

발간 등록 번호

11-B260003-000487-01



아프리카지역 보건분야 협력방안 연구 시리즈 8 : DR 콩고 사례

2014. 8



아프리카지역 보건분야
협력방안 연구 시리즈 8 : DR콩고 사례

2014. 08

한국국제협력단

저자

책임연구원

박 정 한

- (사)글로벌발전연구원 ReDI 보건분야 자문위원
- 대구가톨릭대학교 명예교수

이 태 주

- (사)글로벌발전연구원 ReDI 원장
- 한성대학교 교양학부 교수

국별연구원

▶ 우간다/르완다/모잠비크

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

▶ DR콩고/카메룬/에티오피아

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

▶ 가나/나이지리아

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

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

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

목 차

제1장. 국가 현황 분석

1. 개 요	1
2. 보건 문제 분석	5
가. 주요 개발 정책 및 보건 정책	5
1) 개발정책	5
2) 국가 보건 정책 및 전략	6
나. 보건의료시스템	9
1) 개요	10
2) 리더십과 거버넌스 (Leadership & Governance)	11
3) 보건의료 재정 (Health Financing)	15
4) 보건의료서비스 전달 (Health Service Delivery)	19
5) 보건의료 인력 (Human Resources)	22
6) 의약품 및 기자재 (Medical products, Vaccines and Technologies)	25
7) 보건의료 정보 (Information)	30
다. 건강 및 질병 현황	34
1) 일반보건현황	35
2) 모성 및 신생아 보건	36
3) 영유아 보건 및 영양	40
4) 주요 전염성 질병	43
라. 보건과 불평등	47
1) 교육 및 소득에 따른 불평등	48
2) 취약계층	52
3) 지역별 격차	54

제2장. 타공여기관 보건분야 지원 현황

1. 대 협력국 보건분야 지원 현황	58
가. 개요	59
1) 대 협력국 전체 ODA 지원 현황	59
2) 대 협력국 전체 보건 ODA 지원 현황	62
나. 보건분야 내 주요 공여기관 및 지원 분야	68
1) 주요 양자기관	68
2) 주요 다자기구	71
2. 보건분야 공여협의체 현황	73
3. 주요 공여기관의 보건분야 협력	76
가. 개요	76
나. 양자기관 (Bilateral organisations)	77
1) GIZ	78
2) JICA	84
3) USAID	90
다. 다자기구 (Multilateral organisations)	96
1) UNICEF	97

제3장. 종합제언

1. 요약 및 시사점	104
2. DR콩고 보건전략의 기본방향	109
3. DR콩고 보건사업의 수행전략	112
4. 맺음말	119
참고문헌	120
부 록	122

표 목차

<표 1-1> 2002-2012년 DR콩고 보건부 예산 및 집행 현황.....	16
<표 1-2> 2012년 국가보건개발계획항목에 따른 국가예산 집행 현황.....	17
<표 1-3> 지역별 보건기관 분포 현황.....	19
<표 1-4> 지역별 재건 및 장비보급 예정 지역병원(HGR) 현황.....	20
<표 1-5> 직업 분류 별 보건인력 현황.....	23
<표 1-6> 지역별 보건인력의 급여 미지급 현황.....	24
<표 1-7> 필수약품 지역배분센터 리스트.....	26
<표 1-8> 인프라 및 장비 상태에 따른 보건소 현황.....	28
<표 1-9> ICT 장비 보유 현황.....	31
<표 1-10> 10대 주요사망원인.....	35
<표 1-11> 세계적 질병부담.....	35
<표 1-12> 말라리아 관련 지표 현황.....	45
<표 2-1> 2010-2012년 DR콩고 ODA 지원 현황.....	59
<표 2-2> DR콩고 ODA 지원 공여기관 현황(2011-2012년 평균).....	61
<표 2-3> 보건분야 기술 및 재정 파트너들의 자원 지원, 지불 및 사용현황	66
<표 2-4> 2009-2010년 주요 양자기관 보건분야 지원 순위 및 규모.....	68
<표 2-5> 2009-2010년 보건분야 지원 규모.....	71
<표 3-1> DR콩고 보건 분야 프로젝트형 사업 현황.....	108
<표 3-2> 보건 전략 기본 방향 및 수행 전략 프레임워크 (DR콩고)	117
<표 3-3> DR콩고 통합적 프로그램 사업 사례 (예시)	118

그림 목차

<그림 1-1> DR콩고 인간개발지수.....	3
<그림 1-2> DR콩고 보건피라미드.....	11
<그림 1-3> 공공보건부 구조.....	13
<그림 1-4> 모성사망비(100,000LB).....	36
<그림 1-5> 15-49세 가임기 여성의 피임률.....	37
<그림 1-6> 숙련된 보건의료 인력에 의한 출산과 산전관리.....	38
<그림 1-7> 숙련된 보건의료 인력에 의한 출산.....	38
<그림 1-8> 5세 미만 아동 사망률.....	40
<그림 1-9> 예방접종 및 페렴 치료 현황.....	41
<그림 1-10> 설사병과 말라리아 치료 현황.....	41
<그림 1-11> 영양상태 관련 현황.....	42
<그림 1-12> HIV/AIDS 유병률 추이.....	43
<그림 1-13> HIV/AIDS 감염을 높일 수 있는 Sexual Behavior 현황.....	44
<그림 1-14> 5세 미만 아동사망의 불평등 현황.....	48
<그림 1-15> 사회-경제적 5분위 수에 따른 5세 미만 아동사망 변화 추이...	49
<그림 1-16> 설사병에 걸린 아동 중 ORT 받은 비율.....	50
<그림 1-17> 열이 있는 아동 중 항말라리아제를 받은 비율.....	51
<그림 1-18> 교육정도에 따른 조혼 현황.....	53
<그림 1-19> 지역별 출생아 영양상태.....	54
<그림 1-20> 급성 영양부족 5세 미만 아동의 지역별 격차.....	55
<그림 1-21> 지역별 HIV/AIDS 유병률.....	56
<그림 2-1> DR콩고 ODA 지원 유형.....	60
<그림 2-2> DR콩고 ODA 지원 분야 현황.....	60
<그림 2-3> DR콩고 보건분야 지원 현황.....	62
<그림 2-4> DR콩고 보건분야 지원 분야.....	63
<그림 2-5> DR콩고 보건분야 ODA 지원 유형.....	64
<그림 2-6> 2009-2010년 주요 양자기관 보건분야 지원 규모.....	65
<그림 2-7> 주요 공여기관의 지원 지역.....	69
<그림 2-8> 주요 다자공여기관의 지원 지역.....	72

<그림 2-9> DR콩고 보건분야 협의체(GIBS) 조직도.....	74
<그림 2-10> GIZ 대 DR콩고 지원 전략 및 현황	83
<그림 2-11> JICA 대 DR콩고 지원 전략 및 현황.....	89
<그림 2-12> USAID 대 DR콩고 지원 전략 및 현황.....	95
<그림 2-13> UNICEF 대 DR콩고 지원 전략 및 현황.....	103

글상자 목차

<Box 2-1> GIZ의 사업사례	79
<Box 2-2> JICA의 사업사례	84
<Box 2-3> USAID의 사업사례	91
<Box 2-4> UNICEF의 사업사례	98

제1장. 국가 현황 분석

1. 개 요

<요약. DR콩고의 정치, 경제, 사회, 문화적 배경>

- (정치·경제적 배경) DR콩고는 1, 2차 내전을 겪고 지금까지도 우간다, 르완다 및 브룬디와 접경하고 있는 동부지역에서 무력충돌이 계속되고 있음. 2001년 로랑 까빌라 대통령이 암살당하면서 아들인 조셉 까빌라 대통령이 된 이후로 2006년, 2011년 선거로 연속 집권을 하게 되어 정치적인 안정을 도모하였으나 부정선거 의혹으로 불안한 정세가 이어져 왔음. 또한, 하루 1달러 미만으로 생활하는 빈곤층이 전체 인구의 71%인 최빈국 국가임.
- (사회·문화적 배경) DR콩고의 인간개발지수는 0.304로 전체 187개 국가 중 186위로 최하위를 보여주고 있으며, 식수원을 통해 물을 공급받는 인구가 47%, 전기 공급률은 6%에 불과하며 이러한 비율은 지역 간 격차가 매우 심각함.

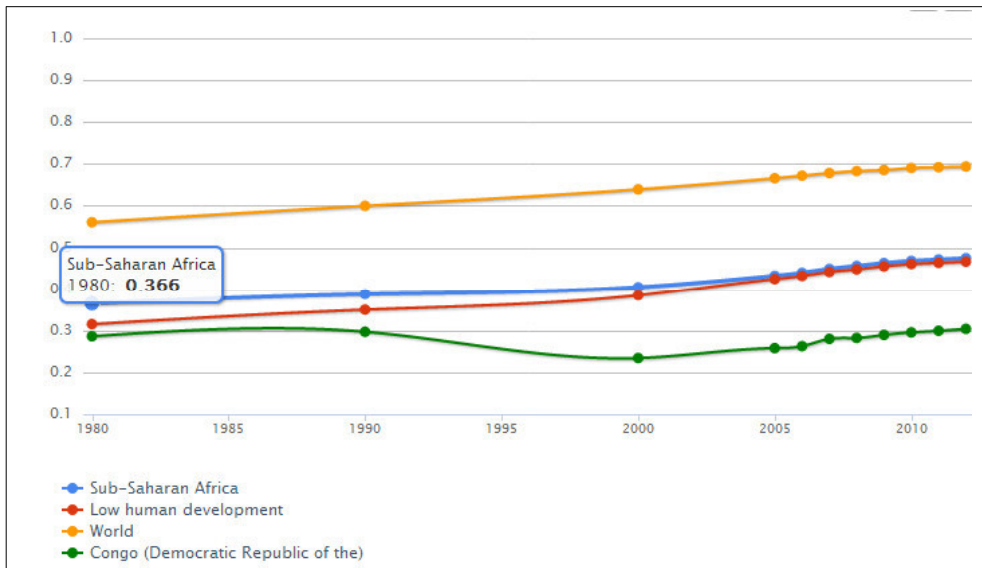
○ (지리적 특성) 아프리카 중부내륙 지역에 위치하며 9개 국가(우간다, 브룬디, 르완다, 탄자니아, 콩고공화국, 앙골라, 잠비아, 중앙아프리카 공화국, 수단)와 국경을 이루고 있으며, 도시주(City-Province)인 킨샤사(Kinshasa)를 포함하여 총 11개의 주로 이루어져 있다. 한반도의 11배에 해당하는 넓은 영토(2,349km²)를 가지고 있다.

○ (정치·역사적 특성) 현재의 콩고민주공화국은 1908년 벨기에에 의해 식민지로 건설되었고, 1960년 콩고공화국이라는 이름으로 독립하였다. 독립 이후 정치적 불안정을 틈타 1965년 모부투 세세 세코(MOBUTU Sese Seko)가 쿠데타로 정권을 잡고 국가명을 자이르(Zaire)로 변경하여 이후 32년간 부정선거로 정권을 유지

해오다, 1997년 내전을 통해 로랑 까빌라(Laurang KABILA)가 정권을 잡고 국가명을 현재의 콩고민주공화국(Democratic Republic of Congo)로 변경하였다. 1998년부터 2001년까지 르완다와 우간다의 지원 아래 반군이 내전을 일으켰고 앙골라, 차드, 나미비아, 짐바브웨가 까빌라 대통령을 지원하면서 아프리카의 세 계대전이라고 불리는 콩고내전 발생했다. 2001년 로랑 까빌라 대통령이 암살당하면서 그의 아들인 조셉 까빌라(Joseph KABILA)가 대통령이 되었다. 이후, DR콩고는 2006년, 2011년 선거 실시로 조셉 카빌라 대통령이 연속 집권을 하게 되어 정치적인 안정을 도모하였으나 부정선거 의혹으로 불안한 정세가 이어져 왔다. 또한, 내전 이후에도, 우간다, 르완다 및 브룬디와 접경하고 있는 동부지역에서 광물자원을 둘러싼 정부군과 반군세력 간의 무력 충돌이 계속되고 있다.

- (경제적 특성) DR콩고의 1인당 GDP는 189불로 최빈개도국(LDC)이며, 하루 1달러 미만으로 생활하는 빈곤층이 전체 인구의 71%인 국가이다. 1차 산업이 DR콩고의 주요 산업이며, 풍부한 광물과 산림 자원으로 다양한 작물 재배가 가능한 기후 및 넓은 토지로 인해 성장 잠재력을 보유하고 있다. 하지만 풍부한 경제 소득의 불평등이 매우 심각하고 이는 도농간 격차에서도 마찬가지이다. 소득에 따른 5분위로 소득 가구를 구분하였을 때, 도심지역에 거주하는 인구 중 61%가 소득이 가장 높은 군에 속하였으며, 농촌지역 거주하는 인구는 대부분 소득 수준이 낮은 편이다 (UNICEF, 2011).
- (사회·문화적 특성) DR콩고는 200개 이상의 민족으로 구성되어 있으며, 반투족이 다수를 이루고 있다. 몽고, 루바, 반투, 망베투-아잔데 4개의 주요 민족이 전체 인구의 40%를 이루고 있으며, 주요 언어는 불어, 링갈라어, 킹와나어, 키콩고어, 칠루바어를 사용하고 있다. DR콩고의 종교는 카톨릭(50%), 개신교(20%)이며, 그 외에도 무슬림(10%), 토속종교(10%), 김방구주의자교회(10%)로 구성되어 있다. 또한, DR콩고의 인간개발지수는 0.304로 전체 187개 국가 중 186위(2012년 기준)로 나타났다.

<그림 1-1> DR콩고 인간개발지수



출처: UNDP (2012) Human Development Index

- (교육 현황) DR콩고의 14세 이상 문해율의 비율은 66.8%이며, 초등학교 입학연령은 6세로, 6세 아동의 51%만이 학교에 등록되어 있다. 초등교육 등록률은 남녀가 크게 다르지 않은데 남아의 경우 52%, 여아의 경우는 50%이며, 도심지역은 71%의 초등교육 등록률로 조사되었으나 농촌지역은 44%에 불과하여 지역 간 격차를 보여주었다. 초등교육 등록률이 가장 낮은 지역은 Kasai-Occidental (42%)과 Equateur(41%) 지역 이었다 (UNICEF, 2011).
- (빈곤 문제) DR콩고의 1달러 미만으로 생활하고 있는 인구는 전체 인구의 71%에 달해 매우 높은 수준의 빈곤 문제가 존재하고 있음을 확인할 수 있다. 지역별 빈곤 비율을 확인해보면, Quateur(93.6%), Bandundu(89.1%), Sud-Kivu (84.7%)의 빈곤 비율을 확인할 수 있 (관계부처합동, 2012).
- (식수와 전기 공급 현황) DR콩고에서 개선된 식수원을 통해 식수를 공급받고 있는 인구는 전체 인구의 절반 이하인 47%에 불과하다. 수도를 통해 받는 비율이 25%, 우물에 의한 비율이 7%, 샘에 의한 비율이 15%였다. 식수 접근율의 도농

간 격차가 심하여, 도시지역의 경우 83%가 식수원을 통해 식수를 공급받고 있는 반면, 농촌지역의 경우는 31%에 불과하였다. 전력공급율의 경우 아프리카 최하 수준으로 전체 인구의 6% (도시 30%, 농촌 1%)만이 전기이용 가능하다 (UNICEF, 2011). 사하라이남 아프리카 평균 전기 이용 가능 인구 24.6%임을 감안할 때 매우 낮은 것을 확인할 수 있다.

2. 보건 문제 분석

가. 주요 개발 정책 및 보건 정책

<요약. DR콩고의 주요 개발 정책 및 보건 정책>

- (DR콩고의 개발정책) DR콩고는 2001년 수립된 빈곤감소 및 성장전략(PRGSP)을 기반으로, 2012년 제2차 PRGSP로 보강된 개발전략에 맞추어 실행하고 있음. 이와 함께, 2006년 카빌라대통령 취임에 맞추어 국가개발 우선순위 5가지를 도로, 철도 등의 인프라 구축, 고용문제 해결, 교육, 수도와 전기, 보건 분야로 선정하여 개발계획을 진행하고 있음.
- (국가 보건 정책 및 주요 전략) DR콩고 정부와 공여기관들이 함께 DR콩고의 보건시스템의 파편화를 막기 위해 2006년 보건시스템강화전략(SRSS)을 수립하였고, 국가보건개발계획(PNDS) 2011-2015을 통해 국민보건향상과 위험질병에 감염된 취약계층의 기초보건 질 향상을 위한 세부적인 계획을 발표함.

1) 개발정책

- (DR콩고 국가개발계획) DR콩고는 빈곤감소 및 성장전략(Poverty reduction and growth strategy paper, PRGSP)을 기반으로 하여 개발계획을 진행하고 있다. 빈곤 감소 및 성장전략(PRGSP)은 2001년 수립한 내용을 기반으로 2012년에 제2차 PRGSP를 발표하여, 굶주림 및 평화장착, 거시경제의 안정과 성장, 사회서비스 접근 향상과 취약성 감소, HIV/AIDS 퇴치, 지역활성화, 고용창출 및 환경 분야를 주요 전략으로 삼았다. DR콩고는 PRGSP 외의 국가개발계획이 따로 발표하지 않았으며, 2006년 카빌라대통령 취임에 맞추어 국가개발 우선순위 5가지를 도로, 철도 등의 인프라 구축, 고용문제 해결, 교육, 수도와 전기, 보건분야로 선정하여 발표한 바 있다.

- (빈곤감소 및 성장전략(PRGSP)의 핵심보건 목표) PRGSP에서는 HIV/AIDS 퇴치를 명시하고 이를 위해 3가지 전략을 수립하였다. 이는 HIV/AIDS 전염 예방 및 안정화, HIV/AIDS 감염자 생활의 질 향상, HIV/AIDS로 인한 경제문화적 영향을 약화이며, 국가의 지역사회부터 중앙수준에 이르는 모든 단위에서 모니터링 및 평가 역량 강화하는 것을 담았다.

2) 국가 보건 정책 및 전략

가) 국가보건정책

- (DR콩고 국가보건정책) DR콩고 국가보건정책의 목표는 사회적 지위, 지역, 정치 또는 종교와 상관없이 모든 사람들이 합당한 가격으로 보건의료서비스에 접근하는 것이다. 국가보건정책의 목적은 지역사회의 참여를 통해 질 높은, 보편적인, 통합적이고 지속적인 보건의료 서비스의 제공함으로써 모든 사람들의 건강상태를 증진시키는 것이며 궁극적으로는 빈곤 퇴치와 연계되어 있다. 이를 위해 기초보건의료서비스 전략을 채택하였다 (Republique Democratique du Congo Ministere de la Sante Publique, 2013a)

나) 국가보건전략

- (Strategie de Renforcement du Systeme de Santé, SRSS) 해외원조가 보건 분야 예산에 가장 많은 부분을 지원하게 되는 구조적인 원인으로 인해 Health Zone이 파편화되는 상황을 극복하고자 DR콩고 보건부와 협력기관들이 함께 2006년 보건시스템강화전략(Strategie de Renforcement du Systeme de Santé, SRSS)을 세웠다. 이는 국민들에게 질 높은 보건의료를 제공하고 접근성을 향상을 목적으로 한다. DR콩고 국가보건피라미드에서 1차 레벨은 보건소(CS) 2차 레벨은 지역후송병원(HGR)이며, 3차 레벨은 지방 또는 국가병원(HP/HN)이 담당하고 있는데, 보건피라미드의 모든 수준에서 기초보건의료서비스의 원칙을 적용하게 되어있고, 보건시스템강화전략 내 기초보건의료서비스전략은 아래와 같은 하위 세부 목표를 포함한다.

- Health Zone 개발: 지역후송병원(HGR)의 기능강화와 보건소의 보건의료서비스 커버리지 및 질 개선과 지역사회의 참여
 - 보건분야 리더십 및 거버넌스 강화: 보건분야 개선, 보건분야 지방분권화, 보건시스템 운영 및 조정, 의사결정 톨로서 보건정보시스템 개선, 보건분야 규격화 또는 법제화와 부패 방지를 위한 보건시스템 연구
 - 보건인력 개발
 - 약품분야 개선
 - 보건분야재정 개선: 현재 보건재정자원의 합리적 통합, 보건분야 국가예산 증대 및 우선순위에 따른 예산의 적절한 분배를 통해 보건의료서비스 수혜자에게 가장 많은 혜택이 갈 수 있도록 함
 - 분야 간 및 분야 내 협력: 보건의료 서비스 제공 및 질 개선을 위해 민간재원 및 민간부문 외의 영역과의 협력 필요
- (Plan National de Développement Sanitaire, PNDS 2011-2015) DR콩고의 국가보건 개발계획은 PNDS로 본 계획에서 3가지 중점 전략을 선정하였다. 3가지 중점 전략은 보건지역개발 및 개발을 위한 지원, 리더십 및 거버넌스 강화, 섹터간 협력 강화이며, 국민보건향상과 위험질병에 감염된 취약계층의 기초보건 질 향상을 필두로 하고 있다.
- (Plan National de Développement Sanitaire, PNDS 2011-2015 향후 계획) 본 연구진의 2014년 2월 DR콩고 현지 조사에 따르면, PNDS 2011-2015는 2015년 내년까지 실행을 마무리하게 되므로, 그 이후 실시될 향후 계획을 준비하고 있다. 향후 국가보건계획인 PNDS 2016-2020을 개발을 위해 보건부에서 PNDS 2011-2015의 평가를 준비하고 있고 이 평가를 통해 도출되는 내용을 향후 계획에 반영하도록 하는 과정을 준비하고 있다. 또한 이 과정에 보건분야의 공여기관들의 참여가 예정되어 있으며, 특별히 보건공여기관 협의체인 GIBS의 향후 계획에 관한 기술적 지원이 있을 예정이다.
- (국가보건전략의 도전과제) 보건부는 2012년 보건분야 활동결과보고서(2013)에서 국가 내 최소한의 보건 활동을 통합적으로 제공하는 보건활동패키지(Minimum

Package of Activity)가 통합적으로 운용되기 보다는 사후처리 도구로서 실행되고 있음을 밝히고 있다. 2012년 보건분야 내 활동 결과는 보건활동패키지와 추가 활동패키지(Complementary Activity Package)가 국가 전체에서 매우 미약하게 커버되고 있음을 밝히고 있다. 이러한 DR콩고 보건분야 내 문제점은 보건인력 문제, 장비의 부족, 필수약품의 낮은 접근성, 그리고 보건프로그램들을 실행하기 위한 재정의 부족에서 기인한다 (Republique Democratique du Congo Ministere de la Sante Publique, 2013b).

<주요개발정책 및 보건정책의 현황과 과제>

A. HIV/AIDS 초점에 맞추어진 DR콩고의 국가개발계획

- DR콩고는 빈곤감소 및 성장전략(Poverty reduction and growth strategy paper, PRGSP)을 기반으로 하여 개발계획을 진행하고 있으며, 특별히 HIV/AIDS 퇴치를 중점적으로 보건의료 분야의 목표를 명시하고 있음. 이와 같은 계획으로 HIV/AIDS 감소에 집중적인 지원이 되었으며, 유병률 감소의 성과를 이루는 평가를 얻었음

B. 전국에 걸친 국가보건계획 실행의 한계

- 보건분야 내 활동 결과에서 나타난 결과에 따르면, DR콩고 국가 전체에서 보건서비스 전달이 원활하게 이루어지지 않고 있음을 밝히고 있음. 특별히, 지역 사회 수준까지 보건서비스 전달이 이루어지기 어려운 현황인데, 전국의 516개의 보건구역(Health Zone) 중에서 308개의 보건구역이 공여기관이 제공하는 어떠한 보건의료서비스 지원도 받고 있지 못한 상황임. DR콩고 보건분야 내 보건인력 문제, 장비의 부족, 필수약품의 낮은 접근성, 그리고 보건 프로그램 실행하기 위한 주요한 문제점은 재정의 부족에서 기인함

나. 보건의료시스템

〈요약. DR콩고의 보건시스템 현황과 과제〉

- (넓은 영토의 국가 전체 관리 및 조정 시스템의 미흡) DR콩고는 보건부 산하의 11개의 지방정부의 보건담당부서와 42개의 보건지구 담당부서, 516개의 보건구역이 서로 유기적으로 연계되어 보건현황이 파악되는 행정체계를 구성하였음. 하지만 중앙과 지방, 지역수준까지 실제로 이러한 체계로 기능하고 있지 않았으며, 지방분권화되어 있는 구조로 인해 중앙정부의 계획과 실제 지방정부의 실행에 격차가 존재함.
- (절대적으로 부족한 보건재정으로 인한 보건의료 서비스 제공의 한계) DR콩고 보건분야 예산은 점차 증가하고 있는 추세이나, 2012년 정부 전체 예산 중 보건분야에 지출된 비율이 3.91%에 불과하며 매우 적은 예산만이 보건분야에 쓰이고 있으며, 전체 보건분야 예산 중 90%가 공여기관들의 지원으로 구성되어 있어 보건분야의 재정자립도가 매우 낮은 상황임. 이러한 이유로 인해 보건의료 인력들이 정기적인 임금을 받지 못하는 경우가 70%에 달하며, 농촌 지역에는 보건의료 인프라, 의약품의 부족으로 인해 서비스가 전달되기 어려운 상황임.

1) 개요

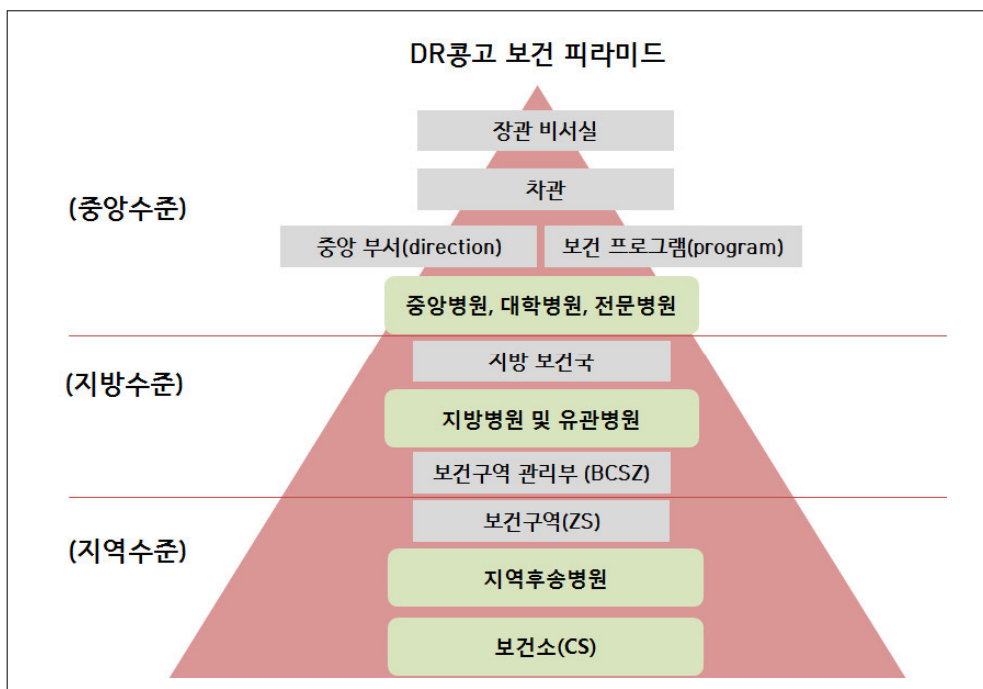
- (DR콩고 보건시스템 구성요소 분석) DR콩고 보건시스템을 WHO(2007)에서 제시하고 있는 6가지 요소로 나누어 분석하였다. 리더십 및 거버넌스, 보건의료 서비스 전달, 의약품 및 기술, 보건의료인력, 보건의료재정, 보건의료정보로 각각 그 현황과 당면한 주요 문제점을 파악하였다.
- (DR콩고 보건시스템의 주요 문제점) DR콩고 보건분야의 주요한 문제점은 DR콩고의 인구와 넓은 영토에 비해 부족한 재정이다. 전체 국가예산의 약 5%만이 보건분야 예산으로 책정되어 있고 전체 보건분야 예산 중 90%가 공여기관들의 지원으로 구성되어 있어 보건분야의 재정자립도가 매우 낮은 상황이다. 이러한 이유로 공공분야의 보건인력들이 정기적인 임금을 받기 어려운 상황이며 임금을 받고 있는 보건분야 인력은 약 30%에 지나지 않아 보건서비스가 제대로 전달되기 어려운 구조이다. 의약품과 기자재 공급도 원활하지 못하므로 농촌지역에서 보건의료 서비스를 제대로 제공할 수 있는 기관이 부족한 현실이다. 특히, 넓은 영토를 가진 DR콩고의 특성상 전국의 516개의 보건구역(Health Zone) 중 308개의 보건구역이 공여기관들로부터 어떤 지원도 받고 있지 못하여 보건서비스가 전달되지 못하고 있다.

2) 리더십과 거버넌스 (Leadership & Governance)

가) 보건부 구조

- (DR콩고 보건부 체계) DR콩고 보건부는 중앙수준(Central level), 지방수준(Intermediate or provincial level) 그리고 지역수준(Peripheral level) 세 수준으로 나누어진다.

<그림1-2> DR콩고 보건피라미드



출처: WHO (2010) Cartographie des Systemes d' Approvisionnement et de Distribution des Medicaments et Autres Produits de Sante en RDC

- (중앙정부 보건체계) 중앙수준의 보건부는 장관실과 차관에 의해 구성되는데 이에
는 13개의 부서와 (direction) 52개의 주요 프로그램으로 이루어진다. 또한, 보건
시설의 경우 3차 보건의료서비스를 제공하는 중앙병원(national hospital), 대학

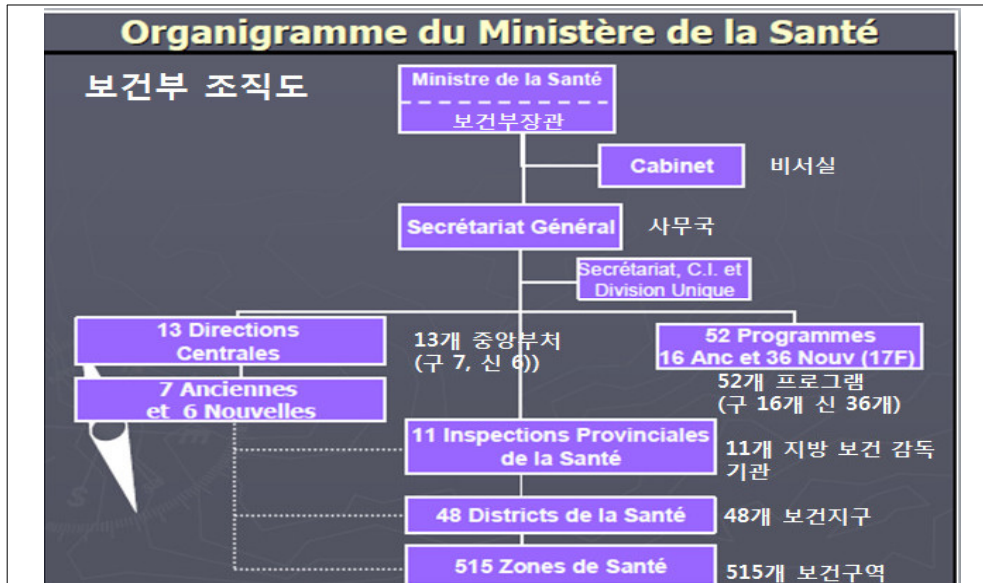
병원 및 전문병원이 해당한다. 중앙 보건부는 규범, 조정 및 3차 의료 서비스 제공의 책임을 가지므로, 보건 정책, 전략, 규범 및 지침들을 수립하고 지방 수준에서의 이행에 대한 정책조언, 정책일관성 관리 및 모니터링을 실시한다.

- (지방단위 보건체계) 지방수준의 보건부는 11개의 지방보건국(Divisions Provinciales de la Santé, DPS)¹⁾과 보건구역관리부(Bureaux Centrales de la Zone de Santé, BCZS)로 구성되며 2차 보건의료서비스를 제공하는 지방병원(provincial hospital)이 포함된다. 지방 보건부는 하위수준의 보건구역(Zone de Santé, ZS)에서의 이행을 촉진하기 위한 정책, 전략, 및 지침들에 대한 기술적 관리 및 모니터링을 실시하며, 지방병원을 통해 2차 보건의료서비스를 제공한다.
- (지역단위 보건체계) 지역단위의 보건부는 516개의 보건구역(Zone de santé)²⁾과 417개의 지역후송병원(Hôpitaux Généraux de Référence, HGR), 8,717개의 Health Area와 8,363개의 보건소(Centre de Santé)가 있다. 지역 보건부는 지방수준의 관리 및 감독 아래에서 1차 보건의료서비스 제공을 위한 전략을 이행한다 (*ibid.*, 2013a).

1) 지방수준에서의 행정개혁을 통해 26개 지방국이 11개의 지방국으로 개편되었으며 이는 현지 조사 보건부 차관미팅을 통해 확인된 내용임.

2) DR콩고 전체 보건구역(Zone de Sante)의 개수는 보건부와와의 미팅을 통해 확인된 내용이며 2014년 2월 기준임.

〈그림1-3〉 공공보건부 구조



출처: Ministère de la Santé Publique (2011) Rapport Narratif: Profil Pharmaceutique de la République Démocratique du Congo

나) 운영 및 거버넌스 구조

- (보건분야 거버넌스) DR콩고 보건분야 개혁에서는 보건부의 운영뿐 아니라 거버넌스 또한 아래의 조정기구들에 의해 이루어짐을 밝히고 있다.
- (중앙정부 보건분야 운영 및 관리) 중앙수준에서 유일한 보건분야 운영 및 관리 기구는 국가조정위원회(Comité National de Pilotage, CNP)이며 지방조정위원회(CNP-SS)의 소집은 보건부 장관에 의해 운영되고 지방조정위원회(CNP-SS)의 기술조정위원회(Comité de Coordination Technique, CCT)의 기술 위원회들에 의해 지원되며 대부분이 보건시스템의 주요 골자와 관련된 주제를 다루고 있다. 기술 및 재정 파트너 및 기타 공여기관들의 조정을 위한 기구로는 공여기관협의체(Group Inter Bailleurs Santé,GIBS)가 있으며 이는 지방조정위원회(CNP-SS)의 부분 중 하나이다.

- (지방단위 보건분야 운영 및 관리) 지방수준에서의 보건분야 내 조정역할은 지방 조정위원회(CPP-SS)에 의해 이루어지며, 이는 중앙수준의 국가조정위원회와 같으나 유일한 차이점은 보건분야 담당 지방장관이 의장을 역임한다는 점이다.
- (지역단위 보건분야 운영 및 관리) 지역수준에서의 보건분야 내 관리 및 조정은 보건구역 이사회(Conseil d' administration)에 의해 이루어지며 지방감독 의사(Provincial Inspector Doctor)가 의장을 담당한다.
- (리더십과 거버넌스 분야의 도전과제) 보건분야 리더십과 거버넌스의 주요한 도전과제는 보건부 하위의 행정체계가 명확하게 확립되어 있지 않다는 점이다. 2014년 2월 현지조사 인터뷰를 통해 확인한 바에 따르면, 보건부 산하의 11개의 지방정부의 보건담당부서와 42개의 보건지구 담당부서, 516개의 보건구역이 서로 유기적으로 연계되어 보건현황이 파악되는 행정체계를 구성하도록 법률을 개정하고 발의하였다. 하지만 실제로 이러한 체계로 기능하고 있지 않았으며, 지방 분권화되어 있는 구조로 인해 중앙정부의 계획과 실제 지방정부의 실행에 격차가 존재하고 있었다. 이렇게 파편화된 보건체계는 보건서비스, 의약품, 보건정보 등의 체계적인 관리에도 영향을 미치고 있다.

3) 보건의료 재정 (Health Financing)

가) 2012년 보건분야 국가 예산

- (보건분야 국가예산) 2012년 전체 국가예산 중 보건분야는 약 6.8%이나 예산의 약 70% 보건인력 보수 지급에 사용된다. 2012년 12월 31일 기준, 전체 연간 책정 금액은 517,182,641,387 CDF였으나 실제 집행 금액은 141,630,237,928 CDF이며 이는 예산 집행율이 27% 정도임을 나타낸다.
- (보건부 예산 변화 추이) 2002년부터 2011년까지 DR콩고 보건분야 예산은 2000년 전체 예산 대비 0.97%에 불과하였으나 2005년 4.5%, 2010년 5.9%로 증가하였으며 2012년에는 7.8%까지 증가하였다. 이는 DR콩고 정부의 보건분야에 대한 지원이 증가하는 추세가 반영된 것이다.
- (보건부 예산 집행 현황) 2000년 전체 정부 예산 중 보건분야에 집행된 금액의 비율은 0.17%에 불과하였으나 해마다 증가하여 2007년 5.93%까지 증가하게 된다. 하지만 2007년 이후 다시금 감소 추세를 보이며 2012년 보건부 자료에서 보는 바와 같이 실제 DR콩고 집행예산 중, 3.91%만이 보건분야에 집행되어 실제로 정부 집행 예산 중 보건분야에 지출된 금액은 매우 적은 현실임을 볼 수 있다 (Ministere de la Sante Publique, 2013c).

