발간 등록 번호
11-B260003-000488-01

Happiness for ALL, with Global KOICA

아프리카지역 보건분야 협력방안 연구 시리즈 9 : 총괄 보고서

2014. 8

KOICA 한국국제협력단

WORLD FRIENDS KOREA

아프리카지역 보건분야
협력방안 연구 시리즈 9 : 총괄 보고서

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

Ⅰ. 서 론

1. 연구의 배경 ····· 1
2. 연구의 목적 ····· 3
1) 연구의 목적 ····· 3
2) 연구의 내용 ····· 3
3. 연구 결과의 활용 ····· 4
4. 연구의 대상 및 범위 ····· 5
1) 연구 대상 국가 ····· 5
2) 연구의 범위 ····· 10
5. 연구의 수행 단계 및 방법 ····· 18
1) 연구의 수행 단계 ····· 18
2) 연구의 방법 ····· 18
6. 연구의 한계 ····· 24

Ⅱ. 8개국 국가 현황 비교 분석

1. 보건 문제 비교 분석 ····· 26
1) 가나 ····· 26
2) DR콩고 ····· 27
3) 에티오피아 ····· 28
4) 카메룬 ····· 29
5) 나이지리아 ····· 30
6) 르완다 ····· 31
7) 모잠비크 ····· 32
8) 우간다 ····· 33
9) 요약 ····· 35

2. 보건 의료 시스템 비교 분석 ····· 39
1) 가나 ····· 40
2) DR콩고 ····· 41
3) 에티오피아 ····· 42
4) 카메룬 ····· 43
5) 나이지리아 ····· 44
6) 르완다 ····· 45
7) 모잠비크 ····· 46
8) 우간다 ····· 47

3. 보건과 빈곤 · 불평등 비교 분석 ····· 49
1) 가나 ····· 49
2) DR콩고 ····· 50
3) 에티오피아 ····· 51
4) 카메룬 ····· 54
5) 나이지리아 ····· 55
6) 르완다 ····· 56
7) 모잠비크 ····· 57
8) 우간다 ····· 57

Ⅲ. 타 공여기관 보건 분야 지원 현황 비교 분석

1. 8개국 전체 공여기관 지원 현황 비교 분석 ····· 59
2. 협력국 별 공여기관 보건 분야 지원 현황 비교 분석 ····· 64
1) 가나 ····· 64
2) DR콩고 ····· 68
3) 에티오피아 ····· 72
4) 카메룬 ····· 76
5) 나이지리아 ····· 80
6) 르완다 ····· 85
7) 모잠비크 ····· 91

8) 우간다 ····· 93

Ⅳ. 8개국 KOICA 보건 분야 협력방안

1. 보건 전략의 기본 방향 ····· 98
2. 보건 분야 협력 방안 유형 ····· 99
3. 종합 제언 ····· 104
4. 맺음말 ····· 121

참고문헌 ····· 123

부 록 ····· 125

표 목차

<표 1-1> 아프리카 8개국 개황 ····· 6
<표 1-2> 대 아프리카 8개국 우리나라 CPS 주요 지원분야 비교 ····· 8
<표 1-3> 현지조사 일정 요약 ····· 20
<표 2-1> 8개국 MDG 이행 정도에 따른 보건 문제 비교 분석 ····· 25
<표 2-2> 8개국 보건 문제 특징 요약 ····· 34
<표 2-3> 8개국 보건 지표 현황 ····· 36
<표 2-4> 8개국 보건 이슈 및 시스템 비교 분석 ····· 39
<표 3-1> 8개국 ODA 지원 현황 비교 분석 ····· 59
<표 3-2> 8개국 ODA 지원 공여기관 현황 (2011-2012년 평균) ····· 60
<표 3-3> 8개국 양자기관 보건 분야 지원 순위 및 규모 (2009-2010년) ····· 62
<표 3-4> 8개국 다자기구 보건 분야 지원 순위 및 규모 (2009-2010년) ····· 63
<표 4-1> KOICA 보건 분야 지원을 위한 협력방안 유형 ····· 102
<표 4-2> 르완다의 보건 분야 지원세부 분야 ····· 105
<표 4-3> 통합 보건 프로그램형 (CP 형)의 공통 요건 ····· 106
<표 4-4> CP형 국가 차기 보건프로그램 도출 프레임워크 ····· 107
<표 4-5> KOICA 사업 현황 분석프레임워크 ····· 107
<표 4-6> 가나 보건 분야 지원 기본 방향 및 전략의 주요 내용 ····· 108
<표 4-7> 보건전략 기본방향 및 수행전략 프레임워크 (가나) ····· 109
<표 4-8> 가나 통합적 프로그램 사업 사례 (예시) ····· 110
<표 4-9> 에티오피아 보건 분야 지원 기본 방향 및 전략의 주요 내용 ····· 111
<표 4-10> 보건전략 기본방향 및 수행전략 프레임워크 (에티오피아) ····· 112
<표 4-11> 에티오피아 통합적 프로그램 사업 사례 (예시) ····· 113
<표 4-12> DR콩고 보건 분야 지원 기본 방향 및 전략의 주요 내용 ····· 114
<표 4-13> 보건전략 기본방향 및 수행전략 프레임워크 (DR콩고) ····· 115
<표 4-14> DR콩고 통합적 프로그램 사업 사례 (예시) ····· 116
<표 4-15> 우간다 보건 분야 지원세부 분야 ····· 118
<표 4-16> 카메룬 보건 분야 지원세부 분야 ····· 118
<표 4-17> 모잠비크 보건 분야 지원세부 분야 ····· 119

<표 4-18> 나이지리아 보건 분야 지원세부 분야 ····· 120

그림 목차

<그림 1-1> 아프리카 8개국 지도 ····· 5
<그림 1-2> 연구 분석틀 ····· 12
<그림 1-3> The WHO Health System Framework ····· 13
<그림 1-4> 연구의 흐름 및 주요 질문 ····· 14
<그림 2-1> 숙련된 인력에 의한 출산 ····· 51
<그림 2-2> 최소 1회 이상 산전관리 ····· 52
<그림 2-3> (빈부격차에 의한) 최소 1회 이상 산전관리 ····· 53
<그림 2-4> 여성성기절단 (FGM) 도농 간 격차 ····· 54
<그림 2-5> (빈부 격차에 의한) 숙련된 인력에 의한 출산 ····· 56

Ⅰ. 서 론

1. 연구의 배경

○ (아프리카 빈곤퇴치를 위한 보건 분야 지원의 필요성) 세계보건기구 기준 7억 3천만 명이 거주하고 있는 아프리카는 전 세계 지역들 중 가장 심각한 보건 문제를 안고 있다. 전 세계 인구 중 아프리카 인구는 11%에 불과하나 HIV/AIDS 감염자의 60%가 아프리카 거주자이며, 매년 전 세계적으로 3백만~500백만 건으로 추정되는 말라리아 발생 건수 중 90% 이상이 아프리카 지역에 집중되어 있다. 사하라이남 아프리카의 경우 5세 미만 아동 사망률은 1천 출산 건수 당 172.5명으로 아시아 태평양, 중동, 북아프리카, 남미 등 다른 개발도상국 밀집지역 평균(54명)과 비교하여도 매우 심각한 수준에 머물러 있는 상황이다 (World Bank, 2003).

○ 아프리카 빈곤과 보건 문제의 상호관련성은 여러 연구를 통해 입증된 바 있다. 사하라이남 아프리카 지역 인구의 76% 가량이 1일 2불 이하 소비의 삶을 살고 있으며, 46.5%가 1일 1.08 불 이하의 삶을 영위하고 있다 (WHO, n.d). 1981년부터 2001년 사이의 기간 중 사하라이남 아프리카 지역 국가들의 국내총생산은 13%가 감소하여 하루 1불 이하의 삶을 영위하는 인구가 1억 6천 4백만 명에서 3억 1천 4백만 명으로 증가하였다. 세계보건기구는 보건과 경제발전의 상관관계를 분석한 보고서를 통해 입증된, 비용 대비 효과성이 높은 방식을 통한 보건 부문에의 투자가 경제발전을 위한 핵심적 동력원이 될 수 있음을 밝힌 바 있다 (WHO, 2001).

○ 경제적 빈곤과 보건 문제뿐만 아니라, 보건과 빈곤 문제는 서로의 원인이자 결과의 관계를 가지고 있다. 빈곤은 아동이 예방 접종을 못 받고, 안전한 식수를 제공받을 수 없게 하며, 산모가 적절한 관리를 받지 못하게 하여 건강을 위협하며, 또한 질병은 많은 사회적 재화를 소비하게 만들어 인간을 빈곤한 상황에 있게 하는 악순환을 만들 고 있다. 이러한 이유로 보건은 경제 개발에 있어서의 중요성이 증

가하고 있으며, 지속가능한 개발의 중요한 기여요소일 뿐만 아니라 지속 가능한 개발의 정도를 측정할 수 있는 지표로 활용된다 (KOICA, 2011).

○ (KOICA의 아프리카 보건 분야 협력 방안 수립의 필요성) '국제개발협력 선진화 방안' (2010)에서는 한국 ODA 규모의 확대 및 수원 지역 중 아프리카 지역의 상대적 비중 증대를 언급한 바 있으며, KOICA 역시 '한-아프리카 개발협력 기본구상 2009-2012'의 실행을 위해 2012년까지 아프리카 지원 예산을 2008년 약 5,500만 달러 대비 연간 2배 수준, 2015년까지 전체 협력사업비의 25% 수준으로 확대해나갈 계획이다 (KOICA 홈페이지). 또한, 2011년 KOICA는 아프리카 각 국가별 경제발전 수준 및 수요에 따라 지원을 차별화 하여 사하라이남 국가에는 보건의료, 교육, 농어촌 개발 지원을 통한 MDGs 달성에 주력 및 최빈국에 대한 특별 지원을 강화하겠다고 하였다.

○ 현재 KOICA는 원조 효과성 제고와 보건 의료 개발 파트너십 강화를 목적으로 수립한 '2011-2015 KOICA 보건 분야 전략'을 보유하고 있으며, 본 전략은 1) 보건의료 체계 강화와 2) 취약 계층, 취약 질병 지원 강화라는 큰 두 가지의 방향성을 가지고 있다. 그리고 하위에 5가지 전략 목표 (1. 보건의료 인적역량 강화; 2. 보건의료 제도적 역량 강화; 3. 보건의료 서비스 접근성 강화; 4. 모자보건 및 가족계획 향상; 5. 전염성 질병 예방 및 관리 강화)를 수립하였으며, 목표 실행을 위하여 선택과 집중, 효과성 증진, 파트너십 강화라는 3대 접근방법(Approach)를 설정하고 있다.

○ 위에 언급한 것처럼 사하라이남 아프리카의 보건 분야 지원에 대한 중요성이 확대됨에 따라 KOICA의 아프리카 8개 중점협력국에 대한 보건 분야 지원 방안 마련의 중요성이 제기되었다. 따라서 아프리카 8개국 보건 분야 지원에 대한 특수성과 현재 KOICA가 수립한 보건 분야 지원 전략을 결합하여 사하라이남 아프리카에 위치한 우리나라 중점협력국 8개국 (가나, 나이지리아, DR콩고, 르완다, 모잠비크, 에티오피아, 우간다, 카메룬)에 대한 KOICA의 보건 분야 지원방안을 위한 세부 전략 수립이 필요한 상황이다. 이를 위해서는 아프리카 8개국의 상세한 보건 이슈 현황 및 보건 체계, 각 국가 내 공여기관(양자 및 다자)의 보건 분야 지원 전략 및 사업, 협력 파트너십 체계 등에 대한 상세하고 체계적인 연구가 필요하다.

2. 연구의 목적 및 내용

1) 연구의 목적

본 연구의 목적은 아프리카 8개 중점협력국의 보건 현황과 이슈, 보건 의료 체계, 타 해외 공여기관의 아프리카 보건 지원 전략과 현황의 분석을 통해 'KOICA 아프리카 보건 분야 지원 전략' 마련을 위한 기초 자료 및 정보를 수집하여 지원 전략과 방법을 제시하는 것이다.

2) 연구의 내용

○ (아프리카 8개국 보건 현황 및 주요 이슈 조사) 아프리카 8개국의 국별 보건 현황 및 보건 관련 주요 이슈에 대한 자료를 다양한 채널을 통하여 수집하고, 보건 문제에 대해서 빈곤 및 불평등의 관점에서도 접근함으로써 종합적 상황 분석을 시도하고, 이와 같은 분석 결과를 기반으로 국가별 보건 전략 수립에 기여하고자 한다.

○ (아프리카 8개국 보건 체계 조사) 국가별 보건 체계를 정책 및 전략뿐만 아니라 WHO에서 사용하는 6개의 구성요소(Building Blocks)를 중점으로 상세히 조사하여 각 특징을 파악하고 분석한다. 특히 국가별 보건 부문 우선순위 전략을 조사하여 수원국의 수요를 명확히 파악하고 보건 체계를 분석하여 우리나라의 지원 방향성에 대한 근거를 마련한다.

○ (국제사회의 국가별 보건 공여 현황 조사 및 성과 분석) 주요 공여국 및 공여기관의 지원 현황, 지원 체계, 주요 정책 및 전략, 주요 프로그램 등을 조사하여 이들 국가 및 기관의 아프리카 8개국 보건부문 지원 현황을 분석한다. 특히 현지조사를 통하여 아프리카 보건부문에서 활동하는 주요 양자기구의 아프리카 보건 부문 협력대상국 선정 배경, 지원 분야 및 방식 (보건 체계 역량강화, 특정 질병 대상 개입, 부처 예산지원 등) 선정 배경 및 성과, 향후 장기지원 계획 등 최신 자

료 수집 및 현지 인터뷰 결과를 취합하여 현장 중심의 KOICA의 아프리카 보건 부문 전략수립을 위한 참고자료로 활용되도록 한다.

3. 연구 결과의 활용

1) KOICA 국가협력전략(CPS) 이행계획 수립 보건 분야 배경자료로 활용

위의 목적에 부합하는 조사 분석 내용을 종합적으로 비교 분석한 결과에 근거하여 정책과 전략과의 연계성 강화를 위한 'KOICA CPS 이행계획 '에 포함된 보건부문 실행 전략 수립에 기여한다. 현재 아프리카 8개국 중 4개국에 해당하는 가나, 에티오피아, 콩고민주공화국, 카메룬의 3대 주요 지원 분야에 보건 및 의료 분야가 포함되어 있으므로, 4개국을 중심으로 KOICA '국별협력전략(CPS) 이행계획' 중 분야별 전략의 수립에 기여할 수 있는 연구결과를 제공한다.

2) 2차 국가협력전략(CPS) 수립 배경 자료로 활용
본 연구는 아프리카 8개국의 보건부문 협력방안을 종합적으로 제시함으로써 중장기적으로 2차 CPS에 상황분석 및 증거기반 분석에 기초한 보건부문 과제 도출, 보건부문 이행을 위한 전략적 실행방안 등이 구체적으로 포함되는데 기여한다.

3) KOICA 사업 발굴 및 기획을 위한 자료 제공
현재 KOICA가 보건 사업을 수행하고 있는 경우, KOICA의 보건 분야 사업의 전략적 방향성을 구체화하고, 실제 사업 단위의 주요 요소(사업 모달리티, 형태, 대상, 지역 등) 및 프로그램/프로젝트의 주요 구성 요소를 중심으로 시사점을 도출한다. 특히 모자보건 사업을 중심으로 사업지역 내 기초 보건소 지원, 전문 인력 육성 프로그램, 주민인식 개선, 식수위생 인프라 개선 등의 다양한 접근을 통한 통합적인 프로그램을 설계하는 데 중점을 둔다.

4. 연구의 대상 및 범위

1) 연구 대상 국가

○ 우리나라 26개 중점협력국 중 아프리카 지역의 총 8개 중점협력국은 가나, 에티오피아, 콩고민주공화국, 나이지리아, 르완다, 모잠비크, 우간다, 카메룬이며, 따라서 본 연구에서는 위의 8개 국가를 중심으로 연구하고자 한다.

<그림 1-1> 아프리카 8개국 지도

(출처: 저자작성)

○ 다음 〈표〉는 아프리카 지역 8개국의 면적, 위치, 기후, 인구, 수도, 민족, 언어, 종교 및 1인당 GDP를 조사한 국가별 개황을 설명하고 있으며, 〈표 1-3〉은 8개국을 CPS 우선순위 분야의 보건 분야 포함 여부에 따라 분류하고 각 국가별 국가협력전략(CPS)의 우선순위 분야 내용을 요약하고 있다.

<표 1-1> 아프리카 8개국 개황

구분	가나	나이지리아	카메룬	에티오피아	르완다	우간다	모잠비크	DR 콩고
면적	238,533㎢	923,768㎢	475,422㎢	1,104,300 ㎢	26,388km²	241,000㎢	81.2만km2	2,344,885㎢
위치	서부 아프리카 대서양 기니만 연안	서부 아프리카 중서부, 남쪽은 대서양 기네만에 접경	아프리카 중서부 대서양 연안	수단, 에레트리아, 지부티, 소말리아, 케냐와 접경을 이루는 내륙국	중앙아프리카에 위치, 콩고민주공화국과 우간다 및 탄자니아, 부룬디와 접경	아프리카 중동부 내륙 (케냐, DRC, 르완다, 탄자니아, 수단과 접경)	아프리카 남동부 위치. 남아프리카 공화국, 짐바브웨, 잠비아, 탄자니아와 접경	아프리카 중부내륙, 9개국과 접경
기후	열대성, 남부 고온다습, 북부 고온건조, 연평균 27℃	열대우림(해안지대) 열대 사바나(내륙)	고온다습 (남부) 고온건조 (북부)	연평균 기온 16도로 연중 쾌적	연평균 18℃, 열대성 기후	열대성, 고온건조, 연평균 20-22℃	전형적 열대성 기후	열대기후 고온다습(건기/우기 구분), 연평균 25.2℃
인구	2,496만 명	1억 6천만 명	2,003만 명	8,473만 명	1,094만 명	3,450만 명	2,393만명('12)	6,775만 명
수도	Accra	Abuja	Yaounde	Addis Ababa	Kigali	Kampala	Maputo	Kinshasha
민족	아칸족(45.3%), 몰다그바니 (15.2%) 외	Hausa(30%), Yoruba(20%), Ibo(20%) 등 250여 종족	Bantu, Kirdis, Fulani족 등	암하라족(25%), 오로모(40%)족, 티그라이족 외	후투족(85%), 투치족(14%), 트와족(1%)	Bantu(Baganda 포함) 17%, Banyakole 9.5%, Basoga 8.4%, Bakiga 6.9%, Iteso 6.4%, Langi 6.1%, Acholi 4.7% 등	Shangaan족, Chokwe족, Manyika족, Sena족, Makua족 등 기타 원주민(99.66%), EuroAfrians(0.2)	투치족, 후투족 외

언어	영어, 튀어 등	영어(공용어), 250개 토착어	불어, 영어	암하라어, 영어 등	영어, 불어, Kinyarwanda어	영어(공용어), Luganda, Swahili 등	포르투갈어	불어, 링갈라어, 스와힐리어, 키콩고어, 칠루바어
종교	기독교(69%), 이슬람(16%)	회교(50% : 북부), 기독교(40% : 남부)	천주교ㆍ기독교(45%), 회교(22%), 전통종교(25%)	정교(43%),이슬람교(30%)	가톨릭(56%), 기독교(26%), 안식교(11%), 이슬람교(4%)	카톨릭(42%), 성공회(36%), 이슬람(16%)	기독교(56.1%), 이슬람교(17.9%), 토착신앙(7.2%)	카톨릭(50%), 개신교(20%), 킴방구교(10%)
1인당 GDP	$ 1,098 (2009)	$ 1,222 (2011)	$ 1,271 (2011)	$ 390 (2010)	$ 583 (2011)	$ 540 (2011)	$ 939 (2010)	$ 189 (2010)

(출처: 아프리카 8개국 CPS (가나, 나이지리아, 카메룬, 에티오피아, 르완다, 우간다, 모잠비크, DR 콩고), 국무총리실 국제개발협력위원회)

<표 1-2> 대 아프리카 8개국 우리나라 CPS 주요 지원분야 비교

국가	우리나라 지원현황	3대 주요 지원분야	보건관련 특이사항
가나	▪ 지원현황: 지난 5년간 對가나 ODA는 '06년 0.27백만 달러에서 '10년 58.1백만 달러로 급격 증가 ▪ 과거 2대 지원분야: 에너지, 환경 (전체 ODA 중 94%) 교육, 보건의료	▪ 에너지 ▪ **보건 및 환경*** ▪ 기초교육	▪ (인프라) 보건위생 환경 향상(안전한 식수 공급 및 위생 개선) 을 통한 삶의 질 ▪ (보건의료 서비스 강화 및 역량강화)모성과 영유아 사망률 감소를 통한 생산력 향상 및 역량 강화
에티오피아	▪ 지원현황: '07-'11년 간 총 0.33억불 지원(집행기준) ▪ 과거 4대 지원 분야: 보건, 교육, 산업에너지, 농림수산	▪ **모자보건/식수*** ▪ 농업 농촌 지역개발 및 영농기술훈련 ▪ 가술교육 직업훈련 ▪ 인프라 (전략, 도로)구축 및 개선	▪ (모자보건서비스 강화를 통한 모자보건상황 개선) 출산율 감소 및 모성과 영유아 사멍률 감소를 지원함으로써 여성과 아동의 건강을 향상시켜 에티오피아 모자보건 상황 개선 도모 ▪ (안전한 식수 공급 및 위생환경 개선) 농촌지역을 중심으로 안전한 식수 및 위생시설을 제공함으로써 물 관련 취약지역 주민들(특히 여성)의 삶의 질 제고
콩고민주공화국	▪ 지원현황: '07-'11년 간 총 0.18억불 지원(집행기준) ▪ 과거 4대 지원 분야: 공공행정, 보건환경 및 의료, 산업에너지, 농림수산	▪ **보건환경*** ▪ **보건의료*** ▪ 농촌종합개발	▪ (상수도 개발 및 식수개발) 물에대한 접근을 확대로 기본 삶의 질 향상 ▪ (말라리아 퇴치 및 모자보건 체계 강화) 건강한 아동과 모성을 통한 지속가능한 발전 ▪ (농촌종합개발 모델 개발과 농업기술보급 시스템 개선) 식량안보 강화 및 소득을 증대
카메룬	▪ 지원현황: '07-'11년 간 총 0.08억불 지원(집행기준) ▪ 과거 3대 지원분야: 공공행정, 보건, 농림수산, 교육	▪ 인적자원개발: 직업교육의 양적 질적 개성 ▪ **사회・산업 인프라 개선: 의료 보건 서비스 접근성과 질 개선*** ▪ 농촌 종합개발	▪ (사회 산업 인프라 개선) 의료시스템 접근성 및 질 향상, 의료전달시스템 구축, 의료 인력의 역량강화 지원, 산업에너지시스템 및 공공행정시스템 개선을 통한 포괄적 성장 도모

모잠비크	▪ 지원현황: '07-'11년 간 총 0.09억불 지원(집행기준) ▪ 과거 5대 지원 분야: 교통, 보건, 에너지, 농어촌개발, 통신	▪ 전력 및 교통 분야: 에너지 및 교통 인프라 ▪ 농업발전: 농업・농촌 환경개선 및 농업생산성 향상 ▪ 인적자원개발: 교육 및 정보 접근성 향상 및 직업교육의 질개선	▪ '07-'11년 주요 지원분야였던 보건부문이 향후 3대 지원분야에 포함되지 않음.
나이지리아	▪ 지원현황: '07-'11년 간 총 0.11억불 지원(집행기준) ▪ 과거 2대 지원 분야: 농림수산, 보건환경 및 의료	▪ 거버넌스: 공공행정 개선, 전자정부 지원 ▪ 인적역량강화: 기초교육과 기술직업훈련	▪ '07-'11년 주요 지원 분야였던 보건 부문이 향후 2대 지원 분야에 포함되지 않음.
르완다	▪ 지원현황: '07-'11년 간 총 0.17억불 지원(집행기준) ▪ 과거 3대 지원 분야: 교육, 공공행정, 농림수산	▪ 인적자원개발 : 전문 기술인력 양성 ▪ ICT: 전자정부 시스템 확대 ▪ 농업・농촌개발 : 농업 기반시설 구축, 농업기술 보급 및 훈련	▪ 보건부문 중점 지원 분야에 포함되지 않음
우간다	▪ 지원현황: '07-'11년 간 총 0.78억불 지원(집행기준) ▪ 과거 3대 지원분야: 보건, 농림수산, 공공행정	▪ 농업・농촌개발 : 농업 인프라 및 기술보급 ▪ ICT: 공공부분 ICT 기반 시성 구축 및 정책 구축 ▪ 경제인프라: 도로 시설 확충 및 개선	▪ 보건부문 중점 지원분야에 포함되지 않음

(출처: 저자 작성)

2) 연구의 범위

(1) 선행 연구 분석

○ (KOICA 지역+섹터 결합 지원 방안 연구 실시) 본 연구는 우리나라 ODA 대표집행 기관인 KOICA가 처음으로 실시하는 지역과 분야의 결합연구로서 아프리카 8개 중점협력국 보건 분야의 구체적인 협력 방안을 위해 실시하는 연구이다. 보건복지부 산하 ODA 집행기관인 KOPIH(2012)의 경우에는 KOPIH 지원 국가인 중남미 4개국(볼리비아, 파라과이, 페루, 콜롬비아)와 사하라이남 아프리카 4개국(모잠비크, 우간다, 카메룬, 나이지리아)를 대상으로 보건의료 협력 전략 연구를 실시하여 양자, 다자, 지역 협력 모델의 보건의료 협력사업 방안을 제안한 바 있다 (전용일 · 이명선 외, 2012). 보건의료 ODA사업의 우선순위에 있어 MDG 4,5,6 문제 해결에 주안점을 두고 국내 보건의료분야에서의 비교우위를 바탕으로 그 동안 노하우를 축적해온 소프트웨어 중심의 기술 역량 강화형 프로그램에 기반을 둔 사업형태가 유용할 것으로 본 보고서는 제안한다. 이는 우리나라에서의 1차 보건의료 성공경험과 수원국의 요구도 및 지속가능성 등의 요소를 접목함과 동시에 비용 효율적인 수행 가능성을 고려한 포괄적인 수원국 맞춤형 ODA 프로그램이라 할 수 있으며, 위의 기준에 의거하여, 다음 7가지 (보건의료체계 강화를 통한 모자보건사업, 보건의료분야 인력교육사업, 1차 보건의료 체계 강화사업, 결핵관리사업, 건강보험을 통한 보건의료 서비스 보장성 강화, 응급의료체계 구축, 예방접중체계 구축)순으로 우선순위를 설정했다. 또한, 본 우선순위를 근거로 각 국가별로 사업추진유형(양자간, 다자간, 지역)의 사업내용을 선정하고 선정 사업의 국가 내 우선순위, 7가지 보건의료분야 ODA 사업 우선순위를 선정하였다.

