줄 수 있도록 지시하라는 내용을 전달하였다. 이 첫 번째 성과로 시작되어, 수석행정관은 정기적인 대화를 요청하였고, 해당 지역 내의 보건인력에 대해 전반적인 검토가 필요하다는 것을 강조하였다.

그 이후, 다음과 같은 변화가 나타났다.
- 두 번째 조산사가 보건소에 배치되었고 지역사회와의 의사소통을 수월하게 할 수 있도록 HUMC(Health Unit Management Committees)로부터 충분한 지원을 받게 되었다.
- 지역사회 주민들과 보건인력들 사이의 긴장관계는 해소되었고 관계가 개선되었다.
- HUMC는 이제 보건 문제에 더욱 집중하게 되었으며, 문제들이 매우 신중하게 다뤄져야 한다는 것을 이번 경험을 통해 인식하게 되었다.

해당 사례는 UNHCO의 개입을 통해 지역사회의 갈등을 해소함과 동시에 보건문제를 해결하고 모성보건을 비롯한 보건의료서비스의 전달을 증진하는데 기여했음을 보여준다. 본 사업의 사례는 보건의료서비스, 특히 모성보건 서비스를 원활하게 전달하기 위해 필요한 요소인 인력 문제를 근본적으로 풀기 위해 사업수행기관인 적절한 개입 및 대화를 통해 문제를 해결한 경우이다. 이는 향후 모성 보건 사업을 포함한 지역사회 내 보건 사업을 기획하고 이행하는 관계자에게 지역사회 구성원에게 받아들 수 있으며 장기적인 해결책을 동반하는 것이 사업수행에 필수적인 요소라는 교훈사례를 제공하는 사례라고 할 수 있다.

출처: UNHCO website. Retrived from http://unhco.or.ug/2013/10/maanyi-community-gets-a-second-midwife/.

나. 사례2: RHU (Reproductive Health Uganda)

1) RHU 소개

○ (기관 소개) RHU(Reproductive Health Uganda)는 1957년에 창설되어 우간다 국립 NGO로 1963년부터 182개 국가에서 152개 기관과 함께 생식 보건 및 권리 기반 서비스를 제공하고 증진하는 국제 NGO인 International Planned Parenthood Federation과 연계하여 활동하고 있다. RHU는 기존의 우간다 가족계획협회(Family Planning Association of Uganda)로 알려져 있으며, 우간다 내에서 관련 서비스를 제공하는 대표적인 NGO이다. 명칭의 변경은 기존의 수직적인 가족계획 프로그램들에서 통합적인 생식보건 및 권리 기반 서비스로 포커스를 전환하고자 하는 전략의 일환이기도 하다 (RHU 홈페이지).

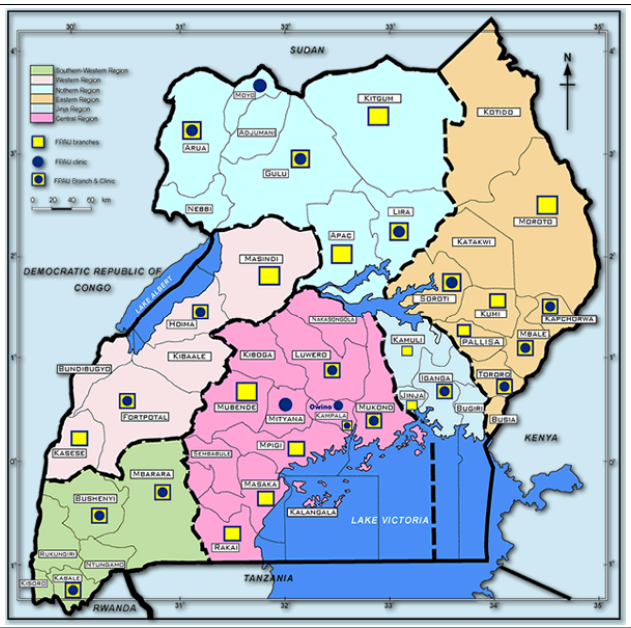
○ (기관 운영) 다양한 도너로부터 지원받고 있으며 정부로부터는 주로 현금공여를 받고, 20개 이상의 공여기관 및 기구들로부터 지원을 받는다. 중앙정부의 개입은 없으며 지역 정부와 직접 협력하여 서비스를 제공한다. 투명성 이슈를 위해 회계 법인을 통해 감사를 받는다.

• (협의회 및 집행위원회) 협의회(National Council)는 RHU내 최고 기관으로서, 각 브랜치 당 여성 1인, 남성 1인의 대표자들(총 34인)과 우간다의 4개 지역에서 각 2명씩의 청소년 대표들(총 8인)로 전체 42명의 구성원으로 구성되어 있다. 협의회는 집행위원회(NEC, National Executive Committee)를 이루는 9명의 구성원을 임명할 수 있으며 9명 중 20%는 청소년으로 구성된다. 집행위원회는 분과위원회들의 지원을 받아 프로그램이 재정적, 행정적 절차에 따라 예정대로 시행될 수 있도록 하는 역할을 한다.

○ (우선순위 및 지원 분야) 가족계획 및 청소년 친화적 서비스(Youth friendly services)를 시행하며, 청소년 임신율 감소 및 HIV/AIDS 발병률 감소를 위해 노력하고 있다. 보건지소/보건소 및 RHU지소에서의 보건의료인력의 역량강화 또한 지원 분야 중 하나이다.

○ (서비스 제공 방식)[9] 전국적으로 클리닉 네트워크를 갖추고 있으며 112개 구를 17개 구역으로 나누어 중앙센터(nuclear center)들을 설치하고 해당 지역 및 주변 지역들에 위치한 클리닉들을 관리하고 있다. 모든 구에 클리닉이 있는 것은 아니지만 전국적으로 클리닉이 분포해 있으며 지역적 커버리지는 80%로 정도로 보인다. 클리닉 중 일부는 유료로 운영되기도 한다. 프로젝트나 클리닉을 통해서 예방적, 치료적 서비스를 모두 제공하며 이는 보건교육, 가족계획 서비스, post-abortion care, 산전/산후 관리, 성병 치료, HIV/AIDS 서비스, 감염관리 등을 포함한다.

<그림 2-20> RHU 17개 중앙센터 및 사무소 현황



출처: RHU website. http://www.rhu.or.ug/.

○ (기관 인력) 대부분의 직원은 서비스를 전달하는 역할을 하는 프로그램 스태프으로 구성되며, 보통 지역 단위의 공공 보건의료인력과 협력하여 서비스를 제공한다. 공공부문에서 일하는 것보다 더 나은 트레이닝 및 급여가 제공되는 것으로 파악되며, 일의 강도나 양은 더 많으나 공공 보건의료인력에 비해 사회적 인정을 받는 정도가 더 크며 인력들은 공공부문에서보다는 RHU에서 일하는 것을 선호하는

9) 2014년 2월 현지조사 면담. 부록 참조.

경향이 있는 것으로 보인다. 내부 직원 이외에 약 4,000명의 전문가로 구성된 네트워크를 보유하고 있으며 보건개발 분야 전문가들이 봉사하거나 자문을 주는 형태로 기관에 기여해오고 있다.

○ (2009-2018 전략계획) RHU의 2009-2018년 전략계획은 PEAP(Poverty Eradication Action Plan) 및 MDGs와 부합될 수 있도록 구성되었다. 해당 전략계획은 우간다 국민의 생식보건 및 권리(SRHR)를 증진함으로써 그들의 삶의 질을 향상하고 빈곤을 퇴치하는 것을 목표로 두었다. 이에 따라 다음 2가지 분야에 중점을 맞추어 지원해오고 있다. 1) RHU가 틈새시장을 공략하고 IPPF의 5A 전략틀(청소년, AIDS, 낙태, 접근성 및 옹호)을 반영하여 SRHR 분야 내에서 활동할 수 있도록 RHU의 프로그램들을 재조명하는 것, 2) 조직의 지속가능성, 발전, 효과성 및 굿 거버넌스를 위해 RHU의 제도나 관리, 자원 역량을 강화하는 것.

○ (주요 프로그램과 프로젝트) RHU는 IPPF의 5개의 우선순위 분야(청소년, AIDS, 낙태, 접근성 및 옹호)과 일치하는 프로젝트들을 시행해오고 있다.

<Box 2-6> 분야 1: 접근성 프로젝트 (Access projects)

접근성 프로젝트는 가족계획 및 기타 생식보건 서비스에 대한 접근성을 향상하고자 하는 공통적인 목적을 갖는 3가지 프로젝트로 구성되어 있다. 첫째는 청소년 대상으로 생식보건 서비스 및 정보를 제공하는 Promoting Access to Value-added SRHS(PAVES)로 IPPF(International Planned Parenthood Federation)에 의해 지원받는다. 두 번째는 UNFPA 및 우간다 정부와의 협력 하에 포괄적인 생식보건 서비스의 접근성을 향상하고자 하는 프로젝트이다. 세 번째는 궁극적으로 지역사회의 참여와 생식 및 모성보건서비스에 대한 오너십을 촉진하고자 하는 Programme and Institutional Performance Enhancement at Reproductive Health Uganda(PIPER)로서 역시 IPPF(International Planned Parenthood Federation)가 지원한다.

<Box 2-7> 분야 2: HIV/AIDS 프로젝트 (HIV/AIDS projects)

(HIV/AIDS 프로젝트, HIV/AIDS projects) HIV/AIDS 프로그램은 4가지 프로젝트로 구성된다. 첫 번째는 Reaching the Hard to Reach: An SRHR Approach to HIV Prevention으로서, Mbarara 지역에서 취약 청소년층 사이에서의 HIV 감염을 예방하고자 하였으며, DANIDA가 지원하였다. 두 번째는 CSF(Civil Society Fund)로부터 지원받는 Touching the Forgotten Face of HIV/ AIDS: Adapting Culture to Prevention of HIV/ AIDS among People in Long Term Relationships로서 부부나 장기간 관계를 지속하는 성인들을 대상으로 HIV 감염을 감소시키기 위한 프로젝트로 주로 건강행동 변화를 촉진하기 위한 활동들을 한다. 세 번째는 Community Based HIV/AIDS Prevention, Care and Support Services(CBHA Project)로 RHU 주도하에 다른 시민사회단체들과 협력하여 시행하는 프로젝트로서, HIV 감염을 예방하고, 진단 및 치료서비스를 제공하고 취약 아동에 대해서도 지원한다. 마지막은 HIV/AIDS Work place policy로서 주로 RHU 직원들을 대상으로 하며, 그들과 가족들에게 HIV/AIDS 관련 정보나 예방 서비스 및 치료 서비스를 제공하고 지원하는 것을 목적으로 한다.

<Box 2-8> 분야 3: Safe motherhood/abortion projects

(Safe motherhood/abortion projects) 해당 우선순위 분야에서는 The Save Project가 주된 프로젝트로서 응급 피임이나 이중 피임 등에 관련된 가족계획 서비스를 제공하고 낙태 후 서비스나 보건 교육, 모성 보건 서비스를 제공한다.

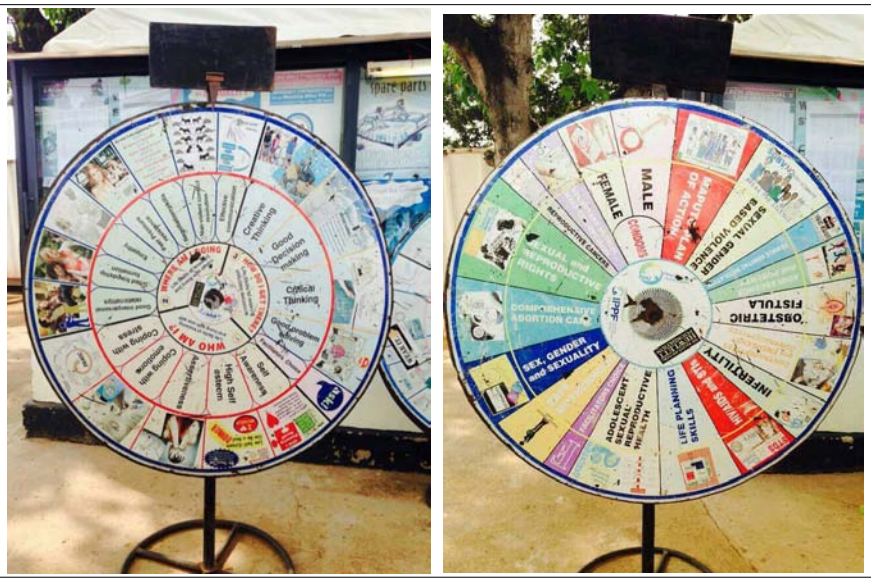
<Box 2-9> 분야 4: 청소년 프로젝트 (Adolescents projects)

(청소년 프로젝트, Adolescents projects) 첫 번째 프로젝트는 Enhancing Access to SRH Information and Services to Underserved Young People in Uganda (Danida A + Project)로서 DANIDA에게 지원받으며 청년들에게 서비스 및 정보를 제공하고 청소년 관련 프로그램을 시행하기 위한 정책 환경을 개선하는 데 집중한다. 두 번째 프로젝트는 Rise-Up Project ;- Rising up for Reproductive Health and Gender Rights로서 Sida에게 지원받으며 주요 대상은 여아 및 15-30세 사이의 여성으로 하며, 2차적으로는 지역사회 리더들과 남성들을 대상으로 한다. 세 번째는 Male Involvement Learning Centre Initiative Project로 RFSU가 지원하며, PPAZ와 협력하여 시행했으며, SRHR에 대한 남성의 참여를 증진하는 것을 목표로 하였다.