<표 1-1> 2002-2012년 DR공고 보건부 예산 및 집행 현황

년도	정부 전체 예산 (CDF)	전체 집행 예산 (CDF)	집행률	보건분야 예산 (CDF)	보건분야 집행 예산 (CDF)	보건분야 할당 예산	보건분야 집행 예산비율	전체집행 중 보건분야 예산집행 비율
2000	24,240,178,000	23,078,358,000	95.21%	235,562,000	40,096,000	0.97%	17.02%	0.17%
2001	62,149,000,000	94,240,708,658	151.64%	1,202,398,248	680,562,656	1.93%	56.60%	0.72%
2002	201,905,455,940	183,729,129,152	91.00%	1,644,527,508	328,515,595	0.81%	19.98%	0.18%
2003	334,629,891,724	283,133,680,028	84.61%	16,394,063,465	9,104,035,287	4.90%	55.53%	3.22%
2004	528,333,000,000	399,425,980,166	75.60%	28,671,577,376	9,355,927,078	5.43%	32.63%	2.34%
2005	806,169,426,000	549,117,505,272	68.11%	35,936,413,659	19,676,548,929	4.46%	54.75%	3.58%
2006	1,039,561,000,000	693,332,814,963	66.69%	41,848,168,202	22,599,240,468	4.03%	54.00%	3.26%
2007	1,370,309,606,010	910,139,633,568	66.42%	49,609,895,796	53,988,058,480	3.62%	108.83%	5.93%
2008	1,781,415,163,097	1,381,467,653,274	77.55%	53,790,965,198	53,617,795,644	3.02%	99.68%	3.88%
2009	2,922,393,815,447	2,059,445,266,869	70.47%	154,468,941,848	97,923,981,153	5.29%	63.39%	4.75%
2010	5,607,517,614,775	3,350,373,697,027	59.75%	327,858,390,664	172,219,440,441	5.85%	52.53%	5.14%
2011	6,746,324,098,494	3,342,811,041,761	49.55%	233,810,730,231	137,415,557,665	3.47%	58.77%	4.11%
2012	6,609,171,209,773	3,601,718,512,520	54.50%	517,132,641,392	140,753,306,476	7.82%	27.22%	3.91%

출처: *ibid* (2013c)

- (국가보건개발계획(PNDS) 관련 예산 집행) 국가보건개발계획(PNDS)의 실행에 있어서, 2012년 보건분야 국가 예산 집행중 약 75%는 보건인력 보수 지급에 사용되었으며 백신 및 약품 구매는 80억 프랑이 집행되었다. 국가보건개발계획(PNDS)에 따른 예산 현황은 아래의 표에서 더욱 자세히 볼 수 있다.

<표 1-2> 2012년 국가보건개발계획(PNDS) 항목에 따른 국가예산 집행 현황

항목	2012년 지출	비율
거버넌스		
행정 운영	576,299,224	0.4%
국제 분담금	202,479,480	0.1%
수당		
백신 및 백신 캠페인	4,708,380,760	3.3%
사회복지 보조	1,129,194,486	0.8%
외과 의료기기 및 의료용 안경	116,746,240	0.1%
인력개발		
임금, 인센티브 등	107,473,315,849	75.9%
약품 및 의약품		
의약품	7,362,272,372	5.2%
보건 재정		
공공 및 준 공공 기업 보조금	1,127,861,860	0.8%
보조기관 보조금	925,742,741	0.7%
인프라 및 장비		
외과, 실험실, 병원 장비 확보	17,947,300,914	12.7%
연구 협정	60,644,000	0.0%
합계	141,630,237,928	100%

출처: Republique Democratique Du CONGO Ministere De La Sante Publique Cabinet Du Ministre

(2013b) Rapport Annuel D' Activities 2012

- (DR콩고 정부의 프로그램 비용 지원) 보건부 예산 집행에 있어 중요한 사항 한가지는 DR콩고 정부가 공여 파트너들이 지원하는 프로그램에 직접적인 재정적 지원을 한 것이다. GAVI가 지원하는 새로운 백신 지원에 재정참여를 하였고, (1,215,419 달러), 백신 구입에 분담금 지급했으며(1,000,000 달러), Global Fund의 결핵, HIV/AIDs, 말라리아 약품 지급에도 재정적으로 참여하였다 (15,000,000 달러). 또한, PEPFAR에서 지원하는 아동 대상 ART 구입에 분담금을 지급하였다(500,000 달러).

- (높은 환자부담비용) 국가보건계정(National Health Account)에 따르면, 환자부담비용(Out of Pocket)이 차지하는 비율이 43%로 나타나 의료 비용의 절반 가까이 치료환자들이 직접 지출하는 금액임을 보여주고 있다 (Global Health Initiative & the Government of DRC, 2011).
- (보건재정분야의 도전과제) DR콩고 보건분야 예산은 증가하고 있는 추세이지만, 2012년 정부 전체 예산 중 보건분야에 지출된 비율이 3.91%에 불과해 매우 적은 예산만이 보건분야에 쓰이고 있으며, 환자부담비용(Out of Pocket)이 매우 높아 보건 재정이 정부에서 제공하는 공공의료의 한계를 보여주고 있다.

4) 보건의료서비스 전달 (Health Service Delivery)

- (지역별 전체 의료기관 현황) DR콩고의 보건의료서비스를 전달하는 공공 보건의료 기관의 현황은 아래 표에서 나타난 바와 같이 총 516개의 보건구역과 8,717개 보건 지역에 총 8,363개의 보건소, 417개의 지역후송병원(HGR)과 10개의 3차병원이 있다.
- (지역별 환자후송병원 현황) 3차 후송기관인 3차 병원은 수도인 킌사사에 4개가 집중되어 있고, 전체 11개 지역 중 5개 지역에는 3차 병원이 없는 상태이다. 또한 2차 후송기관인 지역후송병원(HGR)의 경우 Katanga 지역에 가장 많이 분포되어 있으며, Maniema 지역에 가장 적은 9개의 병원이 있는 것을 확인할 수 있다.

<표 1-3> 지역별 보건기관 분포 현황

N	지역	보건 구역	보건 지역	기관 수		
				1차 후송기관 (보건소)	2차 후송기관 (HGR)	3차 후송기관 (HP/HN)
1	Bandundu	52	1,099	1,086	49	0
2	Bas-Congo	31	384	384	28	0
3	Equateur	69	1,188	1,186	52	1
4	Kasaï-Occidental	43	804	777	41	1
5	Kasaï-Oriental	49	868	858	39	0
6	Katanga	68	1,152	1,085	59	1
7	Kinshasa	35	384	337	28	4
8	Maniema	18	289	277	9	0
9	Nord-Kivu	34	583	493	28	0
10	Province-Orientale	83	1,298	1,273	54	2
11	Sud-Kivu	34	668	607	30	1
	DR congo 전체	516	8,717	8,363	417	10

출처: Republique Democratique Du CONGO Ministere De La Sante Publique (2013a)
Quelques Donnees Sur Le Systeme De Sante De La Republique Democratique Du CONGO

- (지역별 재건 및 장비보급 예정 병원 현황) 지역후송병원(HGR) 중 재건 및 장비 보급 예정이 되어 있는 병원과 재건 예정된 병원의 현황은 아래 표와 같다. Province-Orientale 지역에 분포되어 있는 병원(HGR) 중 절반 이상의 29개의 병원(HGR)이 재건 및 장비 보급 예정이 되어 있으며, DR콩고 전국의 417개의

병원(HGR) 중에서 99개의 지역후송병원(HGR)이 재건 및 장비 보급이 예정되어 있으며, 24개의 지역후송병원(HGR)이 재건 예정되어 있는 상태이다.

<표 1-4> 지역별 재건 및 장비보급 예정 지역병원(HGR) 현황

N	지역	보건구역	HGR 수	재건 및 장비 보급 예정 HGR 수	재건 예정 HGR 수
1	Bandundu	52	49	3	2
2	Bas-Congo	31	28	3	-
3	Kinshasa	35	28	7	-
4	Equateur	69	52	17	3
5	Province-Orientale	83	54	29	-
6	Nord-Kivu	34	28	6	-
7	Sud-Kivu	34	30	4	1
8	Maniema	18	9	9	2
9	Katanga	68	59	9	6
10	Kasaï-Oriental	49	39	10	5
11	Kasaï-Occidental	43	41	2	5
12	DR congo 전체	516	417	99	24

출처: *ibid* (2013a)

- (공공기관 외 민간 부문의 지원) 516개의 보건구역(Health Zone) 중 절반 이상의 보건구역이 종교기관과 비영리기관에 의해 지원되고 있다.
- (지역사회 보건서비스 전달) 지역사회 수준에서 보건서비스를 전달하는 채널로 지역사회요원(Relais)이 있다. 지역사회요원은 두 가지 타입으로 나뉘는데 설사, 열병, 영양부족 문제를 겪는 아동을 보건소로 후송하고, 피임도구의 배포 등과 같이 제한적인 치료를 제공하는 치료요원과 치료를 제공할 수 없지만 지역사회 동원과 건강증진 활동을 하는 건강증진요원이 있다. 그 중 치료요원의 경우, 보수를 받고 활동하고 있다.
- (보건서비스전달 부문의 도전과제) 현재 운영되고 있는 DR콩고의 보건의료 시설들은 높은 운영비용과 로지스틱 관련 문제들을 겪고 있다. 또한, 보건의료기관에 대한 관리감독이 제대로 실시되지 못하고 미흡한 실정이다. 보건의료기관에 접근하는데 있어 부적절한 도로 상태와 시설 운영을 위해 필수적인 전기와 물의 공급이 원활하지 않은 빈약한 인프라 상태는 보건의료시설의 접근성 문제를 더욱 악

화시키는 주요 원인이다 (Global Health Initiative & the Government of DR Congo, 2011).

5) 보건의료 인력 (Human Resources)

- (DR콩고 보건의료 인력 현황) DR콩고의 보건의료 현황의 경우, 아프리카의 평균인 인구 10,000명당 2.5명의 의사, 9.1명의 간호사 및 조산사가 있는 것에 비해 인구 10,000명당 1.1명의 의사, 5.3명의 간호사 및 조산사가 있어 보건의료의 부족이 심각한 상황임을 알 수 있다.
- (직군별 보건의료 인력 현황) 아래 표는 보건의료 현황을 보여주는 표이다. 간호사, 행정관리자와 같은 특정 직군의 경우 인력이 상대적으로 다른 직군에 비해 많지만, 치과의사, 보조약사, 물리치료사와 같은 직군은 인력이 매우 부족한 상황이다. 또한 지방간 직군별 인력의 불균등한 분배의 현황을 보여준다 (Republique Democratique du Congo, Ministere de la Sante Publique Cabinet du Ministre, 2013b).

<표 1-5> 직업 분류 별 보건인력 현황

N	지역	직군별 보건인력 수														
		의사	치과 의사	약사	보건 행정 및 운영 담당	간호 사	물리 치료 사	실험 실 기사	방사 선사	영양 사	L2 의사	보조 약사	위생 사	치위 생사	행정	합계
1	Directions et Programmes	423	1	78	219	482	32	108	10	25	0	18	20	0	1457	2873
2	Kinshasa	1125	22	61	336	5468	154	515	156	101	2	71	60	0	4855	12926
3	Bandundu	405	2	3	353	11187	9	219	17	28	0	2	2	0	5889	18116
4	Equateur	308	2	4	86	5583	5	49	5	13	0	2	8	0	7028	13093
5	Bas- Congo	337	8	17	165	4588	45	165	29	27	0	13	6	0	2489	7889
6	Kasaï – Occ.	241	2	7	39	4406	1	144	2	10	0	71	2	2	3715	8642
7	Kasaï – Or.	352	1	7	99	6437	8	159	8	8	0	7	8	8	7675	14777
8	Katanga	508	0	74	103	5809	1	48	4	27	0	5	22	0	3427	10028
9	Maniema	128	2	4	93	1991	3	10	0	5	0	0	0	0	2017	4253
10	Nord Kivu	362	0	6	70	2462	2	83	3	53	0	12	2	0	3166	6221
11	Sud kivu	304	2	5	21	3166	6	44	3	54	0	24	0	2	4679	8310
12	Prov.Orientale	354	1	7	93	7247	2	49	1	14	0	2	1	0	6642	14413
	합계	4847	43	273	1677	58826	268	1593	238	365	2	227	131	12	53039	121541

출처: *ibid* (2013b)

- (보건인력의 급여 미지급 현황) 2014년 2월 연구진 출장을 통해 확보한 보건부 자료에 따르면, 보건의료인력 중 급여를 지급받지 못한 인력의 비율이 약 72%에 달하는 것을 확인하였다. 보건소 및 지역후송병원에 상주하는 보건인력의 대부분이 국가에 의해 부여되는 보수를 받지 못하고 있음을 보여주며 지역 간 격차 또한 심각함을 시사한다.

<표 1-6> 지역별 보건인력의 급여 미지급 현황

N	지역	인력수	급여 지급받지 못한 인력수	급여 지급받지 못한 인력 비율
1	Kinshasa	15,799	4,944	31%
2	Bas-Congo	7,889	3,862	49%
3	Bandundu	18,116	13,361	74%
4	Katanga	10,028	9,134	91%
5	Kasaï Occ.	8,642	6,423	74%
6	Kasaï Or.	14,777	11,144	75%
7	Maniema	4,253	3,867	91%
8	Nord Kivu	6,221	4,617	74%
9	Sud Kivu	8,310	7,578	91%
10	Equateur	13,093	9,582	73%
11	Prov. Oriental	14,413	12,501	87%
합계		121,541	87,013	72%

출처: *ibid* (2013b)

- (보건인력 분야의 도전과제) DR콩고 보건인력의 주요한 문제점은 보건인력의 적절하게 분포되어 있지 않으며, 간호사 역량의 질이 떨어지고 적절한 교육과 훈련의 기회가 줄어들고 있다는 점이다. 또한 의료인력의 급여가 매우 낮고, 낮은 급여마저도 정기적으로 지급되고 있지 못한 상황이었다. 현재 DR콩고의 경우, 간호사와 조산사가 아프리카 평균에 비해 매우 낮은 수준이며, 현재 급여를 지급받지 못하고 있는 인력이 약 70%에 달하고 있는 현실이다 (Global Health Initiative & the Government of DR Congo, 2011).

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

- (국가 약품 관리) DR콩고 보건분야 약품 관리 정책은 필수약품시스템(National System of Provision for Essential Medicines, SYNAME)에 근간을 두고 있으며 이는 각 보건구조 피라미드별로 지역과 지방, 중앙 수준에서 각각 관리되는 방식을 취하고 있다.
- (지역 공공의료기관 약품수급 및 관리) 지역수준에서 약품의 관리는 다음과 같은 방법으로 이루어진다. 각 보건구역(Health Zone)에 위치한 보건소와 병원과 같은 보건의료기관에 제공할 의약품이 보건구역 관리부(Bureau Central de la Zone de santé, BCZS)에서 보관한다. 보건구역(Health Zone)의 약품 관리자들은 지역 의약품 구매 및 분배센터(Centrale d'achat et de Distribution Régionale des Médicaments, CDR)에 약품을 요청하여 필요한 의약품을 공급받게 된다.
- (지방의 의약품 구매 및 분배센터(CDR)) 지역 의약품 구매 및 분배센터(CDR)는 지방관리부에 의한 담당 보건구역의 관리 및 감독을 위해 주도에 위치하고 있다. 다만, 주로 담당하는 지역의 범위가 넓을 경우 약품저장창고(Dépôt relais)³⁾의 방식으로 의약품의 보급 범위를 높이고 있다. 각 보건구역에서 의약품 주문을 모두 수렴하여 지역의약품 구매 및 분배센터에 보고하는 형식으로 이루어지며 때로 이에 대한 추가비용이 발생하게 된다.
- (중앙의약품관리연합 Fédération de Centrales d'Achat et de Distribution des Médicaments, FEDECAME)) 지역 의약품 구매 및 분배센터(CDR)는 중앙정부 단위에서 중앙의약품관리연합으로 수합된다. 중앙의약품관리연합은 각각의 지역 의약품 구매 및 분배센터에서 수렴된 주문에 따라 약품 구매를 수행하게 된다. DR콩고 전국의 약품조달은 두 기관으로 나누어지는데 하나는 DR콩고 중앙 및 서부지방에 약품을 조달하는 Matadi와 DR콩고 동부 지방을 담당하는 Goma임. 이렇게 두 기관으로 지역을 배분하여 전국에 약품조달을 원활히 하고자 하였으나, 실질적으

3) 약품저장창고(Dépôt relais)는 CDR이 없는 지역에서 다른 지역의 CDR의 접근성이 낮아 의약품 지급이 원활치 않을 경우를 대비하여 만든 2차 의약품 보관창고의 역할을 하고 있음.

로는 질 높은 약품에 대한 주민들의 재정적 접근성 부재 또는 위험분배 매커니즘의 부재 및 지역 의약품 구매 및 분배센터에서의 적은 커버리지 등의 문제가 있다 (Republique Democratique du Congo Ministere de la Sante Publique, 2013b).

<표 1-7> 필수약품 지역배분센터 리스트

N°	명칭	특징	장소
1	CAMESKIN	CDR	KINSHASA
2	CAAMEKI	CDR	MATADI
3	CAAMEBO	CDR	BOMA
4	CAMEBASU	CDR	KIKWIT
5	CAMEBAND	CDR	BANDUNDU
6	KENGE	Dépôt relais	KENGE
7	CADIMEX	CDR	KANANGA
8	CEDIMET	CDR	TSHIKAPA
9	CADMEKO	CDR	MBUJIMAYI
10	LODJA	Dépôt relais	LODJA
11	CEDIMEK	CDR	KAMINA
12	CAMELU	CDR	LUBUMBASHI
13	CADMETA	CDR	KALEMIE
14	Relais CADMETA	Dépôt relais	TANGANYIKA
15	BDOM BUKAVU	CDR	BUKAVU
16	ASRAMES	CDR	GOMA
17	Dépôt Musienene	Dépôt relais	BENI ?
18	KAMEKIS	CDR	KISANGANI
19	CADIMEBU	CDR	BUNIA
20	CAAMENHU		MAHAGI
21	Dépôt Isiro	Dépôt relais	ISIRO
22	CAMENE	CDR	MBANDAKA
23	Dépôt Gbadolite	Dépôt relais	GBADOLITE

출처: Republique Democratique Du CONGO Ministere De La Sante Publique (2013a)
Quelques Donnees Sur Le Systeme De Sante De La Republique Democratique Du CONGO

○ (지속적인 의약품 공급 시스템의 취약성) 보건 시설 및 보건구역에서의 약품 접근성 및 지속성에 관한 연구에 따르면 하나의 보건구역이 규칙적이고 지속적인 약품 공급을 확보하기 위해서는 45개의 지속가능 조건이 충족될 필요가 있다고 한다. 이러한 조건에 따라 평가된 보건구역 중에서 매우 적은 수의 보건구역만이 10개의 조건을 충족했으며 단 하나의 보건구역만이 22개의 조건을 충족한 것으로 나타났다.

- (약품 관리 시스템과 관리 인력의 부재) DR콩고의 약품 공급 체계 내 계획수립 및 물량확인 등을 위한 취약한 약품관리 툴(tool) 또한 비효과적인 약품 관리에 기여하는 주요한 문제 중에 하나로 꼽히고 있다. 또한 약품 사용, 재고 현황과 분실을 파악하는 관리자의 부재는 재고 부족 및 유통기한 소멸 등의 문제를 야기 하는 원인으로 파악되었다.

나) 보건 시설 및 보건 구역의약품 접근성

○ (지역별 의료 인프라 및 장비 현황) 지역별로 보건소에서 장비가 적합하게 갖추어져 있는지에 대해 조사한 자료에 따르면, DR콩고 전체로는 8,363개의 보건소 중 22.1%인 1,848개의 보건소만이 장비가 갖추어져 있는 상태인 것을 확인할 수 있다. 이 중 건축 및 장비가 지원될 예정에 있는 보건소의 수는 전체의 78.5%인 것을 자료를 통해 확인할 수 있다 (Republique Democratique Du CONGO Ministere De La Sante Publique Cabinet Du Ministre, 2013b).

<표 1-8> 인프라 및 장비 상태에 따른 보건소 현황⁴⁾

N	지역	보건지역 (Health Area)	보건소 수	보건의료 장비가 갖춰진 보건소 수
1	Bandundu	1,099	1,086	157
2	Bas-Congo	384	384	230
3	Equateur	1,188	1,186	134
4	Kasaï-Occidental	804	777	187
5	Kasaï-Oriental	868	858	133
6	Katanga	1,152	1,085	185
7	Kinshasa	384	337	337
8	Maniema	289	277	38
9	Nord-Kivu	583	493	143
10	Province-Orientale	1,298	1,273	148
11	Sud-Kivu	668	607	156
DR콩고 전체		8,717	8,363	1,848

출처: Republique Democratique Du CONGO Ministere De La Sante Publique (2013a) Quelques Donnees Sur Le Systeme De Sante De La Republique Democratique Du CONGO, 저자 재구성

○ (보건기관과 보건구역의약품 접근성) 보건 시설 및 보건구역(Health Zone) 내약품 접근성을 보장하기 위해서는 알맞은 양, 적당한 약품, 적절한 장소에 보관, 적당한 가격과 조건 및 적절 시기에 약품이 전달되어야 한다. 하지만 연구진이 현지 출장을 통해 받은 2012년 보건부 실시한 모니터링 결과보고서에 따르면, 보건기관과 보건구역의 의약품 접근성이 낮은 현실을 언급하고 있다. 또한 국가보건개발계획 실행 모니터링 보고서에서도 이와 같은 의약품의 낮은 접근성은 근본

4) 제시된 자료에 근거하여 작성되었으나, DR콩고 전체 보건의료 장비가 갖춰진 보건소의 총합이 제시된 자료의 총합과 맞지 않아 수정하였음.

적으로 약품 공급 및 관리의 문제와 직결됨을 밝히고 있다 (Republique Democratique Du CONGO Ministere De La Sante Publicque Cabinet Du Ministre, 2013b).

- (약품 분야의 주요 문제점) DR콩고의 약품 관리 시스템의 주요 과제는 책무성의 부족 및 잦은 재고 부족과 함께 여러 공여기관들이 각 기관의 자체 약품 관리 및 조달 시스템을 사용한다는 점이다. DR콩고의 조달시스템인 중앙의약품관리연합에서 콘돔과 ARI, 피임도구는 조달하지 않고 있기 때문에 DR콩고에서 활동하고 있는 여러 공여기관들은 자체 조달 시스템을 통해 각기 다른 방식으로 약품 공급을 진행하고 있다. 이와 함께 위에서 지적된 것처럼 DR콩고의 약품 관리 시스템이 체계적으로 운영되지 않고 있으며, 약품의 가격 또한 결정되어 있지 않고 보건기관마다 모두 다른 가격으로 판매하고 있다. 또한 약품관리를 위한 전문 인력이 부재한 상황이다 (Global Health Initiative & the Government of DR Congo, 2011).

7) 보건의료 정보 (Information & Knowledge Management)

- (국가보건정보시스템) DR콩고의 국가보건정보시스템(Système National d' Information Sanitaire, SNIS)은 모든 보건 단위(단계)에서의 보건시스템 및 프로그램에 필요한 모든 사항(구조, 인력, 방식 등)을 포함 하도록 규정하고 있다. 1차 보건에 대한 SNIS만이 규범화 되어 있고, 9개 지방에서 이를 채택하여 수행하고 있다.
- (보건정보시스템 강화 현황) 11개 지방(province)의 정보 관리자들은 인력에 대한 정보를 계속해서 관리하고 중앙수준으로 전달한다. 보건분야 내 질 높은 보건정보는 의사결정에 중요한 요소이며 2012년 Lubumbashi에서 열린 연간 리뷰는 2012년 중에 국가보건정보체계(SNIS)에 적어도 3개의 요소(인력, 약품, 재정)에 대한 정보를 포함하여 수립할 것을 권장하고 있다 (Republique Democratique Du CONGO Ministere De La Sante Publique Cabinet Du Ministre ,2013b).
- (지역별 ICT 장비 보유 현황) DR콩고의 516개의 보건구역 중 ICT 장비를 보유한 보건구역의 수는 전체 516개 중 114개에 불과하여 전체의 22.1%만이 ICT 장비를 보유하고 있었으며 나머지 77.9%의 보건구역은 ICT 장비를 보유하고 있지 않은 것으로 현지조사 수집자료를 통해 확인하였다. Nord-Kivu, Sud-Kivu, Maniema 지방의 경우, ICT 장비를 보유한 보건구역이 전혀 없었으며, Bandundu 지방의 경우도 1개 보건구역을 제외한 모든 지역에서 ICT 장비가 갖추어져 있지 않았다. 그에 반해, ICT 장비를 보유한 비율이 가장 높은 지방은 Katanga 지방이 39.7%, Equateur 지방의 34.8%가 ICT 장비를 보유하고 있는 것으로 나타났다.

<표 1-9> ICT 장비 보유 현황⁵⁾

N	지역	보건구역(HZ) 수	ICT 장비 (컴퓨터 등) 보유하지 않은 보건구역의 수	ICT 장비 (컴퓨터 등) 보유한 보건구역의 수
1	Bandundu	52	51	1
2	Bas-Congo	31	22	9
3	Kinshasa	35	18	17
4	Equateur	69	45	24
5	Province-Orientale	83	77	6
6	Nord-Kivu	34	34	0
7	Sud-Kivu	34	34	0
8	Maniema	18	18	0
9	Katanga	68	41	27
10	Kasai-Oriental	49	33	16
11	Kasai-Occidental	43	29	14
DR콩고 전체		516	402	114

출처: Republique Democratique Du CONGO Ministere De La Sante Publicque (2013a)
Quelques Donnees Sur Le Systeme De Sante De La Republique Democratique Du CONGO

○ (보건정보의 주요 문제점) 국가보건정보시스템(Systeme National d' Information Sanitaire, SNIS)이 법적으로 명확하지 않고 국가보건정보시스템의 하위 시스템에 대한 법적인 규정이 없는 상황이다. 정보시스템의 분절화로 인해 다중적이고 수혜자와 연계되어 있지 않은 정보수집이 이루어지고 있으며, 정보에 대한 불충분한 분석과 확인 등의 문제가 나타났다. 중앙정부 수준과 지방정부 수준의 시스템 간에 정보순환이 이루어지지 않았으며, 이는 관련 기관들의 분화와 비연계성, 그리고 보건부 웹사이트의 기능 미비 등에 의한 것이었다. 또한, 민간의료서비스 정보와 통합이 이루어지지 않아 정보가 부족하며, 정보 분석 틀이 미비하고 제대로 작동되지 않아 사용가능한 정보의 질이 낮고, 정보의 처리, 사용, 확산이 제대로 이루어지지 못하고 있다. 게다가, 보건 관련 문서들이 시의 적절하게 만들어지지 못하고 이를 확산할 보건부의 인터넷 웹사이트는 제대로 운영되지 않고 있는 현실이다.

5) 제시된 자료에 근거하여 작성되었으나, ICT 장비 보유한 보건구역의 수의 총합이 제시된 자료의 총합과 맞지 않아 수정하였음.

<보건시스템 현황과 과제>		
분야	구분	내용
리더십과 거버넌스	강점	중앙정부와 보건부가 조정역할을 강화하려는 의지로 개혁을 추구하고 있음
	도전 과제	- 중앙정부 수준과 지방정부 수준, 지역사회 수준의 3단계로 구분된 거버넌스 체계는 서로 유기적으로 연계되지 못하고 있으며 체계적으로 기능하지 못하고 있음 - 지방분권화되어 있는 구조로 인해 중앙정부의 계획이 지역사회 수준의 실행 담당까지 명확히 전달되어 실행하기에는 격차가 존재하여, 계획 실현을 위한 리더십과 거버넌스 역량에 한계가 있으나 이러한 역량을 강화하는 것은 우선순위로 세워져 있지 않음
보건 의료 재정	강점	DR공고 보건분야 예산은 지속적으로 증가하고 있는 추세임
	도전 과제	DR공고가 내전 이후에도 동부 지역의 정부군과 반군이 아직까지 분쟁을 경험하고 있는 국가로서, 보건분야 보다는 국가 안보에 우선순위를 두고 있음. 따라서, 2012년 정부 전체 예산 중 보건분야에 매우 적은 예산만이 쓰이고 있음. 또한 DR공고의 환자부담비용(Out of Pocket)이 매우 높은데, 공공의료를 제공하는 보건소 혹은 병원에서 치료를 받더라도 의약품 혹은 서비스의 비용을 환자가 부담을 하게 되어 이로 인해 공공의료의 활용이 낮아지는 결과를 가져옴
보건의료 서비스 전달	강점	양다자 공여기관과 다양한 국제기구가 516개의 보건구역에 나뉘어 보건의료 서비스 전달을 하기위해 공여기관과 정부가 함께 지속적인 논의를 진행하고 있음
	도전 과제	넓은 영토에 비해 부족한 보건분야 리소스로 인해 보건의료 서비스가 지역까지 전달되지 못하는 한계를 겪고 있으며, 이러한 현상을 극복하기 위해 DR공고 정부와 보건분야를 지원하고 있는 다양한 공여기관들이 Appui Global 정책을 통해 모든 보건구역(Health Zone)에 통합적 서비스를 제공할 수 있도록 하였으나 516개의 보건구역 중 308개가 여전히 아무런 보건의료서비스 지원을 받지 못하고 있는 상태임.

<보건시스템 현황과 과제>		
분야	구분	내용
보건 의료 인력	강점	JICA에서 중앙정부 수준부터 지방정부 수준까지 DR공고의 보건인력부문 강화를 위해 장기적인 지원을 실시하고 있음
	도전 과제	DR공고에서 급여를 지급받지 못하고 있는 보건인력이 약 70%에 불과하여 보건의료 서비스를 제공하는 인력의 동기가 매우 부족한 상황이며, 이로 인해 보건의료 서비스의 질에도 영향을 미치고 있음
의약품 및 기자재	강점	의약품 관리를 위해 USAID와 BTC에서 중앙정부 수준의 지원을 지속하고 있으며, 해당 분야의 역량강화를 위해 노력하고 있음.
	도전 과제	DR공고의 약품 관리 시스템은 잦은 재고 부족과 함께 여러 공여기관들이 각 기관의 자체 약품 관리 및 조달 시스템 사용으로 인해 여러 통로를 통해 의약품이 들어오고 있어 약품의 질 확인과 관리가 불가능한 체계임.
보건 의료 정보	도전 과제	- 국가보건정보시스템의 분절화로 인해 다중적이고 수혜자와 연계되어 있지 않은 정보수집이 이루어지고 있으며, 정보에 대한 불충분한 분석과 확인 등의 문제가 있음 - 중앙정부 수준과 지방정부 수준의 시스템 간에 정보순환이 이루어지지 않았으며, 이는 관련 기관들의 분절화와 비연계성, 그리고 보건부 웹사이트의 기능 미비 등에 의한 것임.

다. 건강 및 질병 현황

<요약. DR콩고 건강 및 질병 현황과 과제>

- (일반보건현황) DR콩고의 주요 사망원인은 주로 전염성 질병들과 함께 DR콩고의 특성을 반영하는 전쟁이 사망의 원인으로 포함되어 있음. 이와 함께 세계적 질병부담의 우선순위 또한 전염성 질병과 모자보건 관련 질병들이 포함되어 있음.
- (모성 및 신생아 보건) DR콩고는 보건전문 인력에 의한 분만이 79%로 높은 수준임에도 불구하고 제대로 된 의약품, 의료기자재 등이 갖추어져 있지 않고 4회 이상 산전관리비율은 45%에 불과해 이로 인해 높은 모성사망비(MMR)를 보이고 있어 시급한 개선이 요구되는 상황임
- (영유아 보건 및 영양) DR콩고의 5세 미만 아동 사망률은 1990년 이후 정체되어 2010년에 출생아 1,000명당 170명의 아동이 사망하여 MDG4(아동 사망 감소)의 성과 달성이 어려운 상황이며, 낮은 질병 치료율과 모유수유율 등이 DR콩고 아동의 건강증진을 위한 개선의 필요성을 보여줌
- (주요 전염성 질병) HIV/AIDS, 말라리아는 DR콩고의 주요 질병으로 HIV/AIDS 유병률은 1.3%에 불과하지만 임신한 여성의 유병률은 2008년 4.3%로 높은 편이며, 다수 외래환자의 주요 질병과 5세 미만 아동 사망이 말라리아로 인한 것임.

1) 일반보건현황

- (10대 주요사망원인) DR콩고의 주요 사망원인은 설사, HIV/AIDS, 하기도감염, 말라리아 순서이며, 5번째 주요 사망원인이 DR콩고의 국가 현황을 보여주는 전쟁으로 포함되어 있었다.

<표 1-10> 10대 주요사망원인

순위	Distribution of causes of Death	% of Total
1	설사	12
2	HIV/AIDS	11
3	하기도 감염	11
4	말라리아	10
5	전쟁	5
6	산전산후 상태	4
7	홍역	4
8	결핵	3
9	뇌혈관질환	3
10	허혈성 심장질환	3

출처: CDC (2010)

- (DR콩고 질병부담) DR콩고의 질병부담이 높은 질병은 하기도 감염, 설사, 말라리아, HIV/AIDS의 순서로 나타났으며 그 외에도 모자보건 관련 질병도 질병부담이 큰 것으로 나타났다.

<표 1-11> 세계적 질병부담(Global Burden of Disease)

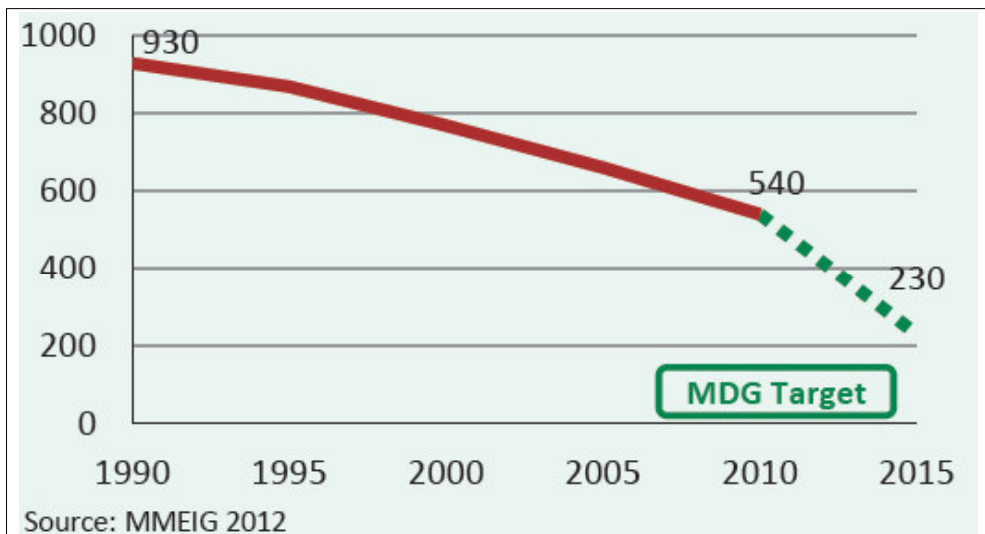
순위	Leading Cause of Burden of Disease	% of Total DALY' s
1	하기도 감염	14.3
2	설사	10.6
3	말라리아	9.9
4	HIV/AIDS	5.8
5	모자보건 관련	4.8
6	출산질식사와 출산외상	3.8
7	신생아 감염 및 기타	3.8
8	조산 및 저체중	3.6
9	결핵	2.3
10	부상 등	2.0

출처: WHO (2010) health Statistics Profile

2) 모성 및 신생아 보건

- (모성사망과 신생아 사망) DR콩고는 1990년 930명(100,000LB)의 여성이 임신 및 출산과 관련한 사망을 한 것으로 집계되었으며, 2010년에는 540명(100,000LB)⁶⁾으로 줄어들었으나 여전히 높은 모성사망비를 보이고 있다. MDG5 (모성사망비 감소)의 목표 수치는 230명(100,000LB)이지만 2015년까지 이를 달성하는 것은 현실적으로 어려울 것으로 전망하고 있다. 또한 출생아 1,000명당 46명(2010년)의 신생아가 사망한 것으로 나타났다.

<그림 1-4> 모성사망비(100,000LB)

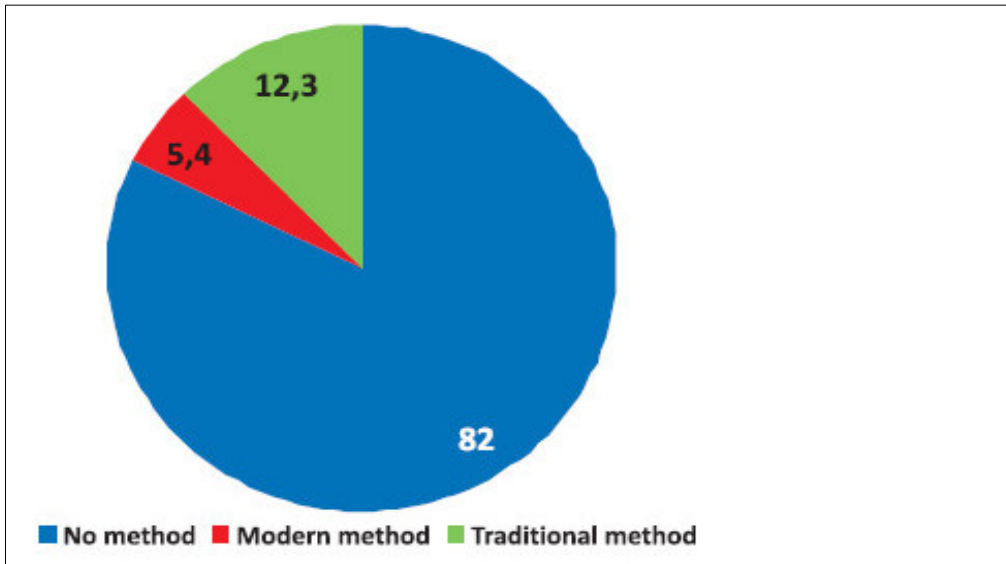


출처: WHO & UNICEF (2012) Countdown to 2015

- (높은 합계 출산율과 낮은 피임률) 15-49세 가임기 여성의 82%가 전혀 피임을 하고 있지 않은 것으로 나타났으며, 합계 출산율도 5.8로 매우 높은 현황임을 보여주었다 (WHO & UNICEF, 2012).