○ (Post 2015 논의사항과 보건과 빈곤 · 불평등의 관계 등 제시) MDG 이행 완료 시점을 1년 반 정도 앞둔 현재 국제개발협력 분야에서는 Post 2015에 대한 논의가 한창이다. Post 2015 논의 가운데 보건 이슈는 기존에 MDG에서 다룬 아동 사망률 감소, 모성보건 증진, HIV/AIDS, 말라리아 등의 전염성 질병 퇴치를 포함하여 소외 열대 질환 근절, 비감염성 만성질환으로 인한 사망률 감소, 보편적 의료보장(Universal Health Coverage) 달성, 식수와 위생에 대한 보편적 접근 등과 같은 목표를 포함하고 있다. 협력국에 대한 보건 현황을 다루고 있는 전용일 · 이명선 외

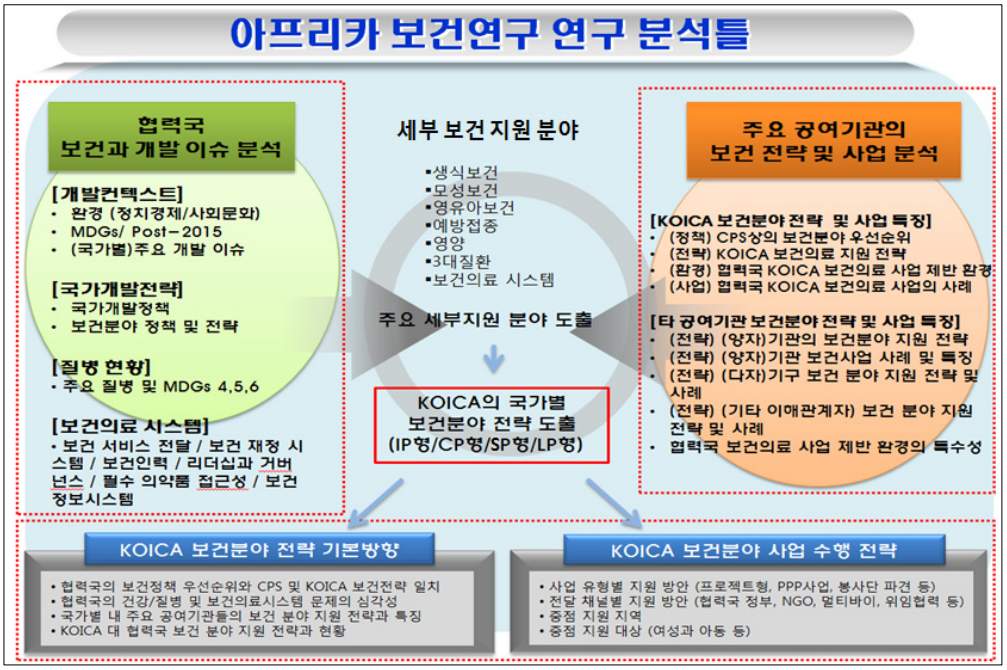
(2012)보고서는 주로 MDG 4,5,6 목표를 중심으로 보건 문제를 분석하였고, 장경호 · 이신호 외(2009)연구는 MDG에 대해 간략하게 언급하였지만, 두 연구 모두 연구 수행 시점 상 Post 2015에 대한 논의를 다루기에는 이른 감이 있었다. 이번 연구는 Post 2015 논의를 담을 수 있는 시점에 진행되었다는 측면에서 기존에 MDG 4,5,6을 중심으로 논의된 보건 이슈의 범위를 넓혀서 볼 수 있다는 의의가 있다고 볼 수 있다. 뿐만 아니라, 보건 이슈만을 놓고 문제를 파악하는 것이 아니라, 보건 문제와 빈곤과 불평등의 관계에 대해 고려함으로써 현상 자체에 대한 처방보다는 전체적인 구조 속에서 문제를 진단하고 방안을 낸다는 점에서 의미를 찾을 수 있겠다.

○ (타 원조기관 보건 분야 사업의 최신 현황 분석을 근거로 한 사업의 구체적인 아이디어와 시사점 제시) 앞에서 소개한 전용일 · 이명선 외 (2012), 장경호 · 이신호 외(2009), 홍석표 · 조명선 · 장진영 (2011)연구의 경우, 타 해외 원조기관의 보건 분야 정책 및 전략에 대해서는 정리하였으나, 협력국 내 원조기관의 보건 분야 사업에 대해서는 충분한 다루지지 못하였다. 이번 연구는 8개국 협력국 내 원조기관의 보건 전략뿐만 아니라 그 하위 단위의 공여기관의 보건 사업까지도 조사 대상에 포함하였으며, 향후 KOICA가 보건 사업을 기획하는데 필요한 사업의 주요 component 분석 및 시사점 위주로 작성하였으며, 최근 진행되고 있는 e-Health, m-Health와 같은 혁신적 사업모델 사례 역시 다루고 있다는 점에서 선행연구와의 차별성을 둘 수 있겠다.

(2) 연구 분석틀

○ 본 연구의 범위는 크게 1) 8개국의 보건 및 개발 이슈 분석; 2) 8개국 내 KOICA를 비롯한 타 공여기관의 보건 전략 및 보건 사업 사례 분석; 3) 8개국 내 KOICA 보건 전략적 방향성 및 보건 사업 수행 전략 제시로 나눌 수 있으며, 아래의 그림과 같은 분석틀을 활용하였다.

<그림 1-2> 연구 분석틀



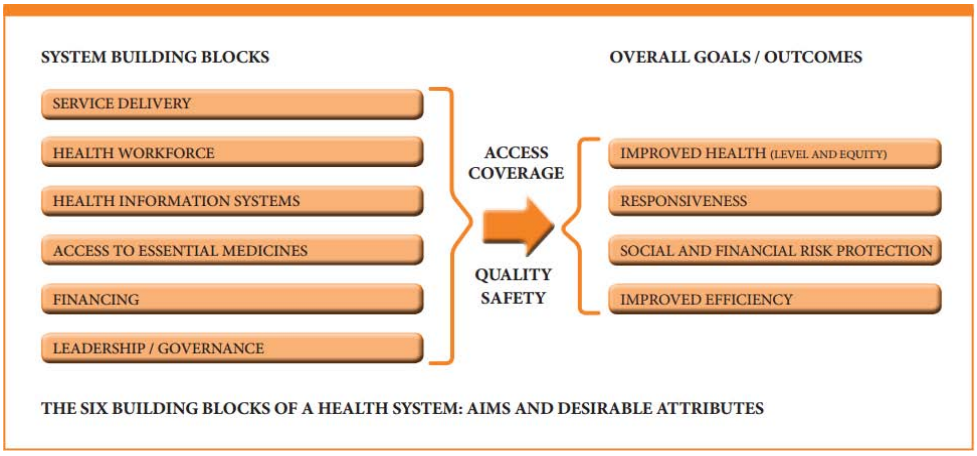
(출처: 저자작성)

○ (1. 협력국의 보건 및 개발 이슈 분석) 세부적으로 협력국의 국가 개발 전략, MDG 4,5,6을 중심으로 하는 협력국의 질병 현황 및 보건의료 시스템을 조사하며, 보건 분야에 있어서 WHO가 사용하는 6가지 보건 구성요소 개념을 활용하여 협력국의 보건 체계를 분석하고 MDG Progress, 빈곤 및 불평등 문제와 결합하여 6가지 주요 보건 분야 (communicable disease, Family Planning Reproductive Health, Maternal Health, Infant & Child Health, Nutrition, Non-communicable Disease)중에서 국가별로 3가지 우선순위 분야를 선정했다.

○ WHO가 제시하는 보건 시스템의 6가지 구성요소(6 Building Blocks)는 보건 서비스 전달, 보건 인력, 보건 정보시스템, 필수 의약품 접근성, 보건 재정 시스템, 리더십과 거버넌스로 구성되어 있다. 첫째, 좋은 보건 서비스 전달(Service Delivery)은 최소한의 자원 소비로 가장 필요한 사람들, 필요한 곳, 필요한 시점에 효과적이고, 안전하고, 품질 높은 보건 의료 서비스가 제공되는 것이다. 둘째, 훌륭한 보건 인력 (Health Workforce)은 주어진 자원 및 상황에서 가능한 가장

최선의 보건 결과를 성취하기 위하여 적절한 대응, 공평하고 능률적인 방법으로 일하는 사람을 의미한다. 셋째, 훌륭하게 기능하는 보건 정보 시스템 (Health Information System)이란 보건 결정요소, 보건 시스템 성과 및 보건 상태에 대하여 신뢰성 있고 시의 적절한 정보를 생산, 분석, 전파 및 활용할 수 있도록 해야 한다. 넷째, 제대로 작동하는 보건 시스템에서는 품질, 안전성, 효험 및 비용 효과성 등이 보장된 필수 의약품, 백신, 기술에 대한 공평한 접근성(Access to Essentiall Medicines) 이 보장되어야 한다. 다섯째, 좋은 보건 재정 시스템 (Health Financing System)은 사람들이 필요한 서비스를 활용하고, 서비스에 대한 비용 지급과 관련하여 재정적인 곤란 혹은 궁핍한 상황으로부터 사람들을 보호하기 위해 보건 관련 적정한 자금을 형성하는 것을 의미한다. 여섯째, 리더십과 거버넌스 (Leadership and Governance)는 효과적인 감독, 협력 시스템, 적절한 규제 및 인센티브, 시스템 기획에 대한 주목 및 책무성과 결합된 전략적 정책 프레임워크가 존재하는 것을 보장하는 것을 포함한다 (WHO 홈페이지).

<그림 1-3> The WHO Health System Framework



(출처: WHO, 2010, Monitoring the Building Blocks of Health Systems: A Handbook of Indicators and their Measurement Strategies)

○ (2. 공여기관의 보건 전략 및 보건 사업 사례 분석) 공여기관의 보건 전략과 사업 분석에서는 KOICA를 비롯한 협력국 내 타 공여기관의 지원 환경을 정책, 전략 단위, 제반 환경, 사업 사례 중심으로 알아본다. 타 공여기관의 경우, 전략 단위에서는 보건 분야 지원 전략 및 세부 보건 분야 우선 순위를 조사 및 다자기구 보건 분야 지원 전략도 함께 조사한다.

○ (3. KOICA 보건 분야 전략적 방향성 및 사업 포트폴리오 수립 방안) 그리고 본 내용을 토대로 2가지 층위의 정책 제언을 제공한다. 첫째, 협력국별 KOICA 보건 분야의 전략적 방향성을 제시하며 본 항목에는 세부 지원 분야, 지역, 대상 및 범분야 이슈 고려 여부를 담고 있다. 둘째, KOICA 보건 분야 사업 포트폴리오 수립 및 개선 방안을 유형별, 형태별, 파트너십, 제반 환경별로 제안한다.

(2) 연구의 주요 흐름 및 질문

○ 다음 그림은 위의 연구분석틀 내 3개의 주요 구성요소(1. 8개국의 보건 및 개발 이슈 분석; 2. 8개국 내 KOICA를 비롯한 타 공여기관의 보건 전략 및 보건 사업 사례 분석; 3. 8개국 내 KOICA 보건 전략적 방향성 및 보건 사업 수행 전략)를 토대로 연구의 흐름 및 주요 질문을 소개하고 있다.

<그림 1-4> 연구의 흐름 및 주요 질문

항목	세부 항목	주요 질문
[1단계] 협력국의 보건 및 개발 이슈 분석		
협력국 보건과 개발 이슈	협력국의 개발 맥락	• 개발 및 보건 이슈와 관련하여 중요하게 고려되는 이슈는 무엇인가? (예: Post-2015, 빈곤, 젠더 등)
	협력국의 국가 개발 전략	• (개발정책) 협력국 개발정책 내 보건 분야가 우선순위로 선정되어 있는가? • (보건 분야 정책 및 전략) 보건정책의 우선순위 세부 분야와 실행전략은 무엇인가? • (KOICA 보건 전략과의 부합 여부) 협력국 보건정책 내 세부 지원 분야와 KOICA 보건 전략 내 지원분야는 부합하는가? 한다면, 그 세부 분야는 무엇이며, 그 선정 이유는 무엇인가?
	질병현황	• (주요 질병) 협력국 내 사망과 질병부담에 기여하는 주요 질병의 종류는 무엇인가? 해당 주요 질병의 현황과 추이의 특이사항은 무엇인가? • (MDG Goal4) 협력국의 '아동사망률 감소'의 현황과 추이는 어떠하며 이에 기여하는 요인과 한계는 무엇인가? 영유아 보건과 연계된 영양관련 주요 이슈는 무엇인가? • (MDG Goal5) 협력국의 '모성보건 증진'의 현황과 추이는 어떠하며 이에 기여하는 요인과 한계는 무엇인가?

		모성보건과 연계된 가족계획, 생식보건의 주요 이슈는 무엇인가? • (MDG Goal6) 협력국의 'HIV/AIDS, 말라리아 및 기타 질병 퇴치' 현황과 추이는 어떠하며 이에 기여하는 요인과 한계는 무엇인가?
	보건의료 시스템	• (전체 현황) 협력국의 보건의료시스템을 구성하는 서비스 전달, 보건재정, 보건인력, 거버넌스, 약품 및 의료지원, 보건정보관리 중 각 요소의 강점과 약점은 무엇인가? • (서비스의 전달) 보건 서비스의 전달이 필요한 사람들, 필요한 지역, 필요한 시점에 적절하게 이루어지고 있는가? • (보건 인력) 최선의 보건의료 성과를 내기 위하여 적절하고 공평하며 효과적으로 보건인력이 배치되어 있는가? • (보건 정보시스템) 보건 결정 요소, 시스템 성과 및 보건 상태에 대하여 신뢰성 있고 시의 적절한 정보를 생산 및 활용할 수 있는 시스템이 마련되어 있으며 작동하고 있는가? • (필수 의약품 접근성) 품질, 안정성, 효험 및 효과성 등이 보장된 필수 의약품에 대해 공평한 접근성이 보장되고 있는가? • (보건 재정 시스템) 보건 서비스 활용 및 서비스에 대한 비용 지급을 위해 적정한 자금이 형성되어 있는가? • (리더십과 거버넌스) 효과적인 감독, 협력 시스템, 적절한 규제 및 인센티브, 시스템 기획에 대한 주목 및 책무성과 결합한 전략적 정책 프레임워크가 존재하며 제대로 작동하는가?
[2단계] 공여기관 수준 분석 (원조기관 전략 및 사업 층위)		
공여기관의 보건 전략과 사업 분석	**우리나라 보건분야 전략과 사업**	• (환경) 보건사업 시행을 위한 KOCIA 현지사무소의 제반 환경은 어떠한가?
		• (전략) KOICA 현지사무소의 보건분야 사업의 전략적 방향이 수립되어 있는가? 있다면, 그 내용은 무엇인가?
		• (사업) ('05년 이후) KOICA의 해당국 보건분야 지원 규모 및 유형은 어떠한가? • (사업) KOICA 보건분야 사업 수행에 영향을 미치는 요인은 무엇인가? (내외부적인 요인)
	타 공여기관	• (환경) 보건사업 시행을 위한 타공여기관 현지사무소의

<table>
<tr><td rowspan="3"></td><td rowspan="3">보건분야
전략과 사업
(양자/다자/
SCG포함)</td><td>제반 환경은 어떠한가?</td></tr>
<tr><td>• (전략) 타공여기관 현지사무소의 보건분야 사업의 전략적 방향이 정립되어 있는가? 있다면, 그 내용은 무엇인가?
• (MCH) 타공여기관의 MCH 전략의 구체적인 내용은 무엇인가?</td></tr>
<tr><td>• (사업) 타공여기관 보건분야 지원 규모 및 유형은 어떠한가?
• (사업) 보건분야 사업 수행 시, 내외부적인 강점과 과제는 무엇인가?</td></tr>
<tr><td colspan="3">⇩ ⇩ ⇩</td></tr>
<tr><td colspan="3">분석 결과를 고려한 정책제언 도출</td></tr>
<tr><td colspan="3">⇩ ⇩ ⇩</td></tr>
<tr><td colspan="3">[3단계] 정책 제언 (해당국 보건 분야 전략적 방향성 및 사업 수행 방안)</td></tr>
<tr><td rowspan="2">KOICA
보건 분야
전략의
기본 방향</td><td colspan="2">• (전략 목적) KOICA의 해당국 보건지원전략 목적은 무엇인가?
• (지원 유형) 해당 협력국의 지원 유형(IP형/CP형/FP형/LP형)은 무엇인가?</td></tr>
<tr><td colspan="2">• (정책 일관성) 협력국의 보건 정책 우선순위와 CPS 및 KOICA의 보건전략과 일치하는가?
• (보건문제의 중요도) 협력국의 건강/질병 및 보건의료시스템 문제는 얼마나/어떻게 심각한가?
• (공여기관의 지원 전략) 협력국 내 주요 공여기관들의 보건 분야 지원 전략과 특징은 무엇인가?
• (현재 KOICA 지원 전략) 현재 KOICA의 대 협력국 보건 분야 지원 전략과 현황은 어떠한가?</td></tr>
<tr><td>KOICA
보건 분야
사업 수행
방안</td><td colspan="2">[중점 지원 요소]
• (세부 지원분야) 우선순위 보건 세부 지원분야는 무엇인가?
• (세부 지원지역) 보건의료 분야 중점 지원 지역은 어디인가?
• (세부 지원대상) 보건의료 분야 중점 지원 대상은 누구인가?
• (범분야 이슈) 보건의료 분야 최우선 범분야 이슈는 무엇인가? 현재 범분야 이슈가 보건사업에 주류화되고 있는가?
[지원 방법]
• (지원 유형) 가장 효과적인 유형별 지원 방안은? (유/무상, 다자/양자/멀티바이)
• (지원 형태) 가장 효과적인 형태별 지원 방안은? (프로그램, 프로젝트, 컨설팅, 연수사업 등)
• (협력 방안) 가장 효과적인 협력파트너십 방안은? (양자협력/다자협력/민관협력)</td></tr>
</table>

(출처: 저자작성)

(3) 국가별 보건 분야 협력 방안

○ 아래 국가별 연구 프레임워크는 1) 연구 프레임워크; 2) 연구의 흐름 및 주요 질문에 근거하여, 기초 문헌 조사를 실시한 후 아래의 그림과 같이 국가별로 보건 분야 협력 방안을 제시하였다.

○ (국별 협력 방안 구성 요소) 본 국별 보건 분야 협력 방안은 KOICA의 해당 협력국 보건 분야 지원의 목적 및 목표를 명확하게 한 후, 이 중 중요하게 다루어지는 주요 보건 이슈들을 세부 보건 지원 분야로 선정하고 이 중에서 중점 지원 분야를 선정한다. 이에 근거하여 크게 2가지의 협력 방안을 제시하는데, 첫째는 KOICA 보건 분야 이행 전략으로써 유형별 지원, 형태별 지원, 파트너십의 유형에 대해 시사점을 제안한다. 둘째는 보건 의료 사업 수행 전략으로써 사업을 수행하는 데 있어 국가별 특수한 외부 환경 및 KOICA 현지사무소의 내부 환경을 조사하고, 사업 사례를 중심으로 사업 효과성 제고 방안을 제시한다.

5. 연구의 수행 단계 및 방법

1) 연구의 수행 단계

○ 본 연구의 체계는 아래와 같이 5단계로 구성된다.

- 1단계: 연구의 주요 질문 및 분석틀 개발;
- 2단계: 국내 문헌조사를 통한 기초 데이터 축적;
- 3단계: 해외 현지조사를 통한 데이터 축적;
- 4단계: 국내외 조사 결과를 통해 수집된 자료의 심화 분석 실시;
- 5단계: 아프리카 중점협력 8개국의 보건 부문 협력방안 도출

2) 연구의 방법

○ 본 연구는 앞서 분석한 선행 연구의 연구 범위 및 방법론과의 차별화를 두기위하여 문헌조사, 현지조사 및 심화분석의 내용을 종합하여 정성적인 방법으로 시사점을 제안하는 방향으로 진행되었다.

(1) 문헌 조사

○ 두 번째 단계인 동 단계에서는 문헌 조사, 자료 수집 및 정리 등이 진행되며, 필요 시, 현지조사를 수행하기에 앞서 해외 기관 등에 설문지를 배포한다.

○ (8개국 보건 부문 관련 문헌조사) 1단계에서 수립한 조사항목(Check list)을 토대로 조사 대상국인 8개국(가나, 나이지리아, 카메룬, DR콩고, 에티오피아, 우간다, 르완다, 모잠비크)의 보건 현황, 정책 및 체계와 8개국 내 공여기관 보건 부문 지원 전략 및 프로그램 관련 문헌 조사를 실시함으로써, 각 국의 보건관련 1차 자료(raw data)수집 및 연구매트릭스 내 정보를 조사한다.

○ (자료 분류 및 정리를 통해 현지조사 시 수집되어야 하는 자료 목록 도출) 국내 문헌조사를 통해 기초 데이터를 축적하고, 연구의 목적 및 방향성에 따

라 데이터를 분류함. 수집된 데이터의 양과 범위를 고려하여, 현지조사를 통해 수집되어야 하는 데이터 목록을 산출한다.

(2) 현지조사

가) 현지조사 개요

○ (현지조사 개요) 연구 대상 8개국을 방문하여 정부 보건부 관계자, 공여국 원조기관의 보건 사업 담당자, 국제기구의 보건 사업 담당자, 국제 및 국내 민간단체(NGO)의 보건 사업 담당자, 현지 보건 전문가, 그리고 현지 KOICA 사무소 직원 및 전문가 등을 대상으로 개별 혹은 집단 면담을 수행하고 관련 자료를 수집하였다.

○ (현지조사의 필요성) 첫째, 효과적·효율적·실천 가능한 보건 부문 협력 방안을 수립을 목적으로 협력국의 보건 의료 상황과 국가 정책을 정확히 파악하기 위해 협력국 정부 및 비정부 관계자, 그리고 KOICA 사무소 책임자와의 집중 면담이 요구된다. 둘째, 문헌조사에서 파악한 협력국의 보건 의료 현황을 확인하고 국내에서 수집하기 어려운 지역별 자료와 보건 분야의 세부 자료를 수집한다. 셋째, 협력국에서 활동하고 있는 주요 공여국과 국제기구 및 비정부기구(NGO)의 지원 전략과 방법, 보건 사업의 성공·실패 사례를 조사하여 아국의 보건 지원 전략 수립에 참고할 정보를 수집할 필요가 있다.

○ (현지조사 팀 구성) 각 현지조사 팀은 책임연구원 1인, 연구원 1인, 연구조원 1인으로 구성되었으며, 보건 전문가와 개발협력 전문가로 구성된다.

나) 국가별 현지조사 내용 요약

○ (전체 현지조사 일정) 본 연구의 전체 연구진은 3팀(A팀: 우간다, 르완다, 모잠비크; B팀: DR콩고, 카메룬, 에티오피아; C팀: 가나, 나이지리아)으로 나누어 3회에 걸쳐 현지조사를 수행하였다. 현지조사의 내용은 다음 〈표 1-4〉와 같다.

<표 1-3> 현지조사 일정 요약

팀	국가	일정	면담기관
A	우간다	2014.02.12.~2014.02.22	정부(보건부), 공여기관(DFID, JICA, UNICEF), 학계 및 시민사회(UNHCO, RHU, World Vision, 보건 전문가), KOICA 현지사무소
	르완다	2014.02.22.~2014.03.01	정부(보건부, 르완다 생물의학 센터), 공여기관(USAID, BTC, SDC, GIZ, UNICEF), 학계 및 시민사회(Clinton Health Access Initiative, MSH, FHI 360, 르완다 대학교 보건 대학원), KOICA 현지사무소
	모잠비크	2014.03.01.~2014.03.08	정부(보건부, 통계청), 공여기관(네덜란드 원조청, 캐나다 원조청, 이탈리아 원조청, JICA, AECID, UNICEF, UNFPA, WHO), 학계 및 시민사회(NAIMA+, CUAMM, Pathfinder International), KOICA 현지사무소
B	DR콩고	2014.02.15.~2014.02.22.	정부(보건부), 공여기관(GIZ, USAID, National Center for Global Health and Medicine, UNICEF), 학계 및 시민사회(킨샤샤 대학교 보건 대학원), 주 DR콩고 대한민국 대사, KOICA 현지사무소 및사업지 방문
	카메룬	2014.02.23.~2014.02.28.	정부(보건부, 통계청, 재정기획지역개발부), 공여기관(USAID, GIZ, AFD), 학계 및 시민사회(Clinton Foundation, Care International, MSH, MSF, Plan International), 주 카메룬 대한민국 대사), KOICA 현지사무소 및 사업지 방문
	에티오피아	2014.03.01.~2014.03.07.	정부(재정경제개발부, 보건부, 통계청), 공여기관(USAID, Italian Development Cooperation, DFID), 학계 및 시민사회(Pathfinder International, FGAE), KOICA 현지사무소
C	가나	2014.04.12.~2014.04.19	정부(보건부, 통계청), 공여기관(DFID, JICA, USAID, WHO, UNICEF), 학계 및 시민사회(University of Ghana 보건대학원, ARHR, Ghana Coalition of NGOs in Health, JHPIEGO), KOICA 현지사무소
	나이지리아	2014.04.19.~2014.04.25	정부(National Planning Commission; NPC, 보건부, 통계청), 양자 공여기관(영국 DFID, 일본 JICA, 미국 USAID), 다자 공여기관(World Bank, UNICEF), 학계 및 시민사회(Family Health International 360, Association for Reproductive and Family Health; ARFH), 주 나이지리아 대한민국 대사관(최종현 대사), KOICA 나이지리아 현지사무소

(출처: 저자작성)

○ (가나) 가나 현지조사는 2014.04.12.~2014.04.19.까지 수행되었다. 협력국 정부(보건부, 통계청), 양자 공여기관(영국 DFID, 일본 JICA, 미국 USAID), 다자 공여기관(WHO, UNICEF), 학계 및 시민사회(University of Ghana 보건대학원, Alliance for Reproductive Health Rights; ARHR, Ghana Coalition of NGOs in Health, JHPIEGO), KOICA 가나 현지사무소(조광걸 소장, 조인서 부소장, 볼타지역 모자보건사업 PM)와의 면담을 진행하였으며, 관련 자료를 수집하였다.

○ (DR콩고) DR콩고 현지조사는 2014.02.15.~2014.02.22.까지 수행되었다. 협력국 정부(보건부), 양자 공여기관(독일 GIZ, 미국 USAID, 일본 National Center for Global Health and Medicine), 다자 공여기관(UNICEF), 학계 및 시민사회(킨샤샤 대학교 보건 대학원 보건 전문가), 주 DR콩고 대한민국 대사관(이호성 대사), KOICA DR콩고 현지사무소(김태진 소장, 이향우 부소장)와의 면담을 진행하고 KOICA 사업지인 Kenge지역 HGR, 바리에 보건소, 마끼알라 보건소를 방문하였다. 또한, 독일 GIZ의 보건 시스템 향상(Improving the Health System)프로그램, 일본 JICA의 보건 인력 자원 개발(Development of human resources in health)프로그램, UNICEF의 통합적 커뮤니티 사례 관리 프로그램(Integrated Community Case Management Program)등의 사례를 조사하였으며, 관련 자료를 수집하였다.

○ (에티오피아) 에티오피아 현지조사는 2014.03.01.~2014.03.07.까지 수행되었다. 협력국 정부(재정경제개발부, 보건부, 통계청), 양자 공여기관(미국 USAID, Italian Development Cooperation, 영국 DFID), 학계 및 시민사회(Pathfinder International, Family Guidance Association of Ethiopia; FGAE), KOICA 에티오피아 현지사무소(이병화 소장, 동상진 부소장, 협력 의사 및 간호봉사단원)와의 면담을 진행하였다. 또한, UNICEF의 보건 확대 프로그램(Health Extension Program), 미국 USAID의 통합적 가족 보건 프로그램(Integrated Family Health Program) 등의 사례를 조사하였으며, 관련 자료를 수집하였다.