<Box 2-10> 분야 5: 옹호 프로젝트 (Advocacy projects)

첫 번째, Making the Maputo Plan of Action Work 프로젝트의 목적은 청년들이 스스로 생식보건 서비스에 대한 접근성 향상을 위해 옹호하도록 장려하며 파트너들과 RHU의 역량을 강화하는 데 두며, IPPF가 지원하였다. 두 번째로 Healthy Action: Empowering East African Non-State Actors to Advocate Effectively on Health issues은 DSW가 지원하는 프로젝트로 더욱 효과적이고 포괄적인 보건 정책이나 프로그램 시행을 옹호하고자 한다. 세 번째 The Advance Family Planning project는 MDG5의 생식보건서비스 접근성 향상을 달성하기 위해 지원하는 프로젝트로서 주로 가족계획을 위한 정부의 재정이나 정책 이슈에 대해 접근한다. 마지막, The Maternal Health Project는 지역사회를 모성 및 생식 보건 서비스의 활용이나 접근성을 증진하고 그들 스스로에 대한 책임감을 질 수 있도록 지역사회 구성원들을 장려하고 옹호하는 프로젝트이다.

<그림 2-21> RHU가 개발해 사용 중인 인식개선을 위한 교육도구



출처: 2014년 2월 우간다 RHU와의 현지조사.

제3장. 종합제언

1. 요약 및 시사점

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

가. 협력국의 보건정책 우선순위와 CPS 및 KOICA의 보건전략과의 일치

○ 現 우간다 정부는 보건 분야에서 4가지 클러스터를 설정하여 세부전략 및 목표치를 설정하여 달성하고자 하고 있다. 4가지 클러스터에는 첫째, 건강증진, 질병예방 및 지역사회 보건 이니셔티브(전염병 및 재해 방지 및 대응을 포함); 둘째, 모자보건; 셋째, 전염성질환의 예방, 관리 및 통제; 넷째, 비전염성질환(NCD)의 예방, 관리 및 통제가 해당된다. 이를 통해 경제 성장과 국가개발에 기여할 수 있는 건강하고 생산적인 인구를 유지하고자 한다. 그러나 現 우간다 정부는 국가발전과 성장, 고용, 번영을 위한 경제적 전환에 초점을 두고 경제개발 중심의 목표를 강조하고 있다. 이와 같은 맥락에서 국가 개발계획에 경제 개발 달성의 전제와 수단으로 보건 및 영양, 교육을 포함하는 사회개발목표를 하위에 두고 있으며, 보건분야에 대한 투자 확대를 강조하지는 않고 있는 입장이다. 이와 같은 과정에서 대부분의 원조기관들이 상대적으로 정부 정책에서 소외되고 있는 사회서비스 분야(교육과 보건)에 대한 지원의 부담을 분담(burden-sharing)하고 있는 상황이다. 현재 우리 정부의 우간다 국가협력전략(CPS)에 제시된 3대 중점지원분야는 농업, ICT, 경제 인프라이며 KOICA의 우간다 국가전략에도 현재 보건분야는 우선 지원분야로 선정되어있지 않다.

나. 협력국의 건강/질병 및 보건의료 시스템의 문제의 심각성

○ 우간다의 보건분야는 외부의 지속적인 원조에도 불구하고 지표상 크게 개선되고 있지 않으며 근본적으로 보건의료시스템 전반에 문제가 산재해 있음을 지적받고 있다. 정부의 책무성 및 투명성 이슈로 인해 대외신인도 하락 및 원조수원 환경의 악화를 야기하고 있으며, 관련한 일련의 사건들로 인해 주요 공여기관들의 재정지원이 여러 차례에 걸쳐 중단되고 있는 실정이다. 이로 인해 대다수 공여기관들의 원조유형이 변화하고 있어 원조시 이러한 상황을 고려할 필요가 있다. 보건의료시스템 내 또 하나의 근본적 문제로 지적되는 것은 인력의 수적·질적 부족 문제로, 이는 서비스에 대한 접근성을 취약하게 하고 제공되는 서비스의 질을 ㅉ ㄹ어트리는데 근본적인 영향이 되고 있다. 보건의료인력의 적절한 투입이 큰 영향을 미치는 모성사망비는 지난 20년간 거의 감소하지 않았으며 신생아 사망률의 감소도 미미한 것으로 나타났다. 게다가 HIV/AIDS 분야에 대한 집중적인 원조에도 불구하고 최근 유병률이 오히려 증가하였으며 남성에 비해 여성에게서 유병률이 더 높아, 취약계층에 대한 불평등 심화가 우려되고 있다. 우간다의 합계 출산율은 6.1명이며, 청소년 임신율은 18%로 모두 높아 생식보건에 대한 수요도 매우 높은 것으로 나타난다. 여성은 가장 큰 문제가 되고 있는 모성사망이나 HIV/AIDS 감염, 청소년 임신 등의 주된 대상 인구로서 지원이 집중되어야 할 취약계층인 것으로 판단된다. 우간다의 보건 분야에는 근본적인 시스템 이슈부터 질병 이슈까지 다양한 문제가 산재해 있어, 질병 문제를 개선하기 위한 지원부터 시스템을 개선하고 강화하기 위한 지원이 동시에 제공되어야 하는 상황이다.

다. 우간다 내 주요 공여기관들의 보건 분야 지원 전략과 특징

○ **(우간다 정부의 책무성 이슈로 인한 원조수원 환경의 악화)** 현 대통령인 무세베니 대통령은 1986년 취임 후 4선 째 장기집권하고 있으며 독립 직후부터 여러 차례 쿠데타 및 내전을 겪어 왔으나, 1990년대 약 7%의 경제성장률을 유지했다. 이와 같은 1990년대의 경제성장은 2011/12년 잠시 주춤했던 시기를 제외하고, 다시 6%대의 경제성장률을 보이고 있다. 그러나 대외원조 수원현황은 밝지 않은 상황이며, KOICA의 對우간다 지원도 수월하지 않은 상황이다. 2012년 우간다 총

리실 횡령 사건 등 중앙정부의 심각한 책무성 이슈가 제기되면서, 총 정부예산의 약 20-25%에 달하는 지원을 하고 있는 주요 유럽 공여국(영국, 독일, 아일랜드, 노르웨이 등)이 예산지원을 당분간 중단하기로 결정하는 등 해외원조를 통한 정부재원 조달의 난항을 겪고 있음을 주목 할 필요가 있다. 최근 대두된 우간다 정부의 부패와 재정운영의 투명성 문제로 인해, 주요 원조기관들은 횡령자금에 대한 환불, 관련자들에 대한 법적 및 행정적 제재 마련, 반부패 시스템 강화를 위한 기재를 도입을 요청 하는 등 강력한 조치들을 마련하고 있다.[10)]

○ **(보건분야 원조 현황)** 우간다 보건 분야에는 가장 많은 해외원조(29.1%, 2011년)가 집중되고 있으며 HIV/AIDS · 말라리아 등 전염성 질병에 대한 지원이 가장 많은 것으로 나타났다. 2009/10년 기준으로 우간다 보건분야에 대한 원조 현황을 살펴보면, 미국이 전체 양자지원의 78%, Global Fund가 전체 다자지원의 50%를 차지하여 주요 공여기관의 지원 비중이 압도적인 것으로 나타났다. 그럼에도 불구하고 다양한 공여기관이 적극적으로 보건분야 지원에 참여하고 있는 현황이다. 그러나 앞서 제시되었듯이 최근 주요 공여기관들의 보건분야 자금지원(SBS)이 중단되는 추세이며 타 공여기관이나 UN기구, 민간기관과의 협력을 통해 지원하고자 하는 경향이 증가하고 있다. 이와 같은 상황을 고려할 때, 우간다에서 우리 정부가 일반예산지원(GBS)을 시도하거나 보건분야의 섹터자금지원(SBS)을 하는 것은 현재로서는 적합하지 않은 것으로 판단된다.

○ **(주요 공여기관들의 보건분야 지원전략 및 특징)** 기존에 대규모 공여기관들에 의해 보건분야 자금지원(SBS)이 상당부분 이뤄지고 있었으나, 최근 이를 중단하고 있으며 기존에 정부 채널을 통해 사업수행하던 부분을 위임협력이나 UN 조인트 프로그램, 민관협력 등 다른 유형으로 변화를 모색하는 추세이다. 공여기관 간 적극적인 위임협력이 부각되고 있는데, 최근 DFID나 Sida는 대규모 지원으로 성과를 도출해오고 있는 USAID와 함께 일부 분야에 있어 위임협력을 적극적으로 활용하고 있어, 해당 분야의 USAID의 경험을 통해 효과적인 성과를 달성해 내고 있다. 또한 전반적으로 시민사회단체를 통한 지원이 증가하고 있는 것으로 나타나고 있다. 우간다 내 보건분야에 역량을 갖춘 현지 NGO들이 다수 발견되고 있으

10) 본문 1장 참고.

며 Sida 등의 공여기관들과의 파트너십 및 NGO들 간의 파트너십이 점차 강화되고 있는 것으로 나타난다. 이처럼 우간다 보건분야 공여기관들은 변화하는 원조환경에 맞추어 원조 형태와 파트너십 등에 있어서 적극적인 변화를 모색하고 있다.

2. 우간다 보건전략의 기본방향

본 연구의 시사점을 바탕으로 a) 다양한 파트너십 및 원조채널의 활용 강조, b) 모성 및 신생아 보건, 아동 영양, 생식보건 및 가족계획을 중심으로 하는 지원, c) 지역사회 중심 보건의료시스템 및 인력 개선에 집중하는 전략을 제시함.

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

○ KOICA의 우간다 보건분야 협력전략은 정부채널을 통한 직접적 양지지원보다 NGO, 기업, 다자 등의 다양한 채널을 통해 지원하는 '선택적 협력형(FP형, Focused Partnership)'으로 구분될 수 있다. KOICA는 최근 주요 공여기관들이 취하고 있는 위임협력을 통해서 대규모 공여기관의 경험 및 성과를 공유하는 방안이나, 우간다 보건분야에 전문성이 있는 국내외 NGO와의 직·간접적 파트너십을 통해서도 사업을 수행할 수 있을 것이다.

나. (지원 세부분야) 모성 및 신생아 보건, 아동 영양, 생식보건(가족계획, 청소년 생식보건)

○ 향후 우간다에서 보건사업을 발굴하는 경우, 모성 및 신생아 보건 분야, 아동 영양 분야, 생식보건 분야(가족계획, 청소년 생식보건)의 수요가 높음을 고려할 것을 제안한다.

○ **(모성 및 신생아 보건 분야)** 우간다의 모성사망비는 1995년 527명(출생아 10만명당)에서 2006년 435명으로 개선되었으나, 2011년에는 438명으로 지난 20년간 실질적으로 모성사망비가 감소하지 않았다. 영아 사망률과 5세 미만 아동 사망률은 최근 급격히 감소하였으나, 신생아 사망률은 2011년 조사에서 1995년 27명

(출생아 1,000명당)과 같은 수치로 나타나 전혀 개선되지 않은 것으로 보고되었다. 모성 사망과 신생아 사망을 줄이기 위하여 임산부와 신생아의 지속적인 관리도 중요하지만 분만 중 응급상황이 발생하였을 때 상위 보건의료시설로의 신속한 후송을 할 수 있는 체계와 응급처치를 할 수 있는 전문인력 투입이 우선적 과제이다. 우간다의 모성 및 신생아 사망 감소를 위해서, 특히 분만 관련 수요가 지속적으로 발생하는 지역사회 보건의료시설 중심의 개입이 필요하다. 기본적으로 지역사회 내 시설 분만을 장려할 수 있는 환경을 조성해 시설분만율을 끌어 올리고, 동시에 보건의료시설에 교육받은 전문 인력이 배치될 수 있도록 보장해야 할 것이다. 또한 마을보건팀(VHT)을 적극적으로 활용하여 응급상황에 대한 판별법 및 대처법에 대한 충분한 교육을 제공하는 것이 중요하다. 이를 통해 이들이 지역사회 수준에서 모성 및 신생아 보건 증진을 위한 하위 서비스 전달체계가 작동하도록 하는 것이 선결과제로 생각된다.

○ **(아동 영양)** 우간다 5세 미만 아동의 발육부진율은 33%로 높으며 아동 보건에 크게 영향을 미치고 있다. 영양 문제는 절대적인 식량의 부족, 필요한 영양소의 부족, 부적절한 식습관 등의 원인으로 인해 발생할 수 있다. 우간다 내 아동의 영양 문제의 원인은 아직 명확하게 밝혀지고 있지는 않은 상황으로 향후 관련 연구가 필요할 것이다. 우간다 영양문제의 심각성을 고려할 때 향후 영양정책 수립에 기여하거나 영양사업에 중점지원하는 방안을 통해 아동 발육부진 개선에 기여할 수 있을 것이다. 영양 분야 지원 시 먼저 연구를 통해 그 원인을 밝혀내고 적합한 방법을 통해 지원해야 할 것이다.

○ **(가족계획 및 청소년에 초점을 맞춘 생식보건 분야)** 우간다의 합계 출산율은 2011년 6.1명이며, 피임률이 증가하긴 했지만 지역이나 소득수준, 교육수준에 따라 격차가 크고 가족계획에 대한 미충족 수요도 2012/13년 34%로 높게 나타나 3%를 상회하는 높은 인구성장률에 기여하고 있다. 이와 더불어 우간다의 청소년 임신율은 2012/13년 18%로 사하라이남 아프리카 평균치에 비해 여전히 높게 나타나며 이는 HIV/AIDS의 감염과도 크게 연관되어 있다. 가족계획 및 청소년 생식보건 분야는 현재 우간다 내 개선이 시급한 모성 사망 및 신생아 사망, 아동 영양과도 크게 관계되며, 생식보건을 개선할 수 있는 물품 지급이나 남성 청소년과

가족 구성원을 포함한 관련 대상에 대한 인식 개선을 통해서 앞에서 언급한 주요 문제들을 부분적으로 예방하는데 기여할 수 있을 것이다.