6) 2007년 DHS에 따르면, 모성사망비가 549명(Per 100,000LB)로 조사되었으나 2007년 이후 DHS가 실시되지 않았으며, MICS에서도 모성사망비가 조사되지 않았음

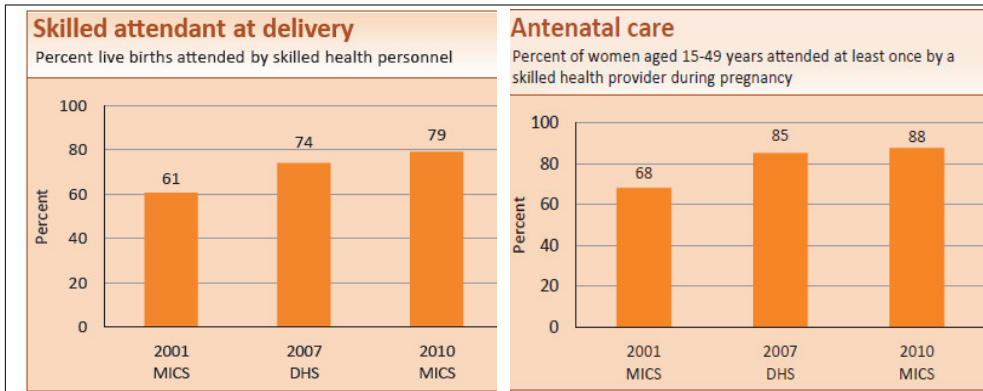
<그림 1-5> 15-49세 가임기 여성의 피임률



출처: UNICEF (2011) MICS-2010, Monitoring the situation of children and women, Summary report

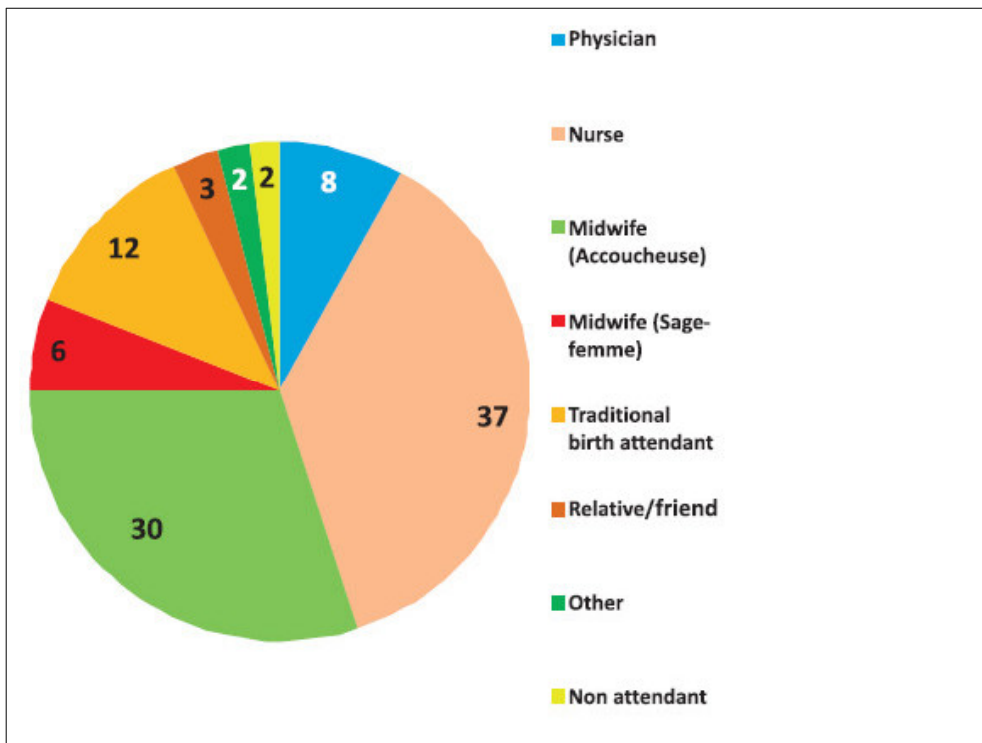
- (출산 관련 현황) 숙련된 보건인력에 의한 출산의 비율은 2001년부터 점차 증가하여 2010년에는 79%의 여성이 숙련된 보건인력에 의한 출산이 이루어지고 있으나 여전히 높은 모성사망비를 보여주고 있어 모성사망비를 낮출 수 있는 개입이 요구된다. 보건인력 중 37%의 여성이 간호사에 의한 출산을 경험하였고 30%의 여성이 조산사, 12%의 여성이 전통 산파에 의해 출산하였다. 또한 4회 이상 산전관리를 받은 비율은 45%에 불과하였다.

<그림 1-6> 숙련된 보건의료 인력에 의한 출산과 산전관리



출처: WHO & UNICEF (2012) Countdown to 2015

<그림 1-7> 숙련된 보건의료 인력에 의한 출산



출처: UNICEF (2011) MICS-2010, Monitoring the situation of children and women, Summary report

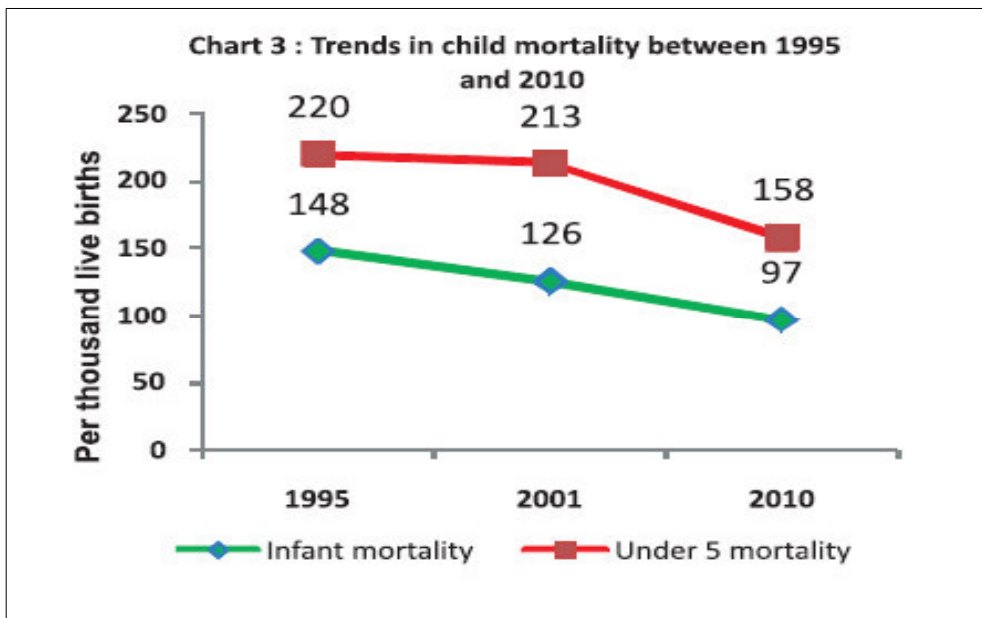
- (모성사망과 신생아 보건 도전과제) DR콩고의 모성 사망의 경우, 보건전문 인력에 의한 분만이 79%로 높은 수준임에도 불구하고 제대로 된 의약품, 의료기자재 등이 갖추어져 있지 않고 4회 이상 산전관리비율은 45%에 그쳐, 이로 인해 아프리카의 주변 국가들에 비해 높은 모성사망비⁷⁾를 보이고 있어 시급한 개선이 요구되는 상황이다.

7) DR콩고의 모성사망비는 540명/100,000LB이며, 우간다의 모성사망비 438명/100,000LB, 르완다의 모성사망비는 340명/100,000LB, 아프리카 평균 모성사망비는 480명/100,000LB임.

3) 영유아 보건 및 영양

- (영아 및 아동 사망률) DR콩고 5세 미만 아동 사망률은 1990년 이후 정체되어 있는 상황이다. 1990년에는 출생아 1,000명당 181명의 아동이 사망하였으며, 2010년에 출생아 1,000명당 170명의 아동이 사망하여 MDG4(아동 사망 감소)의 목표치인 출생아 1,000명당 60명의 달성을 어려울 것으로 예상된다. 또한 영아 사망률의 경우, 출생아 1,000명당 112명(2010년)의 영아가 사망하여 높은 영아 및 아동 사망률을 확인할 수 있다.

<그림 1-8> 5세 미만 아동 사망률

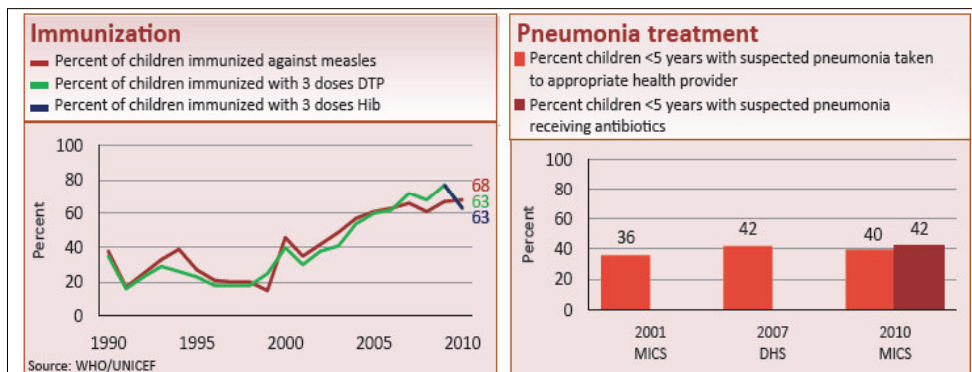


출처: UNICEF (2011) MICS-2010, Monitoring the situation of children and women, Summary report

- (아동의 질병 예방 관련 현황) 예방接種의 비율은 1990년 이후 지속적으로 증가하는 추세에 있으며, 홍역 예방접종을 받은 아동의 비율은 68%, 3번의 DTP 접종을 받은 아동의 비율은 63%, 간염 접종을 받은 아동의 비율은 63%로 나타

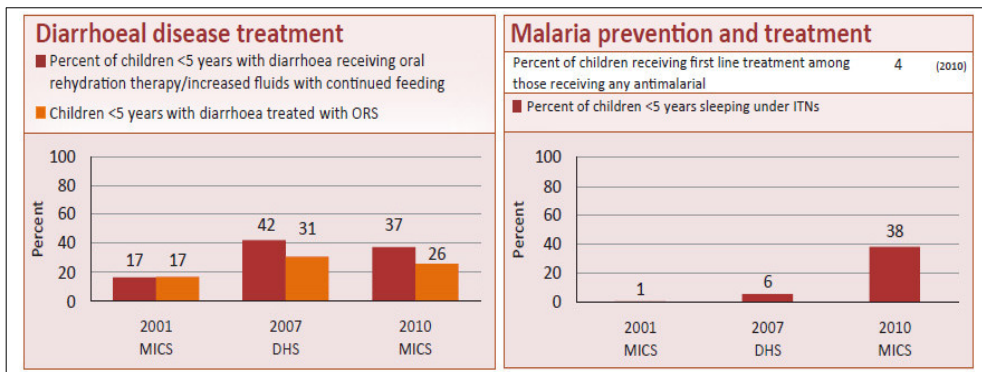
났다. 5세 미만 아동 중 폐렴으로 의심되어 적합한 보건의료 인력에게 치료 받은 비율이 40%였고, 항생제 처방을 받은 아동의 비율은 42%였다. 설사병을 가진 5세 미만 아동 중 ORS 처방을 받은 비율은 26%에 불과하였으며, 약품처리된 모기장(Insecticide Treated Net, ITN)에서 수면을 취하는 아동의 비율은 38%로 2001년의 1%에 비해 상당부분 개선되었으나 항말라리아제로 치료 받는 아동의 비율은 4%(2010년)로 여전히 매우 낮았다.

<그림 1-9> 예방접종 및 폐렴 치료 현황



출처: WHO & UNICEF (2012) Countdown to 2015

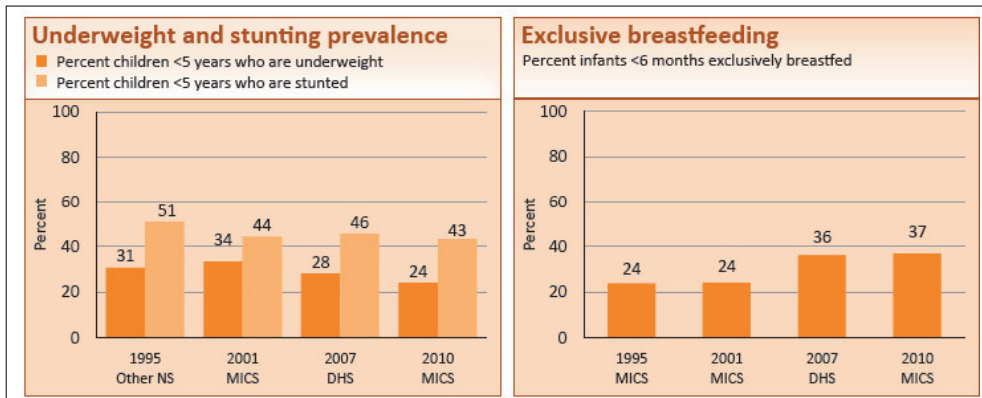
<그림 1-10> 설사병과 말라리아 치료 현황



출처: WHO & UNICEF (2012) Countdown to 2015

- (아동의 영양상태) DR콩고 5세 미만 아동의 저체중과 발육부진 현황은 아래 그래프에 제시된 것과 같이 2010년에 따르면, 5세 미만 아동 중 저체중의 아동이 24%였으며, 발육부진 아동은 43%로 나타났다. 아동 영양 상태와 관련이 깊은 모유수유의 경우 6개월 미만의 영아 중, 37%만이 모유수유를 하고 있었다.

<그림 1-11> 영양상태 관련 현황



출처: WHO & UNICEF (2012) Countdown to 2015

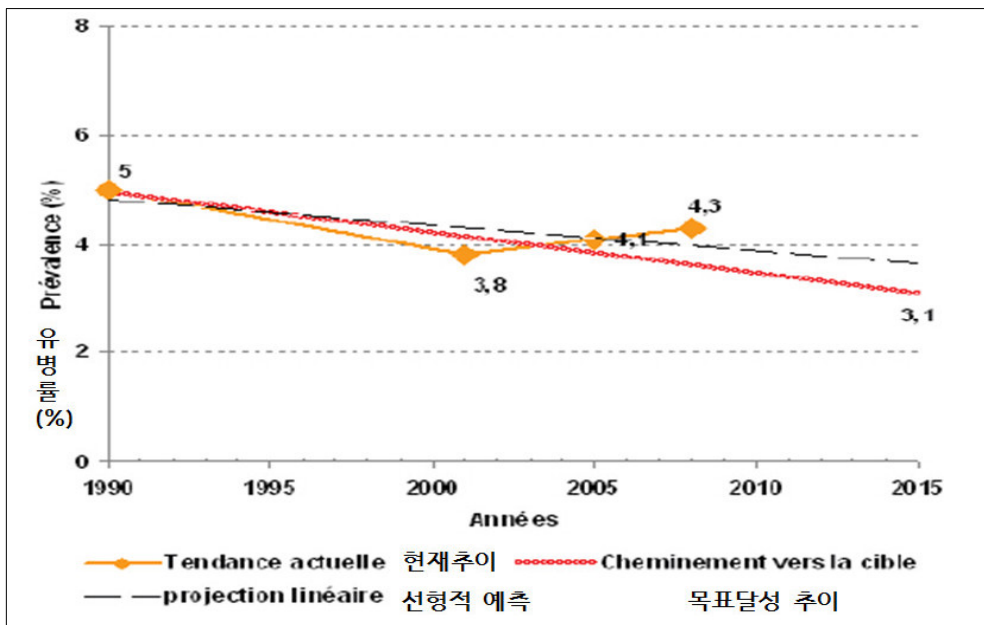
- (아동보건과 영양 도전과제) DR콩고의 5세 미만 아동 사망률은 1990년 이후 정체되어 2010년에 출생아 1,000명당 170명의 아동이 사망하여 MDG4(아동 사망 감소)의 성과 달성이 어려운 상황이며, 폐렴, 설사 등의 치료를 받는 비율도 꾸준히 증가하고 있지만 여전히 낮은 치료율을 보이고 있으며, 영아의 영양상태에 영향을 주는 모유수유의 비율도 37%에 불과하였다. 아프리카 다른 국가에 비해 높은 5세 미만 아동사망률⁸⁾과 낮은 질병 치료율 등이 DR콩고 아동의 건강증진을 위한 개선의 필요성을 보여주고 있다.

8) 아프리카 국가 평균 아동사망률은 107명/1,000LB임.

4) 주요 전염성 질병

- (HIV/AIDS 현황) DR콩고 HIV/AIDS 유병률은 2007년 DHS에서 1.3%로 조사되었다. 하지만 DR콩고의 임신한 여성의 HIV/AIDS 유병률은 1990년 5%에서 2000년 3.7%로 점차 감소하는 추세였으나 2000년 이후 다시 증가하여 2008년 4.3%의 유병률을 보였다.

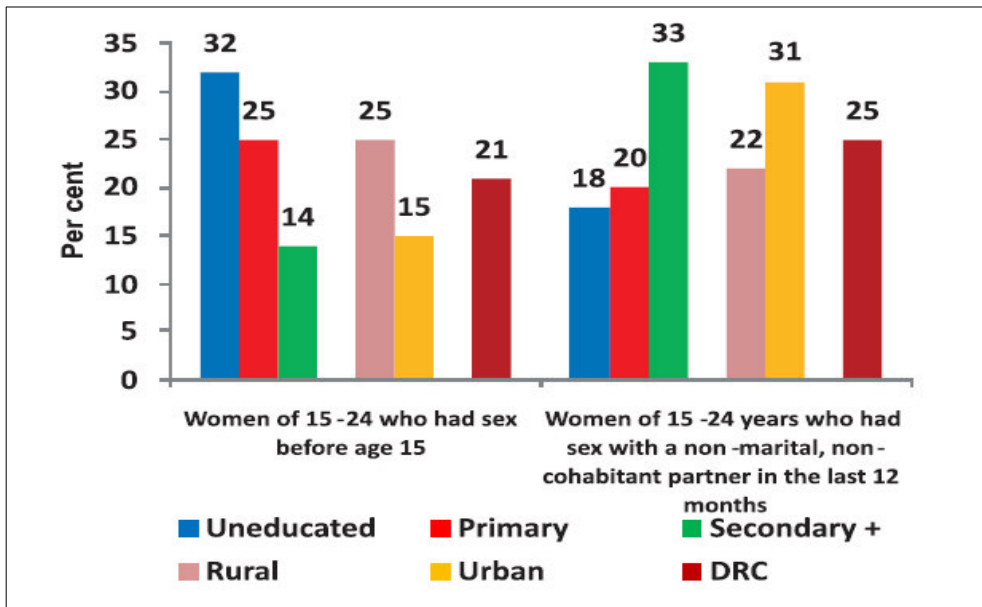
<그림 1-12> HIV/AIDS 유병률 추이



출처: UNDP (2010) DR Congo, MDG progress Report

- (HIV/AIDS의 감염 가능성) DR콩고 전체 여성 중 15세 이전에 성관계를 갖는 15-24세 여성의 비율은 21%였으며, 교육받지 못한 여성 중 32%가 이러한 경험을 가진 것으로 나타났다. 이와 더불어, 지난 12개월 동안 결혼하지 않았거나 동거하지 않은 파트너와 성관계를 갖는 15-24세의 여성의 비율은 25%였으며, 중등 이상의 교육을 받은 여성 중 33%가 이러한 경험을 가진 것으로 나타나 DR콩고의 경우, HIV/AIDS 감염 가능성의 비율이 상대적으로 높은 현황임을 보여주고 있다.

<그림 1-13> HIV/AIDS 감염을 높일 수 있는 Sexual Behavior 현황



출처: UNICEF (2011) MICS-2010, Monitoring the situation of children and women, Summary report

- (말라리아 현황) DR콩고 보건부에서 말라리아는 DR콩고의 주요한 사망과 이환의 원인이라고 보고하고 있다. DR콩고에서 말라리아에 걸릴 수 있는 가능성이 있는 해발고도 300미터와 1,000미터에 거주하여 말라리아에 노출되어 있는 인구가 97%에 달하며, 특히 말라리아에 가장 취약한 지역은 북쪽과 서쪽 지역이다. 특히, 말라리아의 사망과 이환에 가장 위험한 대상인구는 5세 미만 아동과 임신 여성으로, 보건부 보고에 따르면 말라리아로 인한 외래 환자가 40% 이상을 차지하며, 5세 미만 사망 아동 중 40%가 말라리아로 인한 것이라고 한다.
- (말라리아 관련 지표) 1개 이상의 살충처리된 모기장을 가지고 있는 가구는 2007년 9%에 불과했으나 2010년에는 51%로 증가하였으며, 5세 미만 아동이 살충처리된 모기장에서 자는 비율 또한 6%(2007년)에서 38%(2010년)으로 증가하였다. 하지만, 열증상을 가진 5세 미만 아동 중 ACT와 함께 치료를 받은 경우는 1% 미만으로 나타나 적절한 치료를 받는 인구는 매우 적었다 (PMI, 2013).

<표 1-12> 말라리아 관련 지표 현황

Indicator	2007 DHS	MICS 2010	NMCP 2015 Targets
Households with ≥ 1 ITN	9%	51%	>80%
Children ≤ 5 years sleeping under an ITN the previous night	6%	38%	>80%
Pregnant women who slept under an ITN the previous night	7%	43%	>80%
Women who received ≥ 2 doses of IPTp during their last pregnancy in the last two years	5%	N/A	>80%
Children ≤ 5 with fever in the last two weeks who received treatment with an ACT within 24 hours of onset of fever	<1%*	N/A	>80%

*Although a total of 17% of children under five received an antimalarial drug the same day or next day after onset of fever, most were treated with quinine; SP and amodiaquine were also prescribed.

출처: PMI (2013) DR congo Malaria Operational Plan FY 2013

- (주요 전염성 질병 도전과제) DR콩고의 HIV/AIDS 유병률은 1.3%에 불과하지만 임신한 여성의 유병률은 2008년 4.3%로 나타나 임신한 여성의 HIV/AIDS 관련 보건 의료 서비스 제공의 필요성을 보여주었다. 또한, 말라리아 위험에 노출된 인구가 많으며, 다수 외래환자의 주요 질병과 5세 미만 아동 사망에 기여하고 있어 말라리아 예방을 위한 관리가 중요하다.

<건강 및 질병 현황과 과제>

A. 안전한 출산을 위한 인프라, 의약품, 인력 부족으로 인한 높은 모성사망비

- DR공고는 보건전문 인력에 의한 분만이 79%로 높은 수준임에도 불구하고 제대로 된 의약품, 의료기자재 등이 갖추어져 있지 않은 상황이며 4회 이상 산전관리 비율은 45%에 불과함. 문화적으로 보건의료 시설에서 출산하는 의식이 갖추어져 있음에도 불구하고 산전 관리와 안전한 출산이 보장되지 않아 높은 모성사망비(MMR)를 보이고 있는 상황임. 따라서 안전한 출산이 가능하도록 하는 보건 인프라, 의약품, 인력 문제에 대해 다면적인 개선이 필요한 상황임

B. 정체되어 있는 높은 아동사망률

- DR공고의 5세 미만 아동 사망률은 1990년 이후 정체되어 2010년에 출생아 1,000명당 170명의 아동이 사망하여 MDG4(아동 사망 감소)의 성과 달성이 어려운 상황이며, 이는 다른 주변국가에 비해서도 굉장히 높은 결과로 심각한 아동보건의 상황을 반영함

라. 보건과 불평등

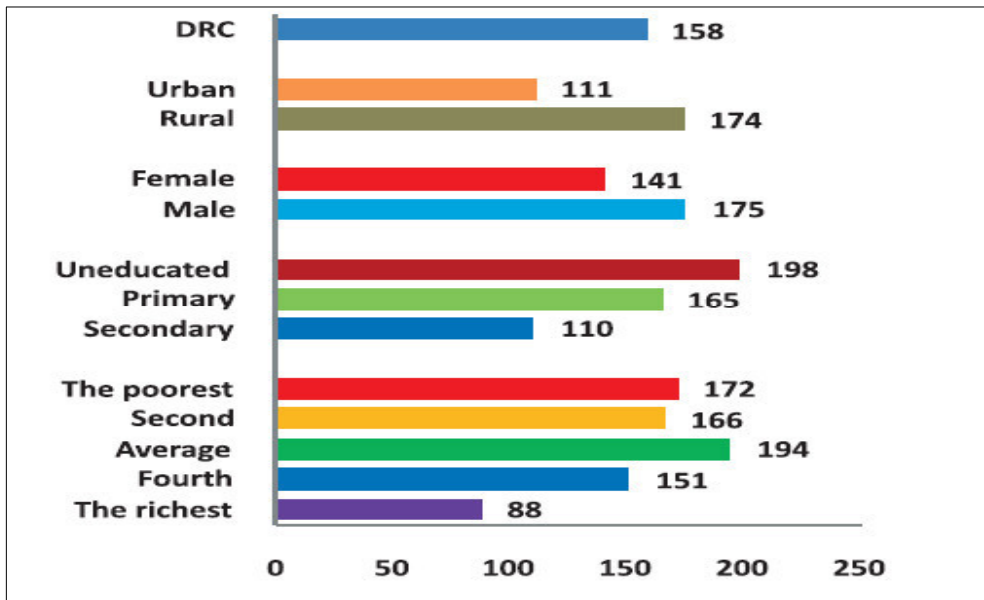
<요약. 보건과 불평등>

- (교육 및 소득에 따른 불평등) DR공고의 높은 아동 사망률은 모성 교육상태와 소득상태에 따라 불평등이 존재하고 있었는데, DR공고에서 모성의 교육 수준이 높을수록, 소득이 높은 가정일수록, 아동 사망률이 낮았으며, 아동의 말라리아와 설사병 치료를 받는 비율이 높게 나타났음.
- (취약계층 아동과 여성) DR공고에서 15-49세 기혼 여성의 11%가 15세 이전에 결혼을 하였으며 20-49세의 기혼 여성의 45%가 18세 이전에 결혼을 하였음. 특별히 교육을 받지 못한 여성에서 이러한 조혼의 비율이 더 높아 15-49세 여성 중 교육받지 못한 여성의 41%가 기혼이었음.
- (지역별 격차) 5세 미만 아동사망률의 경우, Maniema, Katanga 지역이 국가 평균에 비해 높은 아동사망률을 보이고 있으며, 출생시 영양상태가 국가 평균에 비해 좋지 않은 지역은 North Kivu 지역으로 나타남. 또한 HIV/AIDS 유병률은 남동부 지역에 높은 유병률을 보이고 있어, 지역별 격차에 따른 건강 불평등이 나타나고 있는 현실을 보여주고 있음.

1) 교육 및 소득에 따른 불평등

- (모성 교육 상태와 소득격차에 따른 아동사망 현황) 아동의 모성이 교육받은 정도에 따라서도 아동사망률의 격차를 발견할 수 있다. 모성이 교육을 받지 못한 경우가 198명(per 1,000LB)의 아동사망률을 보였고, 소득수준이 가장 낮은 군의 5세 미만 아동사망률이 172명(per 1,000LB)으로 소득수준이 가장 높은 군의 88명(per 1,000LB)에 비해 두 배 정도의 높은 사망률을 보이고 있었다.

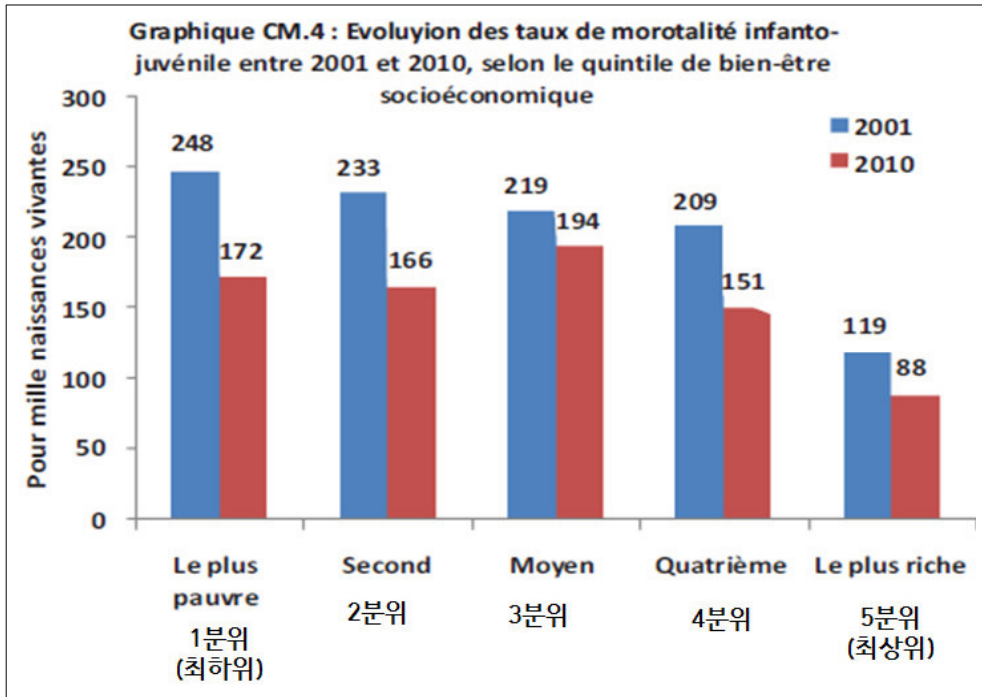
<그림 1-14> 5세 미만 아동사망의 불평등 현황



출처: UNICEF (2011) MICS-2010, Monitoring the situation of children and women, Summary report

- (사회-경제적 5분위 수에 따른 5세 미만 아동사망 변화추이) 2001년과 2010년 사이 5세 미만 아동 사망률의 변화추이를 사회-경제적(socio-economic) 5분위 수에 따라 차이가 있음을 발견할 수 있다. 가장 가난한 계층의 경우 2001년 248명(per 1,000 LB)에서 2010년 172명(per 1,000 LB)으로 상당히 감소하였으나, 여전히 가장 부유한 계층이 2010년 기준 88명(per 1,000 LB)인 것으로 볼 때 여전히 사회-경제적 수준에 따른 격차를 보이고 있다.

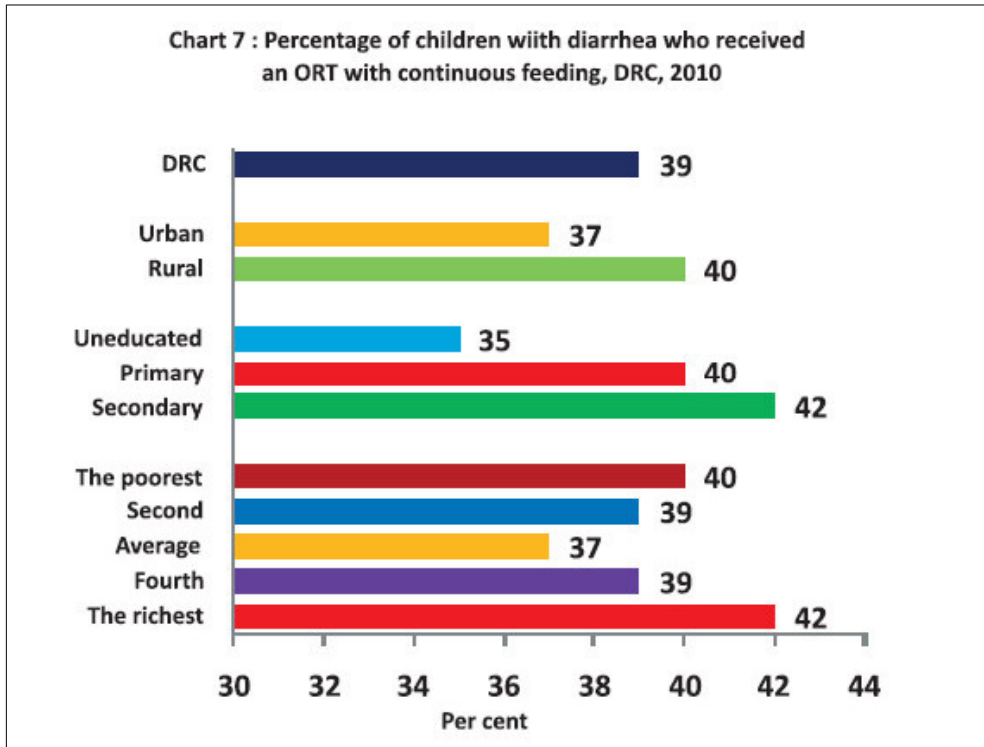
<그림 1-15> 사회-경제적 5분위 수에 따른 5세 미만 아동사망 변화 추이



출처: UNICEF (2011) MICS-2010, Monitoring the situation of children and women, Summary report

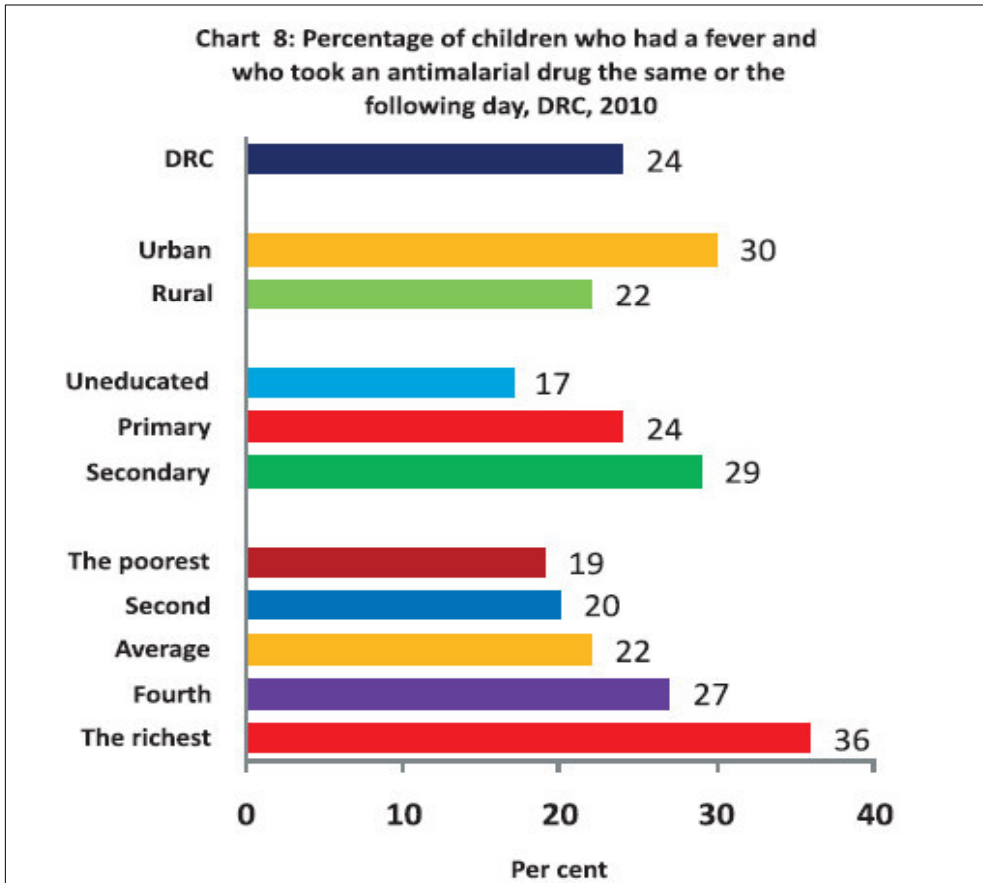
- (모성 교육 상태와 소득격차에 따른 아동 치료 현황) 아동의 모성이 교육받은 정도에 따라서 아동 치료 비율의 격차를 발견할 수 있다. 모성이 교육을 받지 못한 경우에 설사병 걸린 아동의 35%만이 ORT를 받았고, 항말라리아제를 받은 비율은 17%에 불과하였다. 소득수준이 가장 낮은 군의 아동과 소득이 가장 높은 군에서 각각 40%, 42%의 아동이 ORT를 받았으며, 항말라리아제의 경우에는 소득이 가장 높은 군의 아동 36%가 약품을 받은 것으로 나타났다. 모성의 교육 수준이 높을수록, 소득이 높은 가정일수록, 아동 치료 비율이 높게 나타났다.