○ (카메룬) 카메룬 현지조사는 2014.02.23.~2014.02.28.까지 수행되었다. 협력국 정부(보건부, 통계청, 재정기획지역개발부), 양자 공여기관(미국 USAID, 독일 GIZ, 프랑스 AFD), 학계 및 시민사회(Clinton Foundation, Care International,

Management Science for Health; MSH, Médecin Sans Frontière; MSF, Plan International), 주 카메룬 대한민국 대사관(조준혁 대사), KOICA 카메룬 현지사무소(김태영 소장, 노대영 부소장, 정중식 보건전문관)와의 면담을 진행하고 KOICA 사업지인 국립응급의료센터를 방문하였다. 또한, 독일 GIZ와 프랑스 AFD가 합작한 보건 증진을 위한 지역 펀드(Regional Fund for Health Promotion), 미국 USAID의 의약 및 서비스에 대한 접근성 향상을 위한 시스템 프로그램(The System for Improved Access to Pharmaceuticals and Services(SIAPs) Program), Care International의 Resilience of women for development & Integration of youth and women into economic development등의 사례를 조사하였으며, 관련 자료를 수집하였다.

○ (르완다) 르완다 현지조사는 2014.02.22.~2014.03.01.까지 수행되었다. 협력국 정부(보건부, 르완다 생물의학 센터(RBC)), 양자 공여기관(미국 USAID, 벨기에 BTC, 스위스 SDC, 독일 GIZ), 다자 공여기관(UNICEF), 학계 및 시민사회(Clinton Health Access Initiative, Management Sciences for Health; MSH, Family Health International 360, 르완다 대학교 보건 대학원), KOICA 르완다 현지사무소(이명신 부소장, 조은영 프로그램 코디네이터)와의 면담을 진행하였다. 또한, USAID의 통합적 보건시스템 강화사업(Integrated Health System Strengthening Project)과 UNICEF의 Rapid SMS 기술을 활용한 르완다 10개 군의 모성 및 신생아 생명 살리기 사업(Saving mothers and newborn lives in 10 districts of Rwanda using Rapid SMS technology) 사례를 조사하였으며, 관련 자료를 수집하였다.

○ (모잠비크) 모잠비크 현지조사는 2014.03.01.~2014.03.08.까지 수행되었다. 협력국 정부(보건부, 통계청), 양자 공여기관(네덜란드 원조청, 캐나다 원조청, 이탈리아 원조청, 일본 JICA, 스페인 AECID), 다자 공여기관(UNICEF, UNFPA, WHO), 학계 및 시민사회(The Network of International NGOs working on Health and HIV/AIDS; NAIMA+, CUAMM, Pathfinder International), KOICA 모잠비크 현지사무소(조병선 소장, 고희석 부소장)와의 면담을 진행하였다. 또한, 네덜란드 원조청, USAID, PSI의 합작 사업인 Movercado, 미국 USAID의 통합적 프로그래밍을 통한 커뮤니티 강화(Strengthening Communities through

Integrated Programming; SCIP), 일본 JICA의 모잠비크 보건 교육기관의 교사의 교수법 및 전문적 기술 강화 사업(Project for Strengthening Pedagogical and Technical Skills of Teachers of Health Training Institute in Mozambique; ProFORSA)등의 사례를 조사하였으며, 관련 자료를 수집하였다.

○ (우간다) 우간다 현지조사는 2014.02.15.~2014.02.22.까지 수행되었다. 협력국 정부(보건부), 양자 공여기관(영국 DFID, 일본 JICA) 다자 공여기관(UNICEF), 학계 및 시민사회(Uganda National Health Consumer's Organisation; UNHCO, Reproductive Health Uganda; RHU, World Vision, 보건 전문가), KOICA 우간다 현지사무소(강연화 소장, 송정은 부소장, 김윤정 ODA 개발효과성 전문가, 유덕종 KOICA 중장기 자문단)와의 면담을 진행하였다. 또한, 미국 USAID의 Health Care Improvement Project(HCI), 스웨덴 Sida의 우간다 농촌 지역의 권리기반 접근법을 통한 모성, 생식 보건 향상 프로그램(Improving Maternal, Sexual and Reproductive Health through the Rights-based Approach among Rural Communities in Uganda), 일본 JICA의 우간다 중앙 지역의 병원 복구 및 의료 장비 공급 사업(Project for the Rehabilitation of Hospitals and Supply of Medical Equipment in the Central Region in Uganda)등의 사례를 조사하였으며, 관련 자료를 수집하였다.

○ (나이지리아) 나이지리아 현지조사는 2014.04.19.~2014.04.25.까지 수행되었다. 협력국 정부(National Planning Commission; NPC, 보건부, 통계청), 양자 공여기관(영국 DFID, 일본 JICA, 미국 USAID), 다자 공여기관(World Bank, UNICEF), 학계 및 시민사회(Family Health International 360, Association for Reproductive and Family Health; ARFH), 주 나이지리아 대한민국 대사관(최종현 대사), KOICA 나이지리아 현지사무소(정상훈 소장, 장봉희 부소장)와의 면담을 진행하였으며, 또한 영국 DFID의 보건 시스템 개선을 위한 파트너십(Partnership for Tramsforming Health System; PATHS2), 일본 JICA의 라고스 주의 모성, 신생아 및 아동 보건 향상 프로젝트(The Project for Improving Maternal, New Born and Child Health in Lagos State), 세계은행(World Bank)의 나이지리아 보건 투자 프로젝트 (Nigeria State Health Investment Project; NSHIP)등의 사례를 조사하고, 관련 자료를 수집하였다.

(3) 심화 조사 및 분석

○ 현지 조사 실시 이후 단계로, 크게 현지 출장 결과 정리 및 보완, 심화 문헌 조사, 중간보고회로 나누어진다. 현지 조사 내용을 바탕으로 1차 시사점을 도출함으로써 연구의 방향을 재점검하고 2단계보다 한층 심화된 문헌조사를 실시한다.

○ 현지 조사 결과와 심화 문헌조사를 바탕으로 내부 연구진 세미나를 실시하고, 세미나 결과를 KOICA 아프리카부 T/F팀과 협의 후, 중간 보고회를 실시한다.

6. 연구의 한계

○ (국가별 기초 자료 양적, 질적 차이) 협력국 별로 발간된 자료의 양과 질의 차이가 확연했다. 이는 기관의 특성에 따라 공개된 자료의 양이 상이하기도 하지만, 동시에 기관에 따라 준비하고 발간하는 보고서, 규정, 관련 자료들의 양과 질의 수준이 상이하기 때문이다. 이와 같은 과제를 보완하기 위해 현지 조사를 통한 자료 수집을 실시하였음에도 불구하고, 발간된 자료의 절대적 수 자체가 많지 않은 협력국 정부, 공여기관의 경우에는 자료가 제한적일 수밖에 없었다.

○ (보건의료분야의 민간부문 제외) 국제 보건 분야에 있어 민간 의료 분야의 양적 규모와 중요성은 점차 증가하고 있음에도 불구하고, 본 연구에서는 양자 공여기관인 KOICA의 관점에서의 전략적 방향성에 대한 시사점 제시에 중점을 두기 위해 민간 의료 분야에 대한 조사를 연구의 범위에서 제외하였다.

Ⅱ. 8개국 국가 현황 비교 분석

○ 본 장에서는 조사 대상 협력국의 질병 및 보건 이슈, 보건 시스템 상황 및 빈곤과 불평등의 관계를 비교 분석하여 국가별로 지원해야 하는 보건 분야에 대한 시사점 도출에 근거자료를 제공하고자 한다. 보건 분야의 협력 방안은 질병 및 보건 문제를 다루는 수직적 접근과 보건 시스템을 향상해야 하는 수평적 접근을 결합한 통합적 접근 방안을 요하고 있는 경향이다. 따라서, 본 보고서 역시 통합적 접근의 방향성을 적용하여 보건 분야 협력 방안의 시사점을 제시하고자 함을 전제로 한다.

<표 2-1> 8개국 MDG 이행 정도에 따른 보건 문제 비교 분석

국가	MDG 4 아동사망률 Child Mortality	MDG 5 모성사망비 Maternal Mortality	MDG 6 HIV/AIDS
카메룬	Off track	Off track	Off track
DR콩고	Off track	Partially on track	–
에티오피아	On track	On track	Off track
가나	Partially on track	Partially on track	Off track
모잠비크	On track	Partially on track	Off track
나이지리아	Partially on track	Partially on track	Off track
르완다	On track	On track	On track
우간다	On track	Partially on track	On track

(출처: 2013 MDG Progress Index)

1. 보건 문제 비교 분석

○ 아프리카 8개국의 보건 문제를 비교 분석하기 위하여 본 장에서는 먼저 국가별 주요 사망원인과 특징, MDG 4,5,6 현황 (모성 및 신생아 보건, 아동 보건 및 영양, 주요 전염성 질병), Post 2015 논의와 관련 있는 기타 질병 (소외열대질환, 비감염성만성질환 등)현황 등으로 구분하여 조사하였다.

1) 가나

○ (일반보건현황) 가나의 가장 큰 사망원인으로는 말라리아가 13%를 차지하고, 하기도 감염과 HIV/AIDS가 각각 9%씩 차지하고, 비전염성 질환 (뇌졸증)이 뒤를 잇고 있다. 말라리아가 사망 원인의 1위를 차지한 점과 비전염성 질환이 많은 것은 인근 국가와 비교했을 때 특이 사항으로 볼 수 있다.

○ (모성 및 신생아 보건) 많은 노력에도 불구하고 가나의 모자보건지표는 정체를 보이고 있다. 시설에서의 모성사망률은 출생아 10만 명 당 190명으로 크게 개선되지 않은 상태이며 숙련 인력에 의한 출산율은 57% 수준으로 목표치인 70%를 달성하지 못하고 있다. MDG 5 목표인 모성사망비 감소는 2015년까지 달성 불가능할 것으로 예측되고 있는 실정이다.

○ 모자보건 관련 정책이 잘 구축되어 있음에도 불구하고 실제 지표는 더디게 개선되고 있는 이유는 보건기관의 열악한 장비, 서비스 질에 대한 불만족과 지리적 거리로 인해 적절한 시기에 적절한 서비스를 받지 못하고 가정 분만율이 높기 때문으로 파악하고 있다.

○ 신생아 사망률의 경우 5세 미만 사망률과 영유아 사망률의 개선에 비해 상대적으로 정체되어 있는 상황이며, 이는 영양 부족과 조산, 그리고 일부 지역에서의 사회·문화적 관습 (출산 후 6주간 외부 접촉 금기, 초유를 먹이지 않음)으로 인해 적절한 산후 관리를 받지 못하기 때문으로 본다.

○ (아동 보건 및 영양) 가나의 5세 미만 아동 사망률은 천 명당 82명으로, 아프리

카 인근국가의 평균 대비 양호한 상황이며, 모든 종류의 예방접종 비율은 84.4%로 높은 편으로 나타난다. 영양의 경우, 저체중, 체중미달 및 발육부진 아동의 비율은 계속해서 감소하는 추세지만, 저체중과 체중미달에 비해 발육부진의 경우 더디게 개선되고 있으며, 이는 높은 모유수유율에 비해 부정적한 보충식, 국가의 영양정책 미흡, 변화하는 식습관 등에 영향을 받는 것으로 파악되고 있다. 또한, 사회경제 계층간과 지역 간의 보건과 영양관련 지표에 편차가 매우 크게 나타나고 있다는 것이 특징이다.

○ (주요 전염성 질병) 말라리아는 외래환자(outpatient illnesses)의 44.5%를 차지하고 36.9%의 입원(admissions)과 19%의 의료기관에서의 사망원인을 차지하고 있다. 말라리아로 인한 경제적 손실은 GDP의 약 10%로 추산되며, HIV/AIDS의 경우 전반적으로 낮은 유병률을 보이고 있으나 35-39세 인구에서 높다. 말라리아에 가장 취약계층은 아동과 임산부이다. 5세 미만 아동과 임산부의 경우 OPD의 약 13.8%가 말라리아가 원인으로 보고되고, 약 2만 명의 아동이 5세 이전에 말라리아로 매년 사망하고 있다.

2) DR콩고

○ (일반보건현황) DR콩고의 주요 사망원인은 주로 전염성 질병들과 함께 전쟁으로 인한 사망이 포함되어 있다는 것이 특징이다. 이와 함께 질병부담의 우선순위 또한 전염성 질병과 모자보건 관련 질병들이 포함되어 있다.

○ (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 불과하다. 이는 보건의료 시설에서 출산하는 것에 대한 인식이 문화적으로 받아들여지고 있음에도 불구하고 산전 관리와 안전한 출산이 보장되지 않아 높은 모성사망비(MMR)를 보이고 있는 것으로 볼 수 있다. 따라서 안전한 출산이 가능하도록 하는 보건 인프라, 의약품 제공, 보건 인력 문제에 대해 다면적인 개선이 필요한 상황이다.

○ (영 · 유아 보건 및 영양) DR콩고의 5세 미만 아동 사망률은 1990년 이후 정체되어 2010년에는 출생아 1,000명당 170명의 아동이 사망한 것으로 조사됐다. 이에 따르면, MDG4(아동 사망률 감소)의 성과 달성은 어려운 상황이며, 다른 주변 국가와 비교해도 굉장히 높은 수치로서 심각한 아동 보건의 상황을 말해주고 있다. DR콩고 아동의 건강 증진을 위해서는 낮은 질병 치료율과 모유수유율에 대한 개선의 필요성을 보여준다.

○ (주요 전염성 질병) HIV/AIDS, 말라리아는 DR콩고의 주요 질병으로 전체 인구의 HIV/AIDS 유병률은 1.3%에 불과하지만 임신한 여성의 HIV/AIDS 유병률은 4.3% (2008년 기준)로 특히 높은 편이며, 다수 외래환자의 주요 질병과 5세 미만 아동 사망이 말라리아로 인한 것이다. 따라서, 위의 영유아 보건의 아동 사망률과 말라리아는 밀접한 관련이 있다고 할 수 있다.

3) 에티오피아

○ (일반보건현황) 에티오피아의 주요 사망원인은 주로 HIV/AIDS등의 전염성 질병이 대부분이었으며, 암, 심장병과 뇌졸중 등의 성인병도 주요한 사망원인으로 나타난 것이 특징이다.

○ (모성 보건) 에티오피아는 출생아 100,000명 당 676명 사망이라는 굉장히 높은 모성사망비(MMR)를 보이고 있는데 이는 시설분만 혹은 숙련된 인력에 의한 출산에 대한 필요성 인식의 부족과 보건의료 시설의 낮은 접근성으로 인해 위험성이 높은 산모들이 보건소에 후송되는 것이 지체되는 경우가 많은 것에 기인한 것이다. 에티오피아는 종교적 혹은 문화적인 인식으로 인한 요인과 시설 분만 필요성에 대한 인식 부재하여 시설 분만율은 9.9%에 불과하며 에티오피아의 여성들은 주로 출산 시 가정 분만을 하는 경우가 일반적인 방법이다. 관련 자료에 따르면(국가별 보고서 참조) 시설분만에 대한 필요성을 느끼지 못하는 경우의 비율이 약 90%에 다다른다고 보고 있다.

○ (신생아, 영·유아 보건 및 영양) 에티오피아의 5세 미만 아동 사망률은 지속적인 감소 추세에 있으며, 2011년 기준 아동 사망률은 출생아 1,000명당 88명이었다. 또한, 신생아의 경우 출생아 1,000명당 37명이 사망한 것으로 나타났다. 질병에 취약한 아동의 경우 적시에 적절한 치료를 통해 질병 상태를 회복하는 것이 사망을 피하는데 굉장히 중요한 요소로 판단되는데, 에티오피아 아동의 주요 사망 원인인 폐렴, 설사 등 아동들이 겪는 주요한 질병들에 대한 적절한 치료가 제공되지 않는 것이 아동 사망의 문제로 지적된다. 구체적으로, 에티오피아의 아동의 폐렴 치료를 위한 항생제 처방률이 7%에 불과하였으며, 설사병을 가진 5세 미만 아동 중 ORS 처방을 받은 비율은 26%, 말라리아의 질병 치료율은 47% 수준으로 조사되었다.

○ (주요 전염성 질병) 에티오피아의 HIV/AIDS 유병률은 1.3% 수준이지만, 35-39세에서는 가장 높은 3.0%의 유병률을 보임에 따라 HIV/AIDS 관리를 위한 서비스를 제공하는 의료기관의 수를 확대하고 있는 추세이다. 말라리아의 경우, 발생률을 1,000명당 5명 미만으로 목표를 설정하였는데 2012/13년에 발표된 자료(국가별 보고서 참고) 따르면, 말라리아 발생률이 1.3명으로 조사되어 목표 달성이 가능할 것으로 예상하고 있다. 결핵의 경우, 결핵 치료율의 목표 달성은 어려울 것으로 보이나 결핵으로 인한 사망 인구는 감소하여 목표를 이미 달성하였다.

4) 카메룬

○ (일반보건현황) 카메룬의 주요 사망원인과 질병부담은 HIV/AIDS, 말라리아, 하기도 호흡기 감염 등으로 나타났으며, 이러한 전염성 질환 외에 모자보건 관련 질병의 부담도 높은 것으로 나타났다.

○ (모성보건) 간호사와 조산사에 의한 출산이 53%로 가장 많은 비율을 차지하였으나, 부모와 그 외의 사람들에 의한 출산도 여전히 23% 정도로 나타나고 있다. 집에서 아이를 출산하는 경우도 37%에 달하였으며, 현대적 피임실천율의 비율도 14%로 굉장히 낮게 나타난다. 2011년 기준 모성사망비[1)]는 782명(100,000LB)

으로 아프리카의 주변 국가들에 비해 높은 수준이며 매우 심각한 상황을 보여주고 있다. 이는 1998년에 430명(출생아 100,000명당)이었던 카메룬의 모성사망률은, 2004년에는 669명(출생아 100,000명당)에 이어 지속적인 증가 추세를 보여주고 있다.

○ (영 · 유아 보건) 카메룬의 5세 미만 아동 사망률은 출생아 1,000명당 122명(2011년 기준)으로 아프리카 평균보다 심각한 수준이며, 신생아 사망률의 경우 31명(2011년 기준)을 나타냈다. 이는 각각 출생아 1,000명 당 146명, 41명을 기록한 1998년 대비 약간 감소한 수준이지만, 여전히 중대한 보건 문제임을 보여주고 있다. 또한, 아동의 예방접종률은 53% 정도로 절반 정도의 아동들이 필수예방접종을 받지 못하고 있는 상황이다.

○ (주요 전염성 질병) 2004년 DHS에 따르면, 카메룬의 HIV/AIDS 유병률은 5.5%였으나 2011년에는 4.3%로 감소하는 경향을 보여주었다. 그러나, 젠더별 비율에 있어서 남성(2.9%)에 비해 여성(5.6%)이 더 높은 HIV/ADS 유병률을 보이고 있어 여성의 HIV/ADS 관리의 필요성을 보여주고 있다.

5) 나이지리아

○ (일반보건현황) HIV/AIDS 및 말라리아가 주요 사망원인을 차지하고 있으며, 5세 미만 아동에게 치명적인 하기도 감염, 설사병, 홍역 등도 사망원인의 큰 비중을 차지하고 있다.

○ (모성보건) 2008년 모성사망비가 545명(산모 10만 명당)으로 사하라이남 아프리카 평균인 500명에 비해 높은 수준이며, 이는 전 세계 모성사망의 14% 차지하고 있다. 시설분만율과 산전관리 이용률은 지난 10년간 각각 1%, 3% 씩 증가한 61%와 36%로 조사되어, 거의 개선되지 않은 것으로 나타났으며, 전문 인력에 의

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

한 분만율은 2003년 41.8%보다 오히려 악화되어 2013년 38%로 파악되었다. 또한, 나이지리아의 출산율은 5.5명(2013년 기준)으로 2003년 5.7명 대비 거의 감소하지 않아 높은 출산율과 이에 동반하는 각종 보건문제를 개선하기 위해서는 생식보건 및 가족계획의 수요가 높을 것으로 예상된다.

○ (아동보건) 나이지리아의 아동 사망률은 점차 감소하는 추세지만 2013년 기준 5세 미만 아동 사망률은 128명, 영아 사망률은 69명, 신생아 사망률은 37명으로 여전히 심각한 수준이다. 1세 아동에 대한 예방접종률 역시 증가하였지만, 1세 아동 중 25%만이 필수예방접종을, 42%만이 홍역 예방접종을 받은 것으로 나타나고 있다. 홍역은 말라리아와 함께 나이지리아 아동의 주요 사망원인으로 아동사망률 감소를 위해서는 예방접종률의 개선이 시급한 것으로 보인다.

○ (주요 전염성 질병) HIV/AIDS 유병률은 2010년 4.1%이며, 여성인 경우 더 높게 조사되었으며 지역 간 격차가 큰 것으로 나타났다. HIV/AIDS로 인한 고아가 180만 명에 이르는 등 질병 부담이 큰 문제로 나타난다. 말라리아의 경우, 말라리아 예방을 위한 살충제처리모기장을 가지고 있는 가구는 50%에 해당하며, 5세 미만 아동의 29%, 임신 여성의 30%만이 살충제처리모기장을 이용하고 있는 것으로 조사됐다. 말라리아로 인한 사망률을 감소하기 위해서는 보다 적극적인 예방 조치가 필요할 것으로 보인다.

6) 르완다

○ (일반보건현황) 르완다는 사하라이남 아프리카 국가 중 유일하게 대부분의 MDG를 달성할 것으로 예상되는 국가로서 보건관련 목표인 MDG 4(5세미만 아동 사망률 및 영아사망률 감소)와 MDG 5a(모성사망비 감소), MDG 6(HIV/AIDS, 말라리아, 결핵 등의 질병 퇴치)에 대해 거의 달성 수준에 이르렀다. 그러나 모성사망비의 감소 속도가 최근 둔화되었고, 빠른 인구증가율과 더불어 가족계획의 수요가 여전히 높은 것이 특징이다. 또한 모성보건과 직결된 신생아 사망률이 여전히 높으며 아동의 발육부진(stunting) 문제가 심각하다.

○ (모성보건) 르완다의 모성사망비는 2010년 340명(출생아 10만 명당)으로 2015년 목표치인 230명에 가까워졌지만, 최근 감소속도가 둔화됨. 이는 조산사의 부족 및 일부 보건의료서비스의 질적 미흡이 개선되어야 할 주요 요인으로 나타나고 있다. 출산율에 있어서는 그 비율은 감소하고는 있지만 합계 출산율이 4.6명으로 르완다 정부의 목표치인 3명에 비해서 여전히 높은 수준이다. 따라서, 가족계획 및 생식보건 서비스 제공 및 활용이 필요할 것으로 보인다.

○ (신생아 보건 및 아동 영양) 2010년 르완다의 5세 미만 아동 사망률은 76명(출생아 1,000명당), 영아사망률은 27명(출생아 1,000명당)으로 2005년과 비교하여 각각 50% 가량 감소한 반면, 신생아 사망률은 2005년 37명(출생아 1,000명당)에 비해 2010년 27명(출생아 1,000명당)으로 28%의 저조한 감소율을 보였다. 뿐만 아니라 신생아 사망이 전체 아동 사망의 39%를 차지할 정도로 신생아 보건이 중요한 문제이다. 5세 미만 아동의 발육부진 비율은 2005년 51%에서 2010년 44%로 개선되었으나 여전히 높은 수치로 아프리카 평균인 41%보다도 높게 나타나고 있으며, 다른 지표의 개선에 비해 높은 발육부진율에 대한 원인을 밝혀낼 수 있는 연구 및 발육부진 개선을 위한 포괄적이고 지속적인 개입이 요구된다고 판단된다.

7) 모잠비크

○ (일반 보건 현황) HIV/AIDS와 말라리아가 주요 사망원인과 질병부담을 차지하고 있어, 여전히 전염성 질환 문제가 심각한 것을 보여준다. 또한 설사나 신생아 감염, 출산 시 질식 및 외상, 모성 질환 등의 모자보건 관련 요인들이 전염성 질환들에 이어 높은 질병부담을 차지하는 것으로 나타났다.

○ (모성보건 현황) 2011년 기준 모잠비크의 모성사망비는 408명으로 이는 감소하는 경향을 보이고 있으나 2015년 목표치인 230명을 달성하기는 어려운 상황이다. 출산율의 경우, 2011년 기준 5.9명으로 2003년 5.5명에 비해 오히려 증가하였으며 (아프리카 지역 평균 4.8명), 피임율은 17%로 낮은 수준이고 조혼율이

가장 높은 나라 중 하나로 청소년 임신율이 18.5%에 다다름에 따라 가족계획 및 생식보건의 수요가 높은 것으로 나타난다.

○ (아동보건 및 영양) 5세 미만 아동 사망률 및 영아 사망률은 비교적 빠르게 감소하여 각각 2011년 97명, 64명을 달성하였으나, 신생아 사망률은 30명으로 감소 속도가 느린 편이다. 예방접종이나 모기장, 말라리아 약 보급으로 영아사망률은 대폭 감소하였으나, 신생아 사망률 감소를 위해서는 지역사회 보건의료시스템 강화 및 지역사회 보건요원들의 역할 확대가 필요할 것으로 보인다. 5세 미만 아동의 43%가 발육부진 (아프리카 평균 40.9%) 을 겪고 있으며, 모잠비크 내 만연한 여러 사회적 관습(예. 신생아에게 한 동안 모유를 먹이지 않음)이 아동의 영양에 부정적인 영향을 가져오는 것으로 보인다.

○ (주요 전염성 질병) HIV/AIDS는 모잠비크 사망원인의 22%와 질병부담의 22.4%를 차지하며 15-49세 성인의 11.1%가 HIV 양성으로 나타난다. 특히 HIV에 새롭게 감염되는 인구 중 25세 이하 인구 비율이 60%로 청소년 HIV 감염이 심각한 문제로 나타나고 있다. 말라리아 역시 주요 사망원인(16%) 및 질병부담 2위를 차지하며, 아동의 말라리아 유병율은 감소하였으나 농촌지역에서의 아동의 말라리아 감염은 여전히 심각한 상황이다. HIV/AIDS, 말라리아 두 질병은 아동과 모성의 건강과 사망에도 큰 영향을 미친다는 점에서 위의 모성 보건과 아동 보건 문제에 있어서도 함께 고려되어야 한다.

8) 우간다

○ (일반 보건 현황) 우간다의 출산율은 6.1명으로 아프리카 평균인 4.8명보다 훨씬 높으며, 모성사망비는 2011년 438명(출생아 10만 명당)으로 모성보건 문제가 개선되지 못하고 있음을 보여준다. 높은 청소년 임신율은 높은 출산율과 더불어 모성보건에 악영향을 더하고 있다. 모성보건과 직접적인 연관관계를 갖는 신생아 사망률 또한 2011년 27명(출생아 1,000명 당)으로 여전히 심각한 상태이다.

○ (모성 보건) 우간다의 모성사망비는 1995년 527명(출생아 10만 명당)에서 2006년 435명으로 소폭 개선되었으나, 2011년에는 438명으로 지난 20년간 실질적으로 모성사망비가 감소하지 않고 있다. 합계 출산율이 2011년 6.1명으로 매우 높으며, 피임률이 증가하긴 했지만 지역이나 소득격차, 교육수준에 따라 격차가 클 뿐만 아니라 가족계획에 대한 미충족 수요도 2012/13년 34%로 높게 나타났다. 우간다의 청소년 임신율은 2009/10년 24%에 비해 2012/13년 18%로 감소하였으나 사하라이남 아프리카 평균치에 비해 높게 나타나 개선이 시급한 문제 중 하나이다.

○ (신생아 및 아동 보건) 영아 사망률과 5세 미만 아동 사망률이 최근 급격한 감소한 것과 다르게, 신생아 사망률은 1995년 27명(출생아 1,000명당) 대비 2011년 같은 수치로 전혀 개선되지 않고 있다. 신생아 사망률을 개선하기 위해서는 모성보건의 증진이 필수적인 전제 조건이다.