다. (시스템 개선방안) 지역사회 중심 보건의료시스템 및 인력 개선에 초점

○ **(지역사회 중심의 보건의료체계 개선)** 지속적인 보건분야 원조에도 불구하고 우간다 보건시스템 문제에 큰 개선을 보이지 못하는 것은 우간다 정부 전반에서 나타나는 거버넌스의 문제(특히 중앙정부)로 분석되고 있다. 한국이 우간다 내에서 보건의료시스템 강화를 시도 할 경우, 보건의료 정책역량, 의료보험 및 재정운영의 역량강화보다는 지역수준의 보건의료 체계 강화에 기여하는 것이 유효하고 효과적일 것으로 예상된다. 현재 우간다에서는 다른 아프리카 국가에 비해서 중앙정부의 부정부패, 중앙정부의 전략 집행의지 부족, 의료전달 시스템 취약, 사업 위기관리 작동의 한계의 문제가 지속적으로 제기되는 등 중앙정부채널을 중심으로 보건의료서비스를 전달하는 데 심각한 한계가 존재하는 것으로 분석되었다. 따라서 지역정부 혹은 지역사회 채널을 활용하여 해당 지역사회 내 기초 보건서비스를 강화하고 질병 중심으로 문제를 개선할 수 있는 프로젝트 중심의 사업을 시행하는 것이 효과적일 것으로 판단된다.

○ **(지역사회 보건의료 인력 개선)** 본 연구 결과를 통해, 우간다 보건의료 서비스의 질 문제는 특정 구성요소에 국한된 문제로 지적하기보다 우간다의 보건시스템 구성요소 전반의 문제가 종합적으로 영향을 미치고 있는 것으로 나타났다. 특히 보건의료 서비스의 질이 낮은 것은 낙후된 시설 및 장비, 물자 공급이 부족한 것이 현실이기도 하지만, 보건의료 인력의 양적, 질적인 문제가 매우 심각한 데서 기인한다는 의견이 지배적이었다. 우간다의 공공 보건의료시설에 투입인력은 인구 대비 보건 인력 수는 1000명 당 1.55명이며, 양질의 인력이 매우 부족하며, 기존 인력의 자격 및 역량이 미흡하다. 이와 같은 상황에서 인력의 수적 부족과 질적 문제를 개선하기 위한 인력 양성이 시급한 상황이다. 그러나, 의사의 경우 공공부문에서의 낮은 임금 등으로 인해 인력이 민간부문이나 해외로 유출되는 현상이 심각하여 의사와 간호사 등의 인력을 대규모로 양성한다고 할지라고 공공부문에 공급을 보장하기 어려운 현실이다. 현재, 우간다의 약 75% 지역에 마을보건팀

(VHT)이 배치되어 있으나 이들이 제공할 수 있는 서비스의 질이 보장되지 않은 상태이다. 따라서 HCⅡ나 HCⅢ 수준에서 서비스를 제공할 수 있으며 마을보건팀(VHT)에게 필요한 교육을 제공할 수 있는 전문 인력을 배치하여 기초 보건의료 서비스 제공체계를 강화할 수 있도록 지원하는 사업을 구상할 수 있을 것으로 보인다.

3. 우간다 보건사업의 수행전략

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

가. 유형별 지원 방안

○ **(양자 지원 사업 발굴의 한계)** KOICA의 우간다 국가전략에도 현재 보건분야는 우선 지원분야로 선정되지 않았으며, 〈KOICA 우간다 전략〉 하위에 보건분야가 주요 협력 분야로도 선정되어있지 않은 상황이다. 또한 현재 우간다의 보건분야의 정부수요, 보건 문제의 심각성, 보건시스템 강화를 위한 지원 필요성을 고려 할 때, 정책적인 차원에서 보건분야를 지원하는 것이 중요하다고 할 수 있다. 그러나 본 장에서 논의한 KOICA의 전략적 과제, 특히 선택과 집중의 문제, KOICA 차원에서의 非중점 분야의 대규모 사업 발굴 가능성과 한계, KOICA 현지사무소의 전략 및 인적-물적 환경을 고려 할 때 현실적인 어려움이 존재 할 것으로 판단된다. 따라서 현재 고려할 수 있는 협력방안으로는 특정 지역과 대상을 중심으로 지역사회의 세부적인 보건문제의 해결을 위한 지역사회 내 프로젝트를 시도할 수 있으며, 시급한 보건문제를 중심으로 향후 단계적으로 프로젝트의 수와 질을 향상시키도록 해야 할 것이다. 중장기적 전략을 위해서는 지역사회개발 사업에 보건과 교육을 연계한 프로그램의 시도가 필요할 것으로 판단된다.

○ **(민관협력, 멀티바이, 빈퇴금을 통한 혁신 사업발굴)** 중장기적으로 우리 정부의 2차 CPS 중점분야 선정 여부와는 별도로 〈KOICA 우간다 전략〉에 보건분야 이슈를 반영하고, 보건분야 민관협력, 기업과의 협력, 빈곤퇴치기여금과 같은 혁신기금의 활용하여 지역차원의 영유아 보건, 모자보건, 생식보건 관련 사업을 기획하고 이행 할 수 있다. 특히 다자기구의 멀티바이 사업 지원다자기구 및 국제 NGO를 통한 동북부 지역의 인도적 지원사업의 발굴은 KOICA의 다자채널에 대한 이해 확대, 정보 수집, 향후 협력 파트너십에 근거한 프로그램 발굴에도 긍정적인 영향을 미칠 것이다. 특히 非양자 사업의 경우에는, 프로그램별로 명확한 성과목표가 있는 내용을 본부와 현지사무소가 인지하고, 사업별로 명확하고 구체적인 지원 목적을 수립해야 할 것이다. 특히, 중소규모의 민간 주도 사업은 민간이 가지고 있는 장점(신속성, 새로운 형식과 유형의 사업 시도, 기술집약적 사업, 커뮤니티 중심 사업 등)을 활용 할 수 있는 전략적 장치들을 마련하는 것이 중요 할 것이다.

○ **(민관협력)** 대규모 양자지원의 어려움과 달리, 다양한 민관협력 사업을 통해 보건분야를 지원할 수 있는 가능성은 풍부하며, 민간 부문의 다양한 주체들(국제 NGO, 한국NGO, 우간다 보건 의료 NGO 등)에 대한 균형 있는 지원이 필요하다. 본 연구를 통해 다양한 현지 보건 NGO의 현황을 파악한 바에 의하면, 향후 우리나라 보건분야 시민사회의 현지 역량 강화와 기술적인 역량강화를 위해 한국 NGO와 보건 의료 분야에 명확한 Track Record를 가지고 있는 현지NGO와의 협력을 추천한다. 이와 같은 협력 관계에 근거하여 사업이 발굴될 경우, 사업에 대한 자금지원의 결정 단계에서 인센티브를 제공하는 등 보건분야 민관협력사업의 기술적인 효과성을 담보하고, 나아가 우간다 지역사회의 종교, 관습, 언어, 취약계층을 이해하고 사업이 진행 될 수 있는 현지중심의 장치를 마련해야 할 것이다.

○ **(빈곤퇴치기여금 등 혁신펀드)** 빈곤퇴치기여금의 국가프로그램(KIMCHI)를 통해 다자기구와의 협력을 착수하였으며, 관련 성과관리 또한 야심차게 진행되고 있다. 그러나 빈곤퇴치기여금 국가 프로그램에 대한 홍보가 제한적이므로 다음 차수의 빈곤퇴치기여금에는 우리나라 NGO와 실력있는 현지보건전문 NGO가 함께 참여할 수 있는 방안을 마련하고 이를 위한 홍보가 필요 할 것이다.

○ **(인도적 지원)** 카라모자 인근의 우간다 동북부 지역에는 다자기구와의 협력 혹은 양지기구의 공동펀드 참여를 통해 인도적 지원이 가능할 것으로 예상된다. 특히, 남수단과 케냐 접경지역의 분쟁 문제가 지속되고 있으므로 기근 및 난민 문제가 심화될 것으로 예상된다. 현재 KOICA는 긴급구호 상황을 중심으로 인도적 지원을 제공하고 있었으나, 이와 같은 만성재난의 유형에 속하는 새로운 재난에 관련된 분야에 본부중심의 지원을 함으로서 KOICA의 국제기구협력 역량을 강화하고, 관련 정보를 수집하며, 나아가 인력 파견을 통해 체계적으로 역량과 정보를 축척하는 기회로 활용 할 수 있을 것이다.

나. 형태별 지원 방안

○ **(자금지원의 한계성)** 우간다 총리실 예산 횡령 사건으로 인해 전통적으로 자금지원을 강조했던 주요 공여기관들이 중앙정부를 통한 지원을 중지하고 있는 추세로, KOICA의 자금지원 도입은 고려하는 것이 요원하다고 판단된다.

○ **(개발컨설팅)** 우간다 중앙정부와 직접적으로 진행하는 정책 수준의 컨설팅의 한계가 존재 할 것으로 판단된다. 단기적으로 보건의료 정책 역량강화, 보건재정 및 의료보험 정책컨설팅보다 ICT 분야와 접목이 가능한 보건의료 정보체계 강화 등의 기술 분야 컨설팅, 지역사회 보건서비스 제공의 질 강화를 위한 사업단위의 컨설팅은 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)** 보건의료 전문봉사단 파견을 통해 보건인프라 시설 설립을 통한 보건의료 시스템 구축에 기여할 수 있다. 보건의료 분야의 청년 봉사단 파견보다 보건의료 전문가 혹은 중장기자문단의 파견이 더욱 효과적일 것이다. 개별의 중장기 자문단이 KOICA에서 발굴한 양자 보건사업 혹은 앞서 제시된 다양한 중소규모 보건 사업(멀티바이, 시민사회 협력사업, 대학 협력사업, 빈퇴금)에 참여하여, 역량 있는 중장기 자문단의 활동이 KOICA 보건 전략과 사업에 연

계되어 별도의 Stand-alone activity로 전락하지 않도록, 본부와 현지사무소에서 중장기자문단의 노하우와 역량이 보건 분야의 프로그램형 사업의 발굴, 이행 및 평가에 기여 할 수 있도록 하는 전략을 마련해야 할 것이다.

다. 중점지원 지역

○ **(현재 주요 공여기관들의 중점지원 지역 현황)** 우간다는 보건 상황과 문제에 있어 지역별 격차가 상당히 심각하다. 대부분의 원조기관은 보건분야 상황분석(Situation Analysis)을 실시하고 북부와 북동부 지방 (카라모자 지역)에 집중하여 지원하고 있다. 우간다 전 지역을 대상으로 하는 USAID를 제외한 주요 공여기관인 DFID, Irish AID, Sida는 모두 카라모자 및 북부 지역에 원조를 집중하고 있으며, JICA는 내부적 전략에 따라 특정 지역에 대한 집중 없이 지원하고 있다.

○ **(중점지원지역 선정을 위한 전략)** 우간다 내 보건분야 원조를 위한 중점지원지역을 선정하는데 있어서 크게 2가지의 전략을 구사할 수 있다. 첫째는, 우간다에서 보건지표가 가장 취약한 지역을 지원하는 것으로, 이는 카라모자 지역이 위치한 북동부 지역 및 수단과 DR콩고와 접경하는 북부 지역으로서 이미 주요 공여기관들의 집중적 지원을 받고 있다. 둘째는, 지원규모가 상대적으로 적은 한국의 입장에서 가장 소외되고 취약한 지역을 선 스크리닝하되, 타 공여기관으로부터 소외된 지역에 지원할 수 있다. 이에 해당하는 지역은 보건분야의 높은 수요에도 불구하고 대부분의 공여기관들에게 소외받고 있는 우간다 중앙을 가로지르는 지역으로 나타난다. 본 지역에서는 일부 지역에 한해 일본 JICA만 RRH(Regional Referral Hospital)을 대상으로 인프라 개선 및 장비 제공하는 사업을 수행해오고 있다. 향후, 한국이 보건사업을 지원하는 경우 JICA가 지원하는 지역에서 RRH 하위 수준의 지역사회 단위 보건의료시설을 개선하는 사업을 진행하여 지역사회에서부터 RRH로 이어지는 보건의료서비스 전달체계 및 후송체계를 개선할 수 있게 될 것이다. 이렇게 되면 지역사회 내 보건지표 개선에서도 시너지 효과를 창출할 수 있을 것으로 예상된다.

라. 우선 지원 대상

○ 우간다 내 여성의 사회·경제·정치적 지위가 매우 낮으며 여성 교육 수준이 현저히 낮은 상황이다. 또한 지난 십년 간의 MDGs 목표 달성의 문제에서도 여성과 영유아 관련 보건문제에 많은 한계가 있었다. 특히, 우간다는 다양한 종족으로 구성되어 지역마다 다양한 종족이나 언어, 문화가 매우 상이하며, 지역으로 내려 갈수록 여성의 교육 수료율과 문해율이 낮아 질적으로 훌륭한 인력을 양성하기 요원한 상황이다. 수도인 캄팔라와 경제적 부가 집중되어 있는 엔테베지역 인근을 제외하고는 여성의 보건상황이 취약하고 여성에 대한 차별이 사회 전반에 존재한다는 것이 본 연구의 결과를 통해 발견되었다. 이와 같은 상황을 고려 할 때, 우리 정부는 〈국제개발협력기본법 제 3조〉의 조항과 여성과 아동 들 취약계층을 중점적으로 지원한다는 〈KOICA 보건분야 전략 2011-2015〉에 근거하여 여성과 아동을 최우선 지원 대상으로 선정 할 것을 제안한다.