<그림 1-16> 설사병에 걸린 아동 중 ORT 받은 비율



출처: UNICEF (2011) MICS-2010, Monitoring the situation of children and women, Summary report

<그림 1-17> 열이 있는 아동 중 항말라리아제를 받은 비율

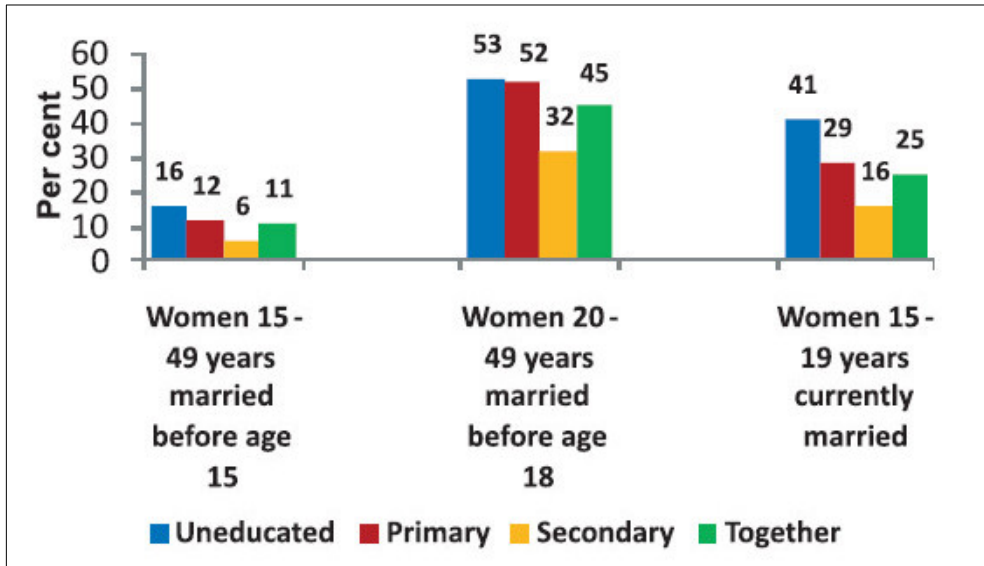


출처: UNICEF (2011) MICS-2010, Monitoring the situation of children and women, Summary report

2) 취약계층

- (여성과 여아의 성폭력) DR콩고의 동부지역, 특별히 North-Kivu 지역은 아직 까지도 정부군과 반군간의 내전이 남아있는 지역으로 무장한 군인에 의해 많은 여성, 여아의 성폭력이 지속적으로 발생하고 있다. UNHCR의 통계 자료에 의하면 North-Kivu에서 발생하고 있는 문제는 강간의 문제가 심각하게 나타나고 있다. 2013년 1월부터 7월까지 UNHCR 보호모니터링팀의 보고에 의하면 강간 617건을 포함한 성폭력의 건수는 모두 705건으로 등록되었다. UN의 공식보고리포트(UN Security Council, 2014)에 의하면 , 동부 지역(North Kivu, South Kivu, Katanga, Ituri)에서 2013년에 발생한 성폭력의 건수는 15,352로 집계되었다. North Kivu에서만 2011년 4,689건, 2012년 7,075건이 발생한 것으로 조사되었으며, 집계되지 않은 성폭력의 수가 더 많은 것으로 예상된다 (UNICEF 홈페이지, n.d.).
- (조혼문화) DR콩고에서는 조혼문화가 있어, 15-49세 기혼 여성의 11%가 15세 이전에 결혼을 하였으며, 20-49세의 기혼 여성의 45%가 18세 이전에 결혼을 하였다. 또한 15-19세 여성 중 25%가 현재 결혼한 상태임을 확인할 수 있다. 특별히 교육을 받지 못한 여성에서 이러한 조혼의 비율이 더 높아 15-49세 여성 중 교육받지 못한 여성의 41%가 기혼임을 알 수 있다.

<그림 1-18> 교육정도에 따른 조혼 현황

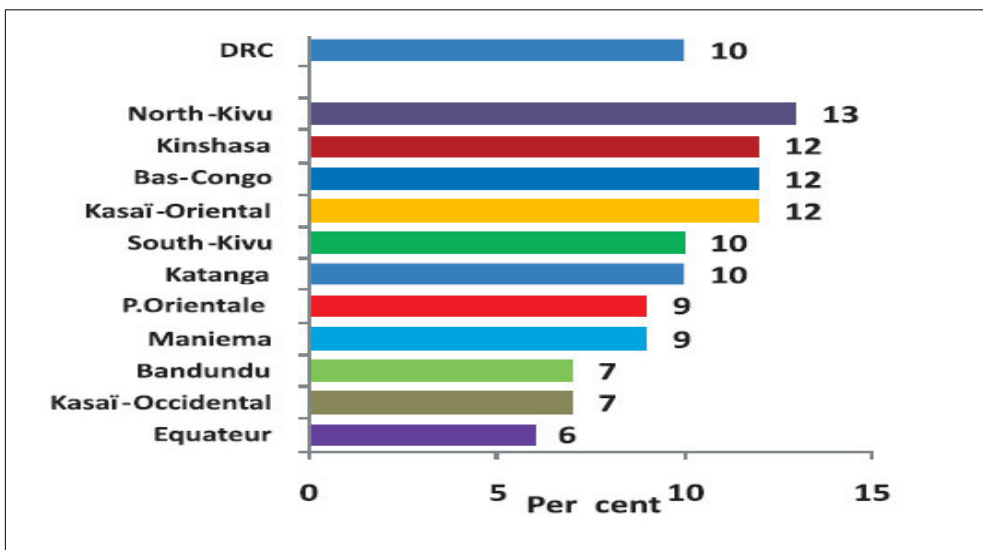


출처: UNICEF (2011) MICS-2010, Monitoring the situation of children and women, Summary report

3) 지역별 격차

- (아동사망의 지역 간 불평등) DR콩고의 전체 5세 미만 아동 사망률은 출생아 1,000명당 158명으로 나타나 있지만 농촌지역의 경우는 출생아 1,000명당 174명으로 도시의 111명보다 높은 사망률을 보이고 있다. 11개 지방(Province) 중에서 Maniema 지역이 210명(per 1,000LB), Katanga 지역 184명(per 1,000LB), Equateur 지역이 171명(per 1,000LB)의 5세 미만 아동사망률을 보여주었다 (UNICEF, 2011).
- (출생아 영양상태의 지역적 격차) DR콩고에서 출생 시 2.5kg 미만의 저체중으로 태어난 아동이 10% 정도로 조사되었으며, 지역별로 11개 지역 중, 6개 지역에서 출생아 중 저체중 아동의 비율이 10% 이상 되는 것으로 아래 그래프에서 확인할 수 있다. North Kivu에서 출생 당시 저체중이었던 아동의 비율이 13%로 가장 높은 수치를 보여주었다.

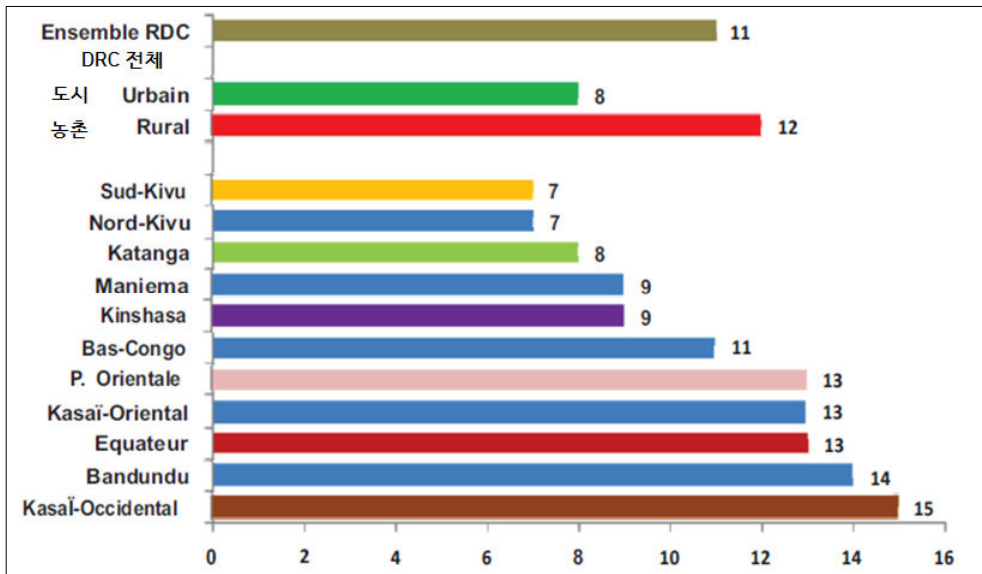
<그림 1-19> 지역별 출생아 영양상태



출처: UNICEF (2011) MICS-2010, Monitoring the situation of children and women, Summary report

- (급성 영양부족 5세 미만 아동의 지역별 격차) 2010년 DR콩고 지역 또는 지방에 따른 급성 영양부족을 겪고 있는 5세 미만 아동 비율은 Kasai-Occidental 지역이 15%로 가장 높은 것으로 나타났다.

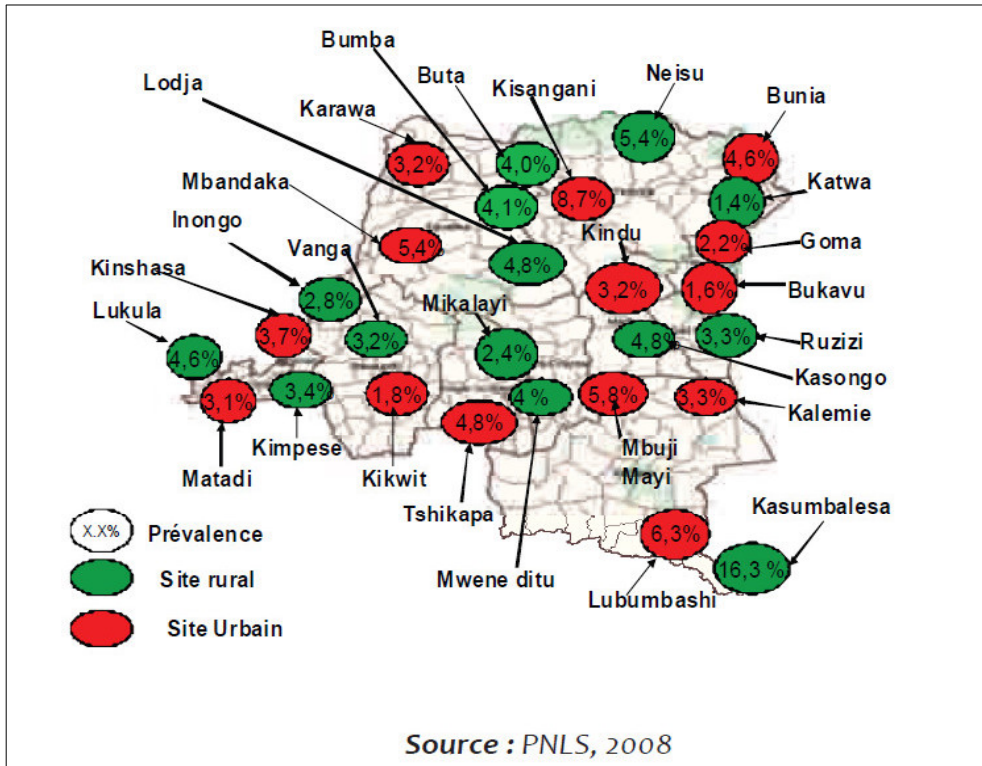
<그림 1-20> 급성 영양부족 5세 미만 아동의 지역별 격차



출처: UNICEF (2011) MICS-2010, Monitoring the situation of children and women, Summary report

- (HIV/AIDS의 지역별 격차) DR콩고의 HIV/AIDS 유병률은 1.3%(2007년 DHS 자료)로 나타나 있으나 아래 그림을 통해 지역별 편차가 매우 큰 것을 확인할 수 있다. 먼저 도시와 농촌 간의 격차는 크게 나타나지는 않으나 남동부 지역의 Kasumbalesa 지역에서 16.4%로 매우 높은 HIV/AIDS 유병률을 보이고 있다.

<그림 1-21> 지역별 HIV/AIDS 유병률



출처: UNDP (2010) DR congo, MDG progress Report

<보건과 불평등 현황과 과제>

A. 동부 분쟁 지역 성폭력의 심각성

- 동부 지역은 아직까지 정부군과 반군 사이의 분쟁이 진행되고 있는 지역으로, 무장군인에 의한 성폭력이 심각한 상황이며, 주요 피해자는 성인 여성과 여아들이 이에 노출되어 있음. 2013년 15,352건의 성폭력이 동부지역에서 발생하였으며, 2012년, 2011년 North Kivu에서만 발생한 성폭력 건수는 각각 4,689건, 7,075건으로 조사되어 여성과 여아의 성과 관련하여 심각한 보건문제가 잠재되어 있는 상황임.

B. 동부 분쟁 지역의 아동의 심각한 영양부족과 높은 사망률

- DR콩고의 전체 5세 미만 아동사망률에 차이를 보이고 있는 주요한 요소는 도농간 격차였음. 현황은 출생아 1,000명당 158명이지만 농촌지역의 경우는 출생아 1,000명당 174명으로 도시의 111명보다 높은 사망률을 보이고 있음. 특별히, 영양상태와 급성 영양부족의 경우도 지역별 격차가 있었는데, 이 또한 분쟁에 가장 큰 영향을 받고 있는 North Kivu에서 아동들이 더 심각한 영양부족을 겪고 있음.

C. 교육받지 못한 모성, 소득수준이 낮은 가정의 높은 아동 사망률

- DR콩고는 사회 전반적으로 교육수준이 낮고 소득수준 또한 낮은 상황이나 특별히, 모성의 교육 수준이 낮을수록, 소득이 적은 가정일수록, 아동 사망률이 높았으며, 아동의 말라리아와 설사병 치료를 받는 비율이 높게 나타났음. 따라서 교육을 받지 못하고 가난한 가족의 아동들에게 사망의 위험이 더 높은 상황임을 알 수 있음.

제2장. 타 공여기관 보건분야 지원 현황

1. 대 협력국 보건분야 지원 현황

<요약. DR콩고 보건분야 ODA 지원 현황 및 특징>

- (ODA 지원 규모 및 특징) DR콩고 ODA 규모는 2011년까지 ODA 지원 규모가 증가하였으나 2012년 28.6억 달러를 지원받아 ODA 규모가 2011년 이후 줄어 들었으며, ODA 지원에서 가장 큰 비중을 차지하고 있는 것이 부채탕감(약 58%)이며, 그 외에는 인도적 지원(약 11%)이 가장 많았으며, 보건 및 인구 분야(약 8%), 사회분야(약 8%)가 주요 ODA 지원 분야였음.
- (보건분야 ODA 지원 규모 및 특징) DR콩고의 보건분야의 ODA 지원 추이는 2000년 1인당 0.69달러에서 2010년 1인당 6.53달러로 증가함. HIV/AIDS, TB, 말라리아 외 다른 질병 관련 지원이 43.0%, 그 외 보건사업이 40.7%였으며, 보건행정과 정책이 8.9%, 생식보건과 가족계획이 7.4%였음.
- (양자 공여기관) DR콩고 보건분야의 주요 양자기관은 2009-2010년 미국이 1억 불 규모로 가장 많은 지원을 하고 있으며, 그 뒤로 벨기에(0.67억불), 영국(0.49억불)의 순으로 지원하고 있음.
- (다자 공여기관) DR콩고 보건분야의 주요 다자기관은 2009-2010년 Global Fund로 1.51억불을 지원하고 있으며, HIV/AIDS, 말라리아, 결핵 부분으로 질병 퇴치에 많은 지원이 되고 있음을 확인할 수 있음. 그 외에도 IDA가 1.39억불, GAVI가 0.73억불의 규모로 지원하고 있음.
- (공여기관 협의체 현황) DR콩고 보건분야 공여협의체는 Groupe inter-bailleurs santé(GIBS)이며 이 협의체는 DR콩고 보건분야의 주요 공여기관들의 각각 전략과 사업이 조화를 이룰 수 있도록 공유하기 위해 2008년도 구성된 협의체로서 매달 정기적인 회의를 진행하고 있으며, 2014년에는 UNICEF가 의장 기관을 담당하여 GIBS의 활동을 이끌어가고 있음

가. 개요

1) 대 협력국 전체 ODA 지원 현황

- (대 협력국 ODA 지원 현황) DR콩고는 사하라이남 아프리카에서 가장 지원을 받고 있는 국가이다. DR콩고 ODA 규모는 2010년 34.8억 달러를 지원받았으며, 2011년까지 55.34억 달러를 지원받아 2011년까지 ODA 지원 규모가 증가하였으나 2012년 28.6억 달러를 지원받아 ODA 규모가 2011년 이후 줄어들었음을 확인할 수 있다. 이는 GNI 대비 ODA의 비중이 18.1%임을 보여준다 (OECD, 2013).

<표 2-1> 2010-2012년 DR콩고 ODA 지원 현황

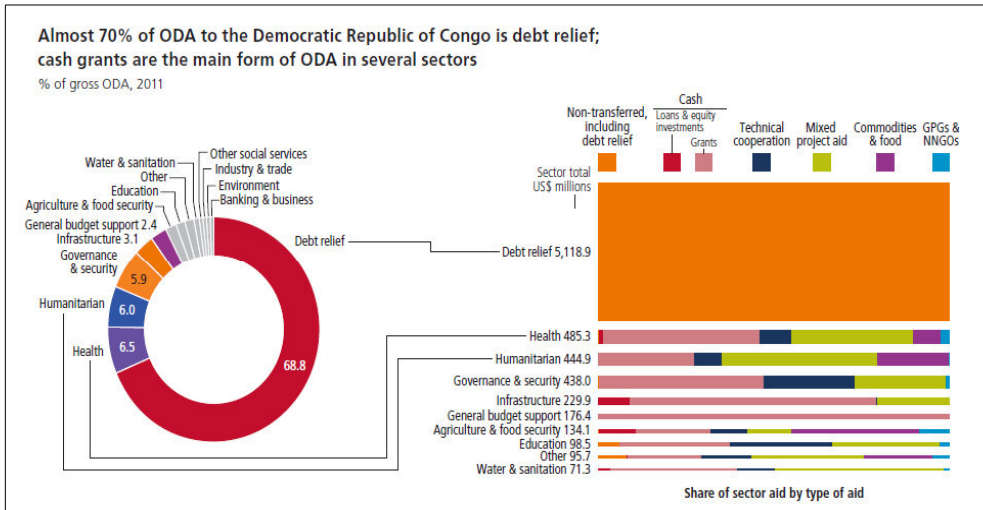
Receipts	2010	2011	2012
Net ODA (USD million)	3 486	5 534	2 859
Bilateral share (gross ODA)	41%	82%	58%
Net ODA / GNI	28.6%	38.5%	18.1%
Net Private flows (USD million)	- 746	- 85	1 925

For reference	2010	2011	2012
Population (million)	62.2	63.9	65.7
GNI per capita (Atlas USD)	190	200	220

출처: www.oecd.org/dac/stats

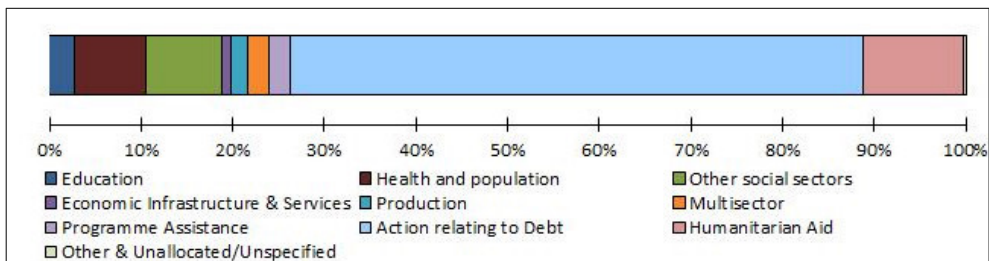
- (대 협력국 ODA 지원 분야) DR콩고의 ODA 지원에서 가장 큰 비중을 차지하고 있는 것이 부채탕감(약 58%)이며, 그 외에는 인도적 지원(약 11%)이 가장 많았으며, 보건 및 인구 분야(약 8%), 사회분야(약 8%)가 주요 ODA 지원 분야임을 확인할 수 있다.

<그림 2-1> DR콩고 ODA 지원 유형



출처: Development Initiative (2013) Investments to end poverty

<그림 2-2> DR콩고 ODA 지원 분야 현황



출처: www.oecd.org/dac/stats

- (대 협력국 주요 공여기관 지원 현황) DR콩고에 지원하고 있는 주요 공여기관은 2010년과 2012년 미국이 10.6억불로 가장 많은 지원을 하였으며, 일본이 6.65억 불, 프랑스가 5.96억불을 지원하였다. 그 외에도 이탈리아, 독일, 영국 등의 순으로 DR콩고에 ODA 지원을 하였으며, 벨기에의 경우 2010-2011년 평균 4.95억불을 지원하였으나 2011-2012년 평균 2.36억불을 지원하여 그 규모를 축소하고 있는 추세를 확인할 수 있다.

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

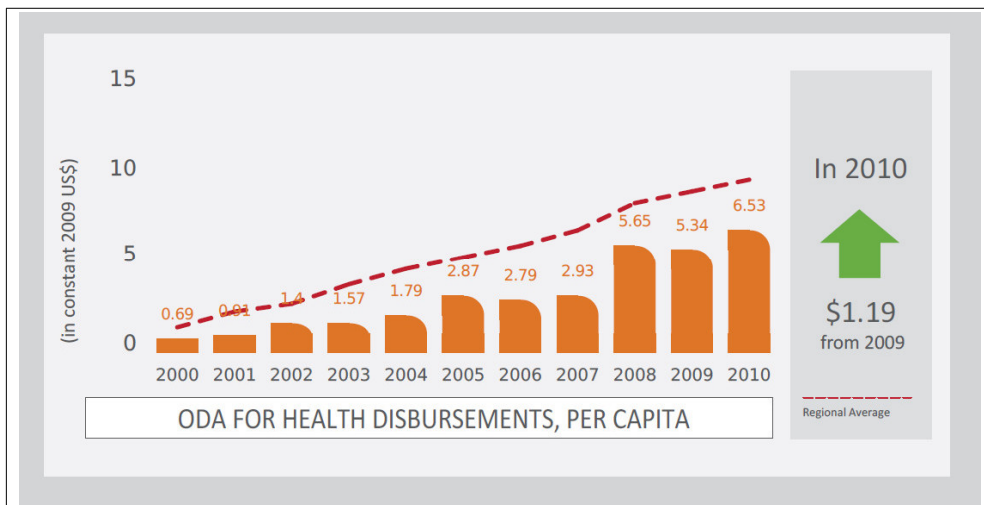
순위	공여기관	규모 (USD mil)
1	미국	1,060
2	일본	655
3	프랑스	596
4	IDA	391
5	이탈리아	373
6	독일	347
7	영국	303
8	EU	303
9	벨기에	236
10	스웨덴	158

출처: www.oecd.org/dac/stats

2) 대 협력국 전체 보건 ODA 지원 현황

- (보건분야 ODA 지원 추이) DR콩고의 보건분야의 ODA 지원 추이는 아래 그림에서 확인하는 것과 같이 지속적으로 증가 추세에 있다. 2000년 1인당 0.69달러(에서 2010년 1인당 6.53달러로 증가하여, 10년간 5.84달러로 증가한 것을 확인할 수 있다.

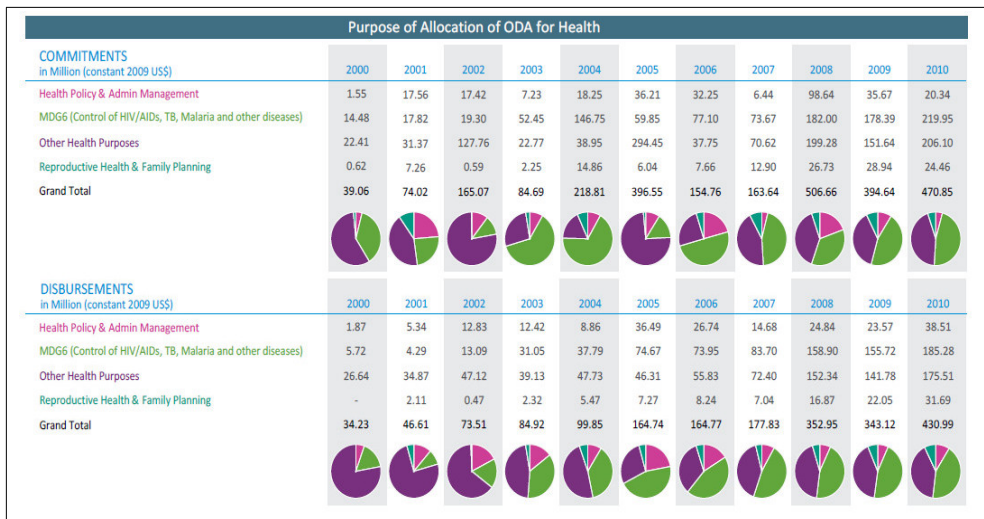
<그림 2-3> DR콩고 보건분야 지원 현황



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

- (보건분야 ODA 주요 지원 분야) MDG6 (HIV/AIDS, TB, 말라리아 외 다른 질병)에 관한 비중이 가장 높으며, 그 외 보건사업, 보건정책과 행정, 생식보건과 가족계획 순이었다. 2010년 기준 MDG6 (HIV/AIDS, TB, 말라리아 외 다른 질병) 관련 지원이 43.0%, 그 외 보건사업이 40.7%였으며, 보건행정과 정책이 8.9%, 생식보건과 가족계획이 7.4%를 각각 차지하였다.

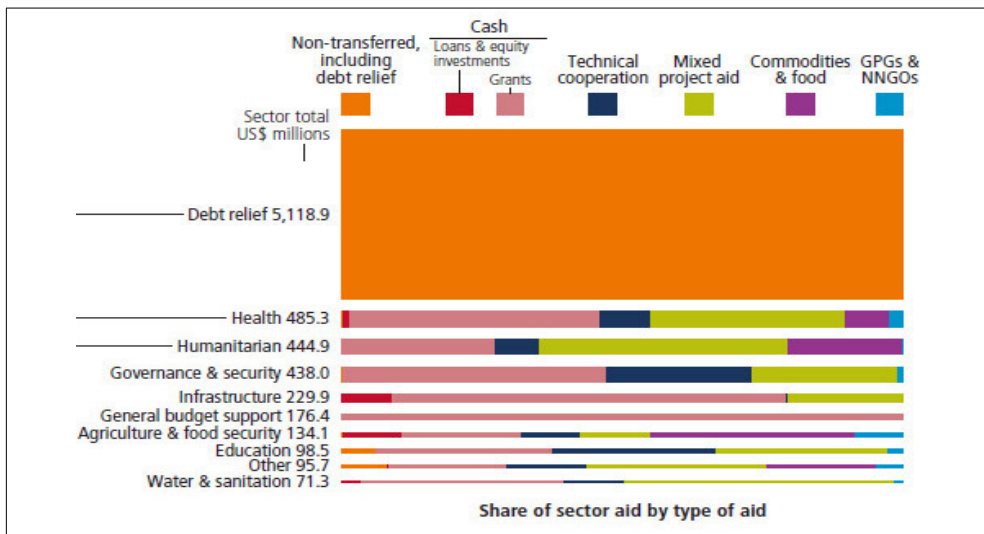
<그림 2-4> DR콩고 보건분야 지원 분야



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

- (보건분야 ODA 지원유형) DR콩고 보건분야 ODA는 아래 그림에서 보는 바와 같이 68.8% 부채탕감 다음으로 많은 6.5%의 비중을 차지하고 있다. 보건분야 ODA 지원 유형은 주로 무상지원(Grant)과 혼합 프로젝트(Mixed Project Aid)이 주요한 방식이었다.

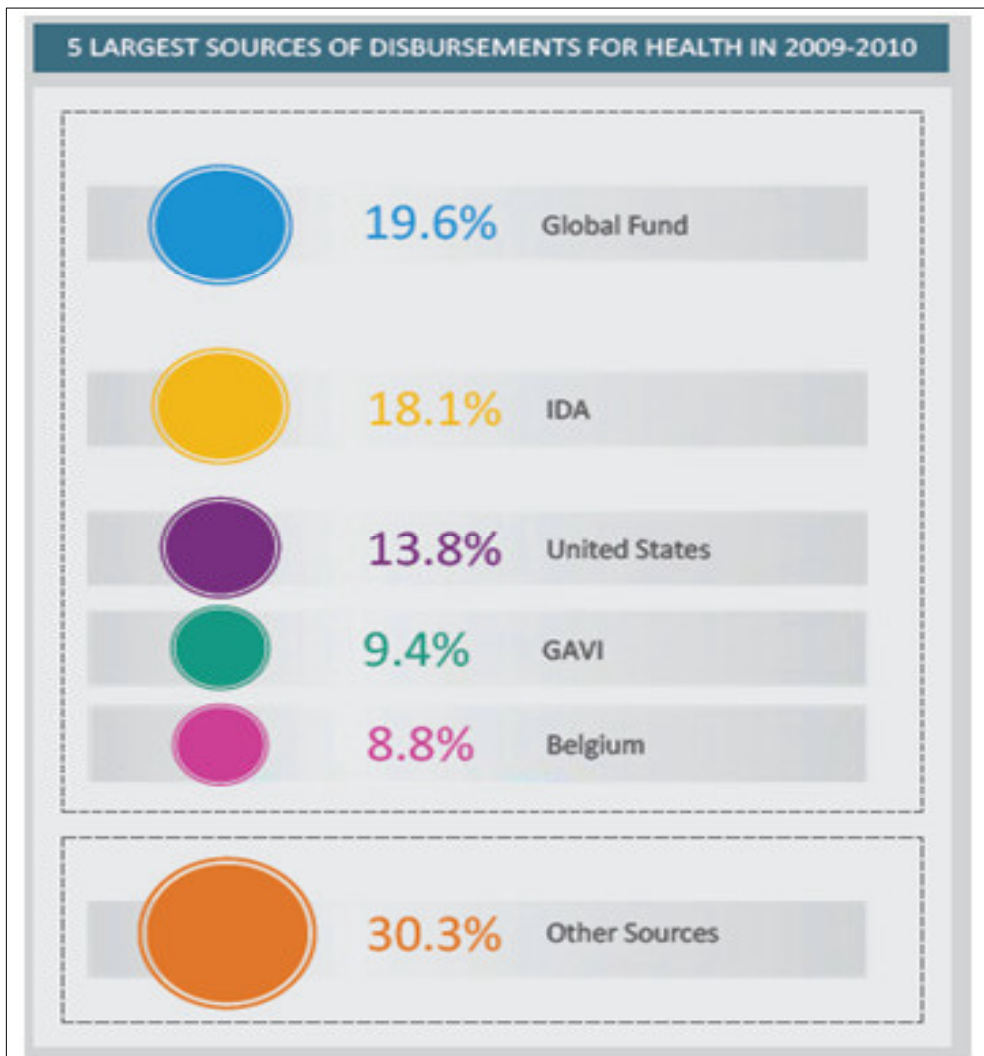
<그림 2-5> DR콩고 보건분야 ODA 지원 유형



출처: Development Initiative (2013) Investments to end poverty

- (보건분야 ODA 주요 공여기관 및 기구) 양자와 다자기구 통합하여 DR콩고 보건 분야에 지원하는 주요 공여기관 및 기구는 아래 그림에서 보는 바와 같이 Global Fund(19.6%)가 가장 많은 지원을 하고 있으며, IDA(18.1%), 미국(13.8%), GAVI(9.4%), 벨기에(8.8%)의 순서로 지원하고 있었다.

<그림 2-6> 2009-2010년 주요 양자기관 보건분야 지원 규모



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

- (공여기관의 보건분야 지원 현황) 2012년 보건분야 외부파트너의 지원은 2억 6천 6백만 달러에 이른다.⁹⁾ 국가보건개발계획(PNDS)의 실행을 위해서 또한 보건분야 이외의 외부 파트너들과 DR콩고 정부가 직접적으로 지원하기도 하였다. 전체 417,164,278.8 달러 중, 348,542,909.9 달러(약 83.6%)가 집행된 금액이며, 지불액 전체 중 293,017,768.3 달러 (약 84.1%)는 국가보건개발계획(PNDS) 실행에 사용되었다.

<표 2-3> 2012년 보건분야 기술 및 재정 파트너들의 자원 지원, 지불 및 사용 현황

재원 출처 (Sources de Financement)	예상금액 (Attendues)	투입된 자원 (Ressources Decaïsées)		사용된 자원 (Ressources Utilisées)	
		금액 (Valuer)	비율(%)	금액 (Utilisées)	비율(%)
GAVI-RSS	\$10,331,873	\$5,665,303	54.8%	\$5,664,341	100%
GAVI-achat vaccins	\$51,362,000	\$51,362,000	100%	\$51,362,000	100%
GAVI-achat Mectizan	\$105,000,000	\$105,000,000	100%	\$105,000,000	100%
SANRU/FM Malaria	\$53,424,986	\$44,833,333	83.9%	\$9,255,808	20.6%
JICA	\$21,094,966	\$15,133,691	71.7%	\$15,133,691	100%
GIZ	\$949,372	\$803,968	84.7%	\$792,568	98.6%
ACDI	\$7,372,554	\$4,234,109	57.4%	\$1,270,866	30%
PARSS	\$80,000,000	\$80,000,000	100%	\$78,972,680	98.7%
PROSANI	\$18,572,417	\$17,889,343	96.3%	\$17,889,343	100%
SANRU/FM VIH	\$55,908,222	\$16,220,095	29%	\$275,403	1.7%
Belgique	\$13,147,888	\$7,401,066	56.3%	\$7,401,066	100%
총 합계	\$417,164,279	\$348,542,909	83.6%	\$293,017,768	84.1%

출처: Republique Democratique Du CONGO Ministère De La Santé Publique Cabinet Du Ministre (2013b) Rapport Annuel D' Activités 2012

- (최근 보건분야 지원의 동향) DR콩고는 분쟁 후 국가(Post-Conflict Country)로서 보건 분야의 전반적인 영역이 취약한 상황이며, 보건지표의 대부분이 아프리카 평균 이하이므로 이를 개선하기 위해 다양한 공여기관들이 각자의 개발정책과 시스템 아래 노력을 기울여 왔다. 하지만, 공여기관들의 개별적인 노력으로는 개선이 쉽지 않다는 점을 점차 인지하게 되었고, 지역적 불균형이 심각한 DR콩고의 보건상태 개선을 위해 공여기관들의 원조 조화를 위한 자발적인 움직임이 시작되

9) 이러한 보건분야 원조 규모는 공여기관의 프로젝트 담당자에 의해 책정된 것임으로 과소 추정되었을 가능성이 있음.

었다. 특별히, 보건분야 지원의 경우, 공여기관 협의체(GIBS)를 중심으로 하는 움직임이 뚜렷해졌다. 공여기관들은 보건분야 공여기관 협의체(GIBS)를 통해 DR콩고 보건부와 정부 자체의 관리 역량을 높이고 기능강화를 할 수 있는 지원을 집중적으로 하고 있는 반면, DR콩고 모든 지역에 기초의료서비스가 제공되도록 하는 Appui global(Global Support)을 실행하기 위해, 공여기관들이 역할을 나누어 중복지원을 지양하고, 지역적 불균형을 맞추기 위한 협력을 지속하고 있다.

나. 보건분야 내 주요 공여기관 및 지원 분야

1) 주요 양자기관

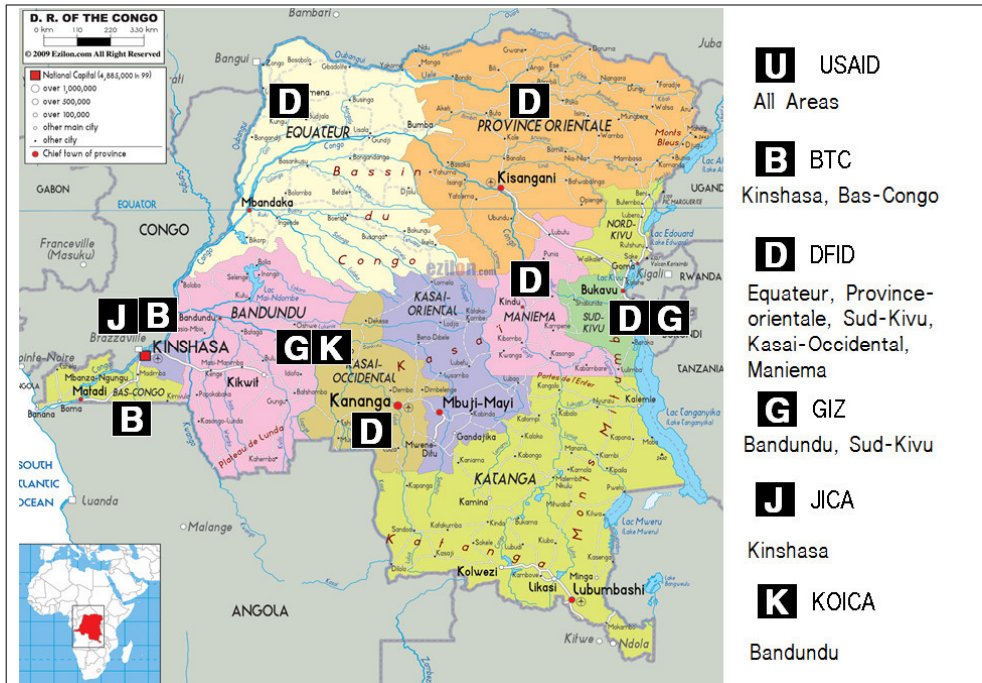
- (DR콩고 보건분야 주요 양자기관) DR콩고 보건분야의 주요 양자기관은 아래 표에서 제시한 것처럼 2009-2010년 미국이 1억불 규모로 가장 많은 지원을 하고 있다. 그 뒤로 벨기에(0.67억불), 영국(0.49억불)의 순으로 지원하고 있다.
- (보건분야 주요 양자기관들의 지원분야) 미국은 USAID와 CDC 등을 통해 다양한 보건분야를 지원하고 있다. 3가지 주요 질병인 HIV/AIDS와 말라리아, 결핵을 중심으로 한 보건인력, 의약품공급체계, 보건재정 관련된 분야에 지원을 제공하고 있다. 벨기에의 경우 의약품공급체계에 주요한 프로그램을 지원하고 있으며, 영국은 말라리아와 생식보건, 의약품 분야에 지원하고 있다. 일본은 보건분야 중 인력 분야에 지원을 제공하고 있다.

<표 2-4> 2009-2010년 주요 양자기관 보건분야 지원 순위 및 규모

순위	공여기관	규모 (USD mil)
1	미국	106.66
2	벨기에	67.93
3	영국	49.44
4	일본	15.00
5	독일	14.18
6	스페인	10.05
7	이탈리아	6.04
8	스웨덴	5.57
9	노르웨이	5.54
10	캐나다	4.77

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

<그림 2-7> 주요 공여기관의 지원 지역



출처: 저자구성

○ (양자기관 지원 분포) DR콩고 보건 분야 주요 공여기관의 지원 지역 분포는 위 그림과 같다. DR콩고의 총 11개의 지역(Province)¹⁰⁾ 내 공여기관에 따라 다양하게 분포되어 있으나 여러 공여기관들이 활동하고 있는 지역도 발견할 수 있었다. 우선 USAID의 경우 DR콩고 11개의 모든 지역에서 보건 프로그램을 수행하고 있었다. BTC는 Kinshasa를 중심으로 보건부 역량 및 시스템 강화 프로그램을 수행하고 2011년부터는 Bas-congo 지역에서 또한 보건 시스템 강화 프로그램을 수행하고 있음을 발견할 수 있었다. DFID의 경우 보건의료서비스 접근성 증대를 위한 프로그램을 5개 지역(Equateur, Kasai-Occidental, Maniema, Province-Orientale, Sud-Kivu)에서 수행하고 있다. 또한, GIZ는 Bandundu 지역과 Sud-Kivu 지역에서 보건시스템 강화 사업을, JICA는 Kinshasa에서 보건부 역량강화 특히 보건인력양성을 중심으로 지원하고 있음을 확인하였다.