○ (전염성 질병) HIV/AIDS는 우간다에서 주요 사망원인이자 가장 높은 질병부담을 차지한다. HIV/AIDS 분야에 대한 대규모 원조가 지원되고 있지만 2011년 15-49세 성인의 HIV/AIDS 유병률은 2004/05년의 6.4%에서 7.3%로 오히려 증가하는 상황이므로 증가 원인 규명과 개선방안 마련이 필요할 것이라고 판단된다.

9) 요약

○ 다음 표는 8개국의 보건 문제의 특징을 요약한 것이다.

<표 2-2> 8개국 보건 문제 특징 요약

	주요 보건 현황과 과제
가나	• 개선되지 않는 모자보건 지표 현황 및 지역적 불평등 • 영유아의 건강 및 영양 문제 • 취약 계층(5세 미만 아동)의 말라리아로 인한 높은 피해
DR콩고	• 안전한 출산을 위한 인프라, 의약품, 인력 부족으로 인한 높은 모성 사망비 • 정체 되어 있는 높은 아동 사망률 • 동부 분쟁지역의 아동영양상태 좋지 않음. • 여성 성폭력 심각한 수준임.
에티오피아	• 시설 분만과 숙련된 인력에 의한 출산 필요성에 대한 인식 부족 • FGM이 여전히 성행함. • 높은 모성 사망비 • 아동들을 위한 낮은 질병 치료율로 인한 높은 사망률
카메룬	• 심각하게 증가하고 있는 모성사망비 • 여성의 높은 HIV/AIDS 감염률 (경제발전 지역 및 특수 작업군 중심) • 높은 영유아 사망률
나이지리아	• 높은 출산율과 생식 보건 및 가족 계획 미충족 수요 • 높은 모성사망비와 모자보건 서비스 이용 지표의 개선 지체 및 악화 • 심각한 아동 사망 현황 및 낮은 예방 접종률 • 높은 전염성 질환의 부담 (HIV/AIDS, 말라리아)
르완다	• 모성 사망비 감소 속도의 둔화 • 높은 신생아 사망률과 아동의 발육부진 문제 • 높은 출산율과 가족 계획에 대한 요구
모잠비크	• 높은 출산율과 조혼율, 모성사망비 • 신생아 사망률 감소 지체와 높은 발육 부진 아동 비율 • HIV/AIDS와 말라리아의 높은 사망률 및 질병 부담 • 지역간 격차가 큼.
우간다	• 모성 사망비와 신생아 사망률 개선 지체 • 높은 출산율과 청소년 임신율 • HIV/AIDS 유병률 증가

(출처: 저자작성)

<표 2-3> 8개국 보건 지표 현황[2)]

분류	지표	가나	카메룬	DR콩고	에티오피아	르완다	우간다	모잠비크	나이지리아	아프리카
일반 보건 지표	기대수명 (년)	64	53	49	60	60	56	53	53	56
	1) 남성 기대수명 (년)	62	51	48	59	58	54	52	52	55
	2) 여성 기대수명 (년)	65	54	51	62	61	57	53	54	58
	조출생율 (인구 1000명당)	31.1	35.7	42.9	30.8	40.9	44.7	37.1	39.7	38
	출산율 (여성 1인당 출산)	4.1	4.4	6.1	4.0	5.3	6.1	4.8	5.5	4.8
	사산율 (출산 1000 건당)	22	26	29	26	23	25	28	42	28
사망률 지표	성인 사망률 (인구 1000명당 15-60세 사이)									
	1) 남성 사망률	252	415	411	306	344	410	457	393	362
	2) 여성 사망률	217	372	358	265	291	363	421	360	317
	연령 보정된 원인별 사망률 (인구 10만 명당)									
	1) 감염성 질환	608	861	932	721	595	810	958	832	798
	2) 비감염성 질환	711	879	837	903	740	888	908	809	779
	3) 부상	91	65	155	139	92	179	153	76	107
	연령 보정된 원인별 성인 사망률 (인구 10만 명당 30-70세 사이)									
	1) 모든 질병	1452	1846	1765	1863	1174	1959	2167	1632	1,716
	2) 암	151	122	138	132	158	191	143	148	147
	3) 심혈관 질환 및 당뇨	359	473	399	473	290	421	498	377	382
	4) 만성호흡기질환	93	115	95	115	68	111	125	90	92

모성 보건 지표	모성 사망비 (출생아 10만명당)	350	690	540	350	340	310	490	630	480
	숙련된 의료인력에 의한 출산율(%)	55	64	80	10	69	58	54	34	49
	가족계획 서비스 미충족 요구 여성 비율 (%)	36	-	24	25	19	38	-	19	25
	15-49세 가임여성 중 피임율 (%)	24	23	18	29	52	30	12	14	27
	산전관리율 (%)									
	1) 1회 이상 방문	87	85	89	34	98	95	91	53	74
	2) 4 회 이상 방문	78	-	44	19	35	48	-	45	43
아동 보건 지표	5세 미만 아동 사망률 (출생 1000명당)	78	93	111	77	54	90	103	124	107
	영아 사망률(출생 1000명당)	52	79	68	52	38	58	72	78	68
	신생아 사망률(출생 1000명당)	29	33	47	31	21	28	34	39	34
	1세 아동(12-23개월)예방접종률 (%)									
	1) 홍역	91	76	71	57	95	75	82	71	75
	2) DPT3	91	66	70	51	97	82	76	47	71
	3) B형간염	91	66	70	51	97	82	76	50	71
	5세 미만 체중미달 아동 비율(%)	10.1	-	8.5	10.1	11.7	14.1	18.3	14.4	10.4
	5세 미만 저체중 아동 비율 (%)	14.3	15.1	24.2	29.2	3.0	4.8	4.2	26.7	25.2
	5세 미만 발육부진 아동 비율 (%)	28.6	32.6	43.4	44.2	44.3	33.7	43.7	41.0	40.9
	모유 수유율 (%)	46	20	37	52	85	63	41	15	35
질병 별 지표	질병별 사망률 (인구 10만 명당)									
	1) HIV/AIDS	61	172	-	-	58	181	310	132	139
	2) 말라리아	52	79	119	4	4.2	52	125	131	72
	3) 결핵 (HIV 음성 인구중)	7.5	29	54	18	11	14	47	17	26

	발병률 (인구 10만 명당) 1) HIV/AIDS 2) 말라리아 3) 결핵 (HIV 음성 인구중)	 52 26763 79	 212 24735 243	 - 27349 327	 - 6353 258	 93 5543 94	 421 28921 193	 535 31941 548	 208 31913 118	 205 20,913 262
	유병률 (인구 10만 명당) 1) HIV/AIDS 2) 결핵	 907 92	 2766 299	 - 512	 - 237	 1909 117	 4030 183	 5827 490	 2095 171	 2,725 293
각 질병 관련 지표	살충제 처리된 모기장에서 자는 5세 미만 아동 비율 (%)	38	13	6	33	69	42	7	29	32
	열증상을 보인 5세 미만 아동 중 항말라리아제를 받은 비율 (%)	52	21	39	10	11	65	30	49	-
	Advanced HIV 감염자 중 항 레트로바이러스 치료 받는 인구 비율 (%)	47	41	-	56	82	54	46	30	57
	모든 형태의 결핵에 대한 case-detection 비율 (%)	78	50	50	72	64	69	34	45	61
	결핵의 도말표본검사 양성진단 환자의 치료 성공률(%)	86	78	90	83	88	71	85	84	82

(출처: World Health Statistics, 2013)

2) 본 8개국 보건 통계 지표 현황은 WHO 통계 자료에 근거하였으며, 상세한 통계 자료 및 정확한 데이터는 국가별 보고서를 참고바람. 국가별 보고서내 DHS, MICS 데이터와는 차이가 있을 수 있음.

2. 보건의료시스템 비교분석

○ (8개국 보건의료시스템의 주요 이슈) 앞의 연구의 범위에서 설명한 바와 같이 6가지 보건 구성요소 개념(보건의료 서비스 전달, 보건 인력, 보건 정보시스템, 필수 의약품 접근성, 보건 재정 시스템, 리더십과 거버넌스) 중 KOICA의 보건 분야 협력 방안을 도출하는 데 있어서 우선적으로 고려해야 할 요소와 그 주제를 중심으로 협력국의 보건의료시스템을 정리하였다.

<표 2-4> 8개국 보건 이슈 및 시스템 비교 분석

국가	보건시스템
가나	• 보건부와 가나 보건서비스청 간의 역할과 책임의 중복 • 보건부의 리더십 및 관리 능력이 미흡함. • 보건 인력의 불평등한 배치
DR콩고	• 보건 재정의 부족 및 외부 지원 의존도 높음. • 서비스 전달이 전혀 되지 않는 넓은 지역이 있음 • 환자 비용 부담이 매우 높음.
에티오피아	• 연방정부, 주정부, 부처간 조정의 비효율적임. • 환자 비용부담 높음.
카메룬	• 거버넌스 비효율성 (독재정권) • 공공의료의 붕괴
나이지리아	• 연방제도로 인해 연방정부-주정부-지방정부 간의 보건서비스 전달에 대한 분절화로 국가 차원의 통합이 이루어지지 않고 있음. • 보건 분야 중 민간 부문의 비율이 높음. • 보건의료서비스의 전달이 지역간, 계층간 불균등이 심하고 질도 낮음.
우간다	• 거버넌스 책무성 및 투명성 문제가 심각함. • 만성적인 재정부족 • 공공 부문의 인력 유출 현상 (양적, 질적 부족 문제)
르완다	• 높은 외부 재정 의존도 • 전문 인력의 절대적 부족 현상 (교육 인력 포함)
모잠비크	• 만성적인 인력의 역량 부족, 질적 문제 • 전반적 서비스 전달 체계가 취약함. • 높은 재정 의존도 및 수직적 기금 형태 규모가 커서, PROSAUDE 시행에도 불구하고 재정 예측성 낮음.

(출처: 저자작성)

1) 가나

○ (가나 보건시스템의 주요 문제점) 가나 보건 시스템의 문제로는 정책과 서비스 전달의 이원화가 이루어졌음에도 불구하고 보건 분야의 여러 이해관계자들의 역할과 책임은 중복됨으로써 보건 거버넌스 구조에 비효율성이 존재하는 점을 들 수 있다. 또한, 의료보험 시스템의 시행에도 불구하고 보건서비스의 전달에 있어서 지역적, 사회 경제적 불평등이 크게 존재하며, 보건 분야에 대한 정부 재정 감소로 인한 재정 확보의 문제점이 제기되었다. 전반적으로 보건 시스템의 6가지 측면에서 모두 개선이 필요하지만, 특히 정부 보건 시스템의 체계적인 구축을 위한 역량 강화와 건전한 재정 확보와 전달이 가장 중요한 것으로 판단되었다.

○ (리더십과 거버넌스: 탈중앙화와 지방분권화) 가나 정부는 보건부가 보건정책을 총괄하고 있지만 보건서비스의 제공은 가나 보건서비스청과 각 지방 정부차원으로 분권화되었다. 이와 같이 분권화에 의한 보건부와 보건서비스청의 역할분담이 이루어졌음에도 불구하고, 두 기관 사이에는 역할 중복, 보고 체계, 리더십 등의 문제가 존재하고 있으며, 서비스 전달 구조 및 지방 정부의 역량부족으로 인해 보건서비스의 균등한 전달에 한계가 있는 것이 사실이다.

○ (보건의료서비스 전달: CHPS의 확대) 가나 정부는 커뮤니티 단위의 가장 기초적인 보건서비스를 제공하는 CHPS(Community-based Health Planning $ Service)를 확대하여 취약계층에 대한 보건서비스 접근을 높이려 하고 있다. 그러나 보건시설과 의료 인력 등 보건 자원이 절대적으로 부족한 상황에서 시골 외곽지역의 보건서비스 전달 향상을 위한 CHPS의 확대를 위해서는 지역보건의료인력(CHO)의 양성, CHPS의 공간과 기자재 확보가 함께 이루어져야 하는 과제가 있다.

○ (보건 분야 재정: 재정 확대를 통한 효율적 국민의료보험서비스 실시) 가나의 보건부문 예산은 전체 국가예산의 12.8%('09년) 수준으로 아프리카 국가 중에서는 높은 국가에 속함에도 불구하고(11위), 여전히 아부자 선언의 15%에는 못 미치는 수준이다. 또한, 국가 의료보험 서비스를 실시하고 있음에도 불구하고, 환자의 부담비용은 여전히 큰 것으로 나타난다. 따라서, 국민건강 보험의 재정 안정화를

통해 효과적인 국가의료보험서비스가 작동하기 위해서는 여전히 보건 분야의 재정 규모 역시 증가해야 한다.

2) DR콩고

○ (DR콩고 보건시스템의 주요 문제점) DR콩고 보건 분야의 가장 중요한 문제 중 하나는 DR콩고의 인구와 넓은 영토 대비 투입되는 보건 재정이 부족하다는 점이다. 전체 국가예산의 약 5%만이 보건 분야 예산으로 책정되어 있으며, 해당 보건 분야 예산 중 90%가 공여기관들의 지원으로 구성된다. 이는 국가 예산 내 보건 분야의 절대적 비중뿐만 아니라 보건 분야의 재정 자립도 역시 매우 낮은 상황임을 알 수 있다. 이와 같은 이유로 공공분야의 보건인력들이 정기적인 임금을 받기 어려운 상황이며 임금을 받고 있는 보건 분야 인력은 약 30%에 지나지 않아 이는 보건 서비스의 전달성에도 영향을 미친다. 또한, 넓은 영토를 가진 DR콩고는 전국의 516개의 보건구역(Health Zone) 중 308개의 보건구역이 공여기관들로부터 어떤 지원도 받고 있지 못하여 보건 의료 서비스 전달 및 의약품과 기자재 공급이 원활히 이루어지지 못한다는 문제점이 있다.

○ (보건 분야 재정: 절대적으로 부족한 보건재정) DR콩고 보건 분야 예산은 점차 증가하고 있는 추세이나, 2012년 기준 정부 전체 예산 중 보건 분야에 지출된 비율이 3.91%에 불과하다. 뿐만 아니라 전체 보건 분야 예산 중 90%가 공여기관들의 지원으로 구성되어 있어 매우 적은 예산만이 보건 분야에 쓰이고 있으며, 보건 분야의 재정은 공여기관에 대한 의존도가 매우 높다. 본 예산은 DR콩고의 국가 규모 및 인구수에 비해 절대적으로 부족한 규모이이다. 또한, 보건 분야 재정은 보건 의료 인력의 품질 및 보건의료서비스 전달에도 영향을 미쳐 보건의료 인력들이 정기적인 임금을 받지 못하는 경우가 70%에 달하며, 농촌 지역에는 보건 의료 인프라, 의약품의 부족으로 인해 서비스가 전달되기 어려운 상황이다.

○ (리더십과 거버넌스: 넓은 영토의 국가 전체 관리 및 조정 시스템의 미흡) DR콩고는 보건부 산하의 11개의 지방정부의 보건담당부서와 42개의 보건지구 담당부

서, 516개의 보건구역이 서로 유기적으로 연계되어 보건현황이 파악되는 행정체계를 구성하고 있다. 하지만 본 행정체계는 중앙과 지방, 지역수준까지 실질적으로 작동하고 있지 않으며, 지방분권화 구조로 인해 중앙정부의 계획과 실제 지방정부의 실행에 격차가 존재한다. 이러한 분절적인 보건 체계는 보건 서비스, 의약품, 보건정보 등의 체계적인 관리에도 상당한 영향을 미치고 있다.

3) 에티오피아

○ (에티오피아 보건시스템의 주요 문제점) 에티오피아 보건 시스템의 주요 문제로는 지방 분권화로 인해 비효율적인 거버넌스 운영, 일차 보건의료 서비스 향상의 집중으로 인한 상위 단계의 의료 서비스 제공 한계, 마지막으로 보건 재정의 부족을 들 수 있다.

○ (리더십과 거버넌스: 협력과 조정의 어려움) 에티오피아는 정부의 거버넌스가 강력한 국가로서 보건 분야 역시 특별히 보건부가 강력한 리더십으로 다양한 프로그램들을 주도하고 있지만 지방분권화로 인한 연방정부와 주정부 사이의 통일된 조정이 쉽지 않고, 타 부처 간 조정이 효율적, 효과적으로 이루어지지 않고 있다. 이로 인해 개발 파트너의 지원에 의한 프로그램 및 프로젝트의 실행이 원활하지 않은 경우가 발생하고 있다.

○ (보건의료서비스 전달+보건 인력: 상위 단계의 보건 의료 서비스 및 인력 부족) 에티오피아의 보건서비스는 일차보건의료와 소외지역 의료서비스의 접근성을 향상에 초점을 맞춤에 따라 지역보건요원(HEW)와 보건개발요원(HDA)의 활용이 굉장히 유용하고 그 효과성이 조금씩 나타나고 있으나, 일차보건의료 이상의 높은 수준과 기술을 요하는 통합적 응급산과진료(CEmONC)과 같은 보건의료서비스의 전달에는 한계를 지니고 있다. 일차 보건의료 서비스 이상의 상위 단계 보건 의료 서비스를 전달할 수 있도록 교육과 훈련이 지속적으로 제공이 필요하지만, 이를 위한 충분한 자원과 재정에 있어 한계를 가지고 있는 상황이다.

4) 카메룬

○ (카메룬 보건시스템의 주요 문제점) 카메룬 보건의료 시스템의 가장 큰 문제점은 카메룬 정부의 장기독재로 인한 정치적인 상황과 정부의 비효율성, 부패 등으로 인해 보건부를 비롯한 지방정부, 지역사회 수준의 보건체계가 전체적으로 원활히 기능하지 않는 거버넌스 에서 기인한다. 또한 카메룬 정부의 과도한 부채 문제로 인해 국가 자체의 보건 분야 재정 비율은 약 5% 정도로 매우 낮으며, 이로 인해 의약품과 같은 보건의료의 주요한 자원요소가 원활히 공급되지 못하여 공공의료 기관에서 환자들이 의약품을 받거나 구입하는 것도 수월하지 않다. 또한, 모자보건 관련 의료 인력에 대한 지속적이고 집중적인 교육 훈련이 부재하여 간호사 및 조산사의 인력 양성이 시급한 문제로 대두되었다.

○ (리더십과 거버넌스: 장기 독재와 정부의 비효율성) 장기 독재로 인해 보건부의 업무 진행은 매우 비효율적이고 계획 시행을 위한 승인 절차에 오랜 시간이 소요돼 계획의 수행이 실행되는 것이 쉽지 않은 상황이다. 중앙정부 및 보건부의 비효율적인 관리 및 운영은 보건의료시스템의 전체 요소(보건 의료 재정, 보건의료 인력, 서비스 전달, 의약품과 기자재, 보건의료 정보) 각각에 부정적인 영향을 미쳐 보건의료시스템 전반의 문제점을 야기시키고 있다.

○ (보건의료서비스 전달: 공공의료 분야의 붕괴) 지역사회에 일차보건의료를 전달하기 위해 현재 존재하는 통합보건소(CSI)는 의약품 기자재 부족으로 인해 제대로 기능하고 있지 못하고 있다. 특히, 나이지리아 접경 지역인 북쪽의 경우 보건의료시설이 상대적으로 적고, 분쟁과 위험 상황에 노출되어 있어 보건의료 서비스가 제대로 전달되지 못하고 있으며, 카메룬의 공공의료 이용에 대해 살펴보면, 치료비, 약값 등의 문제로 공공보건소 이용률이 낮은 편이다.

○ (의약품 및 기자재: 공공의약품 조달의 한계) 의약품 분야에 제한적인 예산 투자와 중앙 관리의 부족으로 인해 공공 의약품 전달에 한계를 겪음에 따라 길거리 의약품이 매우 공공연하게 판매되고 있는데 안전성과 질이 검증되지 않은 의약품이 대중적으로 활용되고 있다. 의약품공급시스템(CENAME)은 부채 문제로 인해

약품을 원활히 조달하는데 문제가 있어 공공 의약품에서 제공하지 못하는 분야를 민간분야에서 대체 공급하고 있는 실정이다.

5) 나이지리아

○ (나이지리아 보건시스템의 주요 문제점) 나이지리아 보건의료 시스템의 주요 문제는 근본적으로 연방제로 이루어진 정치적 시스템에서 기인한다. 나이지리아는 연방정부-주정부-지방정부로 거버넌스 구조가 나누어지면서 각 주체별로 보건서비스에 대한 책무와 역할의 범위를 명확하지 규정하지 못하였다. 또한, 중앙정부에 비해 지방정부의 역량이 취약하여 기초보건서비스가 제대로 제공되지 못하며, 2&3차 의료기관에 편중되는 재정(약 90%)에 비해 기초의료시설에 배당된 재원(10% 이내)이 매우 부족한 상황이다. 또한, 연방정부, 주정부, 지방정부의 관리하에 있는 의료기관 간에 소통이 원활치 못해 환자 후송 시스템(Referral)도 체계적으로 이루어지지 못하고 있다. 보건의료 분야 지출은 GDP 규모 대비 상대적으로 낮으며(5% 미만), 가계의 의료비 지출은 매우 높은 것도 나이지리아 보건시스템이 가지고 있는 문제 중 하나이다.

○ (리더십과 거버넌스: 취약한 리더십과 거버넌스 구조) 나이지리아는 전 세계에서 연방제가 가장 발달한 국가 중의 하나로, 연방정부-주정부-지방정부, 그리고 지방정부 산하의 지역사회(Ward) 단위까지 보건서비스에 대한 주체와 그 책임이 구분되어 있다. 이에 따라 각 정부 주체 사이에 역할과 책임이 중복되는 경우가 발생하고, 독립적인 재정구조로 인하여 연방정부의 단계별로 사업이 연계되지 못하고 있다. 이러한 보건 분야 구조상의 취약점은 보건의료재정, 보건의료인력, 서비스전달, 의약품과 기자재, 보건의료정보 등에 전반적으로 영향을 미쳐 보건 분야 기능에 부정적으로 작용하고 있다.

○ (보건 재정: 의료비의 높은 환자 부담과 민간부문 지출 비중 증대) 정부의 보건 분야에 대한 지출은 꾸준히 증가하고 있으나, 정부 지출 대비 지원비중은 15%로 국제기준에 미달한 상황이다. 연방정부의 지출비중은 점차 감소하고 있으며, 그

대신 주정부의 보건 분야 지출이 확대되고 있어 주정부를 중심으로 보건서비스가 제공되는 있는 것을 확인할 수 있다. 그러나 보건 분야 민간부문 지출의 비중이 매우 높기 때문에 경제적/지리적 취약계층에 대한 공공재정의 확대와 투입이 필요하다. 또한, 2009년을 기준으로 보건 분야의 공여기관 지원은 5%에 불과하여, 향후 외부 재원보다 나이지리아 자체 재원을 효과적으로 활용할 수 있는 전략이 필요할 것이라고 판단된다.

○ (보건의료서비스 전달: 열악한 기초보건서비스) 기초 보건서비스의 제공은 지방정부가 담당하고 있으나, 연방정부 및 주정부에 비해 지방정부의 역량과 재원이 부족하다. 실제로 2차 및 3차 의료기관에 편중되는 재정(약 90%)에 비해 1차 의료기관에 배당된 재원(10% 이내)은 매우 부족함에 따라서 지방 정부 및 커뮤니티(Ward) 레벨에서 기초보건서비스 전달은 여전히 매우 취약한 상황이며, 이는 특히 사회경제적 취약계층에게 큰 영향을 미치고 있다. 이와 같은 이유로 환자들이 1차 의료기관 이용보다는 2차나 3차 의료기관에 집중되어 상위 의료기관에 과중한 부담이 생기는 문제점이 있다.

6) 르완다

○ (르완다의 주요 보건 문제) 르완다의 보건의료시스템은 강력한 리더십 하에 전반적으로 잘 작동하고 있다는 평가를 받고 있으나, 보건 재정 의존도 및 보건 인력의 질적 향상에 있어서의 도전 과제를 가지고 있는 상황이다.

○ (리더십과 거버넌스: 강력한 리더십과 거버넌스) 르완다는 정부의 리더십을 기반으로 하여 보건 분야 거버넌스를 지방분권화 정책 시행과 함께 크게 향상되어 왔으며, 실제로 효과적으로 작동해온 것으로 평가된다. 부정부패 무관용 정책(Zero tolerance for corruption policy)도 강력한 거버넌스를 달성하기 위한 역량을 강화하는데 기여한 바 있다.

○ (보건의료서비스 전달: 개선된 접근성 및 서비스 전달 체계 강화에 대한 노력)

기존 4단계로 구성된 보건의료서비스 전달체계에 도립병원(Provincial Hospital, PH) 및 보건지소(health post)가 추가되어 증강되고 있는 등 체계적인 노력을 기울이고 있다. 또한 지리적 접근성이 많이 향상된 상태이며 CBHI (Community-based Health Insurance)가 인구의 92%를 커버하면서 보건의료서비스에 대한 경제적 접근성 또한 크게 향상되었다.

○ (보건의료정보: 정보 시스템 향상을 위한 성과) 최근 르완다 정부는 정보시스템 구축 및 관리에 있어서 꾸준한 성과를 거두어 오고 있다. 현재 보건의료정보시스템을 통해 제공되는 데이터의 질이 높은 편이며 순응도가 높은 것으로 평가된다. 그러나 IT 장비의 유지 및 보수 역량이 부족하며 문서화된 환자 기록들을 전산화하는 것이 과제 중 하나이며, 외부 재정 의존도가 높다.

○ (보건 인력 및 보건 재정: 인력 및 재정문제로 인한 도전과제) 르완다 보건의료시스템은 체계적인 노력과 함께 개선되어 오고 있으나 여전히 해결해야 할 과제들이 남아 있다. 현재 보건의료분야 지출 중 외부재정 비율은 약 61%로 꾸준히 증가해 왔으며, 말라리아 및 HIV/AIDS 프로그램의 외부의존도가 특히 높다. 또한 보건 의료 인력의 이직률이 높고 의사 및 조산사의 전문 인력이 매우 부족한 실정이며 인력의 질 문제도 해결되어야 할 것이다.

7) 모잠비크

○ (모잠비크 보건의료시스템의 주요 문제점) 모잠비크의 보건의료시스템은 전반적으로 많은 문제점을 보유하고 있다. 리더십 및 거버넌스의 책무성 부재 및 비효율성 문제로 인해 보건 재정, 보건의료서비스 전달, 보건 인력에 있어서 다양한 문제점들이 제기되고 있다.

○ (리더십과 거버넌스: 책무성 및 비효율성 문제) 모잠비크의 보건 분야는 지방분권화가 시행되고 있으나, 주 정부 이하 지방정부들에게는 실질적으로 권한이 이양되고 있지 않아, 지역사회 내 보건 시스템 운영에 있어서 비효율성 문제가 발생하

고 있다. 또한, 보건의료서비스 전달체계 내 여러 수준에서의 부정부패 문제로 인해 정부에서 관련 민원부서를 설치하는 등 노력을 기울이고 있으나, 보건의료시스템 개선 및 강화를 위한 근본적인 해결책을 통한 개선이 필요한 것으로 보인다.

○ (보건 재정: 높은 외부재정의존도 및 취약한 재정 예측성) 모잠비크 보건 분야 예산의 외부재정 의존도는 65.7%로 사하라이남 아프리카 평균인 40.2%에 비해 상당히 높은 편이며, 프로사우데(PROSAUDE)라는 보건 분야 공동기금을 운영하고 있음에도 불구하고 여전히 재정에 대한 예측성이 낮은 편이다. 뿐만 아니라 질병퇴치 목적으로 직접 지원하는 수직적 기금의 절대적 규모는 계속해서 증가하고 있다.

○ (보건의료서비스 전달: 전반적인 서비스 전달의 취약) 공공보건의료체계가 갖추어져 있으나, 수적으로나 질적으로 큰 개선이 없었으며, 후송체계가 정상적으로 작동하지 않는 상태이다. 2010년 기준 전체 인구의 60%만이 보건의료시설 10km 내에 위치하고 있어 지리적 접근성이 떨어지며, 국가의료보험제도의 부재로 경제적 접근성 또한 낮다. 또한, 제공되는 보건의료서비스의 질 또한 낮은 것으로 평가되고 있다.