○ 우간다 보건분야 지원의 최우선 수혜대상을 여성과 아동으로 선정하고, 수혜대상자들에게 미치는 사업 영향을 극대화하기 위해서는 성과관리 방안에 사업의 최우선 수혜자를 명시하는 것이 중요할 것이다. 본 연구에서 제안한 우간다 보건지원 분야의 핵심 분야인 가족계획과 모자보건 분야에서는 여성성인 및 여성 청소년뿐만 아니라 우간다 내 주요 보건 문제 중 하나인 높은 청소년 임신율에 영향을 미치는 인구집단인 남성 청소년을 집중 지원 할 수 있을 것이다. 별도의 보건분야 사업의 시행이 어려운 경우에는 이미 중점 분야로 선정된 경제 인프라, ICT, 농업 사업에 성 평등 이슈를 주류화 할 수 있는 방안을 고려 할 수 있다.

마. 범 분야 이슈 및 타 분야와의 연계

○ **(ICT 분야 및 지역사회개발·농업 분야와의 연계를 통한 지역사회 보건의료 시스템 개선)** 향후 보건분야가 〈KOICA 우간다 전략〉 체계 내에서 중점분야로 선정될 가능성이 적은 경우에는 기존 중점 지원 분야의 사업과 연계를 시도하여, 보건지표 상황을 개선할 수 있는 간접적인 기여 방안을 마련 할 수 있다. 현재 대규모 양자사업을 진행하고 있는 ICT 및 농업 사업의 내용에 보건 이슈를 포함하는 방

법도 있다. ICT 분야의 사업에는 보건 정보 및 사업 모니터링 시스템 구축사업, ICT를 활용한 보건서비스 개선 및 캠페인 사업 등 기존의 ICT 분야 사업과 더불어 보건 분야에 기여할 수 있는 요소를 함께 구성해 볼 수 있다. 또한 현재 KOICA가 우간다에서 계획하고 있는 지역사회개발 및 농업 분야 사업 요소 내에 아동의 발육부진 해소를 위한 필요 영양소 공급이나 모성에 대한 영양 관련 교육 제공, 예방접종 등을 함께 제공함으로써 여성과 아동을 포함하는 취약계층을 대상으로 별도의 보건 사업이 진행되지 않더라도 간접적으로 보건지표가 향상되는 효과를 기대할 수 있다.

바. 보건사업을 위한 환경조성

○ 위와 같은 변화를 위해 무상원조 기관차원에서 a) 향후 보건 분야가 중점분야에 선정되는 CPS 차원에서의 정책결정, b) 비양자사업 분야에서 새로운 유형, 형태, 채널, 파트너, 기술을 접목하여 사업을 발굴하고 기획 할 수 있는 의지와 전략적 결정이 필요하다.

○ (효과적인 보건사업 이행을 위한 KOICA 환경 조성) 효과적인 전략적인 보건사업을 발굴하여 이행하기 위해서는 KOICA 현지사무소의 인력 운영계획, 보건 분야 전문성 강화 방안, 국내외 보건사업을 담당하는 전문기관 및 시민사회 단체들과의 긴밀한 협력이 필요하다. 타당한 보건사업이 발굴되고 이행되기 위해서는 우간다 국가개발의 맥락, 보건분야 공여기관들의 원조 추세 및 전략적 특성, 보건문제의 특이성, 보건의료시스템의 문제 및 과제가 충분히 고려되어야 한다. 이를 위해서는 양질의 보건사업을 발굴하고 효과적으로 모니터링할 수 있는 현지에 상주하는 전문관 제도가 확립되어야 한다. 특히, 우간다의 경우, KOICA의 양자 보건사업보다 멀티바이, 시민사회 프로그램, 보건의료 전문기관들의 사업이 이루어 질 것을 제안하는 바, 해외 현지사무소의 전문관 혹은 KOICA의 담당자는 우간다의 보건 분야 원조파트너십의 변화를 명확하게 파악하고, 국제기구나 현지 보건전문기관 등 다양한 주체들과의 협력관계를 수립하고 이를 사업발굴에 적용할 수 있는 전문가를 파견하는 것이 중요하다.

4. 맺음말

○ 이 연구는 KOICA가 지원하는 모든 국가를 대상으로 하는 상위 보건전략의 내용과 조화를 두면서도, 우간다의 개발 맥락과 보건문제의 특수성을 고려한 국가중심의 맞춤형 보건전략 수립을 위해 기획되었다. KOICA 보건전략을 우간다 현지로 그 관점을 전환하여, 우간다 국제개발의 상황과 주요 공여기관들의 우간다 지원전략 및 사업의 사례발굴에 관련된 연구에 많은 공을 들였다. 이와 같은 연구의 방향성을 고려하여, 총 4개의 세부 주제 – 개발의 배경, 보건전략의 기본방향, 중점 지원 분야 및 세부전략, 보건사업 수행전략으로 구분하여 정책제언을 도출하였다.

○ 향후 우간다에서 보건 분야의 경우, 대규모의 양자 사업을 발굴하는 것 보다, a) 지역사회 중심의 보건의료 인력 양성, b) 보건의료 체계 강화, c) 보건의료 정보체계 강화를 위한 기술협력 d) 의료 서비스의 접근성 향상에 기여할 수 있는 접근법을 강조하되, KOICA가 국내외 시민사회, 보건의료 전문기관, 다자 기구들과 함께, 우간다에 가장 심각한 보건문제로 도출된 생식보건, 모자보건, 비전염성질환의 문제를 해결하는 데 기여할 것을 제안한다.

참고 문헌

[국내 문헌]

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

[국외 문헌]

CDC. 2013. “CDC in Uganda: Factsheet”

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

DFID. 2010. "Summary of DFID's work in Uganda 2011–2015".
_____. 2011. "Accelerating the Rise in Contraceptive Prevalence in Uganda (ARC): Full business case".
_____. 2013. "Operational Plan 2011–2015 DFID–Uganda".
_____. n.d. "Due Diligence: Frequently asked questions".
_____. n.d. "Health is Global: An outcomes framework for global health 2011–2015".

Embassy of Sweden, Kampala. 2012. "Sweden's Development Cooperation with Uganda 2012".

Government of Uganda. 2010. "National Development Plan (2010/11–2014/15)".
_____. 2011. "Uganda Nutrition Action Plan 2011–2016".
_____. 2013. "Uganda VISION 2040".

Hasegawa & Karandagoda. 2011. "Change Management for Hospitals through Stepwise Approach, 5S–KAIZEN–TQM".

JICA. 2009. "Preparatory survey report of the project for the rehabilitation of hospitals and supply of medical equipment in the central region of Uganda in the Republic of Uganda".

Ministry of Finance, Planning and Economic Development Uganda. 2013. "Millenium Development Goals Report for Uganda 2013".

Ministry of Foreign Affairs Japan. 2011. "Country Assistance Evaluation of Uganda (Summary)".

Ministry of Health Uganda. 2009. "National Health Policy Ⅱ 2010/11-2019/20".
_____. 2010. "Health Sector Strategic & Investment Plan: Promoting People's Health to Enhance Socio-economic Development 2010/11-2014/15".
_____. 2011. "Aids Indicator Survey 2011".
_____. 2013a. "Annual Health Sector Performance Report FY 2012/13".
_____. 2013b. "Mid-Term Analytical Review of Performance of the Health Sector Strategic and Investment Plan 2010/11-2014/15 (Volume 2)".
_____. 2013c. "Mid-Term Review Report of the Health Sector Strategic and Investment Plan 2010/11-2014/15 (Volume 1)".

OECD. 2014. "Development aid at a glance: Statistics by region 2.Africa".

Sida. 2011. "Evaluation of Swedish Health Sector Programme Support in Uganda 2000-2010 (Final report)".

UNHCO. n.d. "UNCHO Strategic Plan 2012-2017".

UNICEF. 2010. "Uganda Country Programme Document 2010-2014".
_____. 2012. "UNICEF in Uganda: Keeping Children Alive, Safe, and Learning".

USAID. 2012. "Uganda Health System Assessment 2011".

VHR(Voices for Health Rights). 2012. "Maternal Health Project (MHP) Dec 2010-Dec 2013 Mid-term Review Report".

WHO. 2010. "WHO health Statistics Profile".
_____. n.d. "ODA for Health to Uganda".

[인터넷 웹페이지]

DFID website. Retrieved from http://devtracker.dfid.gov.uk/countries/UG/.
Jeanne, D. & Njoroge, J. (2012, Dec. 4). Donors cut all direct aid to

government until 2013. Daily Monitor. Retrieved from http://www.monitor.co.ug.

Croome, P. (2014, Mar. 13). U.S. suspends some aid to Uganda over anti-gay law. Reuters. Retrieved from http://www.reuters.com.

RHU website. http://www.rhu.or.ug/.

Sida Website. Retrieved from http://www.sida.se/English/Countries-and-regions/Africa/Uganda/Our-work-in-Uganda/.

UNHCO website. Retrived from http://unhco.or.ug/2013/10/maanyi-community-gets-a-second-midwife/.

University of Washington (2013). GBD 2010. Retrieved from http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/.

WHO (n.d.). ODA for Health to Uganda.

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

<부 록>

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

부록 1. 주요보건지표

<표> 주요 보건 지표

Grouping	지표	해당국가	아프리카
일반 보건 지표	기대수명 (년)	56	56
	1) 남성 기대수명 (년)	54	55
	2) 여성 기대수명 (년)	57	58
	조출생율 (인구 1000명당)	44.7	38
	합계 출산율 (여성 1인당 출산)	6.1	4.8
	사산율 (출산 1000 건당)	25	28
사망률 지표	성인 사망률 (인구 1000명당 15-60세 사이)		
	1) 남성 사망률	410	362
	2) 여성 사망률	363	317
	연령 보정된 원인별 사망률 (인구 10만 명당)		
	1) 감염성 질환	810	798
	2) 비감염성 질환	888	779
	3) 부상	179	107
	연령 보정된 원인별 성인 사망률 (인구 10만 명당 30-70세 사이)		
	1) 모든 질병	1959	1,716
	2) 암	191	147
	3) 심혈관 질환 및 당뇨	421	382
	4) 만성호흡기질환	111	92
모 성 보 건 지표	모성 사망비 (출생아 10만 명당)	310	480
	출산 시 전문 의료 인력 참여율 (%)	58	49
	가족 계획에 대해 미충족 요구를 가진 여성 비율 (%)	38	25
	15-49세 가임여성 중 피임율 (%)	30	27
	임신여성의산전관리율 (%)		
	1) 1회 이상 방문	95	74
	2) 4 회 이상 방문	48	43
아동보건지표	5세 미만 아동 사망률 (출생아 1,000명당)	90	107
	영아 사망률 (출생아 1,000명당)	58	68
	신생아 사망률 (출생아 1,000명당)	28	34
	1세 아동(12-23개월)예방접종률 (%)		
	1) 홍역	75	75
	2) DPT	82	71
	3) B형간염	82	71
	5세 미만 쇄약 아동 비율 (%)	14.1	10.4
	5세 미만 저체중 아동 비율 (%)	4.8	25.2
	5세 미만 발육부진 아동 비율 (%)	33.7	40.9
	모유 수유율 (%)	63	35
질병별 지표	질병별 사망률 (인구 10만 명당)		
	1) HIV/AIDS	181	139
	2) 말라리아	52	72

	3) 결핵 (HIV 음성 인구중)	14	26
	발병률 (인구 10만 명당) 1) HIV/AIDS 2) 말라리아 3) 결핵 (HIV 음성 인구중)	 421 28921 193	 205 20,913 262
	유병률 (인구 10만 명당) 1) HIV/AIDS 2) 결핵	 4030 183	 2,725 293
각 질병 관련 지표	살충제 처리된 모기장에서 자는 5세 미만 아동 비율 (%)	42	32
	열증상을 보인 5세 미만 아동 중 항말라리아제를 받은 비율 (%)	65	-
	Advanced HIV 감염자 중 항레트로바이러스 치료 받는 인구 비율 (%)	54	57
	모든 형태의 결핵에 대한 case-detection 비율 (%)	69	61
	결핵의 도말표본검사 양성진단 환자의 치료 성공율 (%)	71	82

출처: World Health Statistics, 2013

부록 2. 지역별 주요 일반 지표

	1. 생식보건			2. 모성보건		3. 아동보건				4. HIV/AIDS 및 말라리아	
지역구분	합계 출산율 (15-49세)	청소년 임신율[11] (15-19세)	현대적 피임법에 의한 피임률	시설 분만율	숙련된 인력에 의한 분만율	5세미만 아동사망률 (출생아 1,000명당)	영아 사망률 (출생아 1,000명당)	신생아 사망률 (출생아 1,000명당)	예방접종률[12] (12-23개월 아동)	HIV 유병률 (15-49세)[13]	5세 미만 아동의 살충제처리모기장 이용률[14]
전체											
Urban	3.8	16.6 / 4.8	39.2	89.5	89.1	77	54	31	60.8	10.7/6.1	70.5
Rural	6.8	18.4 / 6.0	23.4	52.0	52.8	111	66	30	50.2	7.7/6.1	61.7
(지역별)											
Kampala	3.3	15.3 / 6.3	40.2	92.9	93.0	65	47	27	63.4	9.5/4.1	78.8
Central 1	5.6	17.1 / 2.0	30.7	61.7	62.0	109	75	44	43.9	12.5/8.4	57.7
Central 2	6.3	17.5 / 5.1	30.7	69.1	69.9	87	54	31	43.0	9.7/8.0	64.2
East Central	6.9	23.6 / 7.0	27.7	67.1	67.1	106	61	23	39.2	6.7/4.8	59.0
Eastern	7.5	24.5 / 5.8	23.2	51.2	51.9	87	47	24	52.4		68.8
Karamoja	6.4	11.5 / 18.2	7.4	27.1	30.8	153	87	29	62.2		79.0
North	6.3	17.5 / 8.2	23.4	51.9	53.4	105	66	31	49.0		67.4
West Nile	6.8	19.7 / 6.6	13.6	58.7	58.5	125	88	38	52.1	4.7/5.0	63.6
Western	6.4	17.3 / 5.3	26.8	55.9	55.8	116	68	30	59.7		61.7
Southwest	6.2	11.1 / 3.4	25.1	40.3	41.5	128	76	33	61.6	9.0/6.6	49.5