10) 11개 지역(Province)는 지도의 왼쪽부터 Bas-Congo, Kinshasa, Bandundu, Kasai-Occidental, Equateur, Kasai-Oriental, Katanga, Maniema, Sud-Kivu, Nord-Kivu, Province-Orientale 이다.

- (KOICA의 보건분야 지원) DR콩고의 주요 공여기관들의 보건분야 사업 지역을 확인할 수 있었다. KOICA의 경우 DR콩고 내 Bandudu 지역에서 말라리아 퇴치 사업과 모자보건 사업을 수행하고 있는데, 현재 이 지역에서 보건관련 프로그램을 수행하고 있는 GIZ 그리고 USAID와의 협력 및 연계가 가능할 것으로 판단된다.

2) 주요 다자기구

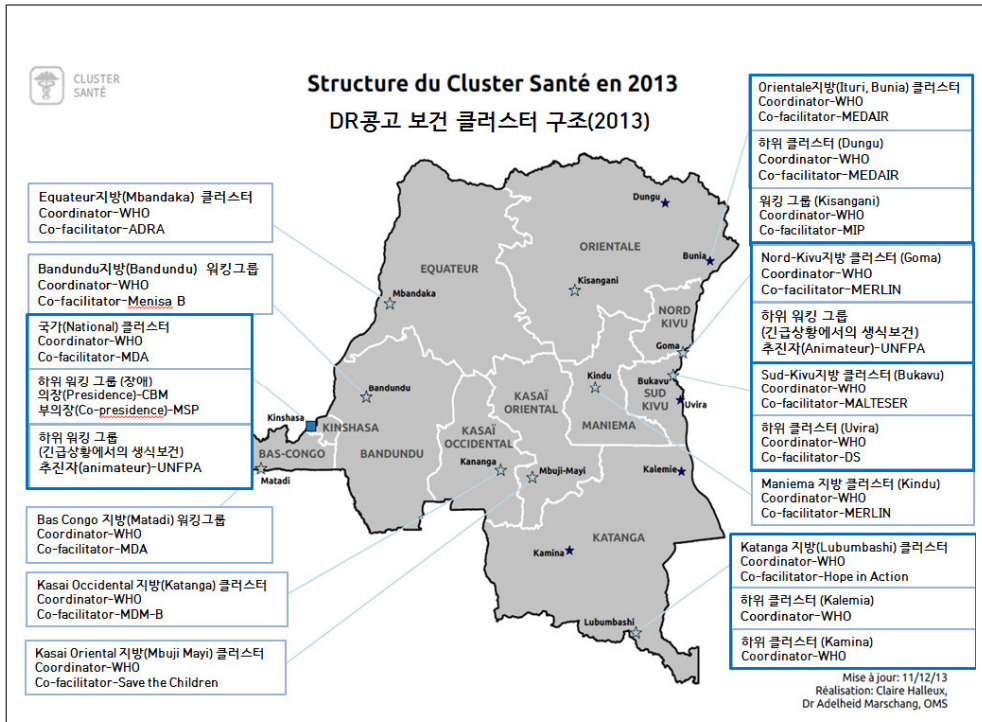
- (DR콩고 보건분야 주요 다자기관) DR콩고 보건분야의 주요 다자기관은 아래 표에서 제시한 것처럼 2009-2010년 보건분야에 가장 큰 규모의 지원을 하고 있는 다자기관은 Global Fund로 1.51억불을 지원하고 있어, HIV/AIDS, 말라리아, 결핵 부분에 많은 지원이 되고 있음을 확인할 수 있다. IDA가 1.39억불, GAVI가 0.73억불을 각각 지원한 바 있다.
- (보건분야 주요 다자기구들의 지원분야) 다자기구 중 가장 2009년 가장 많은 지원을 제공한 Global Fund의 경우 주요 3대 질병(HIV/AIDS, 말라리아, 결핵) 중심의 지원을 제공하고 있다. GAVI 또한 3대 질병의 백신을 지원하고 있다.

<표 2-5> 2009-2010년 보건분야 지원 규모

순위	다자기구	규모 (USD mil)
1	Global Fund	151.76
2	IDA	139.99
3	GAVI	73.04
4	EU	59.62
5	UNFPA	22.14
6	UNICEF	20.03
7	AfDF	8.59
8	UNAIDS	0.93
9	UNDP	0.28
10	WFP	0.55

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

<그림 2-8> 주요 다자공여기관의 지원 지역



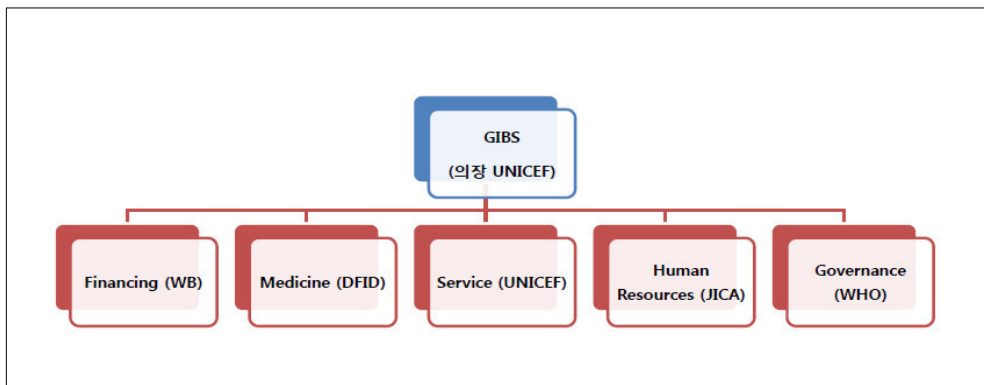
출처: WHO 홈페이지 (n.d.)

2. 보건분야 공여협약체 현황

- (보건분야 공여협약체 목적과 기능) DR콩고 보건분야 공여협약체는 Groupe inter-bailleurs santé(GIBS)이며 이 협약체는 DR콩고 보건분야의 주요 공여기관들의 각각 전략과 사업이 조화를 이룰 수 있도록 공유하기 위해 2008년도 구성된 협약체이다. GIBS는 정기적인 회의를 통해 DR콩고의 보건분야 시스템 부문에서 실제 사업 수행과 관련된 논의사항을 다루어 GIBS 참여기관들의 조화를 유도하는 역할을 하고 있다.
- (보건분야 공여협약체 참여기관) GIBS는 DR콩고의 보건분야에 지원하고 있는 양자 및 다자 기관들과 UN 유관 기관들이 참여하고 있다. GIBS에 참여하고 있는 기관은 DFID, USAID, GIZ, JICA, UNFPA, EU, WHO, UNICEF, UNDP, WB, UNAIDS, SIDA이며, GIBS의 의장 기관이 있어 GIBS의 대표 역할을 하게 되며 해마다 의장 기관이 바뀌게 되는 방식을 채택하고 있다. GIBS 구성 이후로 BTC, Canada cooperation, EU, USAID가 의장 기관을 담당하였으며, 2014년에는 UNICEF가 의장 기관을 담당하여 GIBS의 활동을 이끌어가고 있다.
- (보건분야 공여협약체의 우선순위) 2012-2013년 GIBS의 우선순위로는 첫째, 보건부 차관의 National Health Development Plan의 실행을 위한 다자 지원 부서(Multi-donor Support Unit)의 재정지원, 둘째 실행의 조화, 셋째 프로젝트 펀딩에 있어 투명성을 증진, 넷째 점진적으로 공여기관의 개별적 관리 시스템을 지양하고 지원관리부서(Cellule d' Appui et de Gestion, CAG)의 기능을 확장하도록 하는 것이었다. GIBS의 2014년에 첫째로 국가조정위원회(Comité National de Pilotage, CNP)와 지방보건국(Division Provinciale de Santé, DPS)의 기능을 지원하고, 둘째 일반 섹터 펀딩 모델을 공유하며, 셋째, 지방 지원하는 펀딩의 조화를 추구하고, 넷째, 국가필수의약품시스템(Système National d'Achat des médicaments Essentiels, SNAME)에 참여하는 것을 우선순위로 두고 논의를 진행 중이다.

- (2014년 보건분야 공여협의체의 우선순위) 2014년 2월 UNICEF와의 면담에 따르면, 2010-2013년에 이어 2014년 UNICEF를 의장으로 하는 GIBS는 총 5가지의 우선순위를 가진다. 첫째, 국가조정위원회(CNP)와 관련 위원회들의 기능 강화를 통한 국가 리더십과 조정 강화, 둘째 이미 공여기관 사이의 조화를 위한 노력이 진행된 지방에서의 다목적 지역사회센터 (Centres Communautaires Polyvalents, CCP) 기능 강화, 셋째, 개발 지원 및 재정 관련 맵핑(cartographie) 수행, 넷째, 거버넌스를 위한 로드맵 작성과 현실적이고 실질적인 새로운 국가보건개발계획(PNDS) 수립을 위한 지원, 다섯째, GIBS 내 공여국(기관)과 조화와 일치를 위한 행동강령 (code of conduct) 수립 이다 (GIBS, 2014).

<그림 2-9> DR콩고 보건분야 협의체(GIBS) 조직도



출처: 저자구성

- (보건분야 공여협의체의 섹터워킹그룹) GIBS는 5개의 하위 섹터 그룹이 구성되어 있다. 재정, 의약품, 보건서비스, 의료인력, 거버넌스인 5개로 구성되어 있으며, 재정 부문은 World Bank가 섹터 의장을 맡고 있으며, 의약품은 DFID, 보건서비스는 UNICEF, 의료인력은 JICA, 거버넌스는 WHO가 각기 섹터 의장을 담당하고 있다.
- (보건분야 공여협의체의 과제) 2014년 2월 현지조사에 의하면, 보건분야 공여협의체가 보건분야의 원조조화를 위해 노력하고 있고, 다양한 지원을 통해 DR콩고

에 보건의료 서비스가 전달되도록 하고 있으나 여전히 정부와 공여기관들에 의해 어떠한 지원도 받지 못하고 있는 308개의 보건구역(Health Zone)이 존재하고 있다. 또한 공여기관들이 적절한 지원을 할 수 있도록 정부의 옹호와 역량이 매우 중요하나 아직까지 이를 조절하는 정부의 기능이 미흡한 실정이며, 정기적인 회의를 통해 논의를 진행하고 있으나 이로 인한 성과가 부진한 상황이다.

3. 주요 공여기관의 보건분야 협력

가. 개요

- (양다자 공여기관 관찰요인) DR콩고는 1차 국가협력전략에 보건분야가 선정이 되어 있는 국가로서 한국이 현재 모자보건과 말라리아 관련 사업을 Bandundu 지역에서 수행하고 있다. 따라서 주요 공여기관 선정에 있어 한국이 진행하는 사업에 고려사항 및 교훈을 얻기 위해, 모자보건 사업과 말라리아 사업을 진행하고 있는 기관들을 고려하여 선정하였다. 그 외에도 DR콩고에서 보건분야 공여기관 협의체인 GIBS에서 활발한 역할을 하고 협의체를 주도하고 있는 기관들을 선정하는데 고려하였다.

나. 양자기관 (Bilateral organisations)

<요약. DR공고의 보건분야 양자기관의 전략 및 특징>

- (주요 관찰 양자기관) DR공고의 주요한 양자기관은 먼저 언급된바와 같이 미국, 벨기에, 영국, 일본, 독일의 순서였음. 미국은 말라리아 사업과 함께 모자보건 관련 사업을 DR공고의 여러 지역에서 실시하고 있어 한국이 관련 사업을 진행하는데 지원 및 협력이 가능하므로 선정하였음. 일본의 경우, 보건분야 하위섹터인 보건인력 분야에서 우위를 선점하여 강점을 가진 프로그램과 프로젝트를 진행하고 있으므로 이에 대한 경험적 교훈을 얻을 수 있을 것으로 여김. 독일 공여기관의 경우, 보건시스템 강화 사업을 오랜 기간 동안 실시하고 있으며, 한국이 사업을 실시하고 있는 같은 사업지역에서 2005년부터 2008년까지 지역사회 대상 사업을 진행한바 있어, 현재 한국이 수행하는 사업과 관련하여 향후 지원에 대한 방향성에 대해 조언이 가능할 것으로 봄.
- (GIZ 보건 전략과 사업의 특징) GIZ 대 DR공고 우선지원 분야에는 보건의 포함되어 있지 않으나, 사회개발(social development)의 세부 분야로서 보건프로그램을 수행하고 있음. GIZ의 DR공고 내 보건사업은 보건시스템강화를 목적으로 하며 기술협력의 형태로 두 가지의 프로그램 1) 보건분야 재건(Rehabilitation of the Health Sector); 2) 보건시스템개선(Improving the Health System) 으로 구성됨.
- (JICA 보건전략과 사업의 특징) JICA 대 DR공고 우선지원 분야에는 보건의 포함되어있지 않음. JICA는 DR공고 내 보건부와의 기술협력(지원 또는 자문)을 통해 보건분야 내 보건인력개발 분야를 선점하고 있음. 이에 따라 2010년부터 현재까지 2차에 걸쳐 보건인력개발 프로그램을 수행하고 있음.
- (USAID 보건전략과 사업의 특징) USAID는 Global Health Initiative(GHI)의 목표와 전략 아래 담당 프로그램을 수행하는 기관으로서 GHI의 DR공고 국가전략은 DR공고 국민들의 건강 증진을 목표로 하고 있음. USAID는 DR공고 보건섹터에서 HIV/AIDS, 기초보건서비스, 모자보건 분야를 주로 지원하고 있으며, 3가지 범분야 영역으로 보건의료인력 강화, 의약품 관리체계 강화, 성과기반 재정지원(Results Based Financing, RBF)에 초점을 두고 있음.

1) GIZ

가) 공여기관의 전략

- (독일 대 DR콩고 지원전략) 독일의 대 DR콩고 지원은 BMZ (독일 경제협력개발부)에 의해 수행된다. 독일 대 DR콩고 지원 전략적 방향은 빈곤퇴치, 인간 존엄성 및 인권 증진, 생태학적 책임, 평화유지 이다.
- (GIZ 대 DR콩고 지원배경) 1978년 GIZ는 BMZ(독일 경제협력개발부)를 대신하여 DR콩고에 설립되었으며 1994년부터 2002년까지 DR콩고 내전 기간을 제외하고 현재까지 존립하고 있다. 현재 약 196명의 직원이 DR콩고 GIZ에 소속되어 있다.
- (GIZ 대 DR콩고 지원전략) 1978년 이후 GIZ는 자연보호, 보건시스템강화, HIV/AIDS 퇴치 및 민간 분야와 시민사회 발전 등을 주로 지원하고 있다. 그 중 범분야 이슈는 젠더(gender)와 HIV/AIDS 이다.
- (3대 우선지원 분야) 2008년 첫 번째 독일-DR콩고 정부간 협의에서 아래의 3가지 우선지원분야가 선정되었으며 2012년 두 번째 협의에서 또한 재확인 되었다. 독일의 대 DR콩고 우선지원 분야는 다음과 같다: 1) 생물다양성과 지속가능한 천연자원 관리; 2) 마이크로파이낸스 분야 강화; 3) 식수 분야 개선 (GIZ, 2013).

나) 공여기관의 보건분야 지원의 현황

- (보건분야전략) 보건분야는 GIZ대 DR콩고 중점지원분야에 포함되지 않으므로 보건분야 전략이 별도로 수립되어 있지 않다. 사회개발(social development)의 세부 분야로서 보건프로그램을 수행하고 있다.
- (지원 세부분야) 보건 시스템 강화를 목적으로 다른 분야에 비해 상대적으로 지원이 부족한 지방정부 수준의 보건분야 거버넌스, 관리부서의 역량강화를 지원하고 있다.

- (지원 유형) GIZ는 DR콩고 내 보건사업 수행에 있어 DR콩고 보건부와 기술협력을 통해 중장기 프로그램을 지원하고 있다. DR콩고 보건시스템강화를 목적으로 보건분야 재건 및 체계강화 등의 프로그램을 DR콩고 보건부와 함께 수행하고 있다.
- (주요 보건 프로그램 및 프로젝트) GIZ가 DR콩고 내 지원하는 보건프로그램은 두 가지이다. 하나는 보건분야 재건(Rehabilitation of the Health Sector)프로그램, 다른 하나는 보건시스템개선(Improving the health system)프로그램 이다. 보건분야 재건프로그램은 중장기 프로그램으로 현재는 2차 프로그램으로 2013년부터 2014년 까지 진행되며, World Bank에 의해 재정지원을 받아 수행되고 있다. 주요 목표는 DR콩고 내 21개의 Health Zone에 모든 사람이 개선된 기초 보건의료 서비스에 접근하는 것이다. 두 번째 보건시스템개선 프로그램은 2005년부터 2016년까지 진행되며 DR콩고 보건부와 협력을 통해 실행된다. 주요 목적은 DR콩고 보건시스템의 효율적이고 효과적인 운영이다.

<Box 2-1> GIZ의 사업사례

- 프로그램 명: Improving the Health System
- 프로그램 기간: 2005년~2016년
- 프로그램 예산규모: TBD
- 프로그램 유형: 프로그램(Program)
- 집행 담당 기관: DR 콩고 보건부 등

(사업의 개요) GIZ가 현재 DR콩고에서 수행하고 있는 보건 프로그램은 Improving the Health System Program 으로 2005년부터 2016년까지 South-Kivu, Kwango 두 개의 지방에서 진행되었다. 중점 실행기관은 DR콩고 보건부이며 본 프로그램의 주요 목적은 DR콩고 보건체계의 더욱 효과적이고 효율적인 운영을 위해 중앙 정부 수준(Central level)과 지방정부수준(Intermediate level)의 보건행정의 역량을 증진시키는 것을 목적으로 하고 있다 (GIZ 홈페이지).

(사업수행내용) 이에 따라 본 프로그램은 네 가지의 연계된 프로젝트로 구성되어 있다. 첫 번째는 보건 서비스의 질 개선이며, 두 번째는 보건서비스에 대한 접근성 개선, 세 번째는 공여기관 조정 지원(지방 및 지역 수준에서 통합된 관리 및 보건의로 체계를 통한 질병퇴치에 대한 자원 사용 개선), 마지막으로 네 번째는 성 폭력 근절과 관련된 국가적, 국제적 활동기관들을 조정하기 위한 파트너들의 관리 체계 강화 이다.

위 네 가지의 활동 분야를 중심으로 수행되는 본 프로젝트는 South Kivu 와 Kwango 지역의 650만 인구를 대상으로 하며 특히 빈곤층과 여성, 아동, 성폭력 피해자, 성 매매자, 군인, HIV/AIDS감염자 및 보건시스템담당자를 주요 대상으로 지원하고 있다. 또한, 중앙수준(Central Level)에서의 지원은 보건체계 강화, 질 향상, 성과급 지원, 건강보험 지원이며 지방수준(Provincial Level) 지원은 South-Kivu지역 내 gender based violence에 대한 활동과 Kwango(Kenge) 지역 내 지방보건국(DPS) 강화를 위한 활동을 수행하고 있다.



(사업 성공요인) 2014년 2월 현지조사에 따르면, GIZ의 본 프로그램 실행의 성공 요인은 GIZ가 DR콩고 지역사회 수준(Peripheral level)에서 20년간 사업을 수행했던 경험을 바탕으로 지방정부 수준(Intermediate level)에서의 사업을 진행하게 되

어 해당 지역과 지역사회 수준 및 지방정부 수준의 전체적인 노하우를 보유하고 있다는 점이다. 또한, 중앙 보건부와 지속적이고 긴밀한 의사소통을 통해 사업에 필요한 요소를 수정하고 조정하여 진행하고 있다는 점 또한 중요한 성공요인 중 하나로 판단된다. 그 외에도 해당 사업지역에서 사업을 진행하고 있는 다양한 파트너와의 논의와 협의를 통해 시너지 효과를 제고하고 이들의 의견을 적극 반영한 사업 수행의 형태 또한 주요한 성공 요인으로 꼽고 있었다. 예를 들어, Kango 지역에서 사업을 시행하고 있는 UNICEF, MEMISA, KOICA의 활동을 파악하여 UNICEF의 모성 및 아동들을 위한 약품 지원 프로그램과 MENISA의 병원 지원 프로그램, KOICA의 모자보건 프로그램의 협력을 통해 중복지원을 방지하고 지역사회 수준으로부터 중앙정부 수준까지의 고른 체계 강화를 꾀하고 있었다.

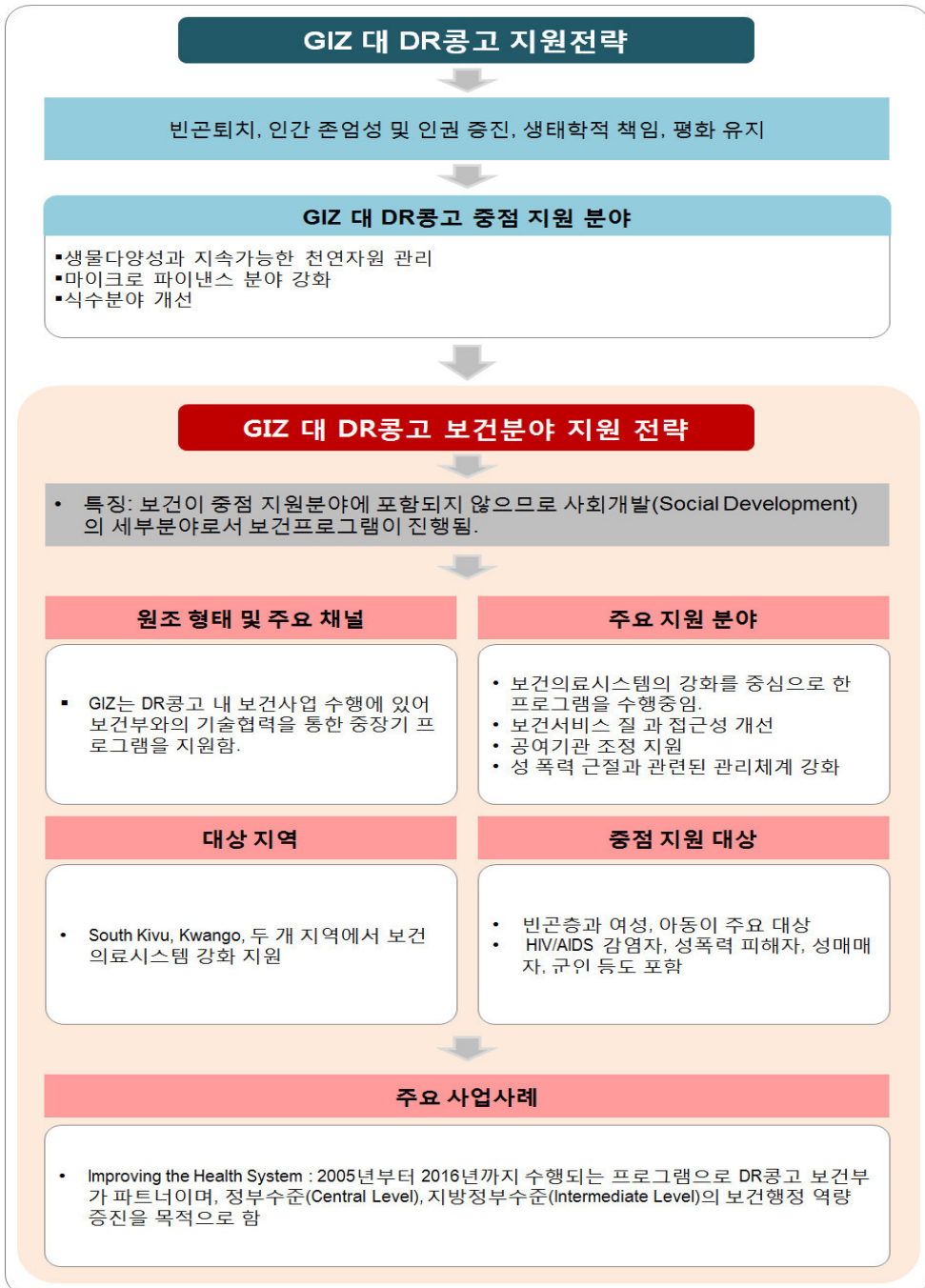
(사업의 한계) 반면, GIZ 사업의 실패 요인은 2005년부터 2008년까지는 지역수준(Peripheral level)에서 시행하던 사업에서 출구전략을 마련하지 않고 2009년에 갑자기 중단함으로써 기존에 마련되어 있던 체계가 붕괴되었다는 것이다. 출구전략 없이 사업이 중단되면서 사업을 통해 지원받고 있던 지역주민들과 보건 의료기관이 정상적으로 보건 서비스를 받을 수 없었고, 지역사회의 보건체계가 정상적인 기능을 할 수 없었다.

(사업의 시사점) 본 사업의 사례는 장기적인 보건 시스템 강화 프로그램을 수혜국 정부인 DR공고 중앙정부와 함께 계획하고 실행하게 되었으나, 사업 계획의 수정과 변경에 따라 사업지역에서 보건시스템의 기능이 중단될 수 있다는 위험성을 보여주었다. 또한, 출구 전략 없이 지속가능성이 담보되지 않은 프로그램에 의한 부작용이 나타난 사례였다. DR공고에는 정부를 비롯한 다른 공여기관에 의해 지원받지 못하고 있는 308개의 보건구역(health zone)이 여전히 존재하고 있어, 한 기관에서 주요한 보건 의료 서비스를 일정기간 제공한 뒤 중단하게 되면 그 이후에 정상적인 서비스를 제공받을 수 있는 리소스가 부재하게 될 수 밖에 없는 현실이다.

따라서, 이러한 지역에 장기적인 보건 의료 프로그램 및 프로젝트를 지원하게 되는 경우, 해당 사업을 기획하고 이행하는 관계자는 사업 기획 초반에 사업 계획

을 변경하게 될 때에 중앙 정부와의 논의와 함께 현지의 보건 의료 시스템의 정상적인 기능에 줄 수 있는 영향과 사업 종료 이후의 지속가능성을 반드시 고려해야 한다는 교훈을 제공하는 사례라고 할 수 있다.

<그림 2-10> GIZ 대 DR콩고 지원 전략 및 현황



출처: 저자구성

2) JICA

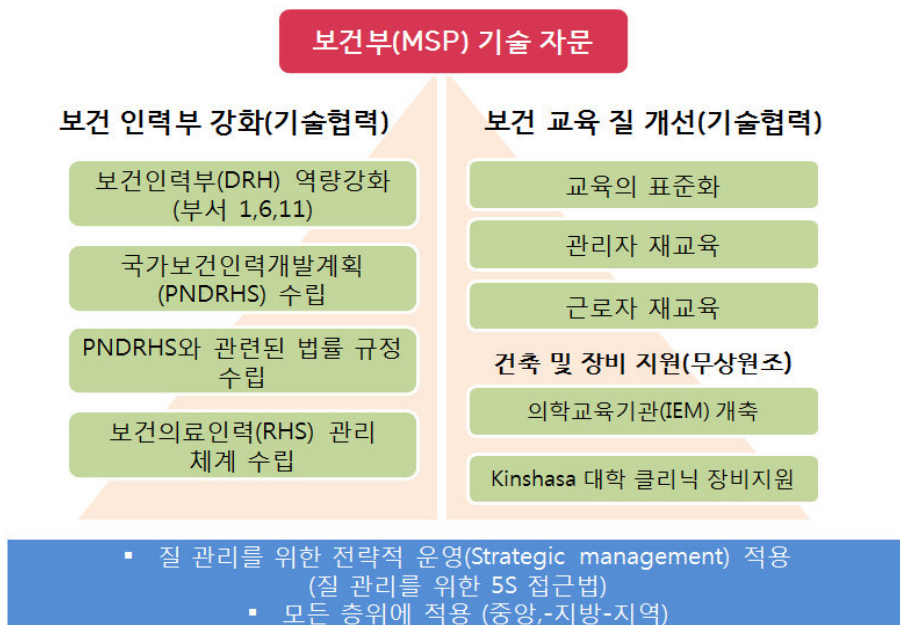
가) 공여기관의 전략

- (우선 지원분야) JICA의 대 DR콩고 주요 지원분야는 1) 평화 유지; 2) 경제 발전; 3) 사회서비스 접근 개선; 4) 환경보호 이다.
- (보건분야전략) JICA는 DR콩고의 보건분야 지원에 있어 보건인력 부문에 대한 지원 전략을 아래 그림과 같이 가지고 있다. 보건인적자원부의 역량을 강화하고 보건교육의 질을 개선하는 두 가지 분야에 집중적인 지원을 하되, 전략적 관리를 통해 지역단위부터 중앙수준에 이르는 접근을 하고 있다.
- (지원유형) JICA의 대 DR콩고 지원은 기술협력(Technical Cooperation)의 형태로 실행된다. JICA는 DR콩고 보건부 내 기술 자문 또는 지원을 통해 프로그램을 수행하고 있다.
- (보건분야 주요 프로그램 및 프로젝트 현황) JICA는 DR콩고 내 보건분야와 관련한 프로그램은 보건인력개발이 유일하며 2010년 11월부터 2013년 11월까지 수행하였다. 이후 후속프로그램으로 2차 보건인력개발 프로그램이 2014년부터 시작되었음을 2월 현지조사 면담결과 확인되었다.

<Box 2-2> JICA의 사업사례

- 프로그램 명: Development of Human Resources in Health
- 프로그램 기간: 2010년~2013년
- 프로그램 예산규모: 200 Million USD
- 프로그램 유형: 프로그램(Program)
- 집행 담당 기관: JICA

(사업개요) JICA가 DR콩고에서 수행하고 있는 보건프로그램은 Development of Human Resources in Health Program 이다. 본 프로그램은 약 2억 달러의 규모로 2010년부터 2013년 까지 수행되었으며 중앙 보건부에 대한 기술적 지원(Technical Assistance)의 방식으로 진행되고 있다. 본 프로그램은 보건인력부 강화와 보건 교육 질 개선의 두 분야로 나누어 실행된다. 보건인력부 강화를 위해서 보건인력부(DRH) 부서 1, 6, 11의 역량강화를 실시하고 국가보건인력개발계획 수립과 국가보건인력개발계획 관련 법률 규정 수립에 기술적인 지원을 한다. 또한 보건인력 관리체계에도 기술 지원을 하고 있다. 보건교육 질 개선 부문에서 교육 규격화를 위한 기술 지원과 관리자와 근로자 직무를 위한 재교육 훈련을 제공하였다. 그 외에 의학교육기관을 건립하였고, Kinshasa 대학에 클리닉 장비를 지원하였다. 이와 함께 보건부 차관의 기술 자문관을 2008년부터 2014년까지 파견하여 중장기적인 기술 지원을 수행하고 있었다.



출처: JICA (2013) Rapport d' Activites Projet d' Appui au Developpement des Ressources Humaines en Sante, 저자 재구성

(사업의 목적과 활동) JICA의 보건인력개발 프로그램의 주요 목적은 국가보건인력개발계획(PNDRHS)의 실행을 통한 DR콩고 보건인력개발 부서(DRH)의 역량강화이다. 본 목적에 따라 수행된 본 프로그램의 결과는 아래의 4가지로 분류할 수 있으며 이에 따른 실제 프로그램 수행 활동은 아래와 같다. 첫 번째 결과는 보건인력개발부서(DRH)의 제도적 역량 강화로 구체적인 활동으로는 업무환경 개선, 보건인력 관리 및 보건인력개발부 간부들의 교육, 일본 또는 세네갈에서의 연수 결과 공유, 지방부서와 중앙부서사이의 커뮤니케이션 채널 확립, 인력교육 활동에 관한 모니터링 및 평가, 보건인력에 관한 국가 프로파일 수립 등을 포함한다. 두 번째 결과는 국가보건인력개발계획(PNDRHS) 수립 및 시행이며 이에 따라 2010년 보건인력에 관한 연구 보고서 작성, 국가보건인력개발계획(PNDRHS)의 활성화를 위한 일련의 보고서를 2010-2011년에 걸쳐 작성함으로써 2011년 4월 최종적으로 국가보건인력개발계획을 수립하였다. 세 번째 결과는 국가보건인력개발계획(PNDRHS)과 연관된 법률 규정 수립으로서, A2 조산사를 위한 기초 교육 매뉴얼 (역량, 교육, 평가)을 수립하고 국가보건과학교육기관 (Institute National Pilote d'Enseignement des Sciences de Sante, INPESS)에 국가선도학교로서의 지위를 부여하였다. 마지막으로 네 번째 결과인 보건인력(RHS) 정보관리 시스템 수립과 관련하여서는, 보건과 관련된 데이터베이스를 2011년부터 2013년 까지 구성 및 구축하였다. 본 프로그램 수행에 있어 JICA는 DR콩고의 보건분야 인력 개발 관리, 정보제공, 운영관리 강화 등을 위해 보건인력 전문가를 장·단기로 파견하고 있으며, 중앙 인력개발부 및 지방 부서, 보건의료기술 학교 2곳에 장비 또한 지원하였다.

(사업의 고려사항) 본 프로그램의 기대성과를 달성하기 위해서는 다양한 이해관계자 및 파트너들 간의 시너지 효과가 매우 중요하다. 보건부 차관 기술자문가, 일본 보건인력관련 전문가, 삼국협력(세네갈-DRC-일본) 등 본 프로젝트에 관련된 파트너들 간 일치된 방향성 수립을 통한 지속적 협력이 수반되어야 프로그램의 목적 달성이 가능하다.

(사업의 성공요인) JICA의 보건인력개발 사업 활동평가 보고서에서는 DR콩고

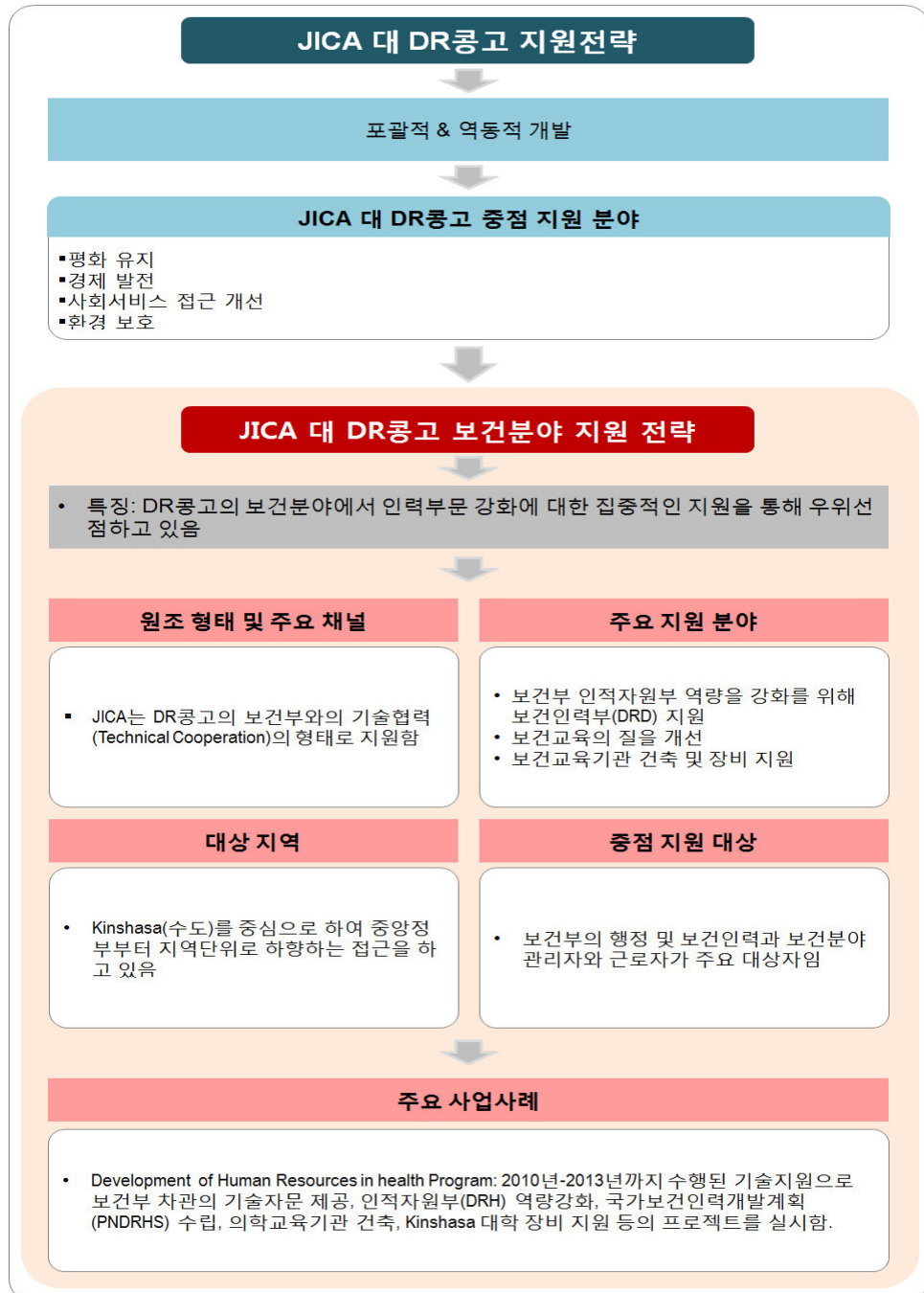
정부의 정책적 의지, 일본 보건전문가의 활용, DR공고와 일본 간의 보건인력 개발 사업의 중요성 인지, 타 공여기관과 차별화된 보건분야 내 우위 선점, 그리고 관련 관리자(간부)들의 안정성 등이 해당 프로그램의 성공요인이라고 언급하고 있다.