○ (보건 인력: 인력의 수적·질적 부족 문제) 취약한 서비스 전달은 주로 인력 문제에서 비롯되는 경우가 많은데, 열악한 업무 환경, 낮은 임금으로 인한 동기 저하 등의 요인으로 인해 인력이 수적으로 부족하며, 동시에 인력의 역량 부족이나 기초 교육 미흡 등의 문제로 질적인 문제도 심각한 상황이다.

8) 우간다

○ (우간다의 보건의료시스템의 주요 문제점) 우간다의 보건의료시스템과 관련하여 현지 조사 결과에 의하면, 대부분의 전문가들은 구성요소 전반의 문제로 지적하고 있는 것으로 나타났다.

○ (리더십과 거버넌스: 횡령 사건으로 인한 원조 중단) 외부로부터의 지속적인 원조에도 불구하고 지금까지 보건 분야에 큰 개선을 보이지 못하는 원인으로는 거버넌스의 문제가 큰 것으로 보인다. 정부의 책무성 및 투명성 이슈 관련하여 지속적으로 문제가 발생하고 있으며, 2012년 10월 밝혀진 우간다 총리실 횡령 사건은 주요 공여기관들이 재정지원을 중단하는 계기가 되었다. 최근 반동성애자(Anti-gay) 법안이 통과되면서 다시금 주요 공여기관들의 재정지원이 중단되고 있는 실정이다.

○ (보건의료서비스 전달: 민간부문 중심의 의료서비스) 우간다의 보건의료 시스템은 중앙정부가 관장하는 국립후성병원과 지역후성병원, 그리고 지방정부가 관장하는 일반병원과 보건소(Ⅳ, Ⅲ, Ⅱ)와 마을 건강팀(VHT, Village Health Team)으로 구성되어 있다. 이러한 공공부문 보건의료 시스템이 체계를 갖추고는 있으나 시설과 장비의 노후와 부족, 인력의 부족과 낮은 생산성, 의약품을 비롯한 의료용품 공급의 부족과 시의성 문제 등 시스템 구성요소 전반에 문제가 있어 적정 의료서비스 제공이 불가능한 상태임에 따라 최근 민간 부문 의료가 확대되고 있다. 이러한 상황의 근본적 원인은 정부재정의 부족이다.

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

○ (보건 인력: 인력 문제를 중심으로 다양한 시스템 내 문제 산재) 보건의료서비스에 대한 취약한 접근성부터, 제공되는 서비스의 질이 매우 낮은 것은 낙후된 시설 및 장비, 물자 공급 부족, 인력의 부족, 전기와 물 부족 등 다양한 원인에서 비롯된다. 특히, 우간다는 보건 의료 인력의 양적, 질적인 문제가 매우 심각한데, 공공보건의료시설에 투입되는 양질의 인력이 매우 부족(인구 대비 보건 인력 수는 1000명 당 1.55명)하고, 기존 인력의 자격 및 역량이 미흡하다. 또한, 공공부문에서의 낮은 임금 등으로 인해 인력의 민간부문 및 해외 유출 현상이 심각하다.

3. 빈곤과 불평등 현황 비교 분석

○ (보건과 빈곤·불평등 간의 관계 비교 분석) 본 장에서는 보건 문제와 빈곤, 불평등 간의 관계에 대해서 조사 분석하였다. 일반적으로 보건과 빈곤의 문제는 상호 밀접한 관련성이 있으며, 보건 문제의 맥락을 이해하는 데 있어서 빈곤과 불평등 이슈는 고려되어야만 한다. 본 연구보고서는 보건과 빈곤, 불평등의 이슈를 1) 지역별 격차와 보건 불평등; 2) 젠더별 격차와 보건 불평등; 3) 경제 사회 문화적 환경과 보건 불평등; 4) 분쟁 등 특수 이슈 등으로 구분하여 8개 국가를 비교 분석하였다.

1) 가나

○ (소득 및 교육 수준과 보건 불평등) 가나의 아동 사망률은 모성 교육상태와 소득 상태에 따라 큰 불평등이 존재한다. 가나에서는 모성의 교육 수준에 따라, 가계의 소득 수준에 따라 5세 미만 아동의 사망률에 큰 차이를 보인다. 모성의 교육 수준이 낮을수록, 소득이 적은 가정일수록, 아동 사망률이 높았으며, 반대로 모성의 교육 수준이 높을수록 5세 미만 아동의 사망률이 낮았으며, 가계 소득이 높을수록 NHIS에의 가입률이 높은 것으로 조사되었다. 이는 저소득층과 취약계층에 대한 보편적인 보건 의료서비스를 제공하는 시스템이 아직 구비되지 못하여 의료보건서비스에 대한 접근성에 사회경제집단 간 차이가 있음을 보이고 있다.

○ (지역별 격차와 보건 불평등) 신생아 사망률, 보건인력의 비율, 아동 영양 상태 등 보건 분야의 전 지표에 걸쳐 도농 및 지역 간의 격차가 크며, 특히 북부 3개 지역(Northern, Upper West, Upper East)의 보건 지표가 열악한 것으로 나타나, 이들 지역에 대한 보건서비스의 확대 및 불평등에 대한 개선이 필요하다. 예를 들어, 5세 미만 아동 사망률 역시 이 세 지역에서 국가 평균보다 높게 조사되고 있다.

2) DR콩고

○ (소득 및 교육 수준과 보건 불평등) DR콩고는 사회 전반적으로 교육수준이 낮고 소득수준 또한 낮은 상황이며 아동 사망률 역시 모성 교육상태와 소득상태에 따라 불평등이 존재하고 있다. DR콩고에서 모성의 교육 수준이 높을수록, 소득이 높은 가정일수록, 아동 사망률이 낮았으며, 아동의 말라리아와 설사병 치료를 받는 비율이 높게 나타났다.

○ (지역별 격차와 보건 불평등) DR콩고의 전체 5세 미만 아동사망률에 차이를 보이고 있는 주요한 요소는 도농 간 격차이다. 전국적으로 현황은 출생아 1,000명당 158명이지만 농촌지역의 경우는 출생아 1,000명당 174명으로 도시의 111명보다 높은 사망률을 보이고 있다. 5세 미만 아동사망률의 경우, Maniema, Katanga 지역이 국가 평균에 비해 높은 아동사망률을 보이고 있으며, 특별히, 영양 상태와 급성 영양부족의 경우도 지역별 격차가 있었는데, 출생 시 영양상태가 국가 평균에 비해 좋지 않은 지역은 North Kivu 지역으로 나타났다. 또한 HIV/AIDS 유병률에 있어서는 남동부 지역이 높은 수치를 보이고 있어, 지역별 격차에 따른 건강 불평등이 나타나고 있다.

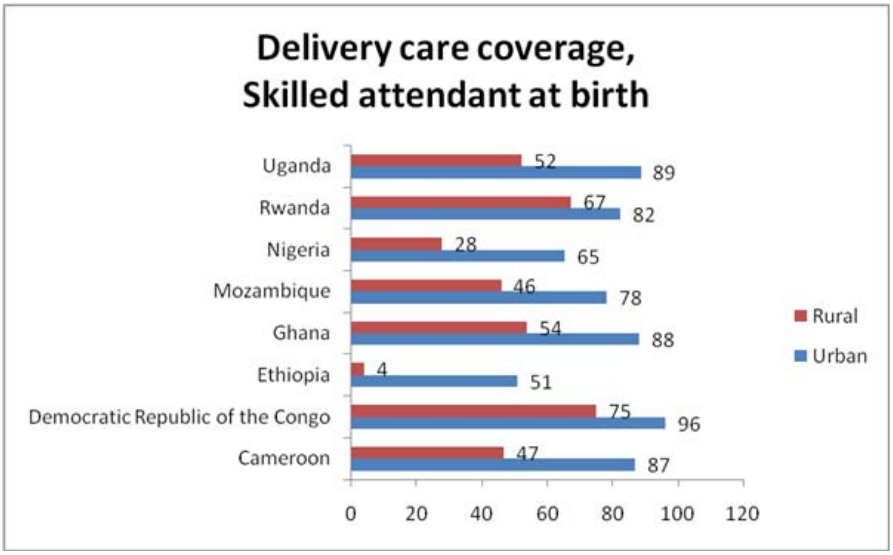
○ (분쟁 등 특수 이슈) 동부 지역은 아직까지 정부군과 반군 사이의 분쟁이 진행되고 있는 지역으로, 무장군인에 의한 성폭력이 심각한 상황이며, 주요 피해자는 성인 여성과 여아들이다. 2013년 15,352건의 성폭력이 동부지역에서 발생하였으며, 2012년, 2011년 North Kivu에서만 발생한 성폭력 건수는 각각 4,689건, 7,075건으로 조사되어 여성과 여아의 성과 관련하여 심각한 보건문제가 잠재되어 있는 상황이다.

3) 에티오피아

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

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

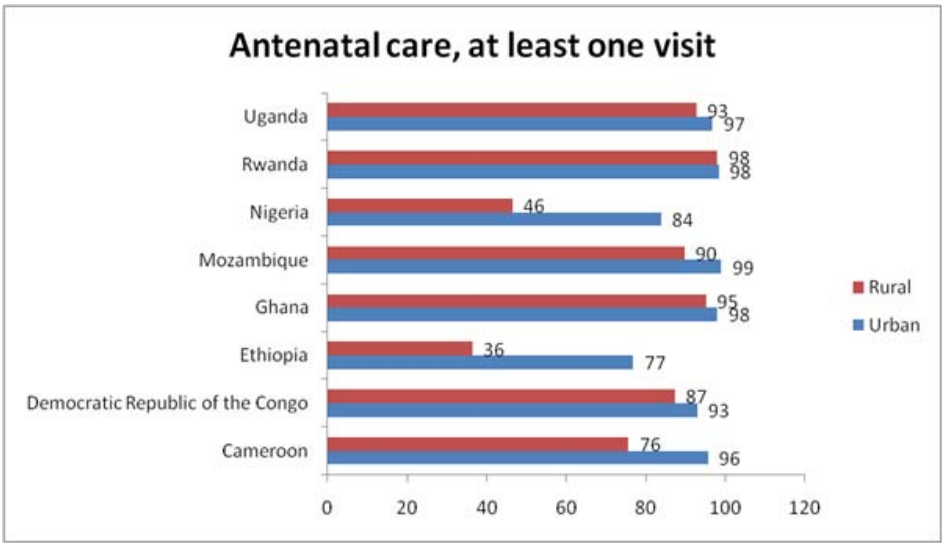
<그림 2-1> 숙련된 인력에 의한 출산



Source: UNICEF, http://www.childinfo.org/statistical_tables.html

○ 또한, 거주 지역에 따라 보건의료 인력이 제공하는 산전관리를 받는 비율의 차이가 존재했다. 도심 지역의 경우 76.%가 보건 의료 인력이 제공하는 산전관리를 받고 있었지만 농촌의 경우는 26.4%에 불과하여 농촌 지역이 산전관리를 받지 못하고 있는 상황임을 나타내고 있다.

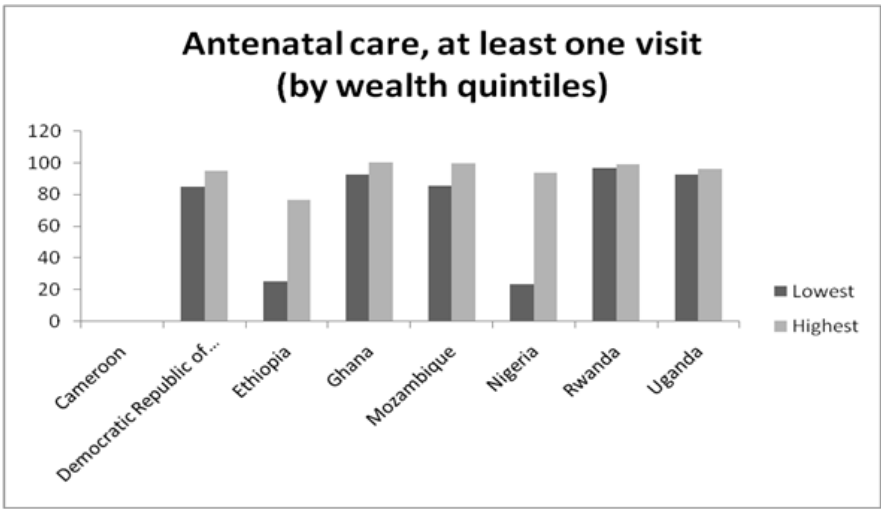
<그림 2-2> 최소 1회 이상 산전관리



Source: UNICEF, http://www.childinfo.org/statistical_tables.html

○ (소득 수준에 따른 산전관리) 5분위 소득별 수준에 따라 숙련된 보건의료 인력으로부터 산전관리를 받는 비율이 상이한 것으로 나타났다. 에티오피아 전체 중 숙련된 보건 의료 인력에 의한 산전관리의 비율은 33.9%에 불과했지만 5분위로 소득으로 나누었을 때, 가장 적은 소득군의 경우 17.0%만이 보건 의료 인력에 의한 산전관리를 받은 반면, 가장 높은 소득군은 74.9%로 나타나 소득에 따라 보건 의료 인력에 의한 산전관리의 비율이 극심한 차이가 나타남을 보여주고 있다.

<그림 2-3> (빈부격차에 의한) 최소 1회 이상 산전관리



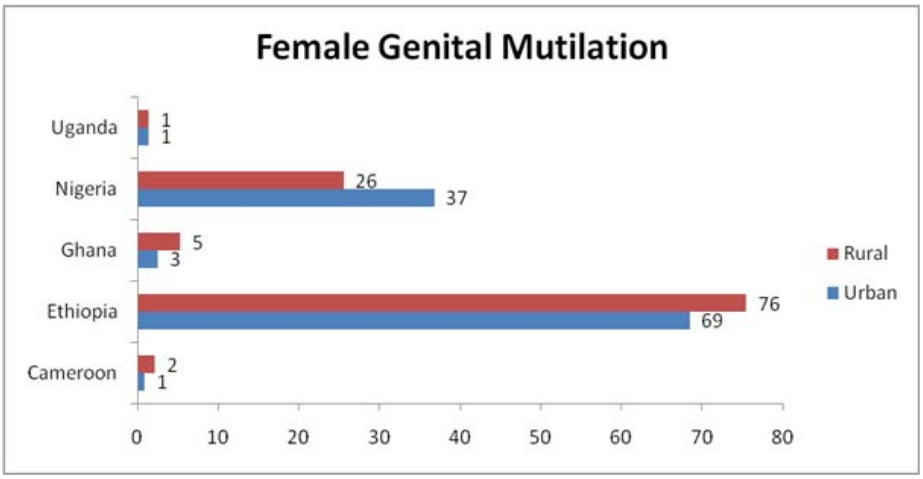
Source: UNICEF, http://www.childinfo.org/statistical_tables.html

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

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

○ (젠더의 특수성) 에티오피아는 여성성기절단의 비율이 높은 국가로 구분된다. DHS 2000과 2005년에 따르면 15-49세 여성들 중 FGM을 받은 비율이 2000년 79.9%로 조사되었으며, 2005년에는 74.3%로 나타났다. FGM이 가장 성행하고 있는 지역은 Afar 지역으로 2000년에는 93.6%의 여아들이 FGM을 받았으나 2011년에는 59.8%까지 감소하였으나 여아의 2명중 1명 이상은 FGM을 받는 높은 비율을 보이고 있다.

<그림 2-4> 여성성기절단 (FGM) 도농 간 격차



Source: UNICEF, http://www.childinfo.org/statistical_tables.html

4) 카메룬

○ (지역별 격차와 보건 불평등) 여성들의 건강에 직접적 영향을 주는 출산과 산전관리에서도 도농 간에 심각한 격차가 존재하여 농촌지역인 경우 집에서 출산하는 비율(54%)이 도시에 비해 높고 산전관리 비율은 도심 지역에 비해 농촌이 낮은 비율(50%)을 보이고 있다. 숙련된 보건인력에 의한 출산의 경우, 야운데와 두알라는 각각 93%, 99%로 높은 비율을 보이고 있는 반면, 북부지역과 동부지역은 전체적으로 49% 이하의 비율을 보이고 있으며, 말라리아 모기장의 경우도 북부지역과 동부지역에서의 보유율이 적은 것으로 나타났다. 반면, HIV/AIDS의 유병률은 남부지역에서 높게 나타났다.

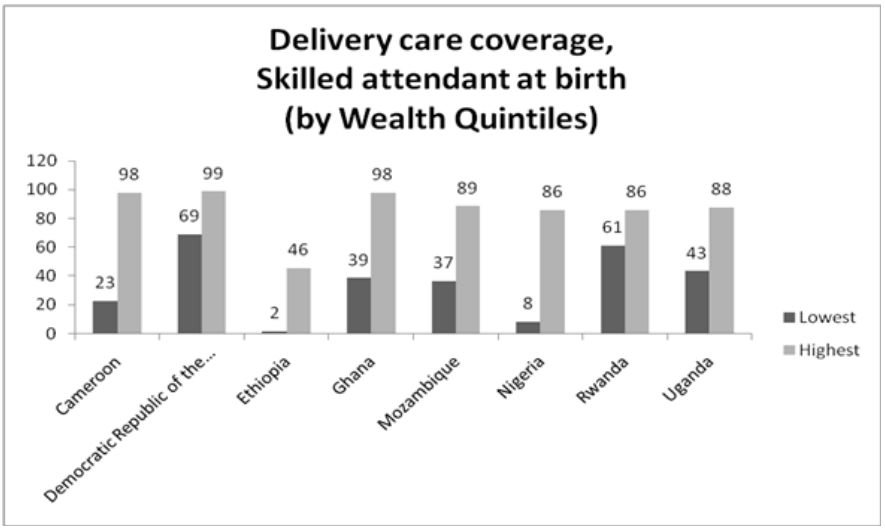
○ (교육 및 경제 소득에 따른 보건 불평등) 모성의 교육 수준에 따라 모성이 교육을 받지 않은 경우 말라리아 모기장 활용 비율이 낮았다. 소득 수준에 따른 격차에서는, 소득이 높을수록 HIV/AIDS의 유병률이 높은 것으로 나타났으며, 특히, 경제 개발이 시작되면서 개발지역에 유입되는 노동자 및 근로자들(성 노동자(Sex worker), 트럭운전사, 이동하는 노동자(Mobile worker))에 의한 HIV/AIDS가 증가하는 추세를 보이고 있다.

○ (분쟁 등 특수 이슈) 카메룬의 북부지역은 나이지리아 접경 지역으로 나이지리아와 바카시 반도에 대한 영유권과 관련하여 수십 년간 갈등이 빚어져 온 지역이다. 2008년에 영토 분쟁이 종결되고 분쟁으로 인한 긴장이 완화되었다고 하나 30년에 가까운 분쟁으로 인해 개발과 발전에서 뒤쳐져 있는 실정이다. 따라서 이 지역에는 보건인력, 보건시설이 부족하여 숙련된 보건인력에 의한 출산이 가장 낮은 비율(25%)을 보이고 있으며, ITN 활용률(3%)도 가장 낮고, 예방접종률(31%)도 전국에서 가장 낮은 상황을 보이고 있어, 해당지역의 보건지표는 타 지역 대비 심각한 불균형을 보이고 있다.

5) 나이지리아

○ (소득수준에 따른 보건 불평등) 가계의 경제수준에 따라 관계된 보건지표 간에 불평등이 발견되었다. 전체 소득을 5단위로 나누어 살펴보았을 때 하위 20% 집단의 2008년 발육부진 비율은 50%이고, 같은 기간 상위 20%의 발육부진 비율은 약 25%에 불과하여 2배의 차이를 보였으며, 소득 상위 20%는 하위 20%에 비해 모든 예방접종비율은 약 11배, 산전관리 비율은 약 4배, 숙련인력에 의한 출산율은 약 10배의 격차를 보이고 있다. 이는 나이지리아가 보건 서비스에 대한 민간지출의 비율이 높기 때문으로, 상대적으로 부유한 계층이 질 높은 보건 서비스에 손쉽게 접근할 수 있기 때문으로 파악되며, 이를 극복하기 위해서는 경제적/지리적 취약계층에 대한 공공재정의 확대와 투입이 필요할 것으로 판단된다.

<그림 2-5> (빈부 격차에 의한) 숙련된 인력에 의한 출산



Source: UNICEF, http://www.childinfo.org/statistical_tables.html

6) 르완다

○ (지역 간 격차와 보건 불평등) 키갈리와 남부, 동부 지역에서 아동의 발육부진, 장기살충모기장 보유율, 예방접종률, 현대적 피임법 이용률 모두 키갈리와 남부 및 동부 지역에서 더 나은 수치를 보였으며 북부 지역과 특히 서부 지역에서 대부분의 보건 지표가 취약하게 나타났다. 특히 서부지역은 키부(Kivu) 호수를 끼고 DR콩고와 접경하고 있는 지역으로 내전으로 인해 인구의 보건상태가 매우 취약하며 르완다 평균치와 비교하여 서비스에 대한 접근성이 매우 열악하다.

○ (소득 및 교육수준에 따른 불평등) 출산율이나 현대적 피임법 이용률, 가족계획의 미충족 수요, 아동의 발육 부진 비율 모두 경제수준이 낮은 그룹에서 더 심각한 것으로 나타났으며, 교육수준이 낮을수록 출산율이나 가족계획의 미충족 수요, 아동의 발육 부진 비율이 높고, 현대적 피임법의 이용률이 낮은 상황이다. 특히 모성의 교육수준에 따른 청소년 임신율의 격차가 매우 크고 모성이 전혀 교육을 받지 못한 청소년 자녀의 임신율이 초등 및 중등 교육 이상을 수료한 모성의 청소년 자녀에 비해 4~6배 높은 것으로 나타났다.

7) 모잠비크

○ (지역 간 격차와 보건 불평등) 모잠비크의 보건지표는 도농 간 격차뿐만 아니라 주(province)별 격차가 극심하게 나타나며, 출산율이나, 전문인력 분만율, 임산부의 HIV 검사 및 상담 이용 비율 등의 지표들은 주로 북부지방에서 취약하게 나타나고 있다. 모잠비크 북부 지방에는 여전히 농업 및 어업인구가 주를 이루며, 농촌 지역이 많으며, 북부 지방 대부분의 보건지표가 매우 열악하며 그 격차가 수도인 마푸토나, 전국 평균에 비해 매우 큰 편이다.

○ (소득 및 교육 수준에 따른 불평등) 피임율이나 HIV 검사율 등의 지표에 있어 경제수준에 따른 격차가 확연하게 나타나고 있으며, 교육수준에 따라서도 보건지표의 차이가 크다. 교육을 받지 못한 15-19세 여성 중 절반 이상에게 자녀가 있거나 임신한 상태인 반면 중등교육 이상을 수료한 경우는 26%만이 이에 해당하였다.

○ (여성에 대한 보건 불평등) 모잠비크는 세계에서 조혼율이 가장 높은 나라 중 하나로, 25-49세 기혼 여성 중 60%가 20세 이전에 결혼한 것으로 나타나며, 여성의 평균 결혼연령은 18.8세로 남성에 비해 6세가량 낮게 나타난다. 모잠비크의 GGI(성 격차 지수)는 전체 135개국 중 26위로 높은 편이지만, 보건부문에서는 112위를 차지했으며, 성 격차 지수(GGI)의 전반적인 향상에도 불구하고, 보건부문에서의 성 격차는 오히려 2007년 이래로 계속해서 악화된 수치이다.

8) 우간다

○ (지역 간 격차와 보건 불평등) 모성보건 서비스 제공에 있어서 도농간 격차가 크게 나타났으며, 전체 112개 구역들의 보건의료서비스 제공 관련 지표들의 격차 또한 크게 나타났다. 우간다 북부에 위치한 카라모자 지역은 예측 불가능한 기후와 열악한 자연환경으로 인해 잦은 가뭄과 기근이 발생하며 계속적인 불안정 상태 및 갈등상태로 인해 빈곤상태를 극복하지 못하고 있는 열악한 지역으로 여러

공여기관의 집중적인 지원이 이루어지고 있지만 여러 지표에서 취약하게 나타나고 있음. 특히 아동의 발육 부진율은 우간다 평균인 33%에 비해 카라모자 지역에서는 45%로 우간다에서 가장 높은 것으로 나타났다.

○ (젠더별 격차와 보건 불평등) 여성의 교육수료율 및 사회적·경제적 지위가 낮고 사회 전반적으로 차별이 존재하며, HIV 유병률 또한 6.1%인 남성에 비해 여성은 8.3%로 높게 나타난다. 5세 미만 아동사망률은 지역격차, 교육수준, 경제수준에 따라 비교했을 때 2006년에 비해 2011년에 격차가 감소하였다. 그러나 예방접종률 및 발육 부진율, 저 체중율이 카라모자 지역에서 큰 격차로 열악하게 나타난다.

○ (소득 및 교육수준에 따른 불평등) 임신 여성 중 HIV/AIDS 진단 테스트와 상담을 받은 여성은 가장 소득이 높은 그룹은 80.4%, 가장 낮은 소득 그룹은 47.5%로 두 배 가까이 차이가 났으며, 4회 이상 산전관리 받은 여성 비율 또한 두 그룹이 각각 58.8%와 42.6%로 나타나 격차가 큰 편인 것으로 나타난다. 교육 수준에 있어서도 2011년 기준 교육을 받지 못한 그룹의 HIV 유병률이 9.2%로 가장 높았으며 중등교육 이상을 수료한 그룹의 유병률은 5.6%로 나타난다. 또한 중등교육 이상을 수료한 여성 중에서는 77.1%가 HIV 진단검사 및 상담서비스를 이용하였으나 교육을 받지 못한 여성 중에서는 42.6%만이 서비스를 이용해 교육수준에 따른 차이가 확연히 나타난다.

Ⅲ. 타 공여기관 보건 분야 지원 현황 비교 분석

1. 8개국 공여기관 지원 현황 비교 분석

○ (8개국 ODA지원 공여기관 현황) 2011-2012년 기준 OECD 자료에 따르면, 조사 대상 8개국에 가장 많은 ODA를 지원하는 공여국 및 기관은 국제개발협회(International Development Association; IDA)와 미국이었다. 가나, 나이지리아, 에티오피아, 르완다에서는 IDA가 가장 많은 지원을 하고 있었으며, DR콩고, 모잠비크, 우간다에서는 미국이 지원 순위 1위를 차지하였다. 카메룬만이 프랑스에서 가장 많은 지원을 하는 것으로 나타났다. IDA는 각 협력국 ODA 지원 공여기관 10개(규모 순) 지원액 합계 중 국가별로 가나 25%, 에티오피아 25%, 나이지리아 33%, 르완다 21%를 차지하며, 미국은 DR콩고 24%, 모잠비크 26%, 우간다 29%를 지원하여 협력국 1위 지원 공여기관이 전체 10위권 기관의 총 합계의 약 1/4 정도를 지원하는 것으로 볼 수 있다.

○ 또한, 8개국의 전체 GNI 대비 ODA 비중을 살펴보면, 중저소득국에 속하는 나이지리아, 카메룬, 가나의 경우에는 각각 0.8%, 2.4%, 4.7%로 그 비중이 매우 작으며, 정부 보건 예산 내 ODA 비중도 13%, 5.2%, 5%로 역시 그 비중이 미미하다. 반면, 르완다, DR콩고, 모잠비크는 GNI 대비 ODA 비중이 20.1%, 18.1%, 14.4%이며, 정부 보건 예산 내 ODA 비중도 높은 편에 속하여 보건 분야 ODA 지원액이 협력국 정부의 보건 분야에 상당한 영향을 미치고 있음을 알 수 있다.