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

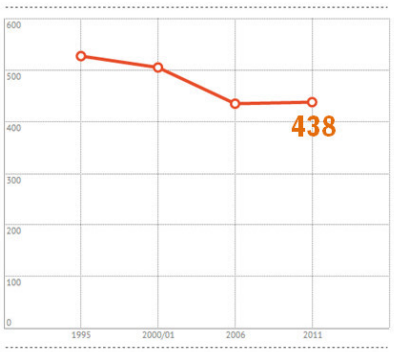
12) All basic vaccinations (BCG, measles and three doses eacch of DPT and polio vaccine, excluding polio vaccine given at birth)

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

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

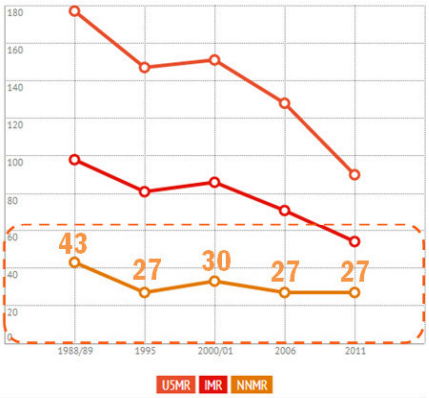
(우간다) 건강/질병의 심각성

Maternal Mortality Ratio



2011 DHS MMR: 438 (per 100,000 Live Births)

Childhood Mortality Rate

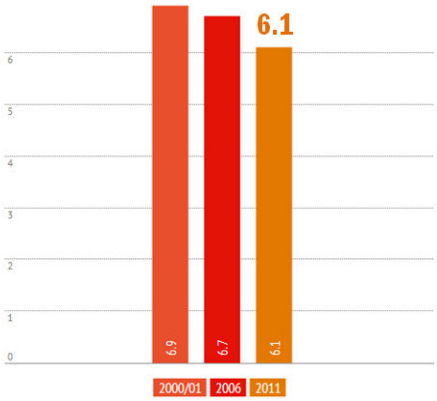


- (모성사망비) 모성사망비가 지난 20년간 거의 감소하지 않음
  - 2010년 DHS 모성사망비는 438명 (출생아 10만 명당).
- (신생아 사망률) 영아 사망률 및 5세 미만 아동 사망률의 감소에 비해, 신생아 사망률은 20여년간 거의 감소하지 않음
  - 신생아 사망률 2010년 27명 (출생아 1,000명당)

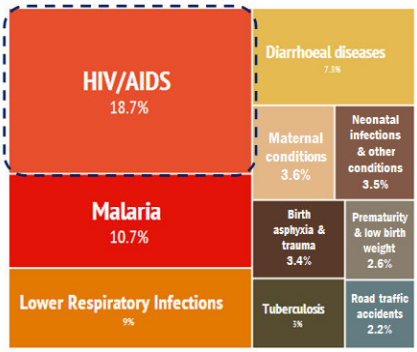
43

(우간다) 건강/질병의 심각성

Trends in Fertility



Global Burden of Diseases (GBD)



- (아동 영양) 아동 발육부진 비율이 33%로 개선이 필요함
- (생식보건) 합계출산율이 6.1명, 청소년 임신율이 18%로 생식보건 수요가 매우 높음
- (HIV/AIDS) 최근 HIV 유병률이 오히려 증가함
  - 15-49세 성인의 HIV 유병률이 2004/05년 6.4%에서 2011년 7.3%로 증가함 (UAIS).

44

(우간다) 보건 의료 시스템 현황 및 분석

리더십과 거버넌스	보건의료재정	보건의료서비스 전달	보건의료인력
◻투명성 및 책무성 이슈가 부각되고 있음 ◻이로 인한 대외신인도 하락 및 원조수원 환경의 악화	◻(재정부족) 전체 정부 지출 대비 보건분야 지출이 감소하였음 ◻(높은 본인부담) 보건분야 지출 중 민간재정이 50%를 차지하며, 민간 재원 중 본인부담금이 88%를 차지함	◻서비스 전달 및 후송 체계가 제대로 작동하지 못하고 있음	◻(인력 부족) 인력 유출 현상으로 전문인력 부족 문제가 심각함

보건의료시스템의 주요 시사점

- ◻ 우간다 정부의 대외신인도 하락 및 원조수원환경의 악화로 주요 공여기관들의 원조유형이 변화하고 있음
- ◻ 일부 주요 공여기관의 자금지원 중단으로 재정상황이 불안정함
- ◻ 보건의료인력의 수적·질적 부족 문제로 인해 서비스 전달체계가 제대로 작동하지 않으며, 이로 인해 모성 및 신생아 보건 등 관련 인력의 적절한 투입이 필수적으로 요구되는 보건문제가 개선되지 못하고 있음

ReDI 사단법인 글로벌발전연구원 Re-shaping Development Institute

(우간다) 주요 공여기관들의 보건 분야 지원 전략과 특징

보건 분야 ODA 지원 현황

- ◻ **전체 ODA 지원현황(ODA/GNI)** : 9.9%
- ◻ **보건분야 ODA 지원현황(ODA/보건재정)**: 34%
- ◻ **(주요 양자 공여기관)** 미국이 원조 규모의 큰 부분을 차지함(78%), 그 다음으로 덴마크, 아일랜드, 스웨덴 등
- ◻ **(주요 다자기구)** Global Fund가 다자지원의 50%를 차지하며, 그 다음으로 IDA, UNFPA, AfDF 등

DISBURSEMENTS in Million (constant 2009 US$)	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Health Policy & Admin Management	33.59	73.46	35.33	83.31	75.08	55.15	48.83	35.94	21.81	48.08	41.04
MDG6 (Control of HIV/AIDs, TB, Malaria and other diseases)	14.03	18.44	32.19	47.80	154.38	173.00	192.17	259.22	249.98	321.52	340.18
Other Health Purposes	16.38	23.05	22.35	62.02	43.55	37.89	63.99	66.03	58.58	46.19	45.86
Reproductive Health & Family Planning	8.23	7.35	6.29	15.99	4.00	38.42	3.56	3.82	10.70	14.16	26.17
Grand Total	72.23	122.31	96.16	209.12	277.01	304.46	308.55	365.00	341.08	428.95	454.25

보건 분야 ODA 지원 현황의 특징

- ◻ **(대규모 공여기관의 집중적 지원)** 미국과 Global Fund가 대규모 원조를 제공함
- ◻ **(다양한 공여기관의 원조 참여)** 미국 및 Global Fund가 집중적으로 지원하고 있지만, 다양한 공여기관에 의한 원조가 동시에 이루어지고 있음.

ReDI 사단법인 글로벌발전연구원 Re-shaping Development Institute

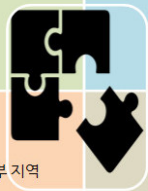
(우간다) 주요 공여기관들의 보건 분야 지원 전략과 특징

지원 전략의 기본 방향	원조 형태 및 전달 채널
◻ **(자금지원 중단 추세)** 우간다 정부의 대외신인도 하락으로 인해 일부 공여기관의 일반예산 지원 및 보건분야 자금지원이 중단되는 상황이 여러 차례 발생함 ◻ **(정부 이외의 채널의 활용 추세)** 여러 공여기관이 위임협력이나 UN 조인트 프로그램, 민관협력 등의 다양한 원조형태 및 전달채널을 모색하고 있음	◻ (DFID) 보건분야 자금지원을 중단하였으며, 주로 USAID와의 위임협력이나 UN 조인트 프로그램을 통해 지원하고 있음 ◻ (Sida) 주로 현지 시민사회단체를 통해 지원하고 있음
세부 보건 지원 분야	**중점 지원 지역 및 대상**
◻ (DFID) 생식보건, 말라리아, HIV/AIDS 등 비교적 다양한 보건분야에 지원함 ◻ (Sida) HIV/AIDS, 생식보건 및 모자보건 분야에 집중함 ◻ (JICA) 보건의료인프라 개선하는데 집중함	◻ (중점 지원 지역) 북부에 위치한 취약지역인 카라모자 지역에 대해 USAID, Sida, DFID 등 여러 공여기관들의 집중적 지원이 이루어지고 있음

ReDI 사회글로벌발전연구원 Re-shaping Development Institute

(우간다) KOICA 보건 분야 지원 전략

보건의료시스템 강화+세부 지원분야	사업 유형별+형태별 지원
<보건의료시스템의 강화> - 기초인프라(건물, 기자재, 전기, 식수 등) 개선 - 지역사회 중심의 보건의료체계 개선 - 지역사회 보건의료 인력 개선 **<보건 세부 지원 분야>** - 모성 및 신생아 보건 - 아동 영양 - (청소년) 생식보건 및 가족계획	- 양자 지원 사업 발굴의 한계 - 자금지원의 한계 - 민관협력, 멀티바이, 빈퇴금을 통한 혁신 사업발굴
<중점 지원 지역> - 북동부 지역 및 수단과 DR콩고와 접경하는 북부 지역 - 타 공여기관 대비 소외된 지역에 지원 **<중점 지원 대상>** - 청소년 임신율에 영향을 미치는 인구집단인 남성, 여성 청소년 - 여성 및 아동	- ICT 분야 및 지역사회개발 농업 분야와의 연계를 통한 지역사회 보건의료 시스템 개선
중점 지원 지역 + 중점 지원 대상	**범분야 이슈 및 타 분야와의 연계**



ReDI 사회글로벌발전연구원 Re-shaping Development Institute

부록 4. 현지조사 면담자 리스트

기관	이름	소속/직위	연락처
MOH	Alidria-Ezati Isaac	Director of Health services (Planning & Development)	iezaati@yahoo.com +256-414-340-883 +256-772-501-727
	Amandua Jacinto	Commissioner Clinical services	Amadua.jacinto@health.go.ug +256-414-231-576 +256-712-537-333
MOH	Kagma Paul	Asst. commissioner (Health services, Health promotion & Education)	paulkagwa@yahoo.co.uk +256-414-344775 +256-78-288-4361
UNICEF	Neelam Bhadwaj	Health & Nutrition specialist	nbhardwaj@unicef.org +256-71717-1402
MOH	Opar Bernard Toliva	Principal medical Officer	bopato@gmail.com +256-414-23-1576 +256-772-46-9323
KOICA	유덕종	KOICA 중장기자문단	yoouga@gmail.com +256-772-46-1101
World Vision	Richard Muhumuza	Project manager (East Africa maternal Newborn & Child Health Project)	Richard_muhumuza@wvi.org +256-782-778-801
RHU (Reproductive Health Uganda)	Peter Ibembe	Director	pibembe@rhu.or.ug +256-70-039-0233
Makerere University School of Public health	Peter Waiswa	Lecturer (Dept. of Health policy planning & management)	pwaiswa@musph.ac.ug +256-772-405-357
DFID	Matt Gordon	MDG Team leader/ Senior health/HIV adviser	m-gordon@dfid.gov.uk +256-414-331-140
UNHCO	Robinah Kaitiritimba	Executive director	rkitungi@yahoo.com +256-772-638-451
JICA	Takahashi Sonoko	Representative	Takahashi.sonoko@jica.go.jp +256-41-425-4326 +256-782-961554
KOICA	강연화	소장	kangyh@koica.go.kr
	송정은	부소장	song@koica.go.kr
	김윤정	ODA 개발효과성 전문가	garukim@gmail.com

KOICA 아프리카지역 보건분야 협력방안 연구 - 우간다 현지조사 결과 보고서

2014. 4월

ReDI 사회글로벌발전연구원
Re-shaping Development Institute

I. 우간다 현지조사 개요

1 우간다 현지조사의 목적

❑ 우간다 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 우간다를 방문하여 각 국가 원조, 보건 관련 정부부처 관계자, 현지 KOICA 사무소 및 전문가, 협력국 내 타 공여기관 보건 사업 담당자 및 현지 보건 전문가 등을 대상으로 개별 혹은 그룹인터뷰를 시행하고자 함.

❑ 우간다 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.

❑ 우간다 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 우간다 현지조사 일정 및 담당자

❑ 우간다 현지조사팀 구성

- 전체일정: 2014.02.15(토) ~ 2014.02.22 (토)
- 각 현지조사 팀은 책임연구원 1인+연구원 1인+연구조원 1인으로 구성되었으며, 보건 전문가와 개발협력 전문가로 구성됨.