(사업의 도전과제) 사업 활동 평가 보고서에서는 JICA의 보건인력개발 프로그램의 도전과제로 크게 네 가지를 제시하였다. 첫 번째는 DR공고가 분쟁 후 국가(Post-conflict country)라는 점이다. 분쟁 후 국가인 DR공고의 상황을 고려할 때 행정 시스템이 매우 취약하며 역량이 부족한 상황임을 주요한 도전과제로 제시하였다. 두 번째는 보건인력개발을 위해 고려되어야 할 주요사항 및 접근법이다. 인력개발사업의 경우 정보, 역량, 효과, 기술 등의 다양한 요인들이 요구되는 분야이고 인력개발 사업의 실행에는 여러 가지 다양한 어려움이 있기 때문에 고려되어야 할 다양한 사항들과 접근법을 주요한 과제로 제시하고 있다. 세 번째는 중앙수준과 지방수준 사이의 협력의 문제이다. 보건부 인력개발부 역량강화는 크게 두 부분으로 나누어 진행되는데, 중앙정부수준에서 인력개발부에 대한 직접적인 역량 강화와 인력개발부의 역량강화에 따른 지방수준 부처들의 역량 강화이다. 이 두 수준간의 협력 또한 도전과제이다. 네 번째는 다양한 파트너들간의 협력이 주요한 도전과제로 제시되었다.

(사업의 시사점) 본 사례는 JICA가 장기적인 계획을 바탕으로 보건인력 분야에 집중적인 기술 지원 및 훈련 제공과 인프라 및 장비 지원을 통해 DR공고 보건분야에서 기술지원을 통한 안정적인 프로그램으로 보건인력 섹터의 우위를 선점한 특징을 보여주고 있다. JICA는 DR공고의 보건분야 공여기관 협의체인 GIBS에서 보건인력분야의 리딩 그룹을 담당하고 있다. 또한, 2010년부터 2013년의 보건인력개발 프로그램 Phase1를 기반으로 Phase2 진행계획을 2014년 상반기에 완료할 계획을 가지고 있다. 보건인력 분야에서 안정적인 중앙정부 수준(Central level) 지원부터 시작하여 향후 지방정부 수준(Intermediate level)으로 사업 범위를 넓히는 전략을 가지고 있다. 따라서, 향후 DR공고에서 보건 분야 사업을 기획하고 이 행하는 관계자에게 DR공고의 열악한 보건인력양성 및 강화를 위해 불안정한 국

가적 배경에서 안정적인 프로그램의 선정과 해당 프로그램의 원활한 실행을 위한 중앙정부와의 긴밀한 협력과 장기적인 기술 지원에 대한 교훈을 제공하는 사례로 볼 수 있다 (JICA ,2013).

<그림 2-11> JICA 대 DR콩고 지원 전략 및 현황



출처: 저자구성

3) USAID

가) 공여기관의 전략

○ (USAID 대 DR콩고 보건분야 지원전략) USAID는 Global Health Initiative(GHI)의 목표와 전략 아래 담당 프로그램을 수행하는 기관으로서 보건 분야의 지원은 GHI를 통한 통합적인 보건 목표를 실현하고 있다. GHI의 전략에 따르면, 미국 정부의 대 DR콩고 국가전략은 DR콩고 국민들의 건강 증진을 목표로 하고 있다, 이러한 목표 아래 DR콩고의 MDG 달성에 기여하는 것이며 이는 5세 미만 아동의 사망과 모성 사망 감소(MDG4, 5)와 감염성 질병 퇴치(MDG 6)를 다룬다. 또한 질 높은 보건의료 서비스 활용과 전달을 강화하기 위해 3가지 범분야 영역으로 보건의료인력 강화, 의약품 관리체계 강화, 성과기반 재정지원 (Results Based Financing, RBF)에 초점을 두었다.

나) 보건분야 지원의 현황

○ (지원 세부분야) USAID는 DR콩고 보건섹터에서 HIV/AIDS, 기초보건서비스, 모자보건 분야를 주로 지원하고 있다.

○ (주요 프로그램 및 프로젝트) USAID는 공중보건의료(PHC) 서비스의 통합 패키지를 South Kivu, Katanga, East Kasai, Wester Kasai 4개 지방의 80개 보건구역(health zone)에 제공하는 프로그램을 실시하고 있다. 또한 모성, 신생아, 아동 보건 프로그램(Maternal, Neonatal and Child Health)과 가족계획 및 생식보건 프로그램(Family Planning, Reproductive Health)을 접근성을 높이고, 낮은 가격과 큰 영향력을 줄 수 있도록 초점을 맞추어 제공하고 있다. USAID는 또한 HIV/AIDS 유병률이 높은 도심지역에 고아 및 취약 아동(Orphan and Vulnerable Children)과 PLWA들을 위해 HIV/AIDS 예방프로그램을 실시하고 있다. 그 외에도 미국질병관리본부(Center for Disease Control)과 함께 결핵분야에 펀딩을 지원하고 있다. USAID에서 현재 실행하고 있는 프로그램은 아래와 같다.

- Integrated Health Package
- Appropriate Care for Families and Children
- C-Change (FS): Communication for Change Social and Behavioral Communicating
- DELIVER Project Task Order 7
- Food and Nutrition Technical Assistance (FANTA III)

<Box 2-3> USAID의 사업사례

- 프로그램 명: Result based financing program
- 프로그램 기간: 2011년~2014년
- 프로그램 예산규모:
- 프로그램 유형: 파일럿 프로젝트(Pilot Project)
- 집행 담당 기관: TBD

(사업의 개요) Results Based Financing Program은 USAID가 DR콩고에 실시하고 있는 사업으로 2011년부터 2014년까지 파일럿 프로그램으로 실시하고 있다. Results Based Financing Program은 DR콩고뿐만 아니라 아프리카 이웃 국가인 르완다, 부룬디 등에서 실시하고 있는 프로그램으로 DR콩고의 현실에 맞게 조정되어 USAID가 지원하고 있는 사업 대상지역에서 파일럿 프로그램으로 RBF 프로그램의 효과성을 검증하고 결과에 따라 DR콩고에 적합한 디자인으로 실시하고자 하는 목적을 가지고 있다.

(사업의 목적) 본 프로그램은 보건분야의 예산 배정을 증진시키고 예산 집행을 개선하며, 보건분야의 국제 원조의 파편화를 줄이며, 보건 서비스의 질과 접근성을 향상시키며, 민간부문이 예산을 배분하는 것을 증진하는데 이해를 높이도록 하며, 지방 수준에서의 재정 계획을 개선하는 것을 목적으로 한다. USAID는 DR콩고의 파편화된 보건시스템과 매우 열악한 모성, 신생아, 아동 보건 현황을 해결하기 위해 반드시 전제 되어야 할 보건서비스의 질 향상과 보건기관의 활용과 직접적인 연관성이 있는 보건의료인력의 동기 부여를 위해 본 프로그램을 실시하게 되었다.

(사업의 실시배경) 본 프로그램의 실시 배경은 이와 같다. EU, CORDAID, GIZ, World Bank 등과 같은 여러 공여기관들이 RBF 프로그램의 다른 모델에 평가와 파일럿 연구를 지원하였고, 연구를 통해 수집된 데이터와 이에 대한 기본 지식은 르완다와 브룬디와 같은 이웃 국가에서 나타난 바와 같이 RBF를 성공적으로 확장하는 기반을 생성하였다. DR콩고에서 RBF의 상황은 상당히 복잡하다. 과거에 다른 공여기구들에 의해 지원되었던 프로젝트들이 있었고, 이러한 다양한 접근들은 서로 다른 특징과 계획으로 나타났다. 이러한 선행 경험과 이를 기반으로 RBF 파일럿 프로그램이 미국이 보건분야 지원하고 있는 DR콩고의 지역에 적합성을 확인하기 위해 실시하게 되었다.

2002년에 World Bank의 프로젝트인 Emerging Multisectoral Projects for Renovation and Reconstruction (PMURR)의 실시를 통해 근로자들의 성과에 기반한 보너스를 지급하게 되었고, 같은 기간에 European Commission도 보건분야 프로젝트를 실시하게 되었다. Transitional Health Support projects(PATS I)에는 근로자들에게 보너스를 제공하지 않았고 이것으로 인해 효과성이 떨어진다는 것을 인식하게 되었다. PATS II가 실시되었을 때, 지역관리팀(equipe cadre de zone, or ECZ)에게 보너스를 제공이 본 사업에 포함되었다. 같은 기간에 네덜란드 NGO인 CORDAID가 DR콩고와 지역적으로 가까운 르완다에서 첫 번째로 RBF를 시작하였고 그 외에도 캄보디아 등의 국가에서 RBF 형태로 사업을 수행하면서 다른 이니셔티브들에게도 기술적 지원을 제공하고 RBF 시스템의 수행에서 더 깊이 참여하게 되었다. 이러한 RBF의 다양한 형태의 이니셔티브들이 DR콩고의 11개 지방의 189개 Health Zone에서 활동하게 되었다. World Bank에서 2002년에 South Kivu에서 실시한 프로젝트에서 NGO의 RBF 활동으로 지원을 받은 Health Zone에서 지원을 받지 않은 Health Zone보다 서비스 활용에 더 유의미한 개선이 있었음을 보여주었다.

(사업의 필요성) DR콩고의 지역사회 주요 보건의료 서비스 제공자들은 보건의료기관을 운영하고 보건의료 인력의 급여의 대부분을 환자의 의료비용으로 충당하거나 정부의 보건의료기관의 경우 특별히 급여의 수준이 매우 낮거나 급여를 전혀 받지 못하는 경우도 빈번한 상황이다.

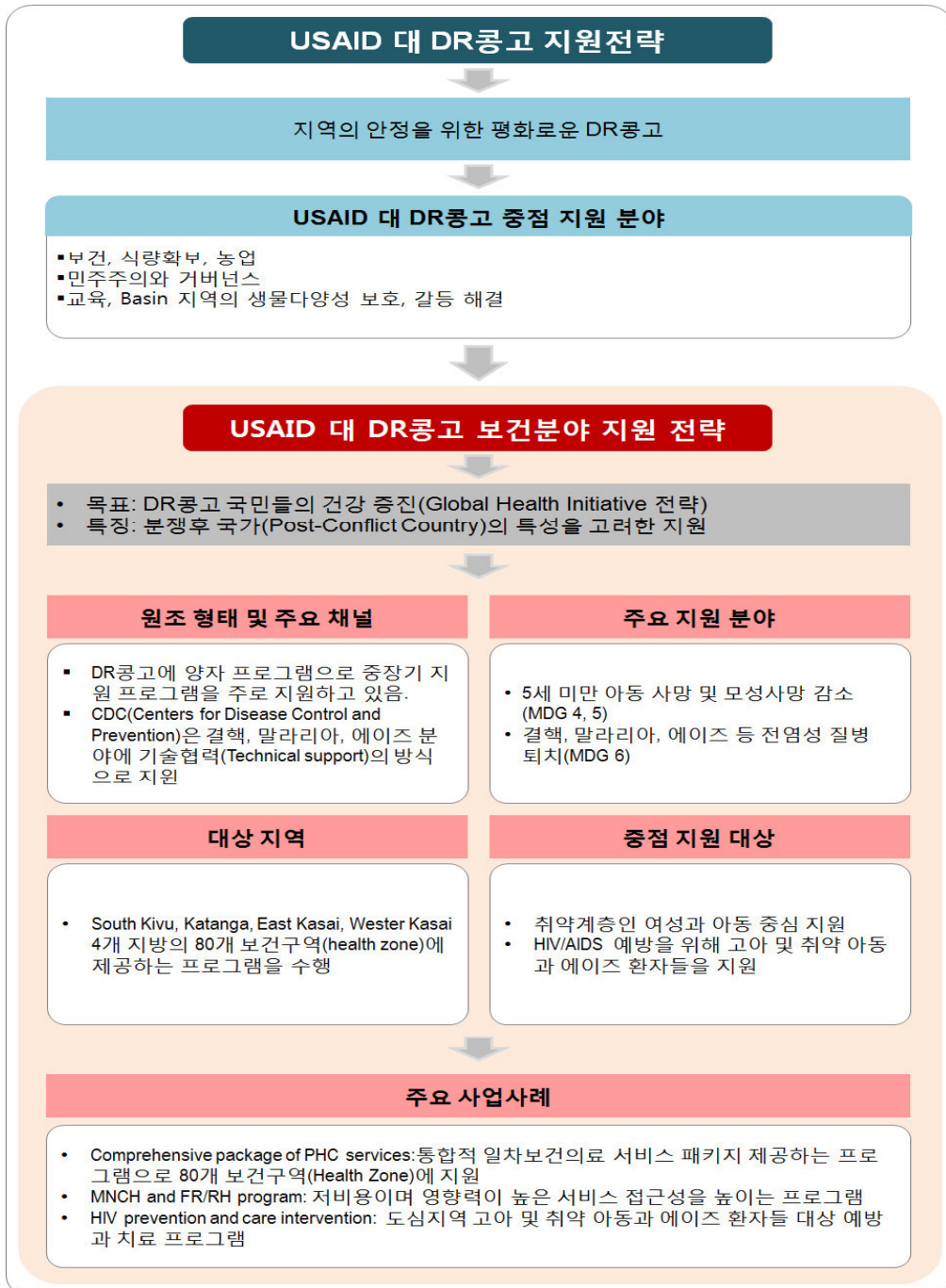
(사업의 수행내용) 본 파일럿 프로그램의 세부적인 수행 내용은 아래와 같다.

- 1) 연구 수행을 통해 어떤 방식의 RBF 메커니즘이 보건의료서비스의 질과 효과성을 높이는지 확인하는 검증을 실시한다.
- 2) PEPFAR PMTCT 촉진 계획(Acceleration Plan) 내에서 RBF의 역할을 확인하는 기술적 지원을 제공한다.
- 3) DR콩고 정부와 다른 개발 파트너들과 RBF의 교훈을 공유하는 워크숍을 다른 주요 이해관계자들과 함께 가지도록 조직하여 RBF 정책과 수행에 관한 정보를 제공한다.
- 4) USAID가 실시하고 있는 통합보건프로그램(Integrated Health Program)의 다른 지역 내의 파일럿 RBF 실시를 위한 적합한 8개의 Health Zone을 확인한다.
- 5) RBF의 표준화된 접근을 증진시킨다. 첫째, 매뉴얼 개발을 지원하고, 둘째, 표준화된 지표들을 확실히 하도록 보건부(MOH) 내의 RBF 담당 부서의 기술적 지원을 제공하며, 셋째, RBF 관리툴을 담당하는 보건부 관리자에게 교육을 제공한다.
- 6) RBF 실행을 위한 가이드를 완성하기 위해 보건부의 연구기획부서(Directorate of Studies and Planning)에 기술지원을 제공한다.
- 7) 성폭력을 위한 도움을 필요로 하는 환자들, 예를 들어 선택된 health zone에 적합하다면 심리사회지원과 노출사후예방(post-exposure prophylaxis, PEP)과 같은 임상적 표준이 포함되는 것이 가능한지 확인하고 젠더 이슈를 고려한다.
- 8) 파일럿 지역과 관리의 지속적인 모니터링과 함께 동반되는 통합보건 프로그램(IHP)의 RBF 활동을 위한 외부 평가를 실시한다 (Global Health Initiative & the Government of DR Congo, 2011).

(사업의 진행사항) 본 프로젝트는 현재 USAID 사업지역 중 7개의 Health Zone에서 파일럿으로 실시되고 있어, 본 연구진의 2014년 2월 현지조사 중 USAID와의 면담을 통해 2014년 중에 파일럿 프로그램의 결과를 도출할 예정임을 확인할 수 있었다. USAID의 인터뷰 중, 본 파일럿 프로그램 진행에서 아직까지 재정적 지원과 접근성의 관련성이 규명되지는 않았으며, 재정적 요소만이 보건의료 서비스 이용을 막는 주요한 장애물이 아닌 것을 확인하였다.

(사업의 시사점) 본 사업의 사례는 DR콩고 지역사회의 보건소 및 보건지소에서 급여를 받지 못한채 일하고 있는 보건의료 인력들에게 동기를 부여하고 이들을 통해 질 높은 보건서비스를 제공할 수 있도록 하는 특징을 갖는다. DR콩고에서는 특별히 보건의료 인력들의 역할의 범위에 따라 보건의료 서비스의 접근성과 서비스 질이 변화 될 수 있으므로, 인력들의 동기를 부여할 수 있는 다양한 방법들이 고려되어 지역사회에 보건서비스를 전달하는 것이 매우 중요하다. 따라서 향후 지역사회를 기반으로 한 보건의료 사업을 기획하고 수행하는 관계자가 사업 지역의 보건의료 시설의 보건의료 인력에게 적절한 동기를 부여할 수 있는 한가지 방안으로 고려할 수 있을 것이며, 해당 사업에 적용 가능한 방법을 제시해주는 사례라고 할 수 있다.

<그림 2-12> USAID 대 DR콩고 지원 전략 및 현황



출처: 저자구성

다. 다자기구 (Multilateral organisations)

<요약. DR콩고의 보건분야 다자기구의 전략 및 특징>

- (주요 관찰 다자기구 DR콩고에 지원하는 주요 다자기구는 Global Fund, IDA, GAVI, 3개의 다자기구가 있으며, 다양한 다자기관이 보건분야에서 지원을 하고 있으나 특별히 지역사회 수준에서 인도적 지원과 통합적 지원을 제공하고 있는 UNICEF를 통해 지역사회 수준의 접근뿐만이 아닌 중앙정부 및 지방정부 수준에서의 접근에 관한 축적된 역량 확인이 가능함. 또한 2014년 GIBS의 의장을 담당하여 DR콩고의 보건분야 공여기관들의 향후 방향과 실행계획 및 협력과 조화와 관련된 진행사항에 대한 객관적인 정보 제공이 가능할 것으로 보았음.
- (UNICEF 보건 전략과 사업의 특징) UNICEF의 DR콩고 국가협력 프로그램의 궁극적인 목적은 DR콩고 아동들의 권리 보장을 위한 환경조성을 하는 것으로, 별개의 보건의료전략 없이, DR콩고-UNICEF 5개년 국가협력프로그램에 아동 생존, 교육, 아동보호, HIV/AIDS, 식수 및 위생, 인도지원 등 보건과 연관되는 이슈들을 포함하여 보건사업을 진행하고 있음. UNICEF가 지원하는 ICCM 사업은 아동 보건에 있어 다루어야 할 주요한 질병인 말라리아, 폐렴 등을 지역사회 중심의 자발적인 관리가 이루어질 수 있도록 하는 프로그램이라는 점에서 지역사회 참여를 이끌어 낼 수 있는 지속가능성의 특징을 가지고 있음.

1) UNICEF

가) 다자기구의 전략

- (DR콩고-UNICEF 국가협력프로그램) UNICEF는 DR콩고 정부, NGO 및 아동들과 다양한 분야 사업 수행을 위해 활동하고 있다. DR콩고와 UNICEF사이의 협력 프로그램은 5년 단위로 체결되며 2013년 초 2013-2017 DR콩고와 UNICEF 새로운 프로그램이 착수되었다.
- (주요 중점 지원분야) UNICEF DR콩고는 5개년의 프로그램 내 아동 생존, 교육, 취약아동 보호, HIV/AIDS, 식수 및 위생, 인도적 지원, 지역사회 및 가족에 대한 지원을 중점적으로 하고 있다 (UNICEF 홈페이지).
- (DR콩고-UNICEF 보건분야 전략) UNICEF의 DR콩고 국가협력 프로그램의 궁극적인 목적은 DR콩고 아동들의 권리 보장을 위한 환경조성이다. 이에 따라 보건분야 전략은 별개로 존재하지 않으나 아동 권리보장을 궁극적 목표로 하는 국가협력 프로그램에 보건분야의 요소들이 포함되어 있음을 발견할 수 있다.
- (2013-2017년 프로그램) 2013-2017년 UNICEF와 DR콩고 협력 프로그램의 목표는 DR콩고 아동들의 권리 보장을 위해 적절한 환경에서 태어나고 성장할 수 있도록 보장하는 것이다. 본 프로그램을 통해 기대되는 효과는 1) 아동의 생존; 2) 모두를 위한 기초 교육; 3) 아동보호를 위한 거버넌스; 4) 아동 권리 보장을 위한 적절한 환경; 5) 긴급 또는 변화 상황에 대한 준비이다. UNICEF는 11개 지방 (Province)에서 Maniema 지역을 제외하고 모든 지방에 UNICEF 지방 사무소를 가지고 전국적 지원을 실시하고 있다 (UNICEF, 2013).

<Box 2-4> UNICEF의 사업사례

- 프로그램 명: Integrated Community Case Management Program
- 프로그램 기간: 2005년-2014년
- 프로그램 예산규모: TBD
- 프로그램 유형: 프로그램(Program)
- 집행 담당 기관: DR콩고 보건부

(사업의 개요) Integrated Community Case Management Program은 UNICEF를 비롯한 다양한 공여기관에 의해 지원되는 사업으로 말라리아, 폐렴, 설사 질병을 관리하는 프로그램이다. 이 프로그램은 2005년부터 2014년까지 보건부에 지원되는 프로그램이다. 이 프로그램이 실시되는 지역은 DR콩고 10개 지방(Province)에 78개 보건구역(Health Zone)이며, 716개의 ICCM 지원 지역이 있고 이는 160만명 이상을 지원하는 규모의 사업이다.

(사업의 목적) 본 프로그램의 목적은 질병에 걸린 아동과 아동이 포함된 지역사회에 아동의 말라리아, 폐렴, 설사로 인한 사례 관리를 제공하고 아픈 신생아 발견과 후송을 통해 아동의 질병 이환율과 질병으로 인한 사망률을 줄이는 것이다.

(사업의 배경) DR콩고에서 ICCM의 시작은 실제로 지역사회요원에 의해 보건의로 서비스가 제공되던 식민지 시대의 개념으로부터 시작되었으나, 현재 ICCM은 1978년의 Alma Ata 컨퍼런스 이후에 시작된 DR콩고 일차보건의료 전략에 기반을 두고 있다. 이 전략의 실행은 1990년과 2002년까지 내전으로 인해 중단되어 있었으나, 2003년에 과도정부가 설립된 이후에 일차보건의료 전략 실행이 시작되었다. 2003년 보건부에 의해 DR콩고 국민들의 건강상태를 증진하기 위해 지역사회 자원활동요원을 활용하여 격차를 줄이기 위한 활동을 포함하여 보건문제 해결 방안을 강구하기 시작했다. 2004년 10월, 세네갈에서 지역사회기반 급성호흡기감염(ARI) 치료에 관한 연구결과는 보건부 내에 ICCM에 대한 관심을 높였고, ICCM를 통해 말라리아, 설사, ARI, 영양실조 4가지 질병의 통합적 관리를 결정하는 회의까지 진행될 수 있었다. 2005년 보건부 차관은 ICCM 전략 실행 담당부서

로 국가조정위원회를 설립하였고, 국가조정위원회가 실행계획을 개발하고, 프로그램이 실시된 대상지역을 선택하여 해당지역의 설문조사로부터 확보한 결과를 활용하였다. 2006년 3월, DR공고 대표가 세네갈에서 실시된 폐렴의 지역사회관리 관련 지역컨퍼런스에 참가하여 DR공고의 경험을 공유하였고, 2007년에는 그 간의 경험으로부터 얻은 교훈을 바탕으로 보건부에서 ICCM 대상지역을 위한 실행 가이드를 완성하였고 확장전략을 준비하였다. 보건부 자체적으로 실행가이드의 서문을 작성했으며, ICCM 파트너 기관들이 421개의 ICCM 대상지역 훈련을 마치고 224개의 ICCM 대상지역에서 프로그램이 시작되었다. 2009년에는 당시 515개의 보건구역 중 78개의 보건구역, 11개 중 10개의 지방(Province)까지 전략을 확장하였다. 2010년에는 ICCM에 6개 보건구역에서 지역사회 기반으로 피임도구 배포를 파일럿으로 실시하면서 가족계획이 의료서비스 패키지에 포함되었다.

(사업수행내용) 프로그램 수행 내용은 생후 1달 미만의 생후 1달 미만 신생아와 1세부터 5세까지의 아동들에게 말라리아, 폐렴, 설사의 증상이 있을 때에 증상을 확인하고 즉시 보건기관으로 후송하며, 집에서 이러한 질병을 관리하도록 한다. 또한 지역보건요원에 의해 의약품, 소모품, 진단키트 등을 제공하고, ICCM 프로그램 활용을 위한 지원과 지역사회의 수요를 창출하고, 5세 미만 아동이 열, 감기, 설사 등의 증상이 있을 때 이를 치료하고 가족들이 집에서 돌볼 수 있는 방법을 상담해주는 교육을 제공한다. 심각한 증상이 있는 신생아 혹은 아동의 경우 즉시 병원 후송을 하도록 하고, ICCM 자료를 수집하고 보고하며, 동료 검토를 받도록 하는 내용으로 구성되었다.

이 프로그램은 5가지 레벨의 다른 활동을 포함하고 있는데, 중앙정부 수준의 활동과 지방정부 수준의 활동, 보건기관 수준의 활동, 지역사회 수준, 지역보건요원 수준의 활동으로 아래와 같이 각각 구성되어 있다.

1) 중앙정부 수준의 활동

- 자원 동원 및 옹호 활동 실시
- 지방정부를 비롯한 여러 이해관계자들의 이해를 돕고 문제에 대해 인지하도록 도움

- ICCM 실행 계획을 설계하고 감독
 - 지방정부의 교육과 수퍼비전을 위한 초기 역량을 강화함
 - 모니터링과 수퍼비전, 평가 실시
 - 전략의 실행을 위한 가이드 관련 연구 실시
 - 의약품과 기자재의 안정성을 확인함
 - ICCM 프로그램 실행을 위한 약품 준비
- 2) 지방정부 수준의 활동
- ICCM 프로그램을 위한 지역보건요원을 선정하고 지역사회에 안내와 이에 대한 내용을 알도록 함.
 - 지역보건요원과 수퍼바이저 교육
 - 의약품과 기자재의 조달과 제공
 - 지역사회수준에 ICCM 수퍼비전과 모니터링
 - 의약품의 부작용 모니터링
- 3) 보건기관 수준의 활동
- ICCM 실행을 위해 지역보건요원을 선정하고 지역사회를 지원함
 - 이송된 환자와 환자에게 제공되어야 할 보건의료서비스를 관리함
 - 지역보건요원에게 제공할 의약품과 기자재를 보충하고 수퍼비전과 교육 제공
 - 의약품공급체계(supply chain)의 관리
 - 지역보건요원의 기록을 요약하고 지역정부에 보고
 - ICCM에 관한 옹호활동과 지역사회와의 협력관계 유지
 - 위험징후가 있는 신생아 돌봄자가 보건기관으로부터 의료서비스를 구하도록 지원함
 - 의약품의 부작용 보고
- 4) 지역사회 수준의 활동
- ICCM에 지역사회가 참여하도록 동원
 - ICCM 참여를 위한 지역보건요원 선정

- ICCM을 위한 의약품의 배포를 담당할 지역보건요원 동기부여
- 의약품 배포 모니터링

5) 지역보건요원 수준의 활동

- 아동 치료와 어머니 상담 제공
- 아동들을 지역보건기관에 후송
- 치료받은 아동의 지속관찰
- 산모와 신생아를 위한 가정방문
- 환자 기록 보관 및 가까운 보건의료기관에 보고
- 의약품 부작용 보고 및 부작용에 관한 경고

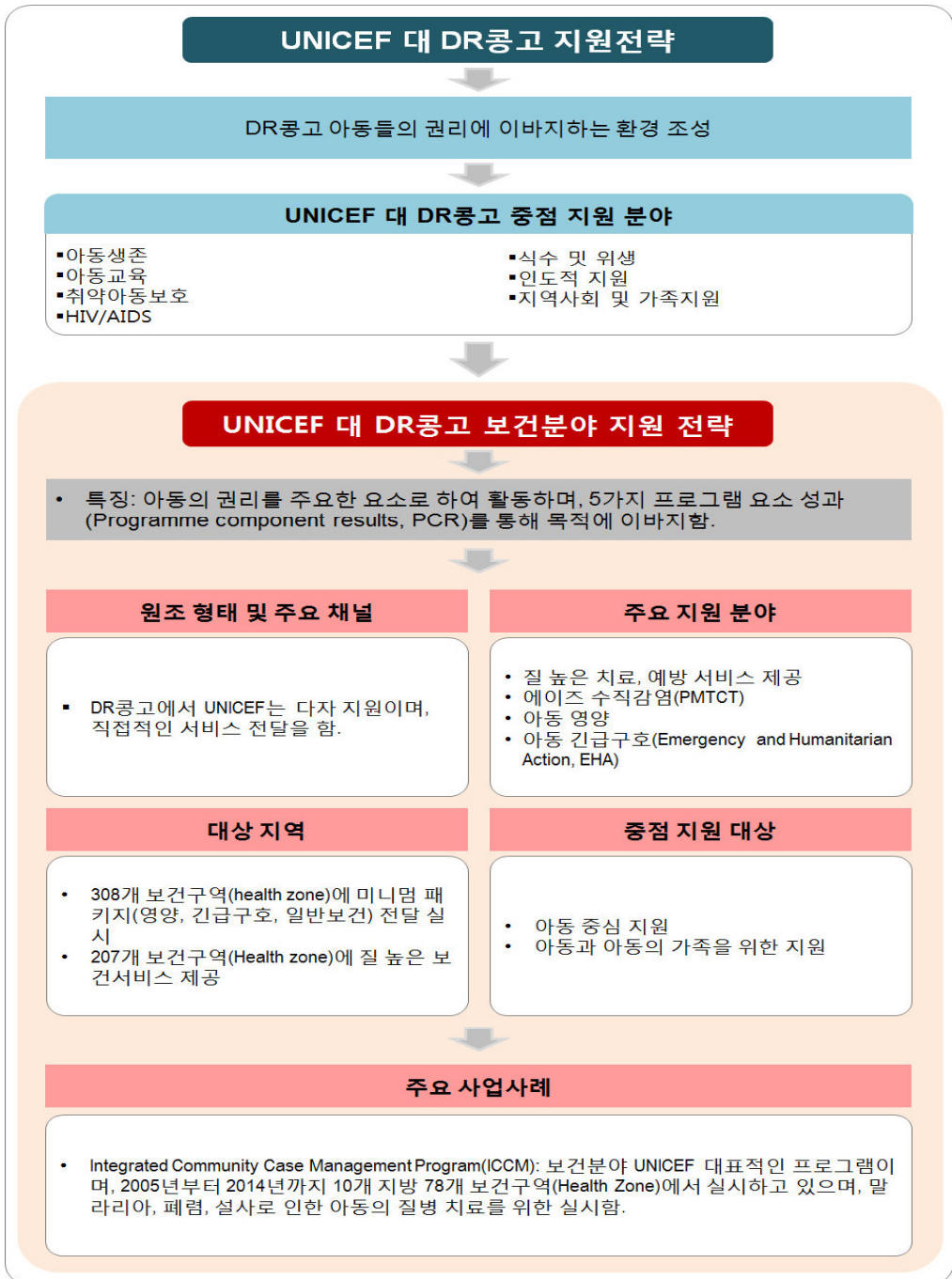
(사업 파트너) 본 프로그램은 다양한 파트너들로 구성되어 있는데, 13개의 주요 파트너들이 사업실행, 기술, 재정적 지원에 기여하고 있다. USAID에 의해 지원을 받고 있는 주요 파트너는 아래와 같다. Basic Support for Institutionalizing Child Survival(BASICS)와 Maternal and Child Health Integrated Program(MCHIP)이 있고, 그 외에도 Integrated Health Services Project (AXxes)이 USAID에 의해 지원되고 있다. UNICEF, WHO, Management Sciences for Health(MSH), Rational Pharmaceutical Management Plus(RPM+), GIZ도 함께 참여하고 있다, 또한, Centre de Coopération Internationale en Santé et Développement(CCISD)가 지원하는 보건분야 지원 프로젝트(Projet d'Appui à la Réhabilitation du Secteur de la Santé, PARSS)도 있으며, Health Net International, the International Rescue Committee, Catholic Relief Services, The Eglise du Christ au Congo (ECC), National Malaria Control Program(PNLP), 가족보건협회(Association de Santé Familiale, ASF), Population Services International(PSI), Canadian International Development Agency(CIDA)도 ICCM의 주요 파트너이다 (UNICEF, 2010).

(사업의 도전과제) 본 프로그램 실행을 위해 보건부는 명확한 목표를 가지고 ICCM이 직면한 프로그램의 수직화 문제를 예방하고 다양한 이해관계자들의 협력과 합의를 만들었으나 넓은 영토를 가지고 있는 DR공고의 특성상 중앙수준뿐만

이 아니라 지역단위로부터 지방정부 수준, 중앙정부 수준까지 지방분권화 계획 내에서 주인의식과 조정이 필요하다. 재정의 부족으로 인해 다양한 파트너들의 의존성이 높아지게 되어 이에 대한 지원이 필수불가결한 상황이다. 또한 지역보건요원의 동기 부족 또한 다루어져야 하며, 약품 재고의 부족 문제 또한 이 프로그램의 주요한 도전과제 중 하나이다. 그 외에 주요한 과제는 지역보건요원과 보건의료기관 사이에 후송시스템으로 실제 넓은 지역특성과 안정성의 문제 때문에 보건기관의 접근성에 어려움이 있고, 보건소로의 환자 후송이 체계적이지 못하다. 또한 보건전문가에 의해 정기적인 모니터링 회의를 통해 코칭이 지원되고 있으나 현장에서의 관리 및 감독은 예산 지원이 충분치 못하여 실제로 제공되지 못하는 상황이다 (USAID & MCHIP, 2012).

(사업의 시사점) 본 사업의 사례는 아동 보건에 있어 다루어야 할 주요한 질병인 말라리아, 폐렴 등을 지역사회 중심의 자발적인 관리가 이루어질 수 있도록 하는 프로그램이라는 점에서 지역사회 참여를 이끌어 낼 수 있는 지속가능성의 특징을 가진다. 지역사회 수준의 전문적인 보건인력이 부족한 DR공고의 특성에서 질병의 관리가 효과적이며 효율적으로 이루어질 수 있게 하는 프로그램이라는 측면에서, 향후 사업을 기획하고 이행하는 관계자가 보건 프로그램에 적용할 수 있는 교훈을 제공하고 있다.

<그림 2-13> UNICEF 대 DR콩고 지원 전략 및 현황



출처: 저자구성

제3장. 종합제언

1. 요약 및 시사점

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

가. 협력국의 보건정책 우선순위와 CPS 및 KOICA의 보건전략과의 일치

- 현 DR콩고 정부는 국가개발 우선순위 5가지 중 보건분야를 선정하여 강조하고 있으며, 제2차 빈곤감소 및 성장전략에서 사회 서비스 접근 향상과 취약성 감소와 HIV/AIDS 퇴치를 주요 전략으로 삼아 원조기관들이 이러한 정부정책에 일치하는 지원을 하고 있는 상황이다. DR콩고 정부는 보건시스템강화전략(SRSS)에서 보건구역 개발, 보건분야 리더십 및 거버넌스 강화, 보건인력개발, 약품분야 개선, 보건재정분야 개선, 분야 간 및 분야 내 협력의 세부 목표를 설정하였으며, 국가보건개발계획에서 보건지역개발 및 개발을 위한 지원, 리더십 및 거버넌스 강화, 섹터간 협력 강화, 3가지의 우선순위를 선정하였다. 이를 위해 정부와 공여기관이 함께 원조의 일치와 조화에 중점을 두어 지원을 실시하고 있으나, 안전 문제와 재정의 한계로 인해 전국에 균형적인 지원이 이루어지지 않고 있는 상황이다. 따라서 KOICA가 DR콩고의 보건분야 지원에서 협력국의 우선순위에 대한 조화와 함께 보건의료 지원을 받지 못하고 있는 분야 지역을 중심으로 한 균형적인 지원 전략을 세울 필요가 있다.

- 현재 우리 정부의 DR콩고 국가협력전략(CPS)의 제시된 3대 우선순위 분야는 농촌종합개발(농촌종합개발모델화), 보건환경(상수도 개발, 식수개발), 보건의료(말라리아 퇴치, 모자보건을 위한 지역보건의료체계 강화)이며, 보건분야가 우선 지원 분야로 선정되어 있다. 따라서 우리 정부가 지원하고 있는 보건분야 중, 말라리아 퇴치, 모자보건을 위한 지역보건의료체계 강화를 고려하여 양자사업, 민관협력, 멀티바이사업 등 DR콩고 현장에 적합하고 효율적인 유형과 형태의 사업을 제안하는 것이 필요할 것으로 보인다.
- KOICA의 보건분야 지원은 DR콩고의 보건분야 우선순위와 함께 <KOICA 보건분야 전략 2011-2015>에 명시된 전략적 방향성과 조화를 이루는 것이 중요하다. DR콩고의 중앙정부에 대한 보건의료체계 강화의 전반적인 영역은 주요 양자자공여기관에서 지원을 실시하고 있으며, 보건의료 체계 강화와 보건의료 서비스 접근성 강화, 보건인력 개발은 중앙정부(Central Level)의 수준보다는 그 하위의 지방정부(Intermediate Level)과 지역사회 수준(Peripheral Level)에 중점적인 지원이 필요할 것으로 보인다.