<표 3-1> 8개국 ODA 지원 현황 비교 분석

	전체 ODA (ODA/GNI)	ODA / 보건 재정
가나	4.7% (2012)	13% (2011)
DR콩고	18.1% (2012)	47.8% (2007)
에티오피아	7.6% (2012)	43.9% (2007)
카메룬	2.4% (2012)	5.2% (2007)
나이지리아	0.8% (2012)	5% (2009)
우간다	9.9% (2012)	34%
르완다	20.1% (2011)	61%
모잠비크	14.4% (2012)	65.7%

<표 3-2> 8개국 ODA 지원 공여기관 현황 (2011-2012년 평균)(단위: USD mil)

순위	가나		DR콩고		에티오피아		카메룬		나이지리아		르완다		모잠비크		우간다	
	기관	규모	기관	규모	기관	규모	기관	규모	기관	규모	기관	규모	기관	규모	기관	규모
1	IDA	401	미국	1,060	IDA	734	프랑스	178	IDA	604	IDA	195	미국	417	미국	396
2	미국	268	일본	655	미국	720	EU	95	미국	414	미국	169	EU	174	IDA	188
3	IMF	185	프랑스	596	영국	487	독일	93	영국	335	Global Fund	137	IDA	168	EU	160
4	AfDF	171	IDA	391	EU	226	IDA	83	Global Fund	164	영국	101	영국	163	영국	149
5	영국	129	이탈리아	373	AfDF	167	AfDF	56	EU	111	EU	92	포르투갈	156	AfDB	144
6	독일	89	독일	347	Global Fund	144	Global Fund	47	UNICEF	53	AfDF	68	캐나다	127	Global Fund	87
7	EU	89	영국	303	캐나다	121	GAVI	24	일본	43	벨기에	65	스웨덴	112	노르웨이	70
8	캐나다	86	EU	303	일본	114	미국	23	AfDF	40	네덜란드	42	덴마크	98	덴마크	66
9	일본	81	벨기에	236	독일	109	일본	20	GAVI	36	독일	40	노르웨이	85	일본	63
10	덴마크	80	스웨덴	158	GAVI	92	한국	10	캐나다	34	일본	29	독일	79	독일	55

출처: OECD-DAC, World Bank; www.oecd.org/dac/stats

○ (8개국 양자기관 보건 분야 지원 현황) 2009-2010년 기준 WHO 자료에 따르면, 조사 대상 8개국에 가장 많은 보건 분야 양자 지원을 하는 공여국은 미국이었으며, 8개국 중 7개국(카메룬은 독일)에 가장 많은 양자 지원을 하고 있었다. 미국은 각 협력국 ODA 양자기관 보건 분야 지원 공여기관 10개(규모 순) 지원액 합계 중 국가별로 가나 30%, DR콩고 37%, 에티오피아 69%, 나이지리아 73%, 르완다 73%, 모잠비크 60%, 우간다 79%였으며, 앞의 조사 결과 대부분 HIV/AIDS, 말라리아 같은 전염성 질환에 지원한 것으로 나타났다.

○ (8개국 다자기구 보건 분야 지원 현황) 2009-2010년 기준 WHO 자료에 따르면, 조사 대상 8개국에 가장 많은 보건 분야 다자 지원을 하는 기관은 Global Fund이며, 8개국 중 7개국에서 1위를 차지하고 있었다. Global Fund는 각 협력국 ODA 다자기구 보건 분야 지원 공여기관 10개(규모 순) 지원액 합계 중 국가별로 DR콩고 32%, 에티오피아 70%, 카메룬 47%, 나이지리아 49%, 르완다 88%, 모잠비크 47%, 우간다 50%였으며, 가나에 가장 많은 지원을 한 다자기구는 IDA(25%)이었으며, Global Fund는 10위권에 포함되지 않은 것이 특징이었다.

<표 3-3> 8개국 양자기관 보건 분야 지원 순위 및 규모 (2009-2010년) (단위: USD mil)

순위	가나		DR콩고		에티오피아		카메룬		나이지리아		르완다		모잠비크		우간다	
	기관	규모	기관	규모	기관	규모	기관	규모	기관	규모	기관	규모	기관	규모	기관	규모
1	미국	82.46	미국	106.66	미국	486.54	독일	15.67	미국	702.44	미국	225.35	미국	375.98	미국	527.10
2	영국	57.13	벨기에	67.93	영국	65.61	프랑스	11.81	영국	180.47	벨기에	36.26	아일랜드	48.24	덴마크	34.31
3	네덜란드	51.38	영국	49.44	캐나다	35.87	미국	10.26	독일	26.64	독일	23.47	영국	41.94	아일랜드	25.59
4	덴마크	47.65	일본	15.00	네덜란드	27.60	이탈리아	1.53	노르웨이	18.17	영국	12.13	캐나다	40.63	스웨덴	25.14
5	캐나다	19.17	독일	14.18	스페인	22.32	스페인	1.37	캐나다	16.86	룩셈부르크	6.22	스페인	32.12	벨기에	17.00
6	일본	9.22	스페인	10.05	일본	16.55	캐나다	1.23	일본	10.30	스위스	3.05	덴마크	28.55	영국	15.00
7	스페인	1.24	이탈리아	6.04	아일랜드	16.29	스위스	0.67	네덜란드	7.54	스페인	1.22	네덜란드	19.07	이탈리아	10.78
8	아일랜드	0.96	스웨덴	5.57	이탈리아	15.79	룩셈부르크	0.32	한국	1.06	캐나다	0.96	벨기에	15.09	일본	6.36
9	독일	0.86	노르웨이	5.54	노르웨이	10.11	벨기에	0.29	아일랜드	0.65	아일랜드	0.93	핀란드	14.08	노르웨이	5.35
10	오스트리아	0.49	캐나다	4.77	스웨덴	7.12	한국,노르웨이	0.23	이탈리아	0.65	덴마크	0.55	일본	13.87	독일	3.29

출처: ODA for Health, WHO

<표 3-4> 8개국 다자기구 보건 분야 지원 순위 및 규모 (2009-2010년) (단위: USD mil)

순위	가나		DR콩고		에티오피아		카메룬		나이지리아		르완다		모잠비크		우간다	
	기관	규모	기관	규모	기관	규모	기관	규모	기관	규모	기관	규모	기관	규모	기관	규모
1	Global Fund	129.84	Global Fund	151.76	Global Fund	384.76	Global Fund	44.81	Global Fund	336.21	Global Fund	222.48	Global Fund	86.97	Global Fund	103.60
2	GAVI	20.27	IDA	139.99	GAVI	57.45	GAVI	21.96	IDA	236.84	IDA	9.66	EU	37.34	IDA	30.25
3	EU	10.10	GAVI	73.04	UNICEF	32.56	AfDF	10.37	UNICEF	43.59	UNFPA	7.99	GAVI	17.80	UNFPA	20.13
4	IDA	9.58	EU	59.62	IDA	28.91	UNFPA	9.76	EU	20.91	GAVI	5.82	UNFPA	16.07	AfDF	16.36
5	AfDF	9.21	UNFPA	22.14	UNFPA	20.83	UNICEF	2.60	UNFPA	19.33	UNICEF	3.17	IDA	9.04	GAVI	16.34
6	UNFPA	8.60	UNICEF	20.03	UNDP	8.82	OFID	2.02	AfDF	14.78	UNAIDS	1.50	AfDF	6.87	UNICEF	9.85
7	UNICEF	5.54	AfDF	8.59	EU	6.32	EU	1.70	GAVI	13.96	UNDP	1.37	UNICEF	6.53	EU Institutions	7.01
8	OFID	5.00	UNAIDS	0.93	AfDF	3.85	IDA	1.47	UNDP	4.95	EU 기구	0.98	UNAIDS	2.02	UNAIDS	2.04
9	UNAIDS	1.42	UNDP	0.28	UNAIDS	3.58	UNAID	1.22	UNAIDS	2.64	WFP	0.19	WFP	1.65	UNDP	0.34
10	WFP	0.22	WFP	0.55	WFP	0.37	-	-	-	-	AfDF	0.02	UNDP	0.74	-	-

출처: ODA for Health, WHO

2. 협력국 별 공여기관 보건 분야 지원 현황 비교 분석

1) 가나

(1) 개요

○ (ODA 지원 규모 및 특징) 가나에 대한 국제사회의 지원은 2010년 16.9억 달러, 2011년 18.1억 달러, 2012년 18.0억 달러로 일정 수준의 지원규모가 유지되고 있다. 분야별로는 보건 및 인구 분야, 경제 인프라 및 서비스, 부채 탕감 등의 분야에 많은 지원이 이루어지고 있으며, 주요 공여기관은 2011년에서 2012년 사이의 지원액 기준으로 국제개발협회(International Development Association; 이하 IDA), 미국, 국제통화기금(International Monetary Fund; 이하 IMF), 아프리카개발은행그룹(African Development Group; 이하AfDF)순으로 지원하였으며 IMF는 부채 탕감이 큰 비중을 차지하였다.

○ (보건 분야 ODA 지원 규모 및 특징) 가나 보건 분야에 대한 ODA 지원 약조액은 2008년 이후로 감소하고 있으나, 실제 집행금액은 연평균 200백만 달러 수준을 유지하고 있다. 보건세부분야 중에서는 성병관리(23.7%), 생식보건(13.1%), 보건정책(12%), 기본보건치료(11%)의 순으로 ODA 재원이 배분된다.

○ (보건 분야 ODA 주요 공여기관 및 기구) 가나 보건 분야의 주요 공여국으로는 Global Fund가 27.5%, 미국이 17.5%, 영국이 12.1%, 네덜란드가 10.9%, 덴마크가 10.1%의 순으로 지원하고 있다. 글로벌 펀드의 경우 가나에서 가장 심각한 질환인 말라리아의 퇴치와 관련하여 중점적인 지원을 하고 있는 것으로 파악되며, 미국 역시 말라리아, HIV/AIDS과 생식보건 등의 분야에 대한 많은 지원을 하고 있다.

○ (양자 공여기관 지원 현황) 가나 보건 분야의 주요 양자기관은 2009-2010년을 기준으로 미국이 0.82억 달러로 가장 많은 지원을 하고 있으며, 그 뒤를 영국(0.57억 달러), 네덜란드(0.51억 달러), 덴마크(0.47억 달러), 캐나다(0.19억 달

러)의 순으로 지원하고 있다. 미국은 보건 세부 분야에 있어서는 기초보건 및 생식보건 분야를 지원하고 Greater Accra, Central Region, Western Region의 3개 지역에 집중하고 있다. 영국은 가나 보건 분야에 대한 자금지원을 하는 특징을 가지고 있으며, 일본은 모자보건에 주력하고 있는 것이 특징이다.

○ (다자 공여기관 지원 현황) 가나 보건 분야의 주요 다자기관은 Global Fund, GAVI, EU, IDA, UNICEF 등이 있으며, 2009-2010년을 기준으로 Global Fund로 가장 많은 1.29억불을 지원하고 있으며, HIV/AIDS, 말라리아, 결핵 질병 퇴치에 많은 지원이 되고 있음을 확인할 수 있었다. 그 외에 UNICEF는 아동과 모성에 초점을 두고, 생애주기 접근법(life cycle approach)에 기반을 둔 사업을 진행하고 있다.

(2) 주요 공여기관의 보건 분야 협력 방안

○ (주요 공여기관 선정 요인) 가나는 현재 KOICA가 볼타 지역에서 모자보건사업을 수행중이며, 또한 1차 국가협력전략(CPS)에 보건 분야가 선정이 되어 있는 국가이다. 따라서 주요 공여기관 선정에 있어 한국이 진행하는 사업에 고려사항 및 교훈을 얻기 위해, 모자보건 사업을 진행하고 있는 공여 기관들을 중심으로 선정하였다. 그 외에도 KOICA 보건 사업에 대한 시사점 도출을 위해 모자보건과 관련하여 KOICA와 협력하여 생애 주기적 접근법을 택하고 있는 UNICEF와 가나 내 보건 분야 NGO 연합의 사례를 조사하였다.

(가) 양자기관

○ (JICA 보건 전략과 사업의 특징) JICA는 가나에서 인프라, 농업, 보건, 교육, 민간부문, 거버넌스 등 6개 분야에 지원하고 있으며, 이 중에서 인프라, 농업 및 보건 분야에 우선순위를 두고 있다. JICA의 가나 보건 지원 분야는 주로 모자 보건을 중심으로 서비스 공급자의 역량 강화 및 보건 시스템 강화 확립에 중점을 두고 있으며, HIV/AIDS 진단 및 예방과 기니벌레병 퇴치와 같은 감염 질병 통제에도 지원하고 있다.

○ (JICA 보건 분야 주요 프로그램 및 프로젝트) JICA가 지원하는 모성 신생아 보건 혹은 보건 시스템 관련 프로그램 및 프로젝트로는 2012-2013년에 수행된 '북서쪽 지역 내 CHPS 인프라 개발 프로젝트(Project for the development of CHPS infrastructure in the Upper West Region)'와 2011년에 착수하여 2016년까지 예정된 '북서쪽 지역 내 커뮤니티 보건 계획 및 서비스(CHPS)를 활용한 모성 신생아 보건 서비스 향상 프로그램(Improvement of Maternal and Neonatal Health Services utilising CHPS (Community Health Planning and Services) system in the Upper West Region)'이 있다. 또한, 감염 질병 분야에 있어서는 'Studies on Anti-viral/Anti-parasitic Compounds from Selected Ghanaian Medicinal Plants' 연구프로젝트를 2010~2015년까지 5년 단위로 수행 중에 있으며 ' 기니벌레 퇴치 프로그램을 위한 지원(Support for Guinea Worm Eradication Program)을 2010년부터 실시하고 있다.

○ (USAID 보건 전략과 사업의 특징) USAID는 대 가나 국가개발협력전략(Country Development Cooperation Strategy 2013-2017)내에 건강 상태의 형평성 증진이라는 목표를 포함하고 있으며, 주요 지원 대상은 아동과 여성이다. 전략 이행을 위한 주요 활동 계획으로는 통합보건서비스의 접근성 개선, 지역사회 중심의 보건 자원 유용성 증가, 보건체계의 반응성 강화, 보건 분야 거버넌스 및 책임성 개선 등이 있다. USAID의 대 가나 보건 분야 지원은 미국 Global Health Initiative와의 연계를 근간에 두고 있으며, 보건 분야 내에서 중점적으로 지원하는 세부 분야로는 HIV/AIDS, 말라리아, 모성 및 아동 보건, 그리고 보건시스템 등 4가지가 있다. 또한, 보건 분야의 중점 지원 지역은 Greater Accra, Central Region, Western Region 등 3개 지역에 해당한다.

○ (USAID 보건 분야 주요 프로그램 및 프로젝트) 미국 USAID는 가나에서 모자보건 관련하여 통합적 프로그램을 수행하고 있다. 모자보건 통합프로그램(Mother and Child Health Integrated Program; MCHIP)은 미국 USAID가 6년 동안 수행온 프로그램으로써 Jhpiego를 리딩 기관으로 하여 세이브더칠드런, 협력국 정부 및 관련기관과 함께 수행하고 있는 프로그램이며 올해부터 신생아에 대한 지원을 강화한 RMNCH(Reproductive Maternal and Newborn Child Health) 사업을 계속해서 진행할 계획이다.

(나) 다자기관

○ (UNICEF 보건 전략과 사업의 특징) UNICEF 가나 지원 프로그램은 북부지역 3개, 중앙지역 1개 총 4개의 가장 소외된 지역을 중심으로 수행되며 중점 분야인 보건 및 영양, 식수 및 위생, 교육, 아동보호, 옹호, 홍보 및 모니터링과 평가 분석 등 크게 5가지를 중심으로 수행된다. 그 중 보건 및 영양 분야는 여성과 아동을 대상으로 모성, 신생아 및 아동 보건서비스에 대한 개선된 사용과 이에 대한 평등한 접근, 그리고 모성 및 아동의 영양결핍 감소에 해당한다.

○ (UNICEF 보건 분야 주요 프로그램 및 프로젝트) UNICEF 가나의 생애주기 접근법을 통한 인간 발전(Human Development through Life Cycle Approach) 프로젝트는 가나 북부 및 극 동부 지역 내 아동의 생애주기에 따른 교육 및 보건 서비스 접근을 개선하기 위해 수립되었다. 2013년부터 2015년까지 약 3년간 가나 북부 및 극 동부 지역 내 6개의 구역(district)에서 수행되며, 영양부족 영·유아, 교육받지 못한 아동, 소외된 성인, 불안전한 모성상태를 야기하는 빈곤의 악순환을 근절하기 위한 목적으로 진행된다.

(다) 민간 부문

○ (가나 보건 NGO 협의체; Ghana Coalitions of NGOs in Health) 가나 보건 NGO 협의체는 모든 사람이 질 높은 보건의료 서비스에 접근할 수 있도록 관련 기관들의 역량강화를 돕는 것을 주요 목적으로 하고 있다. 주요 활동으로는 NGO들간의 정보 공유 및 네트워킹, 질 높은 보건의료서비스 제공을 위한 옹호 및 캠페인 활동, 기관들의 역량강화 프로그램 등이다.

○ (가나보건 NGO협의체 프로젝트) 가나보건 NGO 협의체는 가나 보건 분야에서 활동하는 NGO들에 대한 맵핑 및 분석을 실시함으로써 가나 내 보건 분야 NGO들의 특징 및 주요 활동을 파악하고 가나 및 사업 지역에 대한 이해를 높이는 데 기여하였다. 이는 KOICA가 보건 사업을 수행 시, 본 NGO 협의체를 활용함으로써 가나 내 보건 분야 지역 NGO의 맵핑 자료를 활용하여 선별하고, 파트너십 구축을 추진할 수 있을 것으로 판단된다.

2) DR콩고

(1) 개요

○ (ODA 지원 규모 및 특징) DR콩고의 ODA지원 규모는 2011년 기준 55.34억 달러로 2010년 대비(34.8억 달러) 증가하였으나 2012년에는 28.6억 달러를 지원받음으로 규모가 2011년 이후 줄어들었다. ODA지원에서 가장 큰 비중을 차지하고 있는 것은 부채탕감(약 58%)이며, 그 외에는 인도적 지원(약 11%), 보건 및 인구 분야(약 8%), 사회분야(약 8%)순이었다.

○ (보건 분야 ODA 지원 규모 및 특징) DR콩고 보건 분야의 ODA 지원 추이는 2000년 기준 1인당 0.69달러에서 2010년 1인당 6.53달러로 10년 간 약 9배 이상 증가하였다. 지원 분야에 있어서는 MDG6와 관련 있는 HIV/AIDS, 결핵, 말라리아 관련 지원이 43.0%로써 가장 크며, 그 외 보건 목적을 위한 지원이 40.7%, 보건행정과 정책이 8.9%, 생식보건과 가족계획이 7.4%를 각각 차지하였다.

○ (보건 분야 ODA 주요 공여기관 및 기구) 양자기관과 다자기구를 통틀어 Global Fund(19.6%)가 DR콩고 보건 분야에 가장 많은 지원을 하고 있으며, IDA(18.1%), 미국(13.8%), GAVI(9.4%), 벨기에(8.8%)의 순서로 지원하고 있었다.

○ (양자 공여기관) DR콩고 보건 분야의 주요 양자기관은 2009-2010년 기준 미국이 1억불 규모로 가장 많은 지원을 하고 있으며, 그 뒤로 벨기에(0.67억불), 영국(0.49억불)의 순으로 지원하고 있다. 미국은 USAID와 CDC 등을 통해 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 분야, 일본은 보건 인력분야에 지원을 제공하고 있다.

○ (다자 공여기관) DR콩고 보건 분야 지원 주요 다자기관은 Global Fund로

2009-2010년 기준 1.51억불을 지원하고 있으며, HIV/AIDS, 말라리아, 결핵 부분으로 질병 퇴치에 많은 지원이 되고 있음을 확인할 수 있다. 그 외에도 IDA가 1.39억불, GAVI가 0.73억불의 규모로 3대 질병의 백신을 지원하고 있었다.

○ (공여기관 협의체 현황) DR콩고 보건 분야 공여협의체는 Groupe inter-bailleurs santé(GIBS)이며 2008년도 구성된 협의체로서 매달 정기적인 회의를 진행하고 있다. 2014년에는 UNICEF가 의장 기관을 담당하여 GIBS의 활동을 이끌어가고 있으며, 공여기관들은 보건 분야 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.

(2) 주요 공여기관의 보건 분야 협력 방안

○ (주요 공여기관 선정 요인) DR콩고는 1차 국가협력전략 내 중점 분야로써 보건이 선정이 되어 있는 국가로서 한국이 현재 모자보건과 말라리아 관련 사업을 반둔두 지역에서 수행하고 있다. 따라서 한국이 진행하는 사업에 고려사항 및 교훈을 얻기 위해, 모자보건 사업과 말라리아 사업을 진행하고 있는 공여 기관들을 중심으로 선정하였다. 그 외에도 보건 분야 공여기관협의체인 GIBS에서 활발한 역할을 하고 협의체를 주도하고 있는 기관들을 함께 선정하였다.

(가) 양자기관

○ (GIZ 보건 전략과 사업의 특징) GIZ 대 DR콩고 우선지원 분야에는 보건이 포함되어 있지 않으나, 사회개발(social development)의 세부 분야로서 보건프로그램을 수행하고 있다. GIZ의 DR콩고 내 보건사업은 보건시스템강화를 목적으로 하며 기술협력의 형태로 두 가지의 프로그램 1)보건 분야 재건(Rehabilitation of the Health Sector); 2) 보건시스템개선(Improving the Health System) 으로 구성된다.

○ (GIZ 보건 분야 주요 프로그램 및 프로젝트) 위에서 언급한 바와 같이 GIZ가 DR콩고 내 지원하는 보건프로그램은 두 가지이다. 먼저, 보건 분야 재건프로그램은 중장기 프로그램으로 2차 프로그램이 2013년부터 2014년까지 진행 중이며, 세계 은행(World Bank)에 의해 재정지원을 받아 수행되고 있다. 주요 목표는 DR콩고 내 21개의 Health Zone에 거주하는 사람들이 개선된 기초 보건 의료 서비스에 접근성을 갖는 것이다. 두 번째로 보건시스템개선 프로그램은 DR콩고 보건시스템의 효율적이고 효과적인 운영을 목적으로 2005년부터 2016년까지 진행되며 DR콩고 보건부와의 협력을 통해 실행된다.

○ (JICA 보건전략과 사업의 특징) JICA 대 DR콩고 우선지원 분야에는 보건이 포함되어있지 않지만, JICA는 DR콩고 내 보건부와의 기술협력(지원 또는 자문)을 통해 보건 분야 내 보건인력개발 분야를 선점하고 있다. 보건인적자원부의 역량을 강화하고 보건교육의 질을 개선하는 두 가지 분야에 집중적인 지원을 하되, 전략적 관리를 통해 지역단위부터 중앙수준에 이르는 접근을 하고 있다.

○ (JICA 보건 분야 주요 프로그램 및 프로젝트) JICA가 DR콩고에서 수행하고 있는 보건프로그램은 보건 프로그램 내 인력 자원 개발(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.[3] 본 프로그램은 보건 인력부 강화와 보건 교육 질 개선의 두 분야로 나누어 실행되는데 보건 인력부 강화를 위해서 보건인력부(DRH) 부서 1, 6, 11의 역량강화를 실시하고 국가보건인력개발계획 수립과 국가보건인력개발계획 관련 법률 규정 수립에 기술적인 지원을 한다. 또한 보건인력 관리체계에 대한 기술 지원으로는 보건교육 질 개선 부문에서 교육 규격화를 위한 기술 지원과 관리자와 근로자 직무를 위한 재교육 훈련을 제공하였다.

○ (USAID 보건전략과 사업의 특징) USAID는 Global Health Initiative(GHI)의 목표와 전략 아래 담당 프로그램을 수행하는 기관으로서 GHI의 DR콩고 국가전략은

3) 2014년 2월 현지조사 수집자료, JICA (2013) Rapport d'activites Projet d'appui au developpement des ressources humaines en sante

DR콩고 국민들의 건강 증진을 목표로 하고 있다. USAID는 DR콩고 보건 분야에서 HIV/AIDS, 기초보건서비스, 모자보건를 중심으로 지원하고 있으며, 3개의 범분야 영역으로 보건의료인력 강화, 의약품 관리체계 강화, 성과기반 재정지원(Results Based Financing, RBF)를 지원하고 있다.

○ (USAID 보건 분야 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, 아동보건 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. U 또한 HIV/AIDS 유병률이 높은 도심지역에 고아 및 취약 아동(Orphan and Vulnerable Children)과 PLWA들을 위해 HIV/AIDS 예방프로그램을 실시하고 있으며, 그 외에도 미국질병관리본부(Center for Disease Control)과 함께 결핵분야에 펀딩을 지원하고 있다.

(나) 다자기구

○ (UNICEF 보건 전략과 사업의 특징) UNICEF의 DR콩고 국가협력 프로그램의 궁극적인 목적은 DR콩고 아동들의 권리 보장을 위한 환경조성을 하는 것으로, 별도의 보건 전략 없이 DR콩고-UNICEF 5개년 국가협력프로그램에 아동 생존, 교육, 아동보호, HIV/AIDS, 식수 및 위생, 인도지원 등 보건과 연관되는 이슈들을 포함하여 보건사업을 진행하고 있다.

○ (UNICEF 보건 분야 주요 프로그램 및 프로젝트) UNICEF가 수행하는 통합적 커뮤니티 사례 관리 프로그램(Integrated Community Case Manaement Program)은 UNICEF를 비롯한 다양한 공여기관에 의해 지원되는 사업으로 말라리아, 폐렴, 설사 질병을 관리하는 프로그램이다. 이 프로그램은 2005년부터 2014년까지 보건부에 지원되는 프로그램으로써 실시되는 지역은 DR콩고 10개 지방(Province)에 78개 보건구역(Health Zone)이며, 716개의 ICCM 지원 지역 내

160만 명 이상을 지원하는 사업이다. ICCM 사업은 지역사회 중심의 자발적인 관리가 이루어질 수 있도록 하는 프로그램이라는 점에서 지역사회 참여를 이끌어 낼 수 있는 지속가능성의 특징을 가지고 있다.

3) 에티오피아

(1) 개요

○ (ODA 지원 규모 및 특징) 에티오피아의 ODA규모는 2010년 35.3억 달러, 2011년 35.4억 달러로 2011년까지는 ODA지원 규모가 증가하였으나 2012년 지원 금액은 32.6억 달러로 2011년 이후 규모가 줄어들었다. 에티오피아 전체 GNI 대비 ODA의 비중은 7.6%으로 외부 의존율이 높은 편은 아니며, 가장 많은 지원을 하고 있는 공여기관은 IDA(7.34억 불)와 미국 USAID(7.20억 불), 영국 DFID(4.87억 불) 순이다.

○ (보건 분야 ODA 지원 규모 및 특징) 에티오피아의 보건 분야의 ODA 지원 추이는 지속적으로 증가 추세에 있다. 1인당 지원 규모는 2000년 1인당 0.51달러에서 2010년 1인당 8.62달러로 10년 간 약 15배가 증가하였으며, 전체 ODA 지원 금액을 비교해보면 2000년 3.73억불에서 2010년 34.66억불로 10년간 10배 이상 증가하였다. 보건 세부 분야 지원에 있어서는 HIV/AIDS, 말라리아, 결핵 퇴치 지원이 75%로 비중이 가장 높으며, 그 외 보건사업(16.3%), 생식보건과 가족계획(5.6%), 보건 정책과 행정(3.0%)순이었다.