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

❑ 우간다 현지조사 세부 일정

일정	시간	면담기관	면담 참석자
2/17(월)	오전	Ministry of Health	Mr. Alidria-Ezati Isaac, Director of Health Service (Planning & Development) Mr. Amandua Jacinto, Commissioner Clinical Services
		Ministry of Health	Mr. Kagma Paul, Assistant commissioner Health Services, Health promotion & Education
	오후	UNICEF	Ms. Neelam Bhadwai, Health & Nutrition specialist
2/18(화)	오전	Ministry of Health	Mr. Opar Bernard Toliva, Principal medical Officer
	오후	KOICA 우간다사무소	Mr. 유덕종, 중장기자문단
2/19(수)	오전	World Vision	Mr. Richard Muhumuza, Project manager (East Africa maternal Newborn & Child Health Project)
	오후	RHU (Reproductive Health Uganda)	Mr. Peter Ibembe
		Makerere University School of Public Health	Mr. Peter Waiswa, Lecturer (Dept. of Health Policy Planning & Management)
2/20(목)	오후	DFID	Mr. Matt Gordon, MDG Team leader/Senior health/HIV Adviser
2/21(금)	오전	UNHCO (Uganda National Health Consumer Organisation)	Ms. Robinah Kaitiritimba, Executive Director
		JICA	Ms. Takahashi Sonoko, Representative
		KOICA 우간다사무소	Ms. 강연화, 소장 Ms. 송정은, 부소장 Ms. 김윤정, ODA 개발효과성 전문가

II. 현지조사 회의별 내용

1 협력국 정부

가. 보건부 (Ministry of Health)

- 일시: 2014년 2월 17일 (월) 12:00-13:00
- 장소: 보건부
- 면담대상자: Dr. Alidria-Ezati Isaac (Director of Health Service, Planning and Development)

❑ 주요 안건

1. 정책 및 전략

○ (상위 정책) Vision 2040 정책문서에는 보건, 교육이 강조되어 있지 않고 있음. 그러나 국가개발계획(National Development Plan) 2010-2015 문서 내 4대 부문별 계획에는 사회적 부문에 건강 및 영양, 인구 등의 주제와 관련하여 보건 이슈가 포함되어 있음.

○ (하위 보건 전략) 하위 보건 전략에는 HSSIP 2010-2015 (내용), 중기검토 (Midterm Review) 2013 등이 있음.

○ (2015년 이후 보건개발전략) 2014년 3월 중에 컨셉노트가 발표되어 논의될 예정에 있음.

2. 보건 우선순위 (Priorities)

○ (HSSIP) 보건 우선순위 관련하여 4개의 클러스터가 있으며, 이는 다음과 같음.

- 클러스터 1: 건강 증진, 질병 예방, 지역사회 이니셔티브
- 클러스터 2: 모자보건
- 클러스터 3: 전염성 질환 통제

– 클러스터 4: 비전염성 질환(NCDs) 예방 및 통제

○ (세부분야 내 우선순위) 통합적인 운영(Integrated Operation), 보건의료인력, 커뮤니티/빌리지 보건, 인프라 등을 강조하고 있음.

○ (실질적으로 개선되어야 할 우선순위) 첫째는 보건 인력(Health Workers)확보를 위해 그들이 일할 수 있는 환경 마련이 필요함. 따라서, 숙소 제공이 필요함. 둘째는 물과 전기이며, 마지막은 내부 문제로써 이는 재정(financing)이 근본적인 원인임.

○ (연구진 의견) 우선순위 분야에 있어서는 여러 가지 분야가 병렬적으로 나열되기만 할 뿐, 실질적이 우선순위가 없는 것으로 판단됨. 인력 자원은 근로 환경이 열악하더라도 보건 의료 인력에게 다른 종류의 보상(Training을 통한 개인의 역량 강화 등)을 제공함으로써 유지(retain)하는 것이 중요하나 이루어지지 않고 있는 실정임.

3. 보건 의료 체계

○ (현황 및 구조) 다음 표의 구조를 갖추고 있으며, National referral Hospital의 경우는 물라고 병원과 정신병원, 총 2개가 있음.

<표> 우간다 공공부문 보건 의료 체계

Level	Healthcare Facility	Population Coverage
National Level	National Referral Hospital (2개)	전 국민 대상
	Regional Referral Hospital (13개)	2백만 명
District Level	General Hospital (50개)	5십만 명
	Health Center IV (170개)	십만 명
	Health Center III	2만 명
	Health Center II	5천 명
	Village Health Team (VHT)	

○ (1차 보건의료) 1차보건 의료 시설에서 근무하는 간호사나 조산사를 통해서 referral하도록 하는 시스템은 잘 작동하지 않음. 그 이유는 인력 부족, 접근성, 인프라 미흡 등의 원인으로 인한 Integrated operation의 부재이며, VHT를 활

용하려 하지만 한계점이 큼.

- (분권화 Decentralisation) 분권화를 지향하고 있으나, 실제 재정적 실현은 이루어지지 않은 상태임.
- (민간 부문 Private sector) 규모가 점점 커지는 추세에 있음.
- (공공 서비스 Public services) 세입을 재원으로 하여 무료로 제공하고 있음.
- (연구진 의견) 인프라 지원에 있어 중앙 정부에서는 직접적인 지역사회에 대한 지원보다는 중앙 정부를 통한 지원을 선호하는 편임. 1차 보건 의료 시설에서는 인력의 배분 자체가 지역뿐만 아니라 민관 형태에서도 불균형함.

4. 보건 의료 인력

- (중요성) 우간다의 전반적인 보건문제 해결을 위해서는 보건 의료 인력 확충 및 개선이 필수적으로 이루어져야 함.
- (공공부문) 국가 단위 (National Level)에서는 National Referral Hospital, Regional Referral Hospital, General Hospital 등이 포함되어 정부에 의해 인력이 고용되며, 해당 인력은 임금과 하우징을 제공받음. 그러나 임금 수준이 매우 낮고 하우징이 대부분 제공되지 않는 실정임.
- (민간부문 의료의 인력 유출) 공공 의료 부문의 낮은 임금 및 보상으로 인해 민간 부문으로의 인력 유출 현상이 두드러지게 나타나고 있음. 오후 3시 이전까지는 공공 병원에서 필수적으로 근무 후, 민간 병원에서의 근무를 허용하되 긴급호출에 상시 응답하도록 하는 것이 암묵적인 동의 하에 이루어지고 있음.

5. 보건 정보 시스템

- (e-Health의 목적) 정보 전달 및 수집의 목적을 가지고 있으며, 지역 단위 (district level)에서의 성과 모니터링의 목적, 의약품 공급 현황의 보고 목적, Tele-consultation system 등을 염두에 두고 있음.
- (파트너십) 보건정보시스템 분야에 지원하는 공여기관은 현재 없는 상태이며, Karolinska Hospital과 함께 일하고 있음. e-Health 관련 이슈는 ICT 부서와 함께 논의되어야 하는 Multi-sectoral 이슈에 해당함.

6. 사례 및 기존 파트너십

○ (Rwenjory mountain 지역 사례) USAID가 지원하였으며, 인프라가 잘 구축됨. 모성사망률 및 아동사망률의 감소와 예방접종률의 향상 효과를 가져옴.

○ (보건의료인력) BTC가 전문가 트레이닝에 대한 사업을 수행해오고 있음.

○ (JICA) 2개의 Regional Referral Hospital에서 Rehabilitation of hospital & medical equipments supply 프로젝트를 시행 중에 있음.

○ (연구진 의견) JICA 사업 사례에 있어 사업수행방식이 서양 공여기관들의 방식과 확연히 다른 것을 볼 수 있음. JICA의 방식은 사업 범위는 작지만 지역 내 영향 (Local Impact)가 확실하다는 장점이 있음. 이론적으로는 예산지원 (Budget Support) 방식이 협력국의 역량을 강화할 수 있는 모달리티(modality)이지만 JICA의 방식이 갖는 장점도 분명 존재함. KOICA의 경우, 지원 규모를 고려했을 때, JICA 규모 이상의 지원은 실질적으로 불가능하다는 것을 고려해야 함.

7. 제안 사항

○ (파트너십) KOICA와 같이 비교적 적은 규모의 공여기관에게 바라는 형태의 파트너십은 프로젝트 단위의 사업 수행이며, 보건부를 통해 사업을 수행할 경우 더욱 수월할 것으로 생각함.

○ (효과적 지원 분야) 첫째는 인프라 및 장비 제공이며, RRH는 세계은행(World Bank)과 JICA를 통해 지원 받고 있음. 22개의 GH를 지원하기 위한 Funding이 없는 상황임. 둘째는 지역사회 보건 의료 개선(VHT)이며, 마지막은 보건의료인력 강화로써 고급 인력에 대한 니즈가 높음.

○ (연구진 의견) 지역별로 차별화를 두어 양자 지원은 직접 Good practice를 만들어 낼 수 있는 지역에 지원하고 다자지원은 북부 지방에서 모성보건 사업을 하고 있는 UNICEF에 지원하는 등의 방법을 모색할 수 있음.

❑ 수집자료

○ MOH Uganda (2010). Health sector strategic & investment plan 2010/11-2014/15. July 2010.

○ MOH Uganda (2011). Health sector quality improvement framework and strategic plan 2010/11-2014/15. Dec 2011.

○ MOH Uganda & WHO (2013). Midterm review report of the Health sector strategic and investment plan (HSSIP) 2010/11-2014/18\5 (Volume 1). Sep 2013
○ MOH Uganda & WHO (2013). Midterm analytical review of performance of the health sector strategic and investment plan 2010/11-2014/15 (Volume 2). Sep 2013
○ MOH Health promotion & education division. Community health promotion handbook
○ VHT Materials (soft copy)

나. 보건부 (Ministry of Health)

● 일시: 2014년 2월 18일 (화) 10:00-12:00 ● 장소: 보건부 ● 면담대상자: Dr. Kagma Paul (Asst. commissioner Health Services, Health promotion & education)

❑ 주요 안건

1. 전반적인 보건 이슈

○ (Village Health Team; 이하 VHT) 100-250명 정도의 인구를 커버하고 있으며, 봉사 형태의 무급 인력임. Common illness, Disease prevention, Health promotion에 대한 트레이닝을 받으며, 인력의 commitment가 중요한 이슈 중 하나임. VHT의 활동을 위한 보건지소 등의 시설은 따로 마련되어 있지 않지만, 커뮤니티에서 중요한 역할을 수행하므로 많은 지원이 필요한 실정임.

2. 공여기관 지원 관련 문제점 및 대안

○ (문제점) 대규모의 공여기관들은 특정 질병에 대해서만 단기간 동안 지원함.
○ (제안) Health promotion & education을 위해 Radio를 이용하는 대중을 타겟으로 인식 개선 사업이 가능하다고 보며, 이에 대한 추후 논의가 가능함.

다. 보건부 (Ministry of Health)

- 일시: 2014년 2월 18일 (화) 10:00-12:00
- 장소: 보건부
- 면담대상자: Dr. Opar Bernard Toliva (Principal medical officer, Department of Clinical Services)

❑ 주요 안건

1. 부서 소개

○ (Department of Clinical Services) Pharmacy Division과 Health Infrastructure division, Interactive Curative services division으로 나누어 짐.

2. 보건의료 인력관련

○ 보건 의료 서비스를 제공하는 데 있어 가장 큰 문제점은 보건의료 인력이며, 민간 보건 의료 부문 및 주변국가(르완다, 케냐, 남수단, 남아프리카공화국 등)으로의 인력 유출 현상이 심각함.

3. 보건의료 체계에서 가장 외부 지원이 필요한 분야

○ Referral 비용을 줄이는 것으로 응급의료 시스템, 예방접종에 대한 지속적인 지원 및 환경 보건 (물, 위생 포함) 분야에 외부 지원이 필요함.

4. 타 양자 및 다자 원조 기관의 장단점

○ JICA의 경우 빠르게 사업을 수행할 수 있는 장점이 있었음.

2 양자공여기관 (Bilateral Organisation)

가. 영국 DFID

- 일시: 2014년 2월 20일 (목) 14:30-16:00
- 장소: DFID Office
- 면담대상자: Mr. Matt Gordon (MDG Team leader, HIV&Health advisor)

❑ 주요 안건

1. 재정 지원(Budget Support)의 중단

○ (현황) 우간다 총리실 예산 횡령 사건으로 인해 재정부를 통하는 general budget-support, sector general budget-support는 중단되었지만, 보건부가 아닌 CSOs를 통해서 수행되는 프로그램/프로젝트는 계속해서 지원하고 있음.

○ (우간다 정부의 대응) 정부는 연루된 돈을 반환했지만, 공여기관들의 요구에도 불구하고 책임 당사자를 해임하는 것이 아니라 포지션을 이동하는 데 그쳤음.

○ (시사점) 중앙정부와 직접 일하는 것은 책무성과 투명성(accountability and transparency)에 관해 문제가 있기 때문에, DFID의 경우 NGO를 통해서 지방정부와 직접적으로 일하고 있음.

2. DFID의 보건 분야 프로그램 및 프로젝트 현황

○ (현황) 대부분의 공여기관들이 보건의료 시스템 강화에는 지원하지 않는 추세임.

○ (지역단위) 민간 부문(Private sector)을 통해서 사업을 수행하는 방식

○ (성과에 기초한 펀딩; performance-based funding) NGO들이 제대로 사업을 수행할 수 있는지를 사전 심사하고, 지원 서비스의 양과 질을 평가한 후 지원 규모를 책정하는 방식임.

○ (사업수행) 분야별 프로그램 등에서는 DFID의 존재여부가 중요하지만, 커뮤니

티 단위에서 직접 수행되는 프로젝트에서는 DFID의 존재가 드러나는 것을 피하려고 함. 지나친 DFID의 존재가 부각되는 것은 우간다 정부에 대한 국민의 신뢰를 떨어뜨리게 되므로 지양하고 있음.

- (지역선정 기준) 문제 해결을 위한 수요를 측정하여 이를 기준으로 선정하고 있으며, 수요 측정을 위한 내부적 툴을 보유하고 있음.
- (프로그램 수행 전략) DFID는 본부를 통한 전략적 접근 방식이 아닌 프로그램 단위에서 문제 기반 접근법으로 프로그램을 수행하고 있음.

3. 사례 제시

- (Universal Mosquito Net Campaign) 올해 9월까지 3,300만 인구에게 2,200만 개의 모기장을 제공할 계획임 (USAID, Global Fund와 함께 시행. 구체적인 사항은 확인 요망)
- (소규모 공여기관이 Local level에서 일할 수 있는 사례) 가족계획(Family planning), UN Agency와 일한 가족계획사업, 청소년 임신율 등의 감소를 목적으로 하는 여성 임파워먼트(empowerment) 지원.