나. 협력국의 건강/질병 및 보건의료 시스템의 문제의 심각성

- DR콩고 중앙정부와 다양한 공여기관은 넓은 영토를 가지고 있는 DR콩고 전반의 일차보건의료 서비스의 접근성을 향상하기 위해 특별히 전국적인 고른 지원과 중복지원 예방을 위해 노력하고 있다. 이를 위해 “Appui Global(통합적 지원)” 전략을 설정하고 DR콩고 전국에 516개의 보건구역(Health Zone)에 일차보건의료의 요소들이 지원될 수 있도록 노력을 기울이고 있으나 보안 및 안전의 문제와 재정 지원의 한계가 지속적으로 나타나고 있어, DR콩고 전국적인 보건의료 서비스 전달에 심각한 제약이 있는 것으로 분석되었다. 따라서 516개의 보건구역(HZ) 중, 어떠한 지원도 이루어지지 않고 있는 지역 혹은 한국 정부가 이미 농촌개발 혹은 인프라 지원 등의 사전 사업을 통해 해당 지역에 대한 축적된 노하우 및 네트워크가 있는 곳에 일차보건의료의 주요 요소 및 보건분야 중 지원이 시급히 필요한 보건의료 서비스를 선정하여 이를 지원하는 프로그램 및 프로젝트를 기획하는 것이 효과적인 것이다.

- 더불어, DR콩고는 보건분야에서 지방수준(Intermediate level)의 체계가 확립되지 않아, 실제 계획이 실행되는 지역사회(Peripheral level)와 전략과 계획 수립을 하는 중앙정부(Central level)의 유기적인 연계가 원활히 이루어지도록 하는 역할을 수행할 수 있는 거버넌스 역량이 부족하여 국가의 지역사회 수준부터 중앙정부수준까지 전체적인 보건의료체계 강화에 큰 한계를 경험하고 있다. 따라서 DR콩고의 보건의료체계 강화를 위해 향후 지방정부 수준의 거버넌스 강화를 위한 지원이 가능할 것으로 보인다.
- DR콩고의 보건의료 서비스의 질의 문제는 보건의료시스템 전반에 걸친 문제로서 기본적으로는 부족하고 제약적인 재정으로 인해 식수와 전기가 제공되는 보건의료 인프라의 부족과 의약품, 기자재 부족이 현실적인 문제점으로 지적되었으나, 가장 큰 문제점은 보건의료인력의 동기 부족과 역량의 한계가 직접적인 영향을 미치는 요인으로 제시되었다. DR콩고의 보건의료인력 중 급여를 지급하지 못한 인력의 비율이 약 72%에 달해 보건의료인력 10명 중 7명이 급여를 받지 못하고 있는 상황이었다. 또한, 인구 10,000명당 5.3명인 간호사 및 조산사의 현황은 아프리카 다른 국가의 약 1/2 수준으로 나타나 보건의료인력이 절대적으로 적어 인력 부족이 심각한 상황이며, 보건의료인력의 역량이 매우 부족한데 비해 이를 보완할 수 있는 적절한 교육과 훈련의 기회는 매우 적었다. 현재 JICA에서 중앙정부 보건의료 인력 개발 부문을 장기적인 전략과 계획하에 진행하고 있는데 반해, 위에서 제시된 보건의료인력의 문제는 지역사회 수준의 보건의료인력들이 심각하게 겪고 있는 상황으로, 이에 대한 해결이 시급히 필요한 상황이다.

다. DR콩고 내 주요 공여기관들의 보건 분야 지원 전략과 특징

- (분쟁 후 국가로서 정치적, 군사적 불안정으로 인한 개발 환경의 장애) 콩고민주공화국은 1908년 벨기에에 의해 식민지로 건설되었고, 1960년 콩고공화국이라는 이름으로 독립하였다. 벨기에 지배 시절에 무자비한 착취와 탄압으로 인해 수백만명이 인명 피해를 입었고 독립이후에도 쿠테타와 1,2차 내전으로 2000년대 초까지 불안정한 정치적 상황이 지속되었다. 그 이후에도 우간다, 르완다 및 브룬디와 접경하고 있는 동부지역에서 광물자원을 둘러싼 정부군과 반군세력 간의 무력

충돌이 지금까지 계속되고 있다. 콩고민주공화국의 정부는 국가개발을 위해 목표를 설정하고 목표 달성을 위해 해외의 원조를 적극적으로 유치하여, 2012년 사하라이남 아프리카에서 가장 많은 지원을 받는 국가이나 정치적, 군사적 불안정으로 인해 원조 기관들이 다양한 분야에서 실제 원조 사업을 실행하는데 한계를 가지고 있다.

- **(DR콩고 보건분야 지원의 제약과 한계)** DR콩고는 내전 이후에도 동부 지역에 정부군과 반군의 분쟁 상황으로 인해 아직까지 국가의 안보와 안전의 문제를 겪고 있는 상황이다. 이러한 상황으로 인해 보건분야는 국가의 안보 이슈에 비해 상대적으로 우선순위에서 밀리게 되고, 정부 예산에서 보건분야의 예산은 그 중요도에 따라 상대적으로 적은 비율이 배정되어 2012년 정부 전체 예산 중 3.91%만이 보건분야 예산으로 지출되어 굉장히 적은 예산이 보건분야에 배정되었다. 보건분야 재정 부족은 DR콩고 공공의료에 부담하는 비율은 상대적으로 적어지게 되고 환자부담비용(Out of Pocket)의 비용이 늘어나면서 자연스럽게 공공의료 서비스를 제공하는 보건소, 병원의 활용율이 낮게 만들고, 정부의 의료인력의 임금지불이 어려워지며, 결과적으로 보건서비스의 질 문제와 전달의 제약으로 이어지는 복합적인 문제를 야기하게 되는 DR콩고 공공의료 분야의 전체적인 한계로 지적되었다.

라. KOICA의 대 DR콩고 보건 분야 지원전략과 현황

- 앞서 언급한 바와 같이 우리 정부의 DR콩고 국가협력전략(CPS)의 제시된 4대 우선순위 분야는 첫째, 모자보건과 식수, 둘째, 농촌지역개발 및 영농기술 훈련, 셋째, 기술직업, 교육훈련, 넷째, 전력과 도로 및 인프라 구축이다. 국가협력전략에 모자보건과 식수가 포함되어 보건분야가 우선 지원 분야로 선정되어 있다.
- KOICA는 DR콩고에 양자지원 (2012년 기준 약 5억 원)만을 통해서 보건 분야를 지원하고 있으며, 주요 지원 분야는 기초보건, 식수 공급 및 위생, 인구정책/시책 및 생식 보건 분야이다. 프로젝트형 원조를 통해 DR콩고 반돈두주 5개 보건 구역

말라리아 퇴치 및 역량강화사업, 모자보건 향상을 위한 Kwango 지역 보건역량강화사업, DR콩고 DR콩고 이디오파 식수개발사업을 시행하고 있으며, 현재 DR콩고는 국가의 영토를 516개 지역으로 분류하여 공여기관에게 지원 지역을 선정해주는 시스템을 가지고 있는 국가로서, KOICA는 '반둔두'지역에서 사업을 수행하고 있는 상황이다.

〈표 3-1〉 DR콩고 보건 분야 프로젝트형 사업 현황

사업명	기간	지원금액(USD)
DR콩고 반둔두주 5개 보건구역 말라리아 퇴치 및 역량강화사업	2012-2014	400만 불
DR콩고 모자보건 향상을 위한 Kwango지역 보건역량 강화 사업	2013-2015	600만 불

출처: KOICA 통계 사이트

2. DR콩고 보건전략의 기본방향

- 1, 2, 3장에 제시된 연구의 시사점을 바탕으로 a) 통합보건 프로그램형, b) 지역사회 수준의 신생아와 영유아의 질병관리, 모자보건을 위한 기초응급산과관리 서비스 강화, c) 지방보건국에 역량강화에 집중된 전략을 제시함.

가. (협력방안) 모자보건 중심의 ‘통합보건 프로그램형’

○ KOICA의 DR콩고 협력전략은 중장기적으로 통합적 보건 프로그램을 제공하는 방향으로 초점을 둘 수 있을 것으로 보인다. 본 연구의 총괄보고서에서 상세하게 다룬 바와 같이, DR콩고는 ‘통합보건 프로그램형(CP형, Partnership for Comprehensive Health Program)’으로 구분하였다. DR콩고에서 기존에 한국 정부가 지원을 제공한 지역을 집중하여 전통적 모자보건을 중심으로 하되, 지역사회의 아동 질병 치료를 비롯한 기초보건 서비스를 제공하는 프로젝트로 시작하여 중장기적으로 프로그램화 할 것을 제안한다. 현재 KOICA는 DR콩고의 보건문제가 있는 지역인 ‘반둔두’ 지역을 선정하여 말라리아와 모자보건 프로젝트를 실행하고 있으며, 이러한 프로젝트들은 DR콩고 보건정책에 일치된 방향으로 지원되고 있다. 따라서 이렇게 이미 진행되고 있는 프로젝트의 성과가 추후 확장되고 시너지 효과를 내기 위해 후속 사업은 기존 모자보건 사업과 말라리아 사업과 연계한 기초보건 서비스를 제공할 수 있을 것으로 보인다. 또한, 앞서 언급된 바와 같이, 다양한 공여기관들이 DR콩고에 지원하고 있는 지역(Health zone)에 통합보건 프로그램을 실행할 수 있도록 하는 정책적 방향성을 가지고 있으므로, 한국 정부도 장기적으로 ‘통합보건 프로그램형’으로 지원하는 것이 부합하다고 본다.¹¹⁾

나. (지원 세부 분야) 지역사회 수준의 신생아와 영유아의 질병 관리, 모자보건을 위한 기초응급산과관리 서비스 강화

11) 국가별 보건의료 협력의 유형 구분은 총괄보고서를 참고.

○ **(지역사회 수준의 신생아 및 영유아 질병 관리)** DR콩고의 보건현황은 앞서 본문에서 언급된 바와 같이 전체적으로 지표가 좋지 않은 상황이다. 특히, 아동보건에 있어서 5세 미만 아동의 사망률이 출생아 1,000명당 158명으로 신생아와 영유아의 질병관리가 지역사회의 수준에서부터 관리가 제대로 이루어지지 않고서는 이러한 지표가 개선 될 수 없다. 특히, 시골지역 영유아의 경우, 아동 사망의 주요 원인인 말라리아, 설사병, 폐렴을 가진 아동이 치료 받는 비율이 4%, 26%, 40%로 나타나 적절한 질병관리의 필요성을 보여주고 있었다. 따라서 향후 KOICA는 현재 반둔두 지역에 지원하고 있는 사업에 후속으로 지역사회 수준에서 아동의 질병관리와 적절한 진료 및 치료가 이루어질 수 있게 하는 지원을 실시할 수 있을 것으로 보인다. 앞서 언급되었던 UNICEF의 ICCM 사례가 그와 같은 대표적인 지원이며, 이는 교육받은 지역보건인력을 통한, 영유아의 질병 증상을 확인하고 증상에 따라 적절한 개입을 할 수 있도록 하고, 심각한 증상의 아동은 보건소 혹은 상위병원으로 이송할 수 있도록 지역사회 수준에서 관리 체계를 만들어주는 지원이다. 이렇게 지역사회 수준에서의 신생아를 포함하여 영유아의 질병을 적절히 관리할 수 있는 역량을 높인다면, DR콩고의 높은 아동사망율을 줄이는데 기여할 수 있을 것으로 보인다.

○ **(안전한 분만 서비스와 기초응급산과관리(BEmONC) 제공 확대)** DR콩고는 현재 높은 모성사망비를 개선하기 위해 공여 파트너들과 보건부가 함께 다방면의 노력을 진행하고 있다. DR콩고는 보건소 및 시설에서 분만하는 것에 문화적인 거부감을 가지고 있지 않으며, 시설 분만에 대한 기본적인 인지도가 높은 편이기 때문에 실제 숙련된 보건의료 인력에 의한 출산의 비율이 79%에 이르는 것을 확인할 수 있다. 이렇게 숙련된 보건의료인력에 의한 출산이 높음에도 불구하고 높은 모성사망비를 보이고 있는 이유는 숙련된 보건의료인력이 분만을 돕고 있으나 분만을 개조하는 인력이 제공하는 서비스의 질이 낮기 때문이다. 따라서, 보건의료인력이 분만을 정상적으로 도울 수 있도록 적절한 교육이 필요하며, 보건소를 비롯한 시설의 적절한 기자재와 의약품이 갖추어져야 한다. 이와 함께 보건소 수준에서 정상분만 이외의 위험분만과 응급상황을 다룰 수 있는 여건이 갖추어져야 실제 보건소에 도착하여 출산하게 되는 고위험군 산모의 관리가 가능하게 되고 사망을 예방할 수 있다. 이를 위해 보건소 단위에서 기초응급산과관리(BEmONC)

인력과 의약품 및 기자재 또한 필수적으로 갖추어져야 한다. 하지만 이와 함께 고려되어야 하는 문제는 실제 보건의료 서비스를 제공하고 있는 보건의료인력들이 급여를 받고 있지 못하는 비율이 70% 이상이 되므로 이들은 매우 업무에 동기 부여가 되어 있지 않은 상황이다. 따라서 이러한 근본적인 문제를 해결하거나 해결할 수 있는 방안과 함께 지원되어야만 적절한 성과를 거둘 수 있을 것이다.

다. (시스템 강화) 지방 보건국의 역량강화

- (지방 수준(Intermediate Level) 보건국의 보건행정 역량강화) 앞서 본문에서 나타난 바와 같이, DR콩고는 보건부문의 행정개편에 따라 지방 수준(Intermediate level)의 보건국의 역할과 기능이 정착되지 않은 상황인 것을 현지조사를 통해 확인하였다. 현재, 일반행정 단위와 보건행정 단위가 일치하지 않고, 보건행정 단위인 지방 보건국(DPS)에 기능 강화를 위해 우선적으로 역량강화가 필요한 시점이다. 따라서, DR콩고의 지방 보건국(DPS) 인력들이 각 지방의 병원과 보건소, 보건지소들에서 정상적인 보건의료 서비스가 제공될 수 있도록 하기 위해 행정적인 지원과 기술적인 지원이 이루어지도록 하는 기능을 담당해야 한다. 하지만 현재 상황에서는 개편이 정착되지 못한 상태이며, 보건 부문의 기술적인 역량이 충분하지 못한 상황이므로 역량강화를 위한 지원이 가능할 것으로 보인다.

3. DR콩고 보건사업의 수행전략

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

가. 원조 유형별 지원 방안

- (양자 지원) 보건분야는 DR콩고의 개발 전략에서 중점분야일 뿐 아니라 아국 또한 보건분야를 DR콩고의 중점 지원 분야로 선정하고, 현재 반둔두(Bandundu) 지역에서 보건분야 사업을 수행하고 있다. 또한, DR콩고의 보건분야에 대한 정부의 수요와 보건문제의 심각성, 보건시스템 강화를 위한 지원의 필요성을 고려하였을 때, DR콩고의 개발정책에 일치되고 조화된 지원이 지속되는 것이 중요하며, 현재 진행되고 있는 반둔두 지역의 보건 양자 사업을 기반으로 하는 대규모 양자 지원 사업으로 앞서 제안된 다양한 보건분야 사업의 실행이 가능할 것으로 판단된다.

나. 사업 유형별 지원 방안

- (프로그램 및 프로젝트) DR콩고 내 주요 공여기관들은 통합적 지원(Appui global)을 통해 특정 지역을 담당하는 기관이 전반적인 보건문제를 다루는 방법을 취하고 있다. 이에 KOICA는 기존 말라리아 및 모자보건 관련 사업을 수행하고 있는 반둔두 지역에 통합적 형태의 보건분야 지원을 하는 것이 적절하다고 판단된다. 지역사회 수준의(peripheral level) 보건소에 대한 지원 뿐 아니라 중간수준의 (intermediate level) 보건국까지의 통합적 접근이 필요하다. 즉, 장기적인 관점에서 특정 지역에서의 타 분야와의 연계를 통한 프로그램 형태로 지원할 수

있으며 특히 농촌지역개발사업으로 보건, 식수, 인프라(전기) 제공을 연계한 프로그램 시도를 통해 시너지 성과 제고 방안을 강구할 필요가 있을 것이다.

- **(인도적 지원)** DR콩고의 동부 지역은 정부군과 반군간 분쟁이 여전히 지속되고 있는 지역으로, 다자기구와의 협력 혹은 양자기구의 공동펀드 참여를 통해 인도적 지원이 가능할 것으로 예상된다. 특히, 해당 지역은 르완다 지역에서 지속적으로 유입되는 난민이 발생하고 있으며, 분쟁 상황에서의 여성과 아동의 성폭행 등이 심각하게 나타나고 있는 상황이다. 이에 따라 소득수준, 교육수준 뿐 아니라 보건 서비스 접근에 있어서도 매우 취약한 지역이다. 이러한 지역은 인도적 지원을 전문으로 하는 기관과의 협력을 통해 지원할 수 있을 것이다.

다. 전달 채널별 지원 방안

- **(NGO 지원)** DR콩고는 보건분야 내 대규모 양자지원사업을 실행할 수 있으나, 정치적, 군사적 안보와 안전이 가장 중요한 국가이며 특정지역에서는 더욱 면밀한 지역적 고려가 필요하다. 이러한 점을 비추어 보았을 때, 지역사회 수준에서 활동하고 있는 다양한 국제비영리기구(INGO)들과의 연계를 통한 사업 수행이 필요할 것으로 보인다. 현재 DR콩고 지역사회 수준에는 지역적 전문성과 역량을 보유한 다양한 비영리기구(NGO)들이 직접적인 보건의료 서비스를 제공하고 있으므로, INGO, Local NGO, 한국 NGO 등과의 협력을 통해 지역사회 수준에 직접적인 보건의료 서비스를 전달이 가능할 것으로 보인다.
- **(멀티바이 지원 사업 발굴)** DR콩고 내에서 보건 분야에서 오랜 기간 동안 지원을 실시하고 있는 여러 다자 공여기관이 있다. 특히 DR콩고는 분쟁 후 국가(Post-conflict country)로서 특정 지역에 여성과 아동을 대상으로 UNICEF가 통합적인 사업을 진행하고 있다. KOICA 또한 넓은 지역에 예방접종, 영양사업, 모자보건 관련 서비스 제공사업 등과 같은 지원을 하고 있는 UNICEF 등의 다자기구를 통해 멀티바이 사업으로 필요한 지역에 적절한 지원이 가능하며 효과성을 높일 수 있을 것으로 판단된다.

라. 중점지원 지역

- DR콩고는 넓은 영토를 가지고 있는 국가로서 보편적인 보건의료 서비스 보장을 위해 전국에 보건의료 서비스 접근성을 높이기 위해 DR콩고 정부를 비롯해 공여 기관들이 합심하여 일차보건의료 서비스를 지원하고자 노력하고 있다. 그럼에도 불구하고, 현지조사에 따르면, 현재 전체 516개의 보건구역(Health Zone) 중에서 308개의 보건구역이 어떠한 지원도 받지 못하는 구역(Open Zone)으로 분류되어 있다. 이러한 문제를 해결하기 위하여 공여기관들이 현재 지원하고 있는 지역을 중심으로 그 지역의 기초보건 의료 서비스를 담당하여 포괄적으로 지원하는 통합적 지원(Appui global)의 방식을 취하고 있다.
- KOICA는 DR콩고 정부와의 협의를 통하여 DR콩고 전체 11개의 지역(Region) 중에서 반둔두(Bandundu) 지역 내에 보건구역에서 말라리아 사업과 모자보건 사업을 수행해오고 있다. 따라서, 향후 KOICA는 다른 지역으로의 확대를 통한 사업 수행 보다는 사업이 이미 수행되고 있는 반둔두 지역 내에서 기존 보건 분야 사업의 확장을 통한 통합적 지원을 하는 것이 적절할 것으로 보인다.

마. 우선 지원 대상

- 앞서 본문에서 상세히 다룬 바와 같이, DR콩고의 여성이 겪고 있는 문제는 심각하다. DR콩고는 최빈국인 만큼 주민들의 소득 수준과 교육 수준은 전반적으로 낮은데, 여성의 소득과 교육 수준은 더욱 심각한 상황이다. DR콩고에서 여성의 지위가 매우 낮으며, 조혼 문화가 아직까지 성행하고 있으며, 분쟁 지역에서는 여전히 무장한 군인에 의한 여성과 여아에 대한 성폭력이 집단적으로 발생하고 있는 상황이다. 또한 MDG 지표 중 모성사망을 비롯한 영유아 사망과 관련된 지표는 여전히 심각한 상태를 나타내고 있어, DR콩고의 여성과 영유아의 보건상태에 진전은 매우 더디게 나타나고 있는 것이 본 연구를 통해 발견되었다. 이와 같은 상황을 고려하여, 우리 정부의 〈국제개발협력법 기본 3조〉 조항과 여성과 아동, 취약계층을 중점적으로 지원한다는 〈KOICA 보건분야 전략 2011-2015〉에 근거하여

최우선 지원 대상으로 여성과 아동을 선정 할 것을 제안한다. DR콩고 여성 및 아동의 고려하여 우리나라 DR콩고 보건분야 지원의 최우선 수혜대상을 여성과 영유아 및 아동으로 선정하고, 수혜대상자들에게 미치는 사업 영향을 극대화하기 위해서는 성과관리 방안에 사업의 최우선 수혜자를 명시하는 것이 중요할 것이다.

바. 범 분야 이슈 및 타 분야와의 연계

- (타 중점지원분야와의 연계를 통한 보건지표 개선) DR콩고는 많은 양자 및 다자 기관들이 보건관련 사업을 오랜기간 동안 수행해 오고 있음에도 불구하고 여전히 기초 보건의로 서비스의 접근성이 매우 낮으며 도농간의 심각한 격차를 보이고 있다. 이는 DR콩고의 넓은 영토, 분쟁 등 여러 가지 이유에 기인하나 식수, 전기, 도로를 포함하는 기본 사회서비스와 인프라가 부족한 것이 가장 큰 문제로 지적되었다. 특히 농촌 지역에서는 기본 인프라에 대한 접근성이 매우 낮은 상황이다. 따라서 KOICA의 대 DR콩고 중점지원분야인 농촌종합개발 및 보건환경 분야와의 섹터간 연계(Inter-sectoral approach)가 매우 중요하다고 판단된다. 식수, 전기, 도로 등 기본 사회서비스와 인프라가 결여되어 있는 지역의 경우 보건에 대한 지원만으로는 가시적인 성과를 얻기 어려울 것이다. 따라서, 별도의 수직적 보건사업을 수행하는 것 보다는 지역개발프로그램 내 보건과 함께 식수, 전기, 도로 등 타 중점분야와의 연계를 포함하는 통합적 지원이 보건지표 개선에 긍정적인 영향을 미칠 수 있을 것이다.

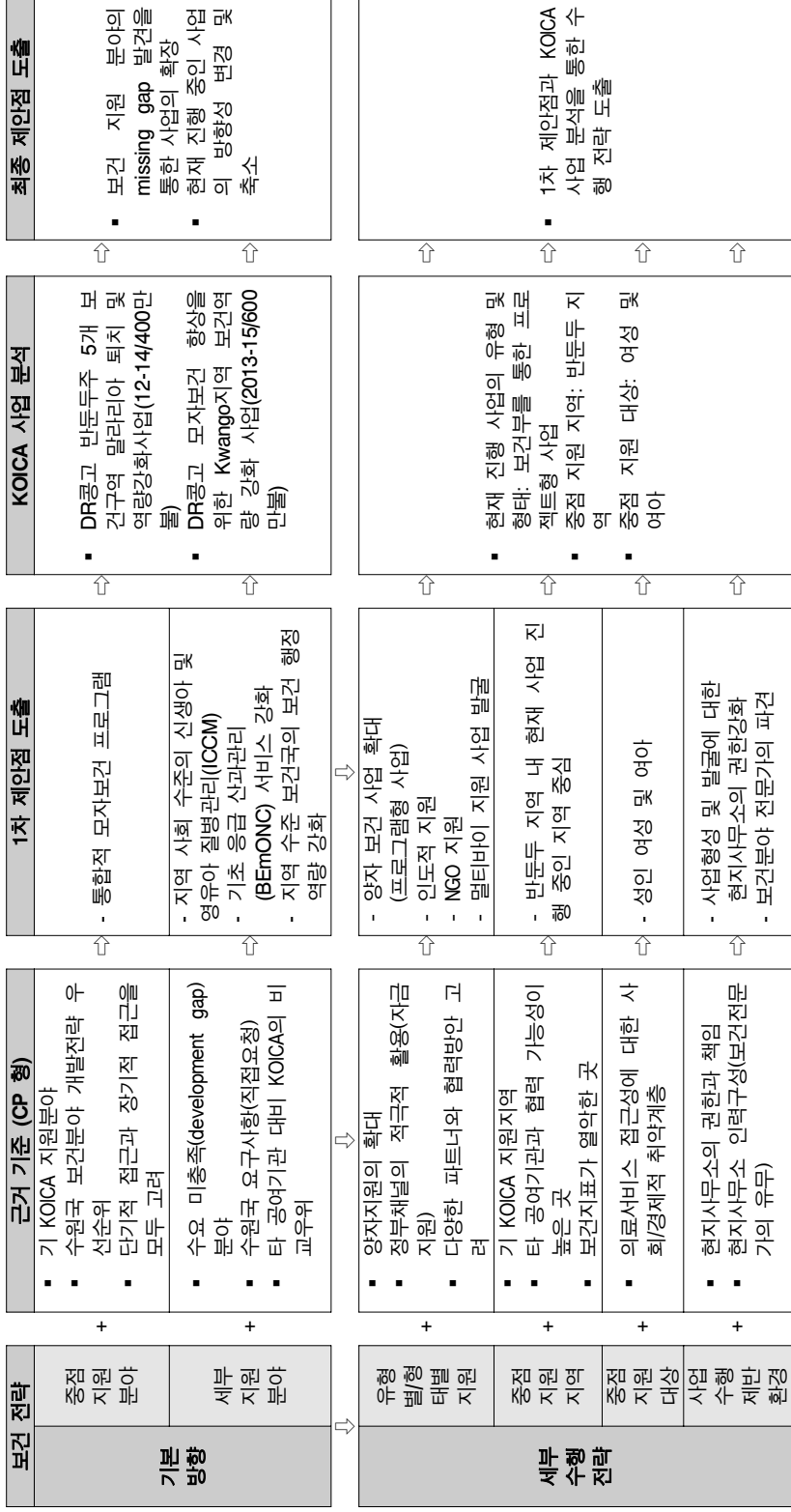
아. 요약 및 제안 사항

- 아래 <표 3-2>는 DR콩고의 보건 분야 지원의 기본 방향 및 수행 전략 및 향후 협력 방안에 대한 구체적인 제안을 담고 있다. 기본적으로 위에서 다룬 보건 분야 협력 방안의 기본 방향과 수행 전략을 요약하여 1차 시사점으로 도출하였다. 기본 방향으로는 보건 분야 하의 중점 지원 분야 및 세부 지원 분야를 포함하고 있으며, 세부 수행 전략에 있어서는 유형별/형태별 지원, 중점 지원 지역, 중점 지원

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

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

〈표 3-2〉 보건전략 기본방향 및 수행전략 프레임워크 (DR콩고)



<표 3-3> DR공고 통합적 프로그램 사업 사례 (예시)

■ 프로그램명: DR공고 통합적 모자 보건 증진 프로그램 (가칭) ■ 지원지역: 반둔두 지역 ■ 지원대상: 지원 지역 내 빈곤층 여성 및 아동

Program Component 1 (현재 KOICA 진행사업)	Program Component 2(*) (향후 KOICA 수행가능사업)	Program Component 3(*) (향후 KOICA 수행가능사업)
5개 보건구역 말라리아 퇴치 및 역량강화사업	지역 사회 수준의 신생아 및 영유아 질병관리	기초 응급 산과관리 (BEmONC) 서비스 강화
■ 모기장 및 말라리아 진단키트 보급 ■ 임산부 말라리아 예방약 투여 ■ 보건요원 및 주민위원회 조직	■ 지역보건인력(Community Health Worker)의 교육 ■ 지역사회 수준의 신생아 및 영유아 질병관리 (ICCM) 제공(UNICEF ICCM 사례 참고) ■ 보건시설(보건지소-보건소-병원) 후송 시스템 체계 구축	■ 분만 관련 보건 인력(조산사)의 역량 강화 ■ 보건소 등 시설의 기자재 및 의약품 구비 ■ 보건소 수준의 고위험군 산모 관리 대응 체계 구축 ■ 보건소 단위의 의료 인력의 급여 보장 및 처우 개선
모자보건 향상을 위한 Kwango지역 보건역량강화사업		
■ 지역 내 약품보급관리 시스템 개선 ■ HGR 시설 및 장비 지원 ■ CS의 모자보건 시설 장비 현대화 및 인력 역량 강화 ■ ZS 지역사회 조직화 및 건강관리 역량 강화		
형태: 프로젝트	형태: 프로젝트	형태: 프로젝트

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

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

4. 맺음말

- 본 연구는 KOICA가 지원하는 모든 국가를 대상으로 하는 상위 보건전략의 내용과 조화를 두면서도, DR콩고의 개발의 맥락과 보건문제의 특수성을 고려한 국가 중심의 맞춤형 보건전략 수립을 위해 기획되었다. 기존의 서울발 섹터전략의 관점을 현지로 돌려, DR콩고 보건개발의 맥락과 주요 공여기관들의 DR콩고 지원전략에 관련된 연구에 방점을 찍고, 총 4개의 세부 주제 - 개발의 배경, 보건전략의 기본방향, 중점 지원 분야 및 세부전략, 보건사업 수행전략으로 구분하여 정책제언을 작성하였다.
- 앞에서 제시한 바와 같이 DR콩고 보건 분야의 지원에 있어 a) 모성보건에 중점을 둔 통합보건 프로그램형으로 지원, b) 지역사회 수준의 신생아와 영유아의 질병관리, 모자보건을 위한 기초응급산과관리 서비스 강화, c) 지방 보건국 역량 강화에 집중된 보건의로 인력 개발에 중점을 두는 것을 제안한다. 이러한 지원을 통해 DR콩고에 가장 심각한 보건문제인 모성, 신생아 및 아동보건 문제 해결에 기여할 수 있을 것으로 예상된다. 하지만, DR콩고는 아직까지 안전에 대한 문제를 가지고 있으므로 안전을 고려한 중장기적이며 전략적인 접근이 필요하다.
- 본 연구는 국내 보건 분야 ODA 전략 연구들이 기존에 집중적으로 다루지 못했던 아프리카 지역의 보건 분야를 중심으로 하여 다루고 있는 연구이다. 특히, 본 연구는 한국 정부의 대 협력국 보건정책과 실행 사업 층위의 중간 고리인 전략 수준의 내용을 중점적으로 다루면서, 기존 연구들이 다루지 못한 국가별 특수 맥락, 보건시스템의 과제, 보건문제, 불평등에 대한 재조명, 타 원조기관 보건 분야 사업의 최신 전략 및 사례를 종합적으로 연구한데 본 연구의 의의가 있다. 본 연구에서 협력국에 관한 전체적인 국가 보건문제를 다루는데 초점을 두어, 보건문제의 세부적인 사항과 특정 지역에 제한된 주요 보건 분야를 모두 다루기에는 한계가 있었다. 따라서, DR콩고의 지역사회 중심의 아동 질병 관리 체계와 모자보건 증진을 위한 기초응급산과관리 체계의 필요성과 관련하여 보건 분야의 후속 과제가 필요할 것이다. /끝/.

참고 문헌

[국내 문헌]

관계부처합동 (2012). 콩고민주공화국 CPS

[국외 문헌]

CDC (2010). CDC in DR Congo

Development Initiative (2013). Investments to end poverty

GIBS (2014). Compte rendu de la réunion ordinaire du 06 février 2014

GIZ (2013). La GIZ en Republique Democratique du Congo: un partenariat durable

Global Health Initiative & the Government of DRC (2011) Global Health Initiative, Democratic Republic of Congo Strategy 2011–2014

JICA (2013). Rapport d'activites Projet d'appui au developpement des ressources humaines en sante

MICS (2010). Monitoring the situation of children and women, Summary report, 2011, UNICEF

_____(2010). Enquete par grappes a indicateurs multiples, Rapport Final RDC

OECD (2013). Development Aid at a glance Statistics by region, Africa

PMI (2013). DR congo Malaria Operational Plan FY 2013

Republique Democratique Du CONGO Ministere De La Sante Publique Cabinet Du Ministre (2013a). Rapport Annuel D' Activities 2012

_____(2013b). Quelques Donnees Sur Le Systeme De Sante De La Republique Democratique Du CONGO

_____(2013c). Budget 2002–2011

- UN Security Council (2014). Conflict-related sexual violence
- UNDP (2010.) DR congo, MDG progress Report
- UNICEF (2010). Integrated Community Case Management of Childhood Malaria, Pneumonia and Diarrhoea: Implementation Guidelines
- _____ (2013). Plan d' action du Programme de Pays 2013–2017 Entre le Gouvernement de la Republique Democratique du Congo et le UNICEF
- USAID, MCHIP (2012). INTEGRATED COMMUNITY CASE MANAGEMENT OF CHILDHOOD ILLNESS: Documentation of Best Practices and Bottlenecks to Program Implementation in the Democratic Republic of Congo (DRC)
- WHO & UNICEF (2012). Countdown to 2015
- WHO (2010). Health Statistics Profile
- _____ (n.d.). ODA for Health to DR Congo

[인터넷 웹페이지]

- GIZ 홈페이지. <https://www.giz.de/en/worldwide/19902.html>
- UNHCR 홈페이지. <http://www.unhcr.org/51f79a649.html>
- UNICEF 홈페이지. <http://www.unicef.org/drcongo/french/activities.html>
- OECD-DAC, World Bank; www.oecd.org/dac/stats

<부록>

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

부록1. DR공고 보건지표

분류	지표	DRC	아프리카
일반 보건 지표	기대수명 (년)	49	56
	1) 남성 기대수명 (년)	48	55
	2) 여성 기대수명 (년)	51	58
	조출생율 (인구 1000명 당)	42.9	38
	출산율 (여성 1인당 출산)	6.1	5.2 (sub)
사망률 지표	사산율 (출산 1000 건당)	29	28
	성인사망률 (인구 1000명당 15-60세 사이)	384.5	339.5
	1) 남자	411	362
	2) 여자	358	317
	연령 보정된 원인별 사망률 (인구 10만명당)		
	1) 감염성 질환	932	798
	2) 비감염성 질환	837	779
	3) 부상	155	107
	연령 보정된 원인별 성인 사망률 (인구 10만 명당 30-70세 사이)		
	1) 모든 질병	1765	1716
모성 보건 지표	2) 암	138	147
	3) 심혈관 질환 및 당뇨	399	382
	4) 만성호흡기 질환	95	92
	모성사망비 (출산 10만 건당)	540	480
	출산시 전문 의료 인력 참여율 (%)	80	49
	가족계획에 대해 미충족 요구를 가진 여성 비율 (%)	24	25
모성 보건 지표	15-39세 가임여성 중 피임율 (%)	18	27
	임신여성의 산전관리율 (%)		
	1) 1회 이상 방문	89	74
모성 보건 지표	2) 4회 이상 방문	44	73

분류	지표	DRC	아프리카
아동 보건 지표	5세 이하 아동 사망률 (출산 1000건당)	111	107
	영아 사망률 (출산 1000건당)	68	68
	신생아 사망률 (출산 1000건당)	47	34
	5세 이하 아동 사망 주요 원인의 분포 (%)		
	1) 폐렴	19	17
	2) 설사	13	11
	3) 말라리아	18	15
	4) 홍역	0	1
	5) 신생아 사망	10	12
	6) HIV/AIDS	1	4
	1세 아동(12-23개월)예방접종률 (%)		
	1) 홍역	71	75
질병별 지표	2) DPT	70	71
	3) B형간염	70	71
	5세 이하 체중미달 아동 비율 (%)	8.5	10.4
	5세 이하 저체중 아동 비율 (%)	24.2	25.2
	5세 이하 발육부진 아동 비율 (%)	43.4	40.9
	모유 수유 아동 비율 (%)	37	35
	질병별 사망률 (인구 10만 명당)		
	1) HIV/AIDS	-	139
	2) 말라리아	119	72
	3) 결핵 (HIV 음성 인구중)	54	26
	발병률 (인구 10만 명당)		
	1) HIV/AIDS	-	205
각 질병 관련 지표	2) 말라리아	27,349	20,913
	3) 결핵 (HIV 음성 인구중)	327	262
	유병률 (인구 10만 명당)		
	1) HIV/AIDS	-	2,725
	2) 결핵	512	293
	살충제 처리된 모기장에서 자는 5세 이하 아동 비율 (%)	6	32
	열증상을 보인 5세 이하 아동 중 항말라리아제를 받은 비율 (%)	39	-
	Advanced HIV 감염자 중 항레트로바이러스 치료 받는 인구 비율 (%)	-	57
	모든 형태의 결핵에 대한 case-detection 비율 (%)	50	61
	결핵의 도말표본검사 양성진단 환자의 치료 성공률 (%)	90	82

부록2. 지역별 주요보건지표

주요 보건 지표

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

부록. 지역별 주요보건지표

	1. 생식보건			2. 모성보건		
지역구분	합계 출신율 (15-49세)	청소년 임신율 (15-19세)	현대적 피임법에 의한 피임률	신전 관리율	시설 분만율	숙련된 인력에 의한 분만율
전체	6.3	24	6	85	70	74
Urban	5.4	20	10	92	89	91
Rural	7.0	28	3	81	58	63
(지역별)						
Kinshasa	3.7	12	14	96	97	97
Bas-Congo	5.9	26	10	96	92	93
Bandundu	6.7	13	5	85	69	70
Equateur	6.2	30	3	85	39	51
Orientale	6.7	46	4	75	66	68
Nord-Kivu	7.0	24	13	95	85	87
Sud-Kivu	7.4	27	10	87	84	85
Maniema	6.7	35	6	80	61	69
Katanga	5.9	26	6	79	67	70
Kasai Oriental	7.6	21	2	83	70	76
Kasai Occidental	7.7	30	2	90	76	78

	3. 이동보건			4. 이동영양			5. HIV/AIDS 및 말라리아	
지역구분	5세 미만 이동사망률 (출생아 1,000명당)	영아 사망률 (출생아 1,000명당)	예방접종률 (12-23개월 이동)	5세 미만 이동 발육부진아 비율	5세 미만 이동 저체중아 비율	HV 유병률 (15-49세)	5세 미만 이동의 실층재취진모자장 이용률	
전체	148	92	42	46	25	1.3	6	
Urban	122	74	46	37	19	1.9	8	
Rural	177	108	40	52	29	0.8	4	
(지역별)								
Kinshasa	102	73	58	23	15	1.9	13	
Bas-Congo	185	127	48	46	26	0.7	31	
Bandundu	154	103	79	47	28		6	
Equateur	168	102	22	51	29		2	
Orientale	179	89	35	46	21	1.9	1	
Nord-Kivu	102	57	50	54	20		2	
Sud-Kivu	186	126	10	56	31		3	
Maniema	219	129	34	44	18		9	
Katanga	154	94	40	45	20	1.2	6	
Kasai	145	82	23	49	31		3	
Oriental								
Kasai Occidental	158	95	31	48	30	1.2	4	

출처: Ministry of Planning & Ministry of Health (2008). DR Congo Enquete Demographique et de Sante RDC 2007

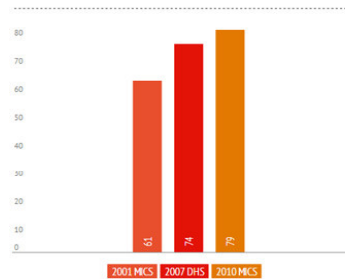
부록3. 최종보고회 발표자료

(DR공고) 건강/질병의 심각성

Maternal Mortality Ratio



Skilled attendant at Delivery



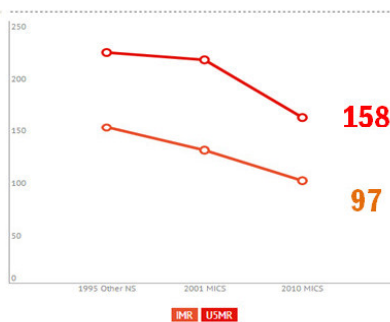
(주제)

- (모성 및 신생아 보건) DR공고는 보건전문인력에 의한 분만이 79%로 높은 수준임에도 불구하고, 안전한 출산을 위한 인프라, 의약품, 인력 부족으로 인한 높은 모성사망비(MMR)를 보이고 있음

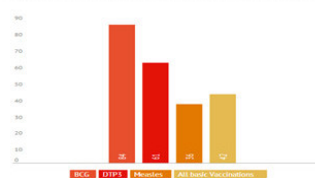
33

(DR공고) 건강/질병의 심각성

Childhood Mortality Rate



Immunization Coverage



U5 Child Nutritional Status



(주제)

- (영·유아 보건 및 영양) 1990년 이후 아동사망률이 정체되어 2010년에는 출생아 1,000명당 158명의 아동이 사망한 것으로 나타남.
- (영·유아 보건 및 영양) 아동 예방접종 비율은 증가하는 추세에 있으나 여전히 아동 폐렴, 설사, 말라리아 치료율이 낮으며, 5세 미만 아동의 낮은 수준의 영양상태가 여전히 심각한 수준으로 나타남

34

(DR콩고) 보건 의료 시스템 현황 및 분석

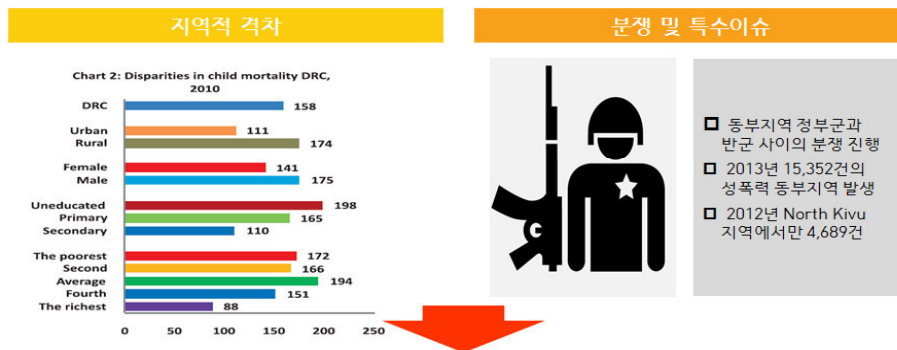
보건 분야 재정	리더십과 거버넌스	보건의료 서비스 전달
□ (절대적으로 부족한 보건재정) 정부 전체 예산 중 보건분야 지출 약 3.91%에 불과 □ (높은 외부의존도) 전체 보건분야 예산 중 90%가 공여기관의 지원으로 구성	□ (넓은 영토의 국가전체 관리) 중앙-지방-지역으로의 거버넌스 체계가 유기적으로 연계되지 못함 □ (국가 조정 시스템의 미흡) 보건분야 국가조정위원회(CMP)가 존재하나 제대로 작동하지 않음	□ (부족한 보건분야 리소스) 보건분야 리소스가 부족함에 따라 보건의료서비스의 전달에 어려움 □ (308개의 Open Zone) DR콩고 전체 516개의 보건구역 중 308개가 여전히 보건의료서비스 지원을 받지 못함.