○ (보건 분야 ODA 주요 공여기관 및 기구) 양자와 다자 전체를 포함하여 에티오피아 보건 분야에 지원하고 있는 주요 공여기관 및 기구는 2009-2010년을 기준으로 미국이 38.5%, Global Fund 30.4%, 영국이 5.2%, GAVI 4.5%, 캐나다 2.8% 순으로 지원하였다.

○ (양자 공여기관) 에티오피아 보건 분야에서 가장 많은 원조를 하고 있는 국가는

미국으로 4.86억불을 지원하고 있으며, 그 뒤로 영국이 0.65억불, 캐나다가 0.35억불의 순이다. 지원 세부 분야에 있어서 미국은 주로 3대 전염성 질병(HIV/AIDS, 말라리아, 결핵)과 함께 모자보건 분야에 중점적인 지원을 실시하고 있으며, 영국의 공여기관은 MDG 펀드를 통해 주요 전염성 질병 및 모자보건을 지원하며, 그 외에도 식수와 위생 분야에 많은 지원을 제공하고 있다.

○ (다자 공여기관) 에티오피아 보건 분야의 주요 다자기관은 Global Fund가 3.84억불을 지원하고 있으며, HIV/AIDS, 말라리아, 결핵 부분에 많은 지원이 이루어지며, 그 외에도 GAVI가 0.57억불, UNICEF가 0.32억불을 지원하고 있음. 다자기구 중 가장 2009-2010년 가장 많은 지원을 제공한 Global Fund의 경우, 주요 3대 질병(HIV/AIDS, 말라리아, 결핵) 중심의 지원을 제공하고 있으며, GAVI 또한 3대 질병의 백신을 지원하고 있다.

○ (공여기관 협의체 현황) 에티오피아의 개발원조그룹(Development Assistance Group)은 원조의 효과성과 조화 원칙 아래에서 협력하고 있으며, 기술실무그룹 11개와 과 분야별실무그룹 5개 구성되어 있다. 보건 분야는 보건, 인구, 영양 그룹(Heath, Population & Nutrition, HPN)내에서 담당하고 있으며 기술 실무그룹 중 보건 분야 워킹 그룹(Health Sector Working Group)이 있다. 보건 분야 워킹 그룹은 보건부에서 대표를 맡고 있으며, 그 외 기타 워킹 그룹인 보건, 인구 및 영양(Health, Population & Nutrition; HPN) 부문은 UNICEF가 의장을 담당하고 있다.

(2) 주요 공여기관의 보건 분야 협력 방안

(가) 양자기관

○ (주요 공여기관 선정 요인) 에티오피아는 KOICA가 모자보건 프로젝트형 사업을 실시하고 있는 국가로써, 관련 사업에 있어서 교훈을 얻을 수 있는 양자 기관을

선정하였다. 미국 USAID는 에티오피아 내에서 가장 크게 모자보건 관련 프로그램을 실시하고 있어 이에 대한 경험적 교훈을 얻을 수 있을 것으로 판단하였고, 영국 DFID 경우도 모자보건과 함께 식수와 위생 프로그램에 많은 지원을 하고 있어 향후 한국의 지원 가능성에 대해 현실적인 의견을 받을 것으로 기대하였다. 이탈리아 공여기관은 한국의 공여 규모를 고려하였을 때, 한국이 지원 가능한 규모의 보건의료 프로그램 향후 지원 방향성에 대해 조언이 가능할 것으로 여겨 선정하게 되었다.

○ (USAID 보건 전략과 사업의 특징) USAID의 에티오피아 국가협력전략(Country Development Cooperation Strategy 2011-2015)의 두 번째 목적인 질 높은 보건의료서비스 이용 증진을 통해 USAID 보건 프로그램은 국가의 취약한 인구, 특별히 여성과 아동에 초점을 맞추고 있으며, 보건 분야 인력 강화, 보건의료시스템 강화, 보건의료 서비스 요구도 증진을 보건 분야 세부 목표로 선택하였다. USAID의 에티오피아 보건 분야 세부영역은 지원 비중별로 HIV/AIDS, 결핵, 말라리아, 모자보건, 가족계획과 생식보건이며 범분야 이슈로 식수공급과 위생이 포함된다.

○ (USAID 보건 분야 주요 프로그램 및 프로젝트) USAID가 에티오피아에 실시하고 있는 보건 분야 주요 프로그램 및 프로젝트는 일반 보건 프로그램, HIV/AIDS 프로그램, 말라리아 프로그램 등이다. 일반 보건 프로그램은 영양(Nutrition), 모성과 신생아 및 아동 보건(MNCH), 가족계획 및 생식보건(FP/RH), 결핵(TB), 열대성소외질환(NTD), 식수와 위생(WASH) 프로젝트를 실시하고 있으며, 9개의 컨설팅 기관 및 NGO를 통해 지원하고 있다. HIV/AIDS 프로그램은 10개의 주요 HIV/AIDS 케어와 치료, 4개 고아 및 취약 아동 관련 프로젝트, 7개의 예방 프로젝트, 2개의 건축 프로젝트, 2개의 전략 정보(SI) 프로젝트, 8개의 보건시스템강화(HSS) 프로젝트를 각 33개의 파트너 기관을 통해 실시하고 있으며, 말라리아 프로그램은 LLIN 구매 및 배포, 말라리아 관리 교육, 캠페인, 말라리아 담당부서 역량강화, 질관리 시스템 강화 프로젝트, 약품 강화 프로젝트 모니터링과 평가 강화 프로젝트 등을 실시하고 있다.

○ (DFID 보건 전략과 사업의 특징) DFID는 에티오피아 보건부를 통한 지원을 하

고 있으며, 이는 효과적인 원조를 위해 현지의 시스템을 활용하는 정책 방향성을 가지고 있다. DFID는 직접적인 지원을 하는 것에 비해 에티오피아의 실제 필요한 분야, 지역, 대상자에게 가장 효과적으로 지원할 수 있는 방법이기 때문에 이러한 방법을 채택하는 것임을 강조하였다. DFID는 분야예산지원(Sector budget support), 다자공여 프로그램(Multi-donor programmes), NGO 혹은 민간기관을 통한 양자 프로젝트(Bilateral project)를 활용하여 보건 분야를 지원한다.

○ (DFID 보건 분야 주요 프로그램 및 프로젝트) 에티오피아에 총 23개의 프로그램이 진행되었으며 이는 생식보건, 모자보건, 5세 이하와 임산부 영양 지원, 식수와 위생, 말라리아 지원이 주요한 내용이며, 현재 9개의 보건 프로그램이 진행되고 있다.

○ (Italian Cooperation 보건전략과 사업의 특징) 이탈리아의 대 에티오피아 보건 분야 지원 전략은 MDG 달성과 성장과 변화 계획(GTP)에서 사회 분야의 주요 전략 방향인 접근성 향상과 질 높은 기초 서비스의 개선으로 삼고 MDG 4(아동 사망 감소), MDG 5(모성보건 개선), MDG 6(질병 퇴치)를 달성하기 위한 목적을 이루기 위해 보건시스템을 지원함이다.

○ (Italian Cooperation 보건 분야 주요 프로그램 및 프로젝트) 먼저 MDG fund는 에티오피아 보건부에 지원되는 것으로 다양한 파트너들이 MDG 펀드에 지원하는 것이며 MDG 4, 5(아동보건, 모성보건) 증진을 위한 보건시스템 강화를 지원함으로 7백만 유로를 양자로 지원하는 것이다. 보건정보시스템(Health information System Development) 개발은 보건부와 지방 보건담당부서와 파트너로 하는 사업이며, 금액은 350만 유로를 양자로 지원하는 형태이다. 보건부 중앙정부와 지방정부의 새로 구성된 Health Management Information System(HMIS) 실행과 기관 및 지역사회 기반 건강보험(Institutional and Community Based Health Insurance)의 M&E를 포함한 지역사회 보건정보체계(Community Health Information System, CHIS)의 개발을 위한 기술적, 재정적 지원이다. 기타로는 UNICEF가 운영하는 Health Pooled Fund, 재정경제개발부(MOFFD)를 통한 론(Loan), 그 외 국내 NGO 사업 지원 등을 실시하고 있다.

(나) 민간 부문

○ (Pathfinder 보건 전략과 사업의 특징) Pathfinder는 피임과 신생아보건부터 에이즈 예방과 치료를 제공하는 서비스에 이르기까지 질 높은 보건서비스를 여성, 남성, 청소년들에게 제공하는 국제 비영리 기관으로 에티오피아에서도 모자보건 및 성과 생식보건 관련된 다양한 프로그램과 프로젝트를 실시하고 있으며, USAID의 펀딩을 통해 2008년부터 2014년까지 통합적 가족보건프로그램(Intergrated Family Health Program, IFHP)을 실시하고 있다.

○ (FGAE 보건 전략과 사업의 특징) FGAE는 1966년에 설립되어 에티오피아 정부가 실행하고자 하는 다양하고 질 높은 생식보건 서비스를 제공하며 모성/생식보건과 신생아보건, 아동보건에 초점을 두고 다양한 개발 파트너로부터 지원을 받아 가족계획, 생식보건 관련 프로그램을 실시하고 있다.

4) 카메룬

(1) 개요

○ (ODA 지원 규모 및 특징) 카메룬의 ODA 규모는 2010년 5.41억 달러, 2011년 6.12억 달러였으나 2011년 이후 약간 감소하여 2012년 5.96억 달러를 지원받았다. 그러나, 2012년 기준 GNI 대비 ODA의 비중이 2.4%임을 보여주어 상대적으로 ODA 의존도는 낮은 편이다. ODA 지원 분야로는 멀티섹터(Multisector) 분야(약20%), 사회적 분야(약18%), 교육(약15%), 경제 인프라 분야(약14%) 순이었으며, 보건 및 인구 분야는 약 5%를 차지하고 있다.

○ (보건 분야 ODA 지원 규모 및 특징) 카메룬의 보건 분야의 ODA 지원 추이는 2000년 1인당 0.74달러에서 2010년 1인당 2.97달러로 증가하였으나, 연도별 전체 ODA 지원 현황은 2008년 이후에 감소 추세에 있다. 지원 세부 분야에 있어서는 MDG6 (HIV/AIDS, TB, 말라리아 외 다른 질병)에 관한 비중이 가장 높으며,

그 외 보건사업, 보건정책과 행정, 생식보건과 가족계획 순이었다. MDG6 관련 지원은 2000년에는 16%에 불과하였으나 2010년 기준 48%를 차지하여, 10년 간 32%가 증가하였다.

○ (보건 분야 ODA 주요 공여기관 및 기구) 양자와 다자기구 통합하여 카메룬 보건 분야에 지원하는 주요 공여기관 및 기구는 Global Fund가 32.0%로 가장 많은 지원을 하고 있으며, GAVI가 15.7%, 독일이 11.2%, 프랑스가 8.4%를 그 다음으로 지원하고 있다. Global Fund와 GAVI의 지원 규모의 합이 카메룬 보건 분야 ODA의 55% 이상을 차지하고 있다.

○ (양자 공여기관 지원 현황) 카메룬은 정치적인 상황으로 인해, 양자기관들이 지원 규모를 줄이거나 중단하는 추세이다. 카메룬 보건 분야의 주요 양자기관은 아래 표에서 제시한 것처럼 2009-2010년 독일이 1,500백만 불 규모로 가장 많은 지원을 하고 있으며, 그에 이어 프랑스(1,180만불), 미국(1,026만불)의 순으로 지원하고 있다. 독일의 경우, HIV/AIDS 질병 분야에 많은 지원을 하고 있었으나 그 규모를 줄이고 모자보건에 집중적인 지원을 예정 중에 있으며, 프랑스는 C2D 프로그램을 통해 전염성 질병퇴치, 모성 및 아동 사망률 감소, 민관파트너십 강화, 보건부역량강화 및 자원 분권화에 지원하고 있다.

○ (다자 공여기관 지원 현황) 앞에 언급한 것과 같이 보건 분야에 가장 큰 규모의 지원을 하고 있는 다자기관은 Global Fund로 4,481만 불을 지원하며, GAVI는 2,196만 불을 지원하였다. (2009-2010년 기준). 두 기관의 특성 상 카메룬의 보건 분야에는 주로 HIV/AIDS, 말라리아, 결핵 부분에 많은 지원이 되고 있음을 확인할 수 있다. 그 외에도 AfDF가 1,037만 불, UNFPA가 976만 불을 각각 지원하였다.

○ (공여기관 협의체 현황) 카메룬에는 다자 공여 협의체 (Multi Donor Coordination; 이하 CMP)가 2001년 구성되어 주제별로 하위 섹터 그룹(sub-sector group)이 형성되어 있다. CMP는 파리 선언 이후, 카메룬의 원조조

화를 위해 지속적인 논의를 진행하고 있으며, 보건 분야 그룹 역시 양자, 다자 및 민간 부문의 기관들이 함께 참여하고 있다. 2013년에는 GIZ가 보건 분야 그룹의 의장을 담당하였으며, 2014년 현재에는 USAID가 의장을 담당하고 있다.

(2) 주요 공여기관의 보건 분야 협력 방안

○ (주요 공여기관 선정 요인) 카메룬의 조사 대상 공여기관은 공여기관들의 지원 현황을 반영하여 선정하였다. 정부 거버넌스의 문제로 인하여 주요 양자기관들은 중앙 정부를 대상으로 한 지원을 줄이거나 중단하고 있는 반면, 지역사회를 기반으로 국제 NGO와 현지 NGO를 통한 지원을 증가하는 추세를 보이고 있다. 따라서 카메룬의 보건 분야 지원의 이러한 현황을 고려하여 양자기관과 민간부문 기관들을 선정하였으며, 카메룬의 주요 보건문제인 모자보건 분야와 의약품 분야, 지역사회 기반 보건의료서비스 분야에서 활동하는 주요 공여기관들을 살펴보았다.

(가) 양자기관

○ (GIZ 보건 전략과 사업의 특징) GIZ의 대 카메룬 보건 분야 지원의 전체 목표는 보건의료서비스 강화를 위한 정부의 활동을 지지하고, 모든 사람들이 보건의료서비스에 접근할 수 있도록 하는 발판을 마련하는 것이다. GIZ는 카메룬 보건 분야 내 가장 많은 지원을 해 왔던 공여기관 중 하나이다. 그러나, 현재 진행 중인 많은 보건 분야 프로그램 (HIV/AIDS 관련)이 2014년을 기점으로 규모가 상당히 줄어들 것임이 조사되었으며, 2015년 이후 보건 분야 규모는 상당히 축소되고 모성 및 아동 보건 분야에만 집중할 것임을 밝혔다.

○ (GIZ 보건 분야 주요 프로그램 및 프로젝트) 보건 분야는 GIZ 대 카메룬 3가지 우선지원분야 중 하나로써, 두 개의 프로그램으로 이루어진다. 하나는 독일-카메룬 보건 및 HIV/AIDS 프로그램(Programme Germano-Camerounais Santé VIH/SIDA, PGCSS)이고 다른 하나는 생식보건 지원프로그램(Programme d'Appui pour la Santé a la Réproduction, PASaR)이다. PGCSS는 보건증진을 위한 지역기금(Fonds Regional de la Promotion de Santé, FRPS), 결핵 및 HIV/AIDS, 소규모 상호건강보험 (Micro-Assurance de Mutuelles de Santé,

MAMS), 병원 유지 및 보수 프로젝트를 수행하고 있다. 또한 PASaR는 가족계획과 조산사 학교지원 프로젝트를 수행하고 있다.

○ (USAID 보건 전략과 사업의 특징) 카메룬 보건 분야 지원은 USAID/West Africa Mission(USAID/WA)의 21개 국가에 지원하고 있는 지역보건 프로그램에 의해 진행되고 있다. HIV/AIDS 분야, 고아와 취약 아동 케어 지원, 보건시스템 강화, 의약품 분야, 기술지원 분야에 초점을 두고 있으나, HIV/AIDS 분야가 가장 주된 지원 분야이다.

○ (USAID 보건 분야 주요 프로그램 및 프로젝트) 세부 지원 분야로는 HIV/AIDS 분야, 고아와 취약 아동 케어 지원, 보건시스템 강화, 의약품 분야, 기술지원 분야에 초점을 두고 있으나, HIV/AIDS 분야가 가장 주된 지원 분야이다. HIV/AIDS 분야의 경우, 에이즈 예방 프로그램인 HIV/AIDS Prevention Program in Cameroon(HAPP)을 진행 중이며, 보건시스템 강화 분야에서 고아와 취약한 아동 대상 모니터링과 평과 시스템 강화 프로젝트를 실시하고 있다. 또한 의약품 분야에서 의약품 및 서비스 접근성 강화를 위한 체계 프로그램(SIAPS)를 실시하고 있고, 그 외에도 Global Fund 기술지원과 예방연구 프로젝트(Research to Prevention, R2P)를 실시하고 있다.

○ (AFD 보건 전략과 사업의 특징) AFD의 대 카메룬 지원은 C2D(Debt Reduction -Development Contract)의 방식으로 실행되는데, C2D는 카메룬 정부가 프랑스로부터 증여(Grant)를 받아 부채탕감에 대해 차환(refinance) 하는 방식이다. 보건 분야의 C2D 프로그램은 SWAPs(Sector-Wide Approaches) 방식으로 수행되고 있다. 보건 분야 C2D 프로그램 지원액은 총 9천만 유로에 이르며, 1차 C2D에는 약 5천5백만 유로, 2차 C2D에는 약 3천 5백만 유로가 지원되었다.

○ (AFD 보건 분야 주요 프로그램 및 프로젝트) C2D 보건 지원 분야는 크게 4가지로서 전염성 질병퇴치, 모성 및 아동 사망률 감소, 민관파트너십(Public Private Partnership)강화, 보건부역량강화 및 자원 분권화 로 구성된다. 첫 번째 전염성 질병 퇴치는 백신 보급(coverage) 증진과 HIV/AIDS 정책 지원을 포함하며, 두

번째 모성 및 아동 사망률 감소는 모성 및 신생아의 보건의료서비스 접근 증진, 지역사회에 보건의료서비스 제공 개선을 지원하고 있다. 세 번째는 주로 종교기반 단체를 통한 민관파트너십강화이며, 마지막은 중앙정부 수준에서의 활동으로써 보건부의 역량강화와 자원의 분권화를 목적으로 하고 있다.

(나) 민간 부문

○ (Care International 보건 전략과 사업의 특징) CARE Cameroon의 중점 지원 분야는 보건, 농업 및 환경, 식수, 영양 및 식량안보이며 주로 북쪽지역과 동쪽지역에서 사업을 수행하고 있다. 수행 프로그램의 약 75%가 보건 분야이며 약 25%는 콜레라 대응분야가 차지하고 있다. 지역사회를 중심으로 분야별 접근법이 아닌 통합적 주제별 접근법을 취하고 있다는 것이 특징으로써, 2010년~2015년까지의 우선 지원 주제는 보건서비스 접근과 지역 개발로 나눌 수 있다. 보건 서비스 접근 주제 하에는 모두를 위한 HIV/AIDS 예방 프로젝트(HAPP), 식수 및 위생 Mairies 프로젝트(PRoMES), Global Fund Round 10 프로젝트를 포함하며, 주요 지원대상은 여성과 여아, 지역사회 전통 및 종교 지도자, 부모, HIV/AIDS 위험에 노출된 사람 등이다. 지역개발을 주제로 하는 사업의 주요 목적은 식량안보, 식수와 정화, 교육, 은행(금융), 소득증대활동(Income Generating Activity), 생산요소(토지 등)에 대한 접근, 농임업에 있다. 관련 사업으로는 북부지방 긴급 콜레라 프로젝트, 중앙지방 긴급 콜레라 프로젝트, 식수 및 보건 Mairie 프로젝트가 실행되며 여성과 여아, 지역사회 주민들을 주요 지원 대상으로 선정한다.

5) 나이지리아

(1) 개요

○ (ODA 지원 규모 및 특징) 나이지리아의 ODA 지원 규모는 2010년 20.6억 달러이었으며, 2011년 약 17.7억 달러로 감소한 이후 2012년에는 19.1억 달러로 소폭 증가하였다. 나이지리아 GNI 대비 ODA의 비중은 약 1% 이하로 나이지리아의

ODA 의존도는 매우 낮으며, 2011년과 2012년의 평균 지원액을 기준으로 나이지리아에 가장 많은 지원을 하고 있는 공여기관은 6.04억 달러를 지원한 IDA이었다.

○ (보건 분야 ODA 지원 규모 및 특징) ODA 양자 지원 중 보건 분야의 비중은 60% 이상이며, 보건 분야에 대한 지원은 꾸준히 증가하여 2010년에는 2000년의 0.3억 달러 대비 20배 이상 증가하였다. 2010년을 기준으로 전체 보건 분야 지원액인 7.2억 달러 중 76%가 MDG6 관련하여 지원돼 HIV/AIDS, 결핵, 말라리아 질병에 지원이 집중 된 것을 볼 수 있다.

○ (보건 분야 ODA 주요 공여기관 및 기구) 나이지리아 보건 분야의 주요 공여기관은 미국으로 2009년에서 2010년 기준으로 전체 보건 분야 지원액 중 42.3%를 지원했다. 그 외 Global Fund가 20.3%, IDA가 14.3%, 영국이 10.9% 그리고 UNICEF가 2.6%를 지원하여 상위 5개 기관을 차지하였다.

○ (양자 공여기관 지원 현황) 나이지리아의 경제가 지속적으로 성장으로 전체 보건 예산 중 ODA가 차지하는 금액은 매우 미미함에도 불구하고, 많은 공여기관들이 자국의 정치적/전략적 목적을 달성하기 위한 지원을 계속하고 있다. 그러나, 나이지리아 취약한 보건시스템과 공공기관의 부패로 인해 자금 지원의 형태 대신 다양한 협력 파트너를 통한 지원이 이루어지고 있다. 나이지리아 보건 분야의 주요 양자기관은 미국, 영국, 독일, 노르웨이, 캐나다 등이 있다. 이 중 미국은 2009-2010년 기준으로 7억 달러 이상의 지원을 하여 타 양자기관 대비 압도적으로 많은 액수를 나이지리아 보건 분야에 지원하고 있다.

○ (다자 공여기관) 2009-2010년을 기점으로 보건 분야에 가장 큰 규모의 지원을 하고 있는 다자기관은 Global Fund(약 3.3억 달러)와 IDA(약 2.3억 달러)이며, 주로 HIV/AIDS, 말라리아, 결핵 부분에 많은 지원이 이루어졌다. 그 외에도 동기간 동안 UNICEF가 0.4억 달러, EU가 0.2억 달러를 각각 지원하였다.

○ (공여기관 협의체 현황) 나이지리아에는 USAID, DFID, EU 및 UN Agency들이 참여하는 보건 분야 공여 협의체가 존재하지만, 실질적인 코디네이션은 잘 이루어지고 있지 않는 실정이다. 이는 각 공여기관들이 나이지리아 내에서 서로 상반된

이해관계를 가지고 있고, 원조총괄기관인 NPC와의 협력 대신 보건부나 특정 주 정부와 개별적으로 협력하여 사업을 수행하기 때문으로 파악된다.

(2) 주요 공여기관의 보건 분야 협력 방안

○ (주요 공여기관 선정 요인) 조사 대상 공여기관의 선정은 나이지리아 개발 및 보건 분야의 맥락을 고려하고, 보건 분야에 대한 공여기관들의 지원 현황을 반영하여 이루어졌다. 나이지리아의 경우 지속적인 경제 성장으로 인해 국가 재정 대비 ODA의 비중은 점차 감소하는 추세이다. 보건 분야의 경우 지난 20년 간 꾸준한 지원이 이루어졌음에도 불구하고, 주요 보건지표의 개선이 이루어지지 않는 상황에서 주요 공여기관들이 보건사업의 성과 담보를 위해 취하고 있는 여러 가지 접근법을 중심으로 조사하였다.

(가) 양자기관

○ (DFID 보건 전략과 사업의 특징) DIFD의 나이지리아 지원전략의 핵심은 여성과 여아에 대한 인권과 불평등 이슈에 주목하는 것이며, 보건 분야에서는 보건 시스템 강화와 생식, 모성 및 신생아 보건에 주력하고 있다. DFID는 전반적으로 연방정부 및 주정부 층위에서 접근하여 사업을 수행하며, 8개 주에 대한 집중적인 지원을 하고 있다. 직접적인 자금지원보다는 다자기구, 국제/지역 NGOs, 국제 개발 컨설턴트 등과의 협력을 통한 지원이 이루어지고 있다. 보건 분야 지원에 있어서는 주로 1) 생식, 모성 및 신생아 보건, 2) 말라리아, 3) HIV/AIDS, 4) 기타(영양, 수자원, 보건 시스템 등)의 네 분야에 지원하고 있다.

○ (DFID 보건 분야 주요 프로그램 및 프로젝트) 일반 보건 분야에서는 보건 시스템 변화를 위한 파트너십 2기(Partnership for Transforming Health Systems 2) 사업을 통한 시스템 개선에 집중하고 있으며, 기초보건 서비스 분야에서는 국가 말라리아 프로그램 지원-서비스 조달(Support to National Malaria Programme - Procurement of Services)을 통한 말라리아 퇴치에 주력하고 있다. 보건 시스템 변화를 위한 파트너십 2기(Partnership for Transforming Health Systems 2)

사업은 나이지리아의 보건 시스템을 개선하기 위한 6개년 국가 프로그램으로써 나이지리아 5개 주(Enugu, Jigawa, Lagos, Kaduna, Kano)에서 빈곤층을 위한 보건 서비스가 적절하게 계획되고, 재정이 건전하게 확보되고, 결과적으로 수혜자에게 보건 서비스가 잘 전달될 수 있도록 지원하고 있다.

○ (JICA 보건 전략과 사업의 특징) JICA는 나이지리아 보건 분야에서 특히 모성 및 아동보건에 집중하고 있으며, 사업을 수행 시 치안의 이슈, 지방에서의 빈곤감소를 이룰 수 있는 사업, 연방제의 특성을 고려한 JICA가 역량 우위가 있는 지역, PPP 활용 가능 사업을 우선적으로 고려한다. 2012년 이후에는 지역보다 도시에 지원이 집중되고 있는데, 그 이유는 1) 치안, 2) 모니터링의 용이성, 3) 향후 타 지역으로 사업모델 적용의 용이성 때문인 것으로 파악된다.

○ (JICA 보건 분야 주요 프로그램 및 프로젝트) 향후 나이지리아의 빠른 경제성장을 고려하여 앞으로 무상원조보다는 유상원조로 전환할 것으로 전망하고 있으며, 2014년 '라고스 주 모성, 신생아 및 아동보건 향상 프로젝트(The Project for Improving Maternal, New Born and Child Health in Lagos State)'를 완료하였으며, 현재 2차 사업을 준비 중에 있다. 본 사업은 라고스 전역의 모성 및 아동 사망률 감소를 목표로 커뮤니티 레벨의 캠페인, 보건인력의 훈련, 보건 시설의 개선 및 기자재의 제공, 환자 후송 시스템 등을 지원한다. 또한, 일본의 경우 UNICEF와의 협력을 통한 아동 전염성 질환 예방 및 라고스 주에서 모자보건 사업을 진행하고 있다.

○ (USAID 보건 전략과 사업의 특징) 미국은 USAID 현지사무소가 아닌 미국 정부의 전략적 선택에 의해 나이지리아에서 보건 분야를 집중 지원하는 것이 특징이며, 최근에는 초점을 연방정부에서 점차 주정부 및 지역정부로 옮겨, HIV/AIDS, 결핵, 말라리아, 모자보건, 가족계획, 생식보건 등의 주요프로그램에 대한 계획, 관리 역량, 리더십 분야를 지원한다. USAID의 나이지리아 보건 분야 지원은 Global Health Initiative (이하 GHI)를 기반으로 하여 실시되는데, GHI의 우선순위는 모성, 신생아 및 아동의 사망률 감소, 의도치 않은 임신율 감소, HIV/AIDS, 결핵, 말라리아와 같은 전염병의 감소 순이다. 보건 분야 내 3대 범 분야 이슈로

는 인적 자원의 향상과 기초 보건의료기관 수준에서의 보건 서비스 강화, 그리고 리더십과 거버넌스가 포함된다.