4. 파트너십

- (Delegated cooperation) 타 공여기관의 프로그램에 펀딩하여 같이 일하는 형태로서 사업수행 결과에 대한 평가방법은 인풋에 대한 비율로 측정함. 행정 비용(Bureaucratic cost)을 절감하는 효과가 있음.
- (연구진 의견) 이는 협력국 정부가 선호하지 않는 방식으로 Pooled fund의 경우, 정보를 통해 공동으로 집행하지만 이제는 정부가 아닌 USAID 등의 대규모 공여기관 등을 통해 수행되고 있음.
- (상호검토시스템; Due diligency) officer 한 명이 아니라 chair 그룹이 문서에 기초한 검토(paper-based review)과정을 통해 사업을 수행할 NGO를 선정하는 시스템으로, 현장에서 한 번 더 검토를 거침.
- (파트너 전략) INGOs, Local NGOs, 다자기관, 사설 컨설팅 기관 등과 일할 때 DFID는 actor별로 어떻게 배분할까에 전략을 가지기 보다는 사업을 효과적으로 달성할 수 있는 방법을 고려하고 있음. 다만, 섹터별 배분 전략은 있음.

5. 전통적인 중장기협력과 인도적 지원의 구분

○ 상당 부분의 인도적 지원 펀드는 DFID 본부(HQ)에서 관리함. 본부에서는 인도적 지원 펀드를 우간다 정부에 주는 것이 아니라 UNCERF에게 주고 있음. 이는 주로 자연재해 등을 위한 긴급구호 자금임. 반면 우간다와의 양자 협력을 통해 인도적 지원과 유사한 프로그램들을 실시하고 있는데 영양, 식량 확보, livelihood 사업등과 같은 Resilience 강화 프로그램들이 이에 해당함. 이는 주로 우간다 북쪽/북동쪽 지방에서 이루어지고 있음.

6. DFID의 가이드라인

○ 투명성(Transparency), 위험관리 가이드라인(risk management guideline (bluebook)), 우간다 책무성 프로그램(Uganda Accountability Programme) 등에 대한 자료를 웹상으로 확인한 후 필요한 부분을 요청할 수 있음.

○ (시사점) 투명성(Transparency), 위험관리 가이드라인(risk management guideline) 등 다양한 가이드라인을 보유하고 있으며, KOICA는 상대적으로 이러한 장치들이 부족한 상황임.

7. 모성보건 개선을 위해 KOICA가 수행할 수 있는 프로젝트 제언

○ (도전과제) 학교 등록율 저조, 낮은 접근성, 환경적 요인 등을 고려해야 하며, UNPFA, UNICEF처럼 한 지역의 포괄적으로 지원함으로써 지속적인 효과를 얻을 수 있는 지역 단위(district level)에서의 사업 수행이 필요함.

❑ 수집자료

○ DFID (2009). DFID background note on the Impact-Weighted Output Scoring of project performance

○ DFID (2014). Blue Book. Chapter A. Overall Business Planning.

○ DFID (2014). Blue Book. Chapter B. Managing programmes, projects and expenditure

○ DFID (2013). Blue Book. Chapter C. Accountability and audit.

○ DFID (2011). Technical Competencies for Conflict Advisers.

○ DFID. Due Diligence Frequently Asked Questions.
○ DFID (2014). Due Diligence Lessons Learned - Updated. Feb 2014.
○ DFID. Governance Adviser Technical Competencies
○ DFID. Health Advisers Technical Competencies
○ DFID (2014). Assessing the Strength of Evidence. Mar 2014.
○ HM Treasury (2014). Consolidated budgeting guidance 2014 to 2015. March 2014.

나. 일본 JICA

- 일시: 2014년 2월 21일 (금) 10:00-11:00
- 장소: JICA Office
- 면담대상자: Mr. Sonoko Takahashi (Health advisor)

❑ 주요 안건

1. JICA 보건 사업의 현황

○ (개요) 보건인프라와 보건의료서비스 개선 등 2가지가 주요 분야임.

○ (보건인프라 프로젝트 현황) 2005년 동부지역(Mbare, Soroti)에서 Regional Referral Hospital(RRH) 인프라 개선 사업을 시행함. Tororo와 Mbare에서 General Hospital 개선사업도 시행하였으며, 이후 GH가 아닌 RRH 인프라 개선으로 방향을 수정함 (GH의 경우 물과 전기 등의 공급이 항상 불안정 할뿐만 아니라 지방 정부에 의해 운영되므로 지속적 운영 및 관리에 어려움을 겪음). 2010년에서 2012년 사이에는 Mubende와 Masasa 지역에서 RRH 인프라 개선 사업을 실시하였으며, 2014년 1월부터는 Hoima, Porto, Kabal 지역에 RRH 인프라 사업을 시행 중에 있음. 추후 북부에 위치한 Lira, Arua, Gulu 지역 사업을 고려중에 있음.

○ (기술협력) 병원 인프라 개선 사업 후 유지를 위해 기술협력을 이용함.

○ (인력 파견 및 봉사단) 병원 인프라 개선 사업 후 인력 파견을 통해 간호사나

기술자 등의 인력을 트레이닝 함으로써 시설 내 인력의 역량을 유지하고 강화하고자 함.

- (지역적 이슈) Karamoja 지역은 보안상의 문제로 접근이 어려워 주로 다자기관이 지원하고 있음.
- (Total quality management) quality management를 위해 5S (Sort, Set, Shine, Standard, Sustainable)의 기법을 환자 기록 개선 등 다방면에 활용하고 있음.

2. 파트너십

- (NGOs) 우간다의 보건분야에서 NGO와 함께 사업하는 경우는 없으나 타 국가에서는 일본NGO를 통해서 local NGO와 함께 일하는 방식으로 사업을 수행하기도 함.

3. KOICA에 대한 제안

- 보건 인프라 개선과 보건의료인력 개발 강조가 필요하며, JICA와의 가능한 협력 방안으로는 JICA가 인프라를 지원하는 RRH 하위에 있는 GH와 HC를 KOICA가 지원함으로써 특정 지역에 작동이 가능한 보건의료서비스 전달 체계를 구축하는 것을 들 수 있음.

❑ 수집자료

- West Uganda Grant Aid Project Preparatory Survey Report (English).
- Central Uganda Grant Aid Project Preparatory Survey Report (English).
- East Uganda Grant Aid Project Basic design study Report (English).
- Mulago Hospital Grant Aid Project Basic Design Study report (English).
- Technical cooperation project (completed)- Terminal evaluation report (Japanese only).
- Technical cooperation project (ongoing)- Project formatino astudy report (Japanese only).

3 다자공여기관 Mutilateral Organisation)

가. UNICEF

- 일시: 2014년 2월 17일 (월) 14:30-16:00
- 장소: UNICEF 사무소
- 면담대상자: Dr. Neelam Bhardwaj (Maternal, Newborn and Child Health specialist)

❑ 주요 안건

1. UNICEF의 우간다 보건분야 지원 전략

○ (Karamoja 지역) 모성사망률이 700 이상으로 매우 높으며, 보건 의료 인력이 주요 문제임. 'A Promise Renewed'라는 7년 기간의 프로그램을 시행하고 있음. 2013년에는 장비 구입과 수요 조사를 실시하였고, 2014년에는 펀딩을 위한 공여기관을 찾아 프로그램이 실행되기를 기대하고 있음.

2. 파트너십

○ (양자기관) Sida는 UNICEF의 모자보건 프로그램을 지원하는 유일한 공여기관임. USAID는 HIV/AIDS 분야를 지원하고 있으며, 'Saving Mothers Giving Life'는 CDC에 의해 지원되고 있음.

○ 또한, UNICEF는 민간파트너십을 고려하고 있음.

3. ICT 관련 이니셔티브(Initiatives)

○ Rapid SMS, MTrack, U-report 등 ICT 보건의료 정보관리 프로그램들을 진행하고 있음.

○ 2014년 Karamoja 지역에서의 프로그램 수행 결과를 기대하고 있으며, 주로 보건지소와 VHT의 정보 격차를 보완하기 위한 프로그램을 시행 중에 있음.

❑ 수집자료

○ Karamoja 지역에서의 Needs Assessment Repoirt (소프트카피)

○ ICT 프로그램 설명서 (Mtrack, Mobistatio, Mhealth 등) (소프트카피)

4 학계 및 시민사회

가. UNHCO (Uganda National Health Consumer's Organisation)

- 일시: 2014년 2월 21일 (금) 08:30-10:00
- 장소: Protea Hotel
- 면담대상자: Robihan Kaitiritimba (Executive director, UNHCO)

❑ 주요 안건

1. UNHCO의 역할

○ 공여기관과 NGO의 코디네이션 역할을 담당하며, Private midwife association 및 Youth association 등의 기관도 포괄함.

○ 보건부를 대상으로 보건 정책 제안, 연구 및 모니터링의 역할을 하고 있으며, Health sector budget working group에 참여함.

○ 또한, 펀딩을 관리하고 사업 수행, 모니터링 및 옹호활동(advocacy)의 역할을 함.

○ (Health consumer의 정의) People who use the services. People who come to use the services

2. 파트너십

○ (NGOs) 대부분의 INGO는 옹호 활동을 담당하여 주로 캠페인을 실시하며, 사업을 수행하는 데 있어 local NGO와 INGO가 협력해야 할 필요가 있음.

○ (공여기관) Sida 지원 프로그램은 감사(audit)를 끝낸 상태로 프로그램을 연장해서 수행하는 과정이 있음. Sida는 9개 지역(district)를 대상으로 하지만, 전체 district를 커버하는 것이 아니라 일부 sub-county를 대상으로 사업을 수행하고 있음. 세계은행(World Bank)은 10개 지역(district)에서 약품 관련 프로그램을 시행 중이며, community score card를 사용하고 있음. WHO의 Patient Safety Working Group에도 속해 활동하고 있음.

○ (사업수행파트너) RHU나 Private midwife association 등이 있음.

3. 제안 사항

○ (우선순위 분야) 보건의료시스템 강화 및 영양. 영양은 필요하지만 소홀히 다루어져 온 분야이며, 모자보건 향상을 위해 기반이 되는 분야임. 이 외에도 보건의료 인력의 역량 강화 및 지역사회의 역량 강화들이 우선시 되어야 할 것임.

○ (지역 선정) 일부 지역에 집중하는 것이 효과적일 것.

○ (모니터링) Sida의 경우처럼 강한 모니터링 및 관리를 실시하고 M&E를 수행할 수 있는 역량을 키워주는 것이 중요할 것.

○ (대상) 여성과 아동이 주요 대상으로 고려될 수 있음.

❑ 수집자료

○ VHR 프로그램 참여 기관 리스트

○ UNHCO Community monitoring brochure

○ UNHCO Agulurude case study

○ Maternal health situation in Uganda-baseline study(Sida) (May 2011)

○ Maternal Health Project (Sida) mid-term review report

나. RHU (Reproductive Health Uganda)

- 일시: 2014년 2월 19일 (수) 14:00-15:30
- 장소: Reproductive Health Uganda office
- 면담대상자: Peter Ibembe (Program manager, Reproductive Health Uganda)

❑ 주요 안건

1. 기관 특성

○ 1953년 창설된 기관으로서 service-driven NGO임. 가족계획(Family planning)을 강조하고 있으며, 가족 재단(family consortium)회원 기관임.

○ (파트너십) 중앙 정부의 개입이 없으며, 군 단위(district)의 정부와 직접 함께 일함.

○ (클리닉) 전국 네트워크가 갖춰져 있으며, 군(district)에 18-19개의 RHU 클리닉이 있음. 전국을 대상으로 하고 있지만, 모든 군에 클리닉이 있는 것은 아님. 지역적 포괄범위(coverage)는 80%, 112개의 군을 17개 구역으로 나누어 원자력 센터(nuclear center)를 설치하고 관리하는 방식이며, 클리닉은 유료로 운영되기도 함.

○ (가족계획협회 IPPF) 사업 이외에는 모두 프로젝트 단위로 수행함.

○ (인력) 대부분의 인력은 Program staff로서 서비스를 전달하는 역할을 담당하며, 군 단위(district level)의 공공보건의료인력과 함께 일함. 공공부문보다 더 나은 트레이닝, 급여가 제공되며 더 나은 시설을 기반으로 함. 일의 강도나 양은 더 많아도 사회적 인정을 받는 정도가 더 높아 공공부문보다 RHU에서 일하는 것을 선호하고 있음.

○ (서비스 제공) 예방적, 치료적 서비스를 모두 제공(보건교육, 가족계획, post-abortion care, pre/post-natal care, STD treatment, HIV/AIDS services, infection control)하며, RHU에서 일하고 나서 UN 등의 기구에서 일하게 되는 경우가 많음 (career ladder로서의 역할).

○ (주요 재원) 정부와 공여기관의 지원을 받으며, 정부에서는 현금 지원, 공여기관이 많음. 월드비전 등의 다른 NGO와 비교할 때, RHU는 생식보건(Reproductive health)에서 확연한 비교 우위를 가지고 있음. RHU는 섹터에 특화된 NGO(sector-specialised NGO)로써, RHU의 비교우위는 정부와의 연결고리가 적다는 데 있음.

○ (이사회) 이사회 구성원의 수는 9명이며, 각 지역의 대표들로 구성됨. 성인이 20%를 차지하며 청소년 혹은 여성도 포함하고 있음. 이사회와 병렬적 구조로 청소년 조직 또한 구성되어 있음.

○ (네트워크) 보건 개발 분야 전문가들이 봉사, 자문을 줄 수 있는 네트워크를 가지고 있으며, 약 4,000명의 전문가 네트워크를 보유하고 있음.

○ (투명성) 회계법인에 의해 감사를 받고 있음.