보건의료시스템의 주요 문제점

- 넓은 인구와 영토 대비 투입되는 부족한 보건 재정 및 낮은 재정 자립도
- 정기적인 임금을 받지 못하는 의료 인력
- 전체 516개의 보건구역(Health Zone) 중 308개의 보건 구역이 어떠한 지원도 받지 못하고 있음에 따라 보건의료 서비스 전달, 의약품 및 기자재 공급이 원활하지 않음.

(DR콩고) 보건과 빈곤/불평등과의 연계



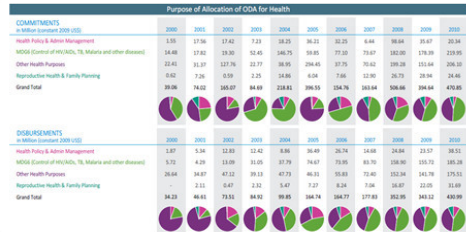
보건과 빈곤/불평등과의 연계

- (도 농간 5세 미만 아동사망률 격차) 농촌 지역의 아동사망률 (출생아 1,000명 당 174명)이 도시의 아동사망률 (출생아 1,000명당 158명) 보다 높음
- (동부 지역 분쟁 관련 이슈) 동부 지역의 여성 및 여아의 성폭력 상황 (2013년 동부지역 약 15,352건의 성폭력) - 여성 및 여아의 생식보건문제와의 연관성

(DR공고) 주요 공여기관들의 보건 분야 지원 전략과 특징

보건 분야 ODA 지원 현황

- 전체 ODA 지원현황(ODA/GNI): 18.1% (2012년 기준)
- 보건분야 ODA 지원현황(ODA/보건재정): 47.8% (2007년 기준)
- (주요 양자 공여기관) USAID, BTC, GIZ, JICA
- (주요 다자기구) Global Fund, IDA, GAVI



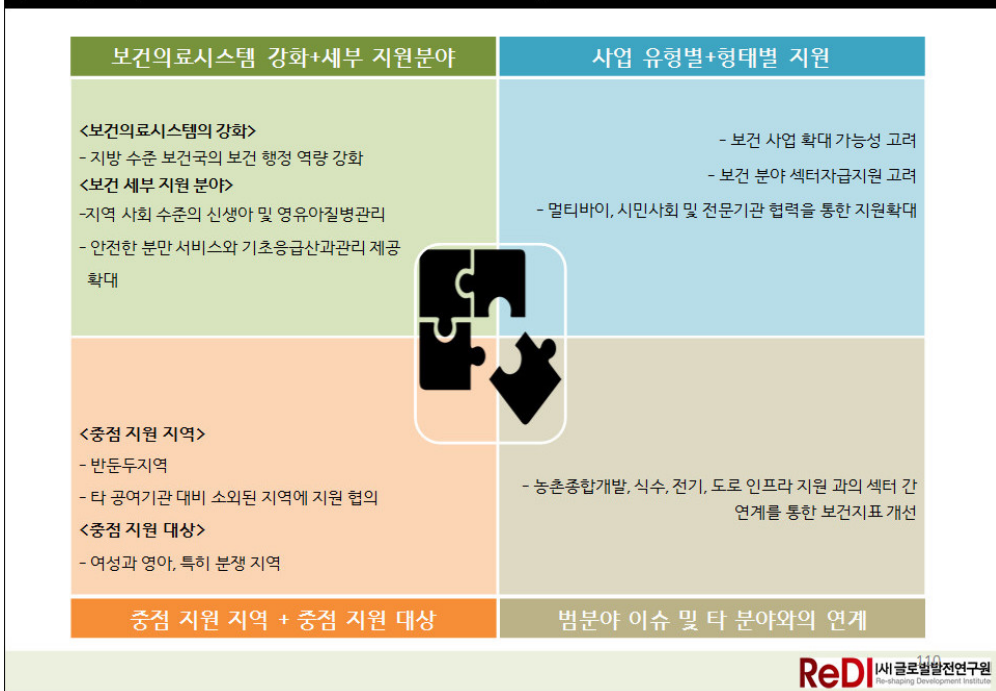
보건 분야 ODA 지원 현황의 특징

- (보건분야 ODA 비중) 전체 보건재정 중 ODA가 차지하는 비율이 47.8%로 외부재정의존도가 높은 편임
- (보건분야 ODA 주요 공여기관 및 기구) 양자와 다자를 통합하여 가장 많은 지원을 하는 기관은 Global Fund(19.6%)이며 미국(13.8%), GAVI(9.4%), 벨기에(8.8%)로 지원하고 있음
- (통합적 지원, Appui Global)

CP 형 : 가나, 에티오피아, DR콩고

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

(DR콩고) KOICA 보건 분야 지원 전략



부록 4. 현지조사 면담자 리스트

기관	이름	소속/직위	연락처
원주연세대 (모자보건사업 PMC)	송예리나	Kenge 지역 보자보건 사업 PM (현지)	ylasong@dreamwiz.com 243 813 332 104
	소애영	Kenge 지역 모자보건 사업 PM (한국)	aeyoung@gwnu.ac.kr 82 33 760 2536
MOH	Dr. MukegeShay Kupa	Secretary General	mukkupa@yahoo.fr 243 99 994 7138
	Dr. SAMBU NZITA Pierre	Technical Assistant of SG	sambunzita@yahoo.fr 243 81 41 69 131
	Dr. Biriki	ODA담당자	
	Dr. Thomas KATABA N	Medical Expert	thomskataba@yahoo.fr
	Dr. Dieudonné MPUNGA	보건부 통계담당자	mpungadieudonn@yahoo.fr
KOICA 콩고사무소	김태진	소장	Taijin81@gmail.com
	이향우	부소장	Elshaddai777@gmail.com
	Sandra	현지직원	Sandy.ibula@gmail.com
	최유정	인턴	Queenailie86@gmail.com
	Dr. Dieudonné MONTEMANKELE	Technical consultant	montemankanke@health-focus.de 243 99 100 66 88
GIZ	Izetta Y.S. Minko-Moreau	Deputy Health Team Leader	isimmons@usaid.gov 243 81 555 4614
USAID	Meri L. Sinnitt	Health Office Director	msinnitt@usaid.gov 243 81 555 4433
	Richard Matendo	Maternal and Child Health Program Specialist	rmatendo@usaid.gov 243 555 4514
UNICEF	Dr.Guy Clarysse	Health Programme Officer	gclarysse@unicef.org

	Ms. ALMERAS 송계희	Silene MARTINO	Programme Officer, Tracking section	smartinoalmeras@unicef.org 243 0 999 301 080
			Monitoring & Evaluation Specialist of Child Protection Unit	ghsong@unicef.org
SG Technical adviser	Dr. IKEDA NORIAKI		SG Technical Advisor, National Centre for Global Health and Medicine	noikeda@attglobal.net
학계전문가	Dr. Kalambayi	Patrick Kayembe	킨샤사대학 의과대학	

KOICA 아프리카지역 보건분야 협력방안 연구 - DR콩고 현지조사 결과 보고서

2014. 4월

I. DR콩고 현지조사 개요

1 DR콩고 현지조사의 목적

☐ DR콩고 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 DR콩고를 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.

☐ DR콩고 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.

☐ DR콩고 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 DR콩고 현지조사 일정 및 담당자

□ DR콩고 현지조사팀 구성

- 전체일정: 2014.02.15(토) ~ 2014.02.22(토)
- 현지조사 팀은 책임연구원 1인+연구원 1인+연구조원 2인으로 구성되었으며, 개발협력 전문가와 보건 전문가로 구성됨.

이름	직위	담당 업무
이태주	책임연구원	현지조사 총괄
서 경	연구원	면담/워크숍 및 일일 브리핑 진행
민영희	연구조원	일정 관리 및 자료수집, 현지조사 보고서 작성
신선연	연구조원	영불 통역, 일정 관리 및 자료수집

DR콩고 현지조사 세부 일정

일정	시간	면담기관	면담 참석자
2/15(토)	오후	Kenge 지역 모자보건사업담당 PMC 팀	• 소애영(연세대 보건행정학과 교수) • 송진성(연세대 보건행정학과 연구원) • 송예리아(Kenge 모자보건사업 현지PM) • 노영근(Kenge 모자보건사업 컨설턴트)
2/17(월)	오전	보건부(차관)	• Dr.MukegeShay Kupa(Secretary General) • Dr.SAMBU NZITA Pierre(Technical Assistant of SG)
	오후	KOICA DRC 사무소	• 김태진(소장) • 이항우(부소장)
2/18(화)	오전	GIZ	• Dr.Dieudonné MONTEMANKELE (Technical consultant)
	오후	보건부(ODA 및 통계담당부서)	• Dr.Biriki(ODA담당자) • Dr.Thomas KATABA N.(보건부Medical Expert) • Dr.Dieudonne MPUNGA(보건부 통계담당자)
2/19(수)	오전	Kenge 방문	• KOICA Kenge지역 사업지 HGR, 바리에 보건소, 마끼알라 보건소 방문
	오후	USAID	• Richard Matendo (Maternal & Child Health Program Specialist) • Izetta Y.S.Minko-Moreau(Deputy Health Team Leader) • Meri L. Sinnitt(Health Office Director)
2/20(목)	오전	UNICEF	• Dr.Guy Clarysse(Health Programme Officer) • Ms.Silene MARTINO ALMERAS (Programme Officer, Tracking section)
	오후	SG Technical Advisor	• Dr. IKEDA(SG Technical Advisor, National Centre for Global Health and Medicine)
2/21(금)	오전	KOICA DR콩고 사무소	• 이항우(부소장)
		주 DR콩고 대한민국 대사관	• 이호성(DR콩고 대사)
	오후	학계전문가	• Dr. Patrick Kayembe Kalambayi (School of Medicine and Public Health, University of Kinshasa)

II. 현지조사 회의별 내용

1 협력국 정부 (보건부, 통계청)

가. 보건부 (Ministry of Public Health)

- 일시: 2014년 2월 17일 (월) 10:00-12:00
- 장소: 보건부 사무실
- 면담대상자: Dr. Mukege Shay (Secretary General), Dr. Sambu (Secretary General Assistant)

□ 주요 안건

1. 정책 및 전략

- (PNDS 2011-2015 역할) PNDS의 역할은 DR콩고 보건분야의 가이드라인 문서이며, 기대효과와 각 부문에 대한 프로그램을 제시하고 있음.
- (PNDS 2011-2015 실행계획) PNDS 실행계획(Plan d'action operationelle)은 지역별로 매년 만들어지고 있으며 연간 목표와 전략적 방향을 가지고 있음.
 - 분야간 파트너(Inter-sector partnership) 협력이 굉장히 중요하며 분명한 mechanism을 통해 이루어지도록 해야함.
 - PNDS 실행계획(Plan d'action operationelle)은 파트너 공여기관과 함께 만들어야 하며, 가장 중요한 것은 실제 사업의 실행을 위한 자원동원(재정, 인력 등)이 있어야 함.
 - 516개의 Health Zone이 5년간의 계획과 실행계획이 있음. 516 HZ중에서 아무것도 지원되지 않는 지역도 있어 모두 다 다른 현황임.

2. 보건 분야 협력 조정

○ (국가조정위원회, National Steering Committee(Conseil National de Pilotages)) CNP(Comnité National des Pilotages)는 보건부와 공여기관이 함께 진행하는 전략위원회(Strategic committee), 보건부 차관에 의해 진행되는 기술 위원회(technical committee)가 있어, 각 CNP에는 실행 파트너가 참여할 수 있도록 되어 있음.

- 많은 공여기관들이 있기 때문에 정기적으로 운영이 되어야 하나 실제로 그렇게 기능되지 않고 있음
- GIBS와 모든 위원회가 수행 기관들이 계속 바뀌어서 DR콩고 보건분야의 상황을 제대로 파악하기 어렵기 때문에 실제로 CNP가 기능하는 것이 어려움.
- Donor들의 계획은 언제나 멋지고 화려하지만, 그 계획의 실행은 언제나 성공하기 쉽지 않은데, 그 이유는 partner들이 다 각기 다른 방향으로 사업을 진행하고 있기 때문임.
- 모두 다른 계획과 전략을 가지고 있으므로 Meeting을 해서 지금까지 진행사항을 확인하여 보고 실제 약점을 파악한 후에 그 이후 계획을 짤 예정임

3. 보건 분야 프로그램

○ (Projet d'équipement de structure sanitaire) 국가 프로젝트인 recover peace - Projet d'Equippement de Structure Sanitaire (2013년 이후)는 85M USD의 규모이며 예산은 정부의 지원으로 진행되며 실행은 파트너들과 함께 UNICEF(장비), FEDECOM (약품 조달), BECECO(재활기관)로 역할을 나누어 이루어지고 있음.

- 이러한 프로젝트를 진행하는데 중요한 것은 공여기관들 간의 시너지가 제대로 발현되도록 하는 것인데, 실제로 516 HZ이 있으나 67개의 HZ의 경우 파트너들이 부분 지원하는 지역, 140개의 HZ은 파트너들이 전체 지원하는 지역, 308개 HZ은 전혀 지원을 받지 못하는 지역으로 구분되어 있는 현황임.
- 전체적 그림에서 생기는 간극들을 메우기 위해 공여기관들의 지원이 함께 시너지가 날 수 있는 방안이 필요함

○ (Appui global) 전체적 지원을 의미하는 것임.

- 1) 보건기관 강화, 2) 건축, 3) 활성화, 모든 것을 다 함께 지원하여 Health Zone이 잘 운영될 수 있도록 총체적으로 접근을 하는 것을 말함
- Central level, Intermediate level, Peripheral level의 세가지 다른 레벨에 총체적인 접근이 되어야 함

4. 보건분야 실패 사례

- (백신 냉장고 지원 사업) WB가 진행하는 사업에서 백신 냉장고를 DR콩고에 제공하여 WB 스스로 해야 할 실제 목표는 달성되었으나 백신 냉장고가 필요한 곳에 전달되지 못하고 도시에 지금까지도 그대로 있음. 프로젝트가 시작된 2년 동안도 주도에만 머물러 있는 상황임.

5. 보건분야 주요 과제

- (Post Conflict 국가) 실제로 본 국가의 우선순위가 4개는 1) 안전과 평화 2) 성장 3) 기초 사회 서비스 4) 큰 질병 퇴치이며 오랜시간동안 분쟁을 겪은 나라이므로 안전과 평화 문제부터 해결해야 함.
- (재정부족) 기초보건에도 환자들이 돈을 내는 이유는 재정의 부족 때문임.

6. 제안 사항

- (현재 진행 프로그램의 통합) 현재 하고 있는 프로그램들과 다른 파트너들과 통합하는 방법으로 CPP (Comite de Provincial de Pilotage) 활용할 수 있음.
- (사업의 확장) KOICA가 계속 지금처럼 malaria나 MCH를 하는 지역에 Appui global로 전체적인 사업 확장을 하는 방법이나 혹은 사업 지역을 늘리는 것이 가능할 것이라고 생각함
- (PNDS 2016-2020에 참여) KOICA가 PNDS 첫번째 PNDS만들 때 참여하지 않았는데, 2번째 PNDS 계획에 참여하는 것이 필요하다고 생각함.

나. 보건부 (Ministry of Public Health)

- 일시: 2014년 2월 18일 (화) 14:00-16:00
- 장소: 보건부 사무실
- 면담대상자: Dr. Biriki (In Charge of ODA in Health Sector), Dr. Thomas KATABAN (Medical Expert), Dr. Dieudonne MPUNGA (In Charge of Health Statistics)

주요 안건

1. 정책 및 전략

- (PNDS 2016-2020) 계획 수립을 위해 통계부서가 향후 PNDS 작업에 참여할 것이며, 이에 대한 평가 후, PNDS에 계획과 설계를 시작할 것임. GIBS도 PNDS 2016-2020 수립을 위한 과정에 참여하고 있음.

2. 국가보건정보시스템(National Health Information System)

- (NHIS) NIHS를 통해 3개월, 6개월, 1년마다 데이터를 수집함.
- (질병감시체계) 질병감시체계(Disease Surveillance System)가 있어 전염성 질병의 경우 각각 리포팅을 하고 있음.

3. 보건 행정 체계

- (보건부 산하 부서) 13개의 부서에서 7개로 변경되었음.
- (행정구역) 11개의 Province와 48개의 District로 이루어졌던 것이 26개 Division으로 바뀌었으며, Health Zone은 515개에서 516개로 개편되었음.

수집자료

- Rapport de l'évaluation de la mise en oeuvre du PNDS 2011-2015 au cours de 18 premier mois
- Rapport annuel d'activités 2012

- Quelques données sur le système de santé de la république démocratique du Congo
- Budget 2002-2013 version 16 Dec 2013
- Soins obstétricaux et néonatal d'urgence (SONU) dans les structures de soins en république démocratique du Congo

가. GIZ

- 일시: 2014년 2월 18일 (화) 10:00-12:00
- 장소: GIZ 사무소
- 면담참석자: Dr. Christopher (Technical consultant), Dr. Dieudonné Montemanké (Technical consultant)

주요 안건

1. 주요 보건 프로그램 사례

- (지역사회 지원 프로그램) GIZ이전에 GTZ때부터 20년 이상 Kwango, Kenge 지역에서 파일럿 프로그램을 실시했었고 프로젝트도 실시함. 다른 주요 공여기관과 마찬가지로 GIZ도 Performance Based Incentive를 시행하였으나, 문제가 발생하였음.
- (보건체계 강화 프로그램) 2008년 보건부와의 워크샵 결과 2009년부터는 DPS를 커버하는 Provincial Level의 강화를 요청하여 DPS 건축 및 장비지원을 포함하여 DPS 지원을 중점적으로 하는 사업을 시작함.
 - 2009년 이후 Sud-Kivu(4), Kwango(14) 2개 Province에서 계속 실시하고 있음.
 - Central Level 지원은 4가지 활동으로 구성되어 있으며 DPS 보건체계 강화, 질 향상, 성과급 지원, 건강보험 지원임.
 - Provincial Level 지원은 Sud-Kivu 와 Kwango(Kenge) 두 Province 에서 프로젝트를 하고 있음. Sud-Kivu 내 gender based violence에 대한 활동, Kwango (Kenge) DPS 강화를 하고 있음.

2. 보건사업의 한계점

- (출구전략의 부재) 출구전략을 미리 만들어 놓지 않고 2009년에 갑자기 GIZ가 지원을 중단하고, 기존에 incentive를 받던 의사들이나 약품들을 구하기 어려워

짐. 이에 따라, 코이카가 앞으로 planning하는데에 있어서 출구전략을 미리 만들어 놓고 하는 것이 중요하다고 판단됨.

3. 제안 사항

- (GIZ와 KOICA 사업의 협력방안) 같은 지역에 프로그램을 하고 있는데 Kenge 지역에서 하고 있는 Health Insurance 프로그램을 함께 협력할 수 있을 것임.
- (Kenge지역 모자보건사업) GIZ가 peripheral level의 사업을 하던 지역이었고 GIZ의 경우 오랜 기간 동안 해당 Level의 사업을 하였기 때문에 이제 그에 대한 노하우를 가지고 있기에 그와 관련된 정보를 공유하며 협력이 가능함. 또한 HZ에서의 서비스를 제공하는 것은 가장 기본적이며 그 상위 레벨을 위해서도 매우 중요하므로 KOICA가 Health Zone에서 사업을 잘 수행하는 것이 매우 필요함.

수집자료

- Lancet 5s
- Contrôle d'avancement du projet 2007 programme de lutte multiséctorielle contre le VIH/SIDA et renforcement du système de santé
- Analyse des coûts des services de santé et leurs accessibilité financière dans la zone de santé de Kenge

나. USAID

- 일시: 2014년 2월 19일 (수) 14:00-16:00
- 장소: USAID 사무실
- 면담참석자: Meri L. Sinnitt (Health Office Director), Izetta Y.S.Minko-Moreau (Deputy Health Team Leader), Richard Matendo (Maternal & Child Health Program Specialist)

주요 안건

1. 보건 분야 주요 프로그램

- (주요 질병 프로그램) 질병 중심(HIV/AIDS, 말라리아, 폐렴 등)의 접근을 범분야 이슈로 통합보건시스템(integrated health system)으로 지원하고 있음
- (범분야 이슈) 범분야 이슈 세가지는 첫째, 보건인력(Human Resources for Health), 둘째, 의약품 제공 관리(Supply Chain Management), 셋째, 결과에 바탕을 둔 재원조달(GDRC Results Based Financing Activities)로 구성되어 있음

2. 통합보건시스템(Integrated Health System)

- (통합 보건의료서비스) 80개 Health Zone에서 comprehensive package보건의료서비스 제공
- (말라리아 서비스) 68개의 Health Zone에서 integrated malaria
- (PBF) 7개의 Health zone에서 PBF 파일럿으로 실시하고 있음

3. 보건 사업 사례

- (PBF(Performance-Based Financing) 프로그램)
 - 지원: World Bank와 EU의 지원으로 실시하고 있음
 - 목적: PMTCT를 높이고 산전관리를 받도록 하며, 보건소에서 산모 친화적인 서비스를 제공할 수 있도록 하기 위함
 - 과제: 실행을 위한 로지스틱의 한계가 있으며, 자원들이 충분치가 않고, 제공자에게 초점이 맞추어진 한방향 재정지원임. 또한 지속성의 한계가 있음. 이는 transitional 방법으로 사용되는 것임

3. 모자보건 관련 이슈

- (문화적 배경) 실제로 DR콩고의 많은 인원이 보건소 혹은 병원에 가서 아이를 낳는 것에 대해 당연히 생각하고 보건소 utilization의 비율은 80% 가까이로 매우 높은 것이 문화적인 현상임.
- (모성사망비 높은 주요 원인) 숙련된 인력에 의한 분만을 위해 사람들이 의료 인력에게 분만을 하기 위해 오더라도 실제로 위험분만이거나 이런 경우를 제대로 다룰 수 있는 인력이 부족하고, 인력 자체가 부족하기 때문에 짧은 시간만 산모들을 케어할 수 밖에 없음. 또한 보건시설에서 분만을 하더라도 의약품, 시설, 기자재 등이 제대로 갖추어 있지 않아 모성사망을 높이는데 기여함

4. 제안 사항

- (중장기적 계획의 필요) KOICA가 중장기적인 계획을 가지고 DR콩고의 보건 섹터에 접근하는 것이 필요하다고 생각함.
- (DR콩고 보건정책과 일치) 국가의 보건정책과 전략에 일치되어야 할 필요성이 있음
- (집중적 지원) 지원 지역을 최대한 집중하여 지원할 필요가 있으며 이러한 집중을 통해 좋은 성과가 가능할 것임
- (GIBS 참여) GIBS에 적극적으로 참여하여 공여기관들이 함께 open zone에 지원하고 협력하는 부분에 대하여 논의하기를 원함

다. JAPAN(National Center for Global Health and Medicine)

- 일시: 2014년 2월 20일 (목) 14:30-16:00
- 장소: JICA 사무실
- 면담참석자: Dr. IKEDA (SG Technical Advisor, National Center for Global Health and Medicine)

주요 안건

1. 국가보건인력개발 프로그램

- (프로그램 기간) PADRHS(국가보건인력개발 프로그램)의 수행기간은 phase1는 2011-2013이었고 phase2는 2014-2018으로 진행되고 있음
- (프로그램 내용) Phase1은 보건인력정보 시스템 구축에 초점을 두었고 Phase2는 Central Level에서 Intermediate Level의 접근까지 범위를 확장함.
 - Health System Strengthening의 한 부분인 보건인력 부문강화의 실시이며, Human Resource Development for Health (MOH)를 중점적으로 실시하고 있음.
 - 보건부의 1, 6, 11 Direction이 HRDH의 수혜부서로서 각 Direction의 보건 행정관리 능력 강화 프로그램으로 진행되고 있음.
- (보건부 차관 기술자문) 보건부 차관의 기술자문을 위해 일본에서는 Dr. IKEDA가 2008부터 파견되어 있었으며, Dr. IKEDA는 JICA 소속이 아닌 Department of International Medical Cooperation 산하의 National Center for Global Health and Medicine의 소속임
- (그 외의 보건인력부문 사업) 18 million USD 규모의 INPES(국립간호대) 건설 사업을 실시함

2. 실행 과제

- (지역사회 수준의 사업의 어려움) Post Conflict 국가이기 때문에 위험성 고려함(WHO의 Strategy for Post-conflict & Fragile country를 반영함). 또한, 중앙 정부 수준에서 시작하여 실제 정부를 먼저 study하여 principle을 확인하고 것이 중요하고 이를 바탕으로 접근하는 것이 필요하다고 생각했기 때문

- (보건인력개발의 한계) 보건인력개발 사업은 여러가지 요소로 구성되어 있고 실행이 쉽지 않음. Information, Regulation, Capacity, Retention, Effect, Project 등 다양한 요소들이 함께 결합되어 있어 이러한 요소들을 고려해야 하는 분야임.

3. 제안 사항

- (보건인력분야에서의 협력) Quality Office에 다양한 파트너들이 있으므로 보건 인력개발을 위해 함께 협력하는 것이 중요할 것이라고 생각함
- (지역적 협력) 앞으로 Kenge 지역에서 함께 5S approach를 하는 것이 가능하다고 생각하고 코이카와 함께 협력할 생각이 있음

수집자료

- Projet d'appui au développement des ressources humaines en santé: rapport d'activité
- SANTE: Grands Axes de Coopération entre RDC et Japon

가. UNICEF

- 일시: 2014년 2월 20일 (목) 11:00-12:00
- 장소: UNICEF 사무실
- 면담참석자: Dr. Guy Clarysse (Programme Officer) Ms. Silene Martino Almeras (Programme Officer, Survival Section), 송계희 (KMCO 1기 Child Protection Monitoring & Evaluation Officer)

주요 안건

1. 정책과 전략

- (전략과 실행) PNDS, SRSS등 계획이 잘 갖추어져 있으나 실행에는 많은 어려움이 있음.
- (모자보건 전략) 2013년 보건부가 모성사망과 아동사망 감소를 위한 프레임워크(Framework for the acceleration of the reduction of mother and child mortality)를 수립함. 이를 시행하기 위해 예방접종, 가족계획, 산전관리에 대한 지원을 포함함

2. DR콩고 주요 보건 문제 원인(Bottle Neck)

- (의약품 공급 부족) 전국의 공공보건기관에 보급되어야 하는 의약품의 부족
- (재정 부족) 보건분야 재정의 부족
- (보건인력의 동기 부족) 실제 보건기관에 인력은 있으나 일을 하지 않는 경우도 있음. 대부분의 인센티브가 제대로 지급되지 않고, 월급을 받지 못함. 이로 인해 의료 인력과 환자 사이의 경쟁관계가 형성되고, 이에 따라 공공보건기관들이 민영화되는 경향이 있음
- (낮은 수준의 서비스 질) 낮은 수준의 서비스 질을 개선하기 위해서는 지역사회와 함께 일해야 함. 특히 지역사회보건인력이나 가정방문을 통한 보건의료서

비스 등의 지역사회 수준에서의 메커니즘이 필요함

3. 주요 보건 프로그램

- (재난, 분쟁 지원) 영양실조, 콜레라, 홍역 등 지원
- (Universal Coverage) 11개 지방에 예방접종, 4개 지방에서 캠페인 진행 (홍역에 대한 캠페인, 모기장 지원 등)
- (보건시스템 강화) 지역단위 모니터링과 평가, CDR, Family Kit 제공 및 공여국 및 기관들에 의해 커버되지 않는 전혀 지원이 이루어지지 않는 지역(open zone)들을 확인하고 이에 대한 커버를 고려함.

4. GIBS 협력 현황

- (GIBS 의장) UNICEF가 2014년 의장을 맡게 됨.
- (섹터 그룹) 서비스전달(UNICEF), 필수약품(DFID), 보건재정(WB), 보건인력(JICA), 거버넌스(WHO)로 각각 담당하고 있으며, 섹터 그룹 사이에서 그 분야에 대한 파트너들을 결정함
- (GIBS의 활동 목표) 목표 1은 각 sub group별로의 우선순위 달성이며, 목표 2는 보건부 내 National Steering Committee를 원활히 기능할 수 있도록 하는 것임.

4. 제안 사항

- (파트너십의 중요성) 모든 파트너들은 제한된 예산을 가지고 있으므로 공여국들 사이의 협의 및 파트너십이 매우 중요함. 이를 위해 KOICA또한 GIBS에 참여할 것으로 기대함.
- (통합적 지원) 대부분의 대규모 공여기관들이 하고 있는 수직적 프로그램에 기여하기 보다는, Universal coverage의 방식으로 진행하는 것이 좋을것으로 생각됨.

수집자료

- GIBS (Groupe Inter-Bailleurs Santé) - compte rendu de la réunion 06/Fev/2014

- Cadre d'accélération de la réduction de la mortalité de la mère et de l'enfant (Note conceptuelle générale)

4 학계 및 시민사회

가. 보건전문가

- 일시: 2014년 2월 21일 (금) 13:00-14:40
- 장소: KOICA 사무소
- 면담참석자: Prof. Patrick Kayembe Kalambayi(Kinshasa University, School of Public Health)

□ 주요 안건

1. 킌샤사 대학, 보건대학원의 역할

- (정부와의 협력) DHS 설문조사, MICS 설문조사에 참여하였으며, PNDS 등의 국가보건정책이나 전략 만들 때 보건전문가로 참여하고 있음.
- (리서치 컨설팅) 보건부나 공여기관들이 리서치 디자인 및 설계와 수행을 할 때 이러한 부분을 컨설팅해주고 지원하고 있음

2. 한국 보건 프로그램과의 향후 협력

- (리서치 분야) Baseline 설문조사, Endline 설문조사, 리서치 프로젝트 등을 함께 수행 할 수 있음.

3. 보건 분야 실패 사례

- (MSF 프로그램) 내전 지역에 MSF 의사들이 파견되어 사람들을 진료해주고 치료해주는 프로그램을 실시했었음. 이를 2년간 지원을 하고 출구 전략 없이 지원이 중단된 뒤에 2년간 진료와 치료를 제공하던 의료진이 없어졌기 때문에 그 지역에 진료 받을 수 있는 리소스도 함께 사라지게 되어 해당 지역은 의료 서비스 소외 지역이 됨.

- 일시: 2014년 2월 21일 (금) 13:00-14:00
- 장소: KOICA 사무소
- 면담참석자: 김태진 (소장), 이향우 (부소장)

□ 주요 안건

1. DR콩고 현황

- (DR콩고 잠재력) 풍부한 수량의 콩고강, 많은 강수량, 다양한 기후 등
- (광물 수출품) 구리, 콜탄, 다이아몬드
- (거버넌스 체계의 문제점) 지방정부의 힘이 너무 강해서 중앙정부에서 통제하기가 어려움.
- (소비자 물가지수) 2년마다 조사하여 발표하고 있는데 EIU의 자료에 따르면 50%의 인플레이션이 있었음
- (정치적 상황) 2001년부터 과도정권을 시작하고 2006년, 2011년을 거쳐 2016년 3선을 준비하고 있으며 이를 위해 헌법 개정을 준비하고 있어 치안이 위협해질 가능성이 높음

2. KOICA 사업 현황

- (중점 분야) 현재 DR콩고에서 KOICA가 담당하고 있는 분야는 농업, 식수, 보건임.
- (실시 사업) 농업(2개 농촌 사업), 식수(이디오파 지역 식수사업), 보건(모자보건, 말라리아 프로젝트)가 실시되고 있음. 보건분야에서의 프로젝트의 경우, DR콩고 국가 자체의 시스템에 기반하여 이루어지고 있음.

3. 향후 사업 계획 및 고려사항

- (향후 계획) 현재 반둔두 지역에서 네트워크가 이미 형성되어있기 때문에, 반둔두 지역내 다른 Health Zone으로 확대하거나, 현재 말라리아 사업지에서 모자보건사업을 추가하는 방법을 고려해 볼 예정임. Neonatal 프로그램, 여성 청소년들을 위한 생식보건프로그램도 가능할 것임. 보건사업 관련하여 2012년, 2013년부터 새로운 사업의 규모가 계속 커지면서 사업 발굴을 하고 있지 않은 상황임.
- (고려사항) 보건분야의 강화를 위해서는 단순히 보건에만 지원해서는 안된다는 점, 특히 DRC의 상황에서 다른 섹터(분야)와의 연계가 중요함. 사업수행 (implementation)에 있어서 KOICA가 모든 것을 담당하는 것이 아니라 NGO 나 국제기구와의 연계를 통해 하는 방향이 더 좋을 것으로 판단됨. 앞으로 KOICA 가 DR콩고 내 보건분야에서 어떠한 방향으로 나갈지 제시해 주길 바람.

업무자료 서아프리카 2014-23-220

아프리카지역 보건분야 협력방안 연구 시리즈 8 :
DR콩고 사례

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

[본 보고서의 저작권은 한국국제협력단에 있으며,
한국국제협력단의 허락없이 무단 전재와 복제를 금합니다.]
발간물 등록번호 11-B260003-000487-01

연구자료

서아프리카 2014-23-220



아프리카지역 보건분야
협력방안 연구 시리즈 8 : DR콩고 사례



KOICA

한국국제협력단

461-833 경기도 성남시 수정구 대왕판교로 825

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

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