○ (우선순위) 청소년 친화적 서비스(Youth friendly services)를 시행하며, 청소년 임신율 감소 및 HIV/AIDS 발병률 감소 효과를 기대하고 있음. 보건지소/보건소 및 RHU 지소에서의 보건의료 인력 역량 강화도 포함함.

2. 공여기관들과의 경험

○ 대규모의 공여기관일수록 multiple reporting으로 인한 행정 부담이 심하며, 일부 공여기관은 micro management가 심각함. 기존에 선정된 예산 기준을 프로젝트 기간 중 절대 변경하지 못하게 하는 등 비효율적인 면이 큼.

3. 비교적 작은 규모의 공여기관들에 대한 제안

○ 상호 학습하겠다는 태도가 필요함.

다. World Vision

- 일시: 2014년 2월 19일 (수) 10:00-12:30
- 장소: World Vision
- 면담대상자: Richard Muhumuza (Project manager, East Africa Maternal, Newborn and Child Health Project)

❑ 주요 안건

1. World Vision Uganda

○ (주요 활동) 4개의 주요 분야에서 활동하고 있으며, 이는 후원(sponsorship), 보건(health), 교육(education), 생계(livelihood)분야에 해당함.

○ (보건분야) 모자보건분야에 3가지 주요 프로젝트를 수행하고 있으며, 그 외 HIV/AIDS, 영양 프로젝트 등이 있음.

- East Africa Maternal & Newborn Health Project: AusAID가 지원하며, 우간다 북부 지방에서 시행 중임.
- AIM (Access to Infant & Maternal Health): Irish Aid가 지원하며, Kabari district, Busia district를 대상으로 함.
- Maternal & child health project: AusAID가 지원하며, Jihoga district를 대상으로 함.

○ (Community Voice and Action; CVA) 모든 프로젝트의 수행 시 반영되는 기본 요소임. 지역사회 리더를 선출하여 지역사회의 필요와 의견을 표현하고 사업 수행에 반영될 수 있도록 하는 시스템임. 그러나 대부분 효과적으로 실행되고 있지 않은 실정임.

2. 사업수행에 있어서의 문제점 및 과제

○ (Lack of coordination) 대부분의 보건분야 프로젝트는 공여기관의 그랜트에 의해 단독으로 시행됨. 보건 프로젝트의 대상 지역은 대부분의 경우 공여기관의 전략에 따라 선정되므로, 월드비전의 교육 및 Livelihood 프로젝트가 시행되는 지역과 일치하지 않는 경우가 더 많아 효과성이 증진되기 어려움.

○ (Sustainability) Grant로 시행되는 단기 사업들의 대부분이 지속가능성이 낮음.

○ (Community dynamics) 지역에 따라서 상이하지만 15세 이하 인구 비율이 50%가 넘으며 문해율이 매우 낮은 지역이 많음. 남성의 가계의 경제권을 쥐고 있어 가계소득이 음주 등에 낭비되는 경우가 많음. 극도의 빈곤.

3. 각 파트너의 비교우위 분석

○ (정부와의 파트너십) 이미 시스템이 존재하므로 별도의 시스템을 설치할 필요가 없다는 장점이 있음. 효과성 및 효율성이 낮고, 부정부패로 인한

mismanagement의 문제점이 있음. 정부 정책의 우선순위에 맞는 프로그램 및 프로젝트를 수행해야 한다는 제한점이 있음. UNICEF 등 지원규모가 큰 공여기관의 경우에는 공여기관의 전략과 맞추기 위해 정부가 어느 정도 유연하게 전략 및 우선순위를 조정하기도 함.

- (INGOs와의 파트너십) 공여기관의 컨트롤이 가능하며 효율적임. 역량있는 Local NGO가 있는 지역에서는 sub-contract를 통해 사업을 수행하기도 함.
- (Local NGOs와의 파트너십) 공여기관의 컨트롤이 가능하지만 NGOs의 역량이 약한 경우가 많으며, 중간 관리자 없이 사업을 수행하기만 하는 NGO와 함께 일할 경우 사업운영에 힘든 점이 있을 수 있음.

4. 가장 효과적인 성과를 얻을 수 있는 sub-sector에 대한 제안

- (모자보건) 현재 상황에 매우 취약하며 산전관리나 모유수유를 장려하는 등의 intervention으로도 개선이 가능함. 그러나 보건의료시설에 대한 낮은 접근성이 문제가 됨.
- (가족계획) 모자보건과 가족계획은 연계되어 있음. 우간다의 청소년 임신율을 약 30%로 매우 높아 가족계획에 대한 intervention이 큰 효과 및 변화를 가져올 수 있음.
- (그 외 제안) 보건의료시설 설치 및 개선 사업은 지양해야 할 것. 보건의료인력에 대한 문제를 개선하는 방법은 보상은 개선하는 것임. 보건의료인력 고용현황은 39-42%정도로 실제는 이보다도 낮을 것으로 기대됨. 보건의료시스템 강화가 중요한 과제이지만 이미 시스템이 붕괴되어 있는 상태라 시스템의 설치 및 복구가 우선되어야 할 것.

❑ 수집자료

- 보건 분야 프로젝트 평가 보고서 (받을 예정임)

라. 보건전문가 Peter Waiswa

- 일시: 2014년 2월 19일 (수) 16:30-18:00
- 장소: Makerere University School of Public Health
- 면담대상자: Peter Waiswa (Makerere Univ. School of Public Health)

❑ 주요 안건

1. Data validity

○ (DHS) 보건 현황 자체가 빠르게 변화하며 가장 최근 업데이트는 2011년 DHS 임. 게다가 historical data를 기반으로 하므로 out-dated의 문제가 더 심각함.

○ (Reliability) UN 데이터와 국가 데이터의 갭이 큼 (특히 모성, 신생아 보건 지표)

○ (Quality) 데이터의 질이 보장되지 않음. 예를 들어 Skilled birth attendant에 대한 지표는 어떤 종류의 Skilled birth attendant를 대상으로 한 것인지 구체적으로 제시되어 있지 않음.

○ (예방접종률) 보고된 수치가 실제 수치를 반영하지 않는 것으로 보임.

2. About Government.

○ (문제점) Accountability, transparency, effectiveness, efficiency, capacity to manage the system

○ (현황) 많은 도너들이 지원을 멈춤. 대부분 NGOs을 통해 지원하는 상태.

○ (해결) NGO들을 통해서 하는 지원은 temporary measure일 뿐, 더 나은 방법을 찾아야 함.

"No alternative to government"
“It’s a pity that we don’t have a government that can be trusted.”
“NGOs cannot replace the government"

○ (Rebuild Research program to strengthen development of health system in Northern Uganda-연구결과 찾아볼 것)

3. 이해관계자별 문제점 및 해결책

○ (정부) 가장 큰 문제.

○ (공여기관) 지원과 함께 너무 많은 조건들을 가져옴. duplication이 심함. 모든 문제가 정부에만 있는 것은 아님.

○ (NGOs) 역량이나 효과성 이슈가 있음.

○ (분야별 컨소시움) 참여 도너는 많지만 의견이 모아지지 않고, 정부에 전달되지 않음. NGO들의 영향력도 낮음.

○ (해결책) 도너들이 협력해서 정부를 confront하는 방법이 첫 번째이나 이는 시간이 오래 걸림. district gov.를 직접 지원하거나 supply chain을 강화하는 방법이 있음.

4. 실폐사례 제시

○ Saving Mothers Giving Life: USAID에 의해 수행된 1050만불 프로젝트. 서부지역의 4개 district 대상. NGO들에게는 대규모의 자금이 지원되었으나 실제로 district level에서 일하는 보건의료인력에게는 자금이 제대로 도달, 분배되지 않았음. 결과적으로 모성사망률이 30% 감소했으나 sustainable하지 못함.

○ SURE: MSH에 의해 수행. drug supply chaneel을 향상시켰으나, 결국 약을 구입할 돈이 없음.

○ TASO: 지나친 자금 지원을 적절히 관리하지 못하고 내부에서 mismanagement, 부정부패 등의 문제가 발생함.

5. 지역적 이슈

○ 북쪽 지방에 지원이 몰림. 그러나 문제가 심각하지만 도너들에게 어필할만큼 심각하지 않아서 지원을 받지 못하는 지역들이 많음. 캄팔라 주변 슬럼가 및 Corridor 지역 (중앙지역을 가로지르는 district들)

6. 우선순위

○ 첫째 우선순위 문제는 높은 출생률. 그 다음은 MCH. 그리고 NCD. 그러나 근본적은 원인은 높은 출생률일 수 있음.

7. 문제해결을 위한 가장 효과적인 접근법

○ 서비스 전달에 대한 문제를 sorting out한 후, 해결할 수 있도록 할 것.

○ 인력 문제, assess in acquirable way, 피임도구 지원, 의약품 공급 등의 문제를 먼저 해결하는 접근법이 있음.

8. KOICA를 위한 제안

○ 1-2개 district에 지원하는 것은 긍정적으로 보임. NGOs를 통해 지원 가능. 정부와 직접 상대하지 않아도 될 것임.

○ 가족계획 관련 프로젝트를 위해서는 RHU가 좋은 파트너일 수 있음.

5 KOICA 현지사무소

- 일시: 2014년 2월 18일 (화) 12:00-17:00
- 장소: Mulago Hospital
- 면담대상자: 유덕종 박사 (KOICA 중장기자문단, Mulago Hospital 근무)

❑ 주요 안건

1. 우간다 개발 컨텍스트

○ (부정부패) 부정부패가 만연하며 부패 스캔들로 인한 Global Fund 사업의 중단 사례가 있음. 사업수행에 있어서 중앙정부가 상당히 부패해 있다고 판단됨. 현장과 주민 (민초)에게 혜택이 가는 보건서비스를 전달하기 위해서는 중앙정부와의 관계에 지나치게 소진되지 않는 것이 중요하다고 생각됨. 가능하다면 NGO 사업들을 통해서 지역중심 사업들을 하는 것이 효과적이라고 봄.

○ 정책형성 및 사업 발굴 절차상의 신뢰성에 대한 의심 필요

2. 우간다 보건문제

○ 다양한 형태, 레벨의 보건문제가 산재함.

3. 우간다 보건의료시스템

○ (1차 보건의료) 지역사회 레벨 보건이 가장 중요하다고 생각. 보건의료인력, 의약품 문제가 심각. District level에 보건소나 보건지소가 설립되어 있으나 접근성이 항상 높다고 볼 수 없음. National level에서 바로 district level로 이어지는 체계 때문에 secondary/middle level의 역할이 약함.

○ (3차 보건의료) 고급 보건의료인력을 공공부문에 머무르게 하는 것이 어려움.

Brain drain. (충남대 교수진들의 의과대학설립 시도 있었으나 무산됨). 물라고 병원에도 실제 인력이 없다고 볼 수 없고, 통계상으로도 분명 인력은 있으나, 실제로 일을 수행하는 인력이 적고 대부분 개인 클리닉 활동에 더 초점을 맞추고 있음. 공공의료기관에서 일하는 메리트인 고정 수입과 하우징 제공의 소스로만 활용되는 경향이 있음.

- (보건의료체계의 근본적인 문제) 개발목표와 연계된 보건문제 이외에도 다양한 수많은 문제들이 있으나, 이를 address하고 해결하는 데 있어서 가장 큰 걸림돌은 결국 보건의료체계임.
- (보건의료인력) 우수한 보건의료인력의 재분배가 가능한가?

4. KOICA 전략을 위한 아이디어 공유

- 우간다의 보건문제와 니즈와 너무나 방대하므로 어느 문제, 형태, 층위 상관없이 무조건적인 지원이 필요함. 우선순위를 매겨보자면 1차보건의료, 보건의료인력, 안심하고 이용할 수 있는 의료시설이 중요하다고 생각함.
- (사업 아이디어) 1-2-3차를 연계하는 시스템 구축하는 것은 어떤가.
- (사업 아이디어) 대학 협력 사업을 통해서 한국-우간다 의과대학 연계를 통해 의료인력 양성.
- (사업 아이디어) 다자와 양자, 특수분야를 분리하여 지원하는 전략이 유효할 것으로 판단됨. 예를 들면 다자협력, 인도적 지원, 민관협력-NGO 및 대학협력 사업 등을 통해서 보건사업을 선시행할 것.
- (사업 아이디어) 취약지역 및 분쟁지역은 다자 혹은 특수기금(빈퇴금)을 통해서 지원하는 것이 효과적일 것. 결론은 인도적 지원과 달리 중장기개발협력은 상이한 접근법이 필요함.
- (지역적 우선순위) 지역적 우선순위 선정을 위해서는 중장기 개발협력과 다자협력 및 인도적 지원을 분리하여 지원하는 것이 더욱 유효할 것.
- (연수 관련) 봉사단원/중장기자문단/대규모사업을 통한 전문가 상주/초청연수/우간다 현지 연수. 이와 같은 다양한 봉사단 및 연수를 활용하여 보건분야 정보를 축적하고 네트워크를 마련하는 세부전략이 필요함. GTZ 사례 참고.
- (시설 증강) 보건인프라가 부족한 것만은 아님. 보건인프라 rehabilitation을 통해서 보건프로그램이 진행될 수 있도록 소프트웨어 중심 지원이 요구됨.
- (인프라) 기존의 인프라 및 위생시설 굉장히 취약. 시설 보수유지가 안되고 있음. 물과 전기 등 인프라 취약함.

/끝/

연구자료 서아프리카 2014-21-218

아프리카지역 보건분야 협력방안 연구 시리즈 6 :
우간다 사례

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

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

발간물 등록번호 11-B260003-000485-01

발간 등록 번호
11-B260003-000485-01

Happiness for ALL, with Global KOICA

아프리카지역 보건분야 협력방안 연구 시리즈 6 : 우간다 사례

2014. 8

KOICA 한국국제협력단

WORLD FRIENDS KOREA