○ (USAID 보건 분야 주요 프로그램 및 프로젝트) 현재 나이지리아에서 진행되고 있는 USAID의 보건 분야 주요 프로그램 및 프로젝트는 나이지리아의 확장 소셜 마케팅 프로젝트(Expanded Social Marketing Project in Nigeria; ESMPIN), HIV/AIDS 서비스의 통합적 전달 강화 (Strengthening Integrated Delivery of HIV/AIDS Services; SIDHAS), 대상 지역 고 영향 프로젝트(Targeted States High Impact Project; TSHIP) 등이 있는 것으로 파악된다.

(나) 다자기관

○ (World Bank 보건 전략과 사업의 특징) World Bank의 대 나이지리아 보건 분야 지원은 World Bank-나이지리아 국가협력전략의 3가지 중점 분야 중 하나인 사회서비스전달의 질과 효율성 증진 내 보건의료서비스의 질 개선과 수혜대상자 확대를 주요 목표로 하고 있다. World Bank의 대 나이지리아 보건 분야 지원은 주로 성과 기반 재정지원(Performance Based Financing, PBF)를 통한 인센티브 제공이며 이는 모자보건사업인 Nigeria State Health Investment Project (NSHIP)에서도 포함되어 있다.

○ (World Bank 보건 분야 주요 프로그램 및 프로젝트) 현재 World Bank가 지원하는 나이지리아의 보건 사업은 HIV/AIDS 예방 프로그램, UNICEF와의 협력을 통한 소아마비 퇴치 프로그램, 말라리아 퇴치 프로그램, 모자보건사업 등이다. 한 예로, 나이지리아 주 보건 투자 프로젝트(Nigeria State Health Investment Project ; 이하 NSHIP)는 2012년에 착수한 사업으로 2018년 까지 World Bank가 지원하고 나이지리아 보건부가 수행하는 프로젝트이다. 본 프로젝트의 수행 지역은 Adamawa, Nasarawa, Ondo 주(state)이며 약 1억 5천만 달러를 투자하여 모성 및 아동 보건서비스의 전달 및 사용을 증진시키고 선별된 보건시설에서 보건의료서비스의 질을 개선하는 데 있다.

(다) 민간 부문

○ (ARFH의 보건전략과 사업 특징) 생식 및 가족 보건 협회(Association for Reproductive and Family Health; 이하 ARFH)는 나이지리아의 지역기반 NGO로서 HIV/AIDS, 성 및 생식보건, 가족계획 프로그램 뿐 아니라 결핵, 말라리아 관련 프로젝트 또한 수행하고 있다. ARFH는 생식 및 가족 보건 증진을 주 목적으로 두고 있으나, 보건 분야 내 다양한 컴포넌트들을 포함하는 프로그램을 수행 중에 있다.

○ (ARFH 보건 분야 주요 프로그램 및 프로젝트) 결핵과 관련하여 지역사회 결핵 지원 프로그램, HIV/AIDS 분야에서 고아 및 취약 아동을 위한 지원 및 HIV/AIDS예방을 위한 청소년 교육 및 직장 내 예방 프로젝트, 말라리아에 관하여 국가말라리아퇴치프로그램 (National Malaria Control Programme, NMCP)과의 연계를 통한 프로젝트, 가족계획과 관련하여서는 생식보건 질 증진을 위한 민관협력 강화 프로젝트, 나이지리아 북부지역 청소년 생식보건 개선 프로젝트 등을 수행하고 있다. 뿐만 아니라, 연구 및 평가, 교육 및 훈련 프로그램, 네트워킹 및 멘토링 프로그램 또한 실시하고 있다. 특히 다양한 파트너들과의 연계를 통해 수행하는 나이지리아 도심 생식 보건 이니셔티브(The Nigerian Urban Reproductive Health Initiative; NURHI)는 보건인력들의 역량 강화를 통해 6개의 지역에서 피임률을 20%로 증가시킬 것을 목표로 하고 있다.

6) 르완다

(1) 개요

○ (ODA 지원 규모 및 특징) 르완다의 ODA 규모는 2012년 약 8억 7900만 불로 2011년 대비 감소하였는데 이는 2012년부터 본격적으로 원조분업이 이행되면서부터로 생각된다. 전체 GNI 대비 ODA의 비중은 20%를 차지하며, 이는 2010년 기준 대비 증가한 추세이다. 대부분의 협력국의 ODA가 혼합 프로젝트(Mixed

project)에 지원되는 반면 르완다에서는 ODA 금액의 절반이 현금 무상원조로 지원되며, 보건 분야에 가장 많은 비중(25%)이 지원된다.

○ (보건 분야 ODA 지원 규모 및 특징) 르완다의 보건 분야 ODA 지원규모는 2000년 1인당 1.88불에서 2010년 28.86불로 약 15배 이상 증가하였으며 꾸준한 증가 추세를 보여 왔다. 2010년 기준으로 MDG6 (HIV/AIDS, 결핵, 말라리아 외 다른 질병)에 대한 지원 비중이 82%로 가장 높은 것으로 나타나며, 이는 2003년 50% 대비 지속적으로 증가했다. 그 외 보건 사업들에 대한 지원을 제외하고는 보건 정책과 행정 관리에 대한 지원 비중이 그 다음을 차지했다.

○ (보건 분야 ODA 주요 공여기관 및 기구) 양자와 다자기구를 통합하여 르완다 보건 분야에 지원하는 주요 공여기관 및 기구는 미국이 39.9%로 가장 많은 것으로 나타났으며, Global Fund가 39.4%로 미국과 비슷하게 큰 규모로 지원했다. 그 다음은 벨기에가 6.4%, 독일 4.2%, 영국 2.1%를 지원하였으며, 미국과 Global Fund의 지원이 전체 지원의 80%를 차지하고 있다.

○ (양자 공여기관 지원 현황) 현재 원조분업의 시행으로 르완다 보건 분야 내 지원하는 양자 공여기관은 미국, 벨기에, 스위스이며 다른 양자기관들은 위임협력의 형태로 지원하고 있다. 원조분업의 시행 이전에도 미국과 벨기에가 가장 큰 규모로 지원하였으나, 기존 주요 공여기관 중 하나이던 독일은 지원을 종료한 상황이다. 2012년을 기준으로 USAID는 르완다 보건 분야에 8540만 불을 지원하였고, BTC는 2012년 2968만 유로(약 4106만 불)을 지원하였다.

○ (다자 공여기관) 2009-2010년 르완다 보건 분야에 가장 많은 지원을 한 다자기구는 Global Fund로 전체 다자기구 지원 중 87.9%에 해당하는 2억 2248만 불을 지원하였고, 그 뒤로 IDA가 3.8%(966만불), UNFPA가 3.2%(799만불)을 지원하였다.

○ (공여기관 협의체 현황) 분야 간 지원의 분배의 불균형 문제 및 지원의 중복 등의 문제를 인지하고, 원조 효과성을 증진해야 한다는 이해관계자들의 공통된 목소리가 나옴으로써 2010년 개발파트너들과 관련 정부기관들의 협의 및 협상을 통

해 원조분업이 시행되기 시작하였다. 개발파트너들의 원조를 최대 세 분야로 제한하고 이외에는 위임협력을 허용하는 방식을 채택하였으며, 2013년 새로운 르완다 경제 개발 및 빈곤 감소 전략(Rwanda's Economic Development and Poverty Reduction Strategy; 이하 EDPRS)의 도입과 함께 최근 공여기관 협의체 및 소위원회(TWG) 구성 및 조직이 개편되고 재구성되었다. 현재 르완다 보건분야의 주요 개발파트너 중 양자기관은 USAID, BTC, SDC이며, 그 외에 중국 및 룩셈부르크가 지원하고 있으며 프랑스는 위임협력(Silent partnership)을 통해 지원하고 있다.

(2) 주요 공여기관의 보건 분야 협력 방안

○ (주요 공여기관 선정 요인) 르완다의 주요 공여기관은 원조분업으로 보건 분야 내 지원하고 있는 3개의 기관인 미국 USAID, 벨기에 BTC, 스위스 SDC를 중심으로 하여 선정하였다. 이 외 양자기관으로써 지난 35년간 보건 분야를 지원해오던 주요 공여기관 중 하나였던 GIZ는 원조분업의 시행으로 2012년 보건 분야 지원을 완전히 종료한 상태이므로 그 동안의 보건 분야 지원에 대해서 살펴보고자 하였다. 르완다 내 신생아 사망률이 높으며 아동의 발육 부진 문제가 심각함을 고려하여 다자기구로는 관련 분야에서 주로 지원하는 UNICEF을 살펴보았다. 르완다 민간 부문에서는 MDG 관련 보다는 보건의료시스템을 개선하기 위한 지원을 주로 하는 MSH와 높은 출산율 및 인구 증가와 함께 주요 문제로 부각되고 있는 가족계획 분야에서 일하고 있는 FHI를 살펴보았다.

(가) 양자기관

○ (USAID 보건 전략과 사업의 특징) USAID는 르완다 보건 분야에 가장 큰 규모로 지원해오고 있는 공여기관으로 통합 사업 이행전략을 통해 보건부의 보건정책 및 전략과 조화를 이룰 수 있도록 성과목표를 선정한다. 현재 보건의료서비스 전달 강화, 건강증진 및 사회복지, 보건의료시스템 강화가 성과 목표로 선정되었으며, 주로 보건의료시스템 강화, HIV/AIDS 및 말라리아, 가족계획, 모자보건, 영양의 분야에서 지원하고 있다. 이 중, HIV/AIDS에 대한 지원이 절반 이상을 차지한다.

○ (USAID 보건 분야 주요 프로그램 및 프로젝트) USAID는 르완다 보건 분야에서 예산지원은 제공하지 있으며, 프로그램 및 프로젝트형 사업을 수행한다. 최근 종료된 USAID의 프로그램으로는 2008년부터 2013년까지 18억불 규모로 시행된 모자보건 통합프로그램(Maternal and Child Health Integrated Program)이 있으며, 이는 모성과 신생아, 아동의 말라리아 및 영양, 가족계획, HIV/AIDS 관련 서비스 개선을 통해 관련 사망률을 감소하고자 하였다. HIV/AIDS 분야에서는 2007년부터 2012년까지 HIV/AIDS 관련 서비스에 대한 접근성을 향상하기 위한HIV/AIDS 임상 서비스 프로그램(HIV/AIDS Clinical Services Program)을 FHI(Family Health International)을 파트너로 하여 총 7000만 불의 지원하여 시행하였다. 2013년에 시작되어 2017년에 종료될 예정인 가족계획 프로젝트(Family Health Project)는 Chemonics에 의해 3800만 불의 규모로 시행되고 있으며, 중앙 및 지역 단위에서 더욱 탄탄한 보건의료시스템을 만들고 지역사회 내 보건의료시설에 기술 지원 및 물자를 제공하고자 한다. 전반적인 보건의료시스템의 강화를 위해서는 Integrated Health System Strengthening Project(IHSSP)가 2006년부터 시행되어 2014년에 종료될 예정이며 이는 MSH(Mangement Sciences for Health)에 의해 이행되어 오고 있다.

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

○ (BTC 보건 분야 주요 프로그램 및 프로젝트) BTC는 르완다 보건 분야에서 크게 두 가지 방식을 통해 지원하고 있다. 하나는 보건 분야 자금지원과 역량강화 공동기금이며, 다른 하나는 단일 프로그램들의 시행으로써 전반적으로 지역단위에 대

해 주로 지원하고자 한다. 보건 분야 자금지원을 통해 공공재정관리(PfM)과 SWAp 코디네이션을 개선하고자 하며, 역량강화 공동기금을 통해서는 1차 보건의료서비스 전달 개선 및 영양, 모자보건에 지원하고 있다. 단일 프로그램으로는 주로 보건부에 대한 제도적 지원이 차지하고 있으며, 이는 키갈리시의 전략적 보건개발계획의 이행을 위한 제도적 지원 프로그램 (Institutional support program to the conception and implementation of the Strategic Health Development Plan for the City of Kigali, 2009-2013), 보건부의 제도적 지원 프로그램 (Phase 4) (MOH phase 4-Institutional support program)이 있으며, 그 외 부센지 병원 재건 사업 (Reconstruction of Bushenge hospital, 2008-2012)을 수행한 바 있다.

○ (SDC 보건 전략과 사업의 특징) SDC는 르완다 보건 분야에서 별도의 보건전략 및 프로그램을 마련하고 있지는 않고, The Great Lakes 지역 협력전략을 통해 르완다, 부룬디, DR콩고 내 Great Lakes 지역을 하나로 묶어 프로그램을 이행하고 있다. 프로그램의 보건관련 지원은 기초서비스에 대한 접근을 개선하는 방향에서 이루어지며 모자보건, 성폭력, 식수와 위생 분야에 중점을 두고 있으며, 전체 협력전략을 관통하는 보건 문제를 생식보건 및 권리 향상으로 선정하였다.

○ (SDC 보건 분야 주요 프로그램 및 프로젝트) 보건 프로그램에 있어서는 다음 3가지 1) 공중보건시스템 지원 프로그램(Programmes to support public health systems), 2) 심리사회적 프로그램 (Psychosocial programme), 3) 보건 분야 내 식수 및 위생 프로그램 (Water and sanitation programme in the health sector)을 실시 중이다.

(나) 다자기관

○ (UNICEF의 보건 전략과 사업의 특징) 보건 분야에 대한 지원은 세 번째 중점 분야인 인적자원 개발에 포함되어 있으며, 특히 취약계층을 중심으로 르완다 전체 국민에 대해 건강 및 영양, 교육에 대한 지원을 통해 향상할 수 있도록 하고 있다. UN이 정부가 여성 및 여아에 대한 임파워먼트와 사회보호의 확장을 시행할 수 있도록 지원하고자 한다. 인적자원개발 분야에서 달성하고자 하는 기대결과를

크게 세 가지로 선정하였는데 이 중 두 번째인 양질의 건강증진 서비스, 예방·치료·재활 서비스를 활용하고 평등한 접근성을 확보 및 향상이 보건 분야에서의 지원 내용을 담고 있다. 이를 위해서는 보건의료시스템을 강화함으로써 양질의 보건의료 및 식수 위생 서비스를 제공할 수 있도록 지원하고 있으며, 생식보건 및 성교육, 가족계획을 통합하는 양질의 서비스를 제공할 수 있도록 지원한다. 세부적으로는 양질의 HIV 예방 및 치료, 관리, 지원을 위한 서비스, 임신한 여성이나 아동 및 청소년에 대한 생식보건 서비스를 제공할 수 있도록 하고 있다.

○ (UNICEF 보건 분야 주요 프로그램 및 프로젝트) Rapid SMS 프로그램은 2009년 휴대전화의 SMS(Short Messaging System)을 이용하여 데이터를 수집 및 그룹 커뮤니케이션의 목적으로 UNICEF에서 개발되었다. 르완다 내에서 Rapid SMS는 UNICEF와 보건부, MSH(Management Scieces for Health)가 협력하여 시행하며, 지역사회 보건요원들이 여성의 임신이나 분만, 출생아의 1년간 기록 및 건강 관련 사항들을 주기적으로 감시할 있도록 돕고 있다. KOICA는 2013년에 450만불을 UNICEF에 지원함으로써 Rapid SMS 사업에 참여하고 있다.

(4) 민간 부문

○ (MSH 사업의 특징) 보건 관리 과학(Management Science for Health; 이하 MSH)은 주로 보건부의 보건의료시스템 강화를 위한 기술지원을 통해 역량을 강화하고 궁극적으로 건강상태를 개선하고자 한다. 르완다 내에서 커뮤니티 기반의 보건 의료 보험(Community-Based Health Insurance; 이하 CBHI)의 인구등록 데이터 관리 체계를 지원 및 통합 보건의료시스템 강화 프로젝트를 통해 시스템의 각 구성요소들을 개선할 수 있도록 지원하고 있다.

○ (FHI360 사업의 특징) 가족 보건 인터내셔널 360(Family Health International 360; 이하 FHI360)은 1990년대 초반부터 HIV/AIDS 관련 서비스를 적극적으로 제공하고 관련 시설을 설립하는데 지원한 바 있다. 르완다 정부의 보건 분야의 우선순위를 반영하고자 하며 정부의 HIV/AIDS 지원 프로그램 개발, 보건의료시스템 강화, 가족계획 및 모자보건 개선활동을 수행한다. 현재 FHI 360는 2008년부터 2013년

까지는 'PROGRESS in Rwanda' 라는 프로그램접근법(Programme-Based Approach; PBA)를 통해 7개의 기술 분야에 해당하는 5개 프로젝트를 통합 시행하였다.

7) 모잠비크

(1) 개요

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

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

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

○ (다자 공여기관) 2009-2010년 모잠비크 보건 분야의 주요 다자 공여기관은 Global Fund로 전제 다자 지원규모 중 절반에 달하는 46.9%를 지원하였으며, 뒤를 이어 EU가 20.1%, GAVI가 9.6%를 지원한다.

○ (공여기관 협의체 현황) 모잠비크 보건 분야 내 SWAp의 도입과 함께 보건 파트너 그룹 (Health Partners Group; HPG)이 만들어졌다. HPG는 각 1개씩의 양자

및 다자기관으로 구성되는 포컬 포인트의 6개의 원조 효과성 워킹 그룹(Aid Effectiveness Working Group)을 포함하여, 보건 분야 내 파트너들 간의 협력을 강화하고, 보건부와의 정기적 논의를 통해 전략적 조언 및 지원을 제공하는 역할을 한다.

(2) 양자 기관

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

○ (캐나다 DFATD의 보건 전략과 사업의 특징) DFATD는 초기에는 일부 지역에 한해 HIV/AIDS를 지원하다 2006년부터는 보건의료시스템 강화를 위한 지원을 시작하였다. 특히 무스코카 이니셔티브(Muskoka Initiative)를 통한 모자 보건 증진에 초점을 맞추고 있다. PROSAUDE에 지원기관 중 지원 규모가 가장 크며, 다자기구, 보건부와의 협력, 시민사회 지원, 삼각협력 등 다양한 형태로 보건 분야에 지원하고 있다. 중점 지원 지역으로는 모자 보건이 매우 취약한 잠베지아(Zambezia) 주를 집중적으로 지원하고 있다.

○ (네덜란드 공여기관의 보건전략과 사업의 특징) 네덜란드 공여기관은 모잠비크 내에서 주로 생식보건 분야에 지원하고 있으며, 전략적 파트너들과 함께 혁신사업을 수행하기 위해 노력하며 적극적으로 모색하고 있다. 특히 민관협력을 강조하고 있으며 Movercado라는 민관협력을 통한 mHealth 프로젝트를 진행하고 있다.

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

8) 우간다

(1) 개요

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

○ (보건 분야 ODA 지원 규모 및 특징) 우간다의 보건 분야 ODA 지원 추이는 2008년 1인당 10.88불에서 2010년 13.69불로 증가했다. 2010년 기준 HIV/AIDS, 결핵, 말라리아 외 질병에 대한 지원이 74.9%로 가장 많았고, 보건정책 및 행정관리 지원이 9%, 생식보건 및 가족계획 지원이 5.8%를 차지했다.

○ (보건 분야 ODA 주요 공여기관 및 기구) 2009-2010년 기준 대 우간다 보건 분야에 가장 많이 지원한 공여기관은 59.6%를 차지한 미국으로 나타났다. 다음으로는 11.7%를 차지한 Global Fund, 3.9% 덴마크, 3.4% IDA, 2.9% 아일랜드 순이었다.

○ (양자 공여기관 지원 현황) 2009-2010년 우간다 보건분야의 주요 양자 공여기

관은 미국으로 전체 양자지원 규모 중 77.7%(5억 2710만 불)을 지원하였고, 덴마크가 5.1%(3431만 불), 아일랜드가 3.8%(2559만 불), 스웨덴이 3.7%(2514만 불)을 지원하였으며, 한국은 0.2%인 122만 불을 지원하였다.

○ (다자 공여기관 지원 현황) 2009-2010년 우간다 보건분야에 지원한 다자기구는 Global Fund가 50.3%(1억 360만 불)를 지원했고 IDA가 14.7%(3025만 불), UNFPA가 9.7%(2013만 불)을 지원하였다. 가장 큰 규모로 지원하는 다자 기구인 Global Fund는 MDG6의 대상 질병인 HIV/AIDS, 결핵 및 말리리아에 주로 지원을 하고 있으며, IDA는 주로 인프라 개선에 지원하고 있다.

(2) 주요 공여기관의 보건 분야 협력 방안

○ (주요 공여기관 선정 요인) 우간다에서 주된 문제로 지적되는 보건문제인 모성보건이나 생식보건, 가족계획 분야에서 주요 프로그램 및 프로젝트를 시행하는 기관들을 위주로 살펴보고자 하였다. 동 분야에서 서로 다른 지원 형태 및 특징을 갖는 기관들을 다양하게 살펴봄으로써 각각의 지원형태들의 장단점이나 한계점 등을 반영하고자 하였다. 양자기관의 경우, 우간다의 부정부패 이슈로 인해 재정지원을 중단한 DFID와 계속해서 정부를 통한 지원을 이어나가고 있는 JICA를 조사함으로써 각각의 시사점을 얻을 수 있을 것이라고 판단했다. 정부의 책무성 및 투명성 문제로 인해 민간 부문을 통해 지원하는 Sida사례 역시도 민간부문과의 협력에서도 중요한 시사점을 얻을 수 있을 것이라고 보았다.

(가) 양자기관

○ (DFID의 보건 전략과 사업의 특징) DFID는 우간다 사업이행전략(2011-2015년)을 통해 개발을 지원하고 사업을 수행하고 있으며 우간다의 정치적 상황에 따라 제한적으로 재정지원을 하고 있다. 2014/15년 대 우간다 전체 원조규모 중 가장 큰 규모가 보건 분야에 지원(23.74%)되었으며 현재 8개의 보건 분야 프로젝트가 진행되고 있다. 이는 자금지원 및 모성보건, 말라리아, 가족계획 프로젝트들을 포함한다.

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

○ (Sida의 보건 전략과 사업의 특징) Sida의 우간다 보건 분야 협력 목적은 빈곤층에 대한 보건의료서비스 접근성 향상과 HIV/AIDS 확산 감소 및 방지에 있다. 공공보건 의료시스템을 통한 지원도 이루어지지만 동시에 정부 이외 기관들을 적극적으로 활용하는 권리기반 접근의 보건 분야 원조를 제공하는 것이 특징적이며, 성과 생식보건 및 권리(SRHR, Sexual and Reproductive Health and Rights) 증진, 그리고 모성 사망의 감소가 스웨덴에 보건 분야 개발 지원에 있어서 우선순위를 차지한다. 2000년부터 2010년까지 Sida의 우간다 보건분야에 대한 주된 지원형태는 크게 두 가지, 섹터자금지원(sector budget support)와 우선순위 분야에 대한 프로젝트 지원이었다.

○ (Sida 보건 분야 주요 프로그램 및 프로젝트) 프로젝트 지원은 주로 다음의 3개 분야에 대해서 이루어 졌다. 3개의 분야는 1) 정책 및 제도적 개발, 2) HIV/AIDS 및 SRHR, 청년 지원, 3) 기술지원이다. 세부적으로는 다수 공여기관이 지원하는 HIV/AIDS Civil Society Fund(CSF)이니셔티브에 참여하고 있으며, Naguru 청소년 보건센터 사업 (Naguru Teenage Information and Health Centre, NTIHC)을 통해 캄팔라 내에 설치된 센터를 통해서 청소년 친화적 서비스 및 정보를 제공한다. 주로 인식개선이나 안전한 청소년 성적행동 장려, 청소년의 성과 생식 보건에 대한 권리 옹호 등의 역할을 하며 성병 관련 서비스, HIV 진단 서비스 및 상담, 임신 관련 서비스 등 청소년을 대상으로 하는 다양한 서비스를 제공한다. 그 외, UNFPA 협력 모성보건 서비스 프로그램, 권리 기반 접근법을 활용한 모성 보건 사업 (Maternal Health Project; MHP)등을 수행하고 있다.

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

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

(3) 다자기관

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

(4) 민간 부문

○ (UNHCO 보건 사업의 특징) 우간다 국가 보건 소비자 기관 (Uganda National Health Consumers' Organisation; 이하 UNHCO)는 4가지 프로그램 분야에 대해서 지원 해당 대상자에게 혜택을 직접 전달할 수 있도록 한다. 4가지 프로그램은 1)건강권에 대한 옹호, 2)보건에 대한 사회적 책무성, 3)보건에 대한 사회적 동원, 4)보건에 대한 역량 강화를 포함하며, UNHCO는 보건부의 정책 결정에 영향력을 미치는 동시에 현지 NGO들을 중재하여 프로젝트를 이끄는 역할도 수행한다. 프로그램 및 프로젝트를 시행하는 것과 더불어 평가 및 모니터링, 재정 및 행정, 문서화 및 홍보 기능을 적극적으로 제공함으로써 사업의 효과성을 증진하고자 한다.

○ (RHU 사업의 특징) RHU (Reproductive Health Uganda)는 생식보건 및 가족계획 서비스를 제공하는 대표적인 NGO로 기존의 우간다 가족계획협회로 알려져 있다. 전국적으로 클리닉 네트워크를 갖추고 이 클리닉을 통해 대부분 무료 서비스를 제공하고 있으며 지역단위의 공공 보건의료인 력과 긴밀하게 협력하고 있다. 또한, 5개의 우선순위 분야인 청소년, AIDS, 낙태, 접근성, 옹호 분야에서 프로젝트들을 시행하고 있다.

Ⅳ. 8개국 KOICA 보건 분야 협력방안

1. 보건 전략의 기본 방향 수립 요건

○ 본 연구는 다음 4가지 요소 (협력국의 보건정책 우선순위와 CPS 및 KOICA의 보건전략과의 일치; 협력국의 건강/질병 및 보건의료 시스템의 문제의 심각성; 국가별 내 주요 공여기관들의 보건 분야 지원 전략과 특징; KOICA의 대 협력국 보건 분야 지원전략과 현황)의 국가별 개발 정책 및 환경적인 맥락을 고려하여 국가별 맞춤형 보건 전략의 기본 방향과 수행 전략을 선정하였다.

1	협력국의 보건정책 우선순위와 CPS 및 KOICA의 보건전략과의 일치	2	협력국의 건강/질병 및 보건의료 시스템 문제의 심각성
3	국가별 내 주요 공여기관들의 보건 분야 지원 전략과 특징	4	KOICA의 대 협력국 보건 분야 지원 전략과 현황

○ 이와 관련하여 앞의 본문에서 정리한 각 협력국별 내용을 요약한 표는 다음 페이지의 <표 4-2>, <표 4-3>와 같다.

2. 보건 분야 협력방안 유형

○ (보건협력방안의 4가지 유형) 본 연구는 8개국의 보건 문제 및 현황, 보건의료시스템, 협력국 내 공여기관의 지원 현황, 협력국 내 기존 KOICA의 보건 지원 현황 등을 조사 분석하여 8개국 보건 분야 지원에 대한 4가지 협력 방안 유형을 도출하였으며, 8개국을 해당 협력 방안 유형에 분류하는 작업을 실시하였다. 4 가지 협력 유형은 아래와 같다.

○ (아프리카 8개국의 유형 분류) 협력유형의 첫 번째인 IP형 (혁신적 보건 프로그램 형; Partnership for Innovative Health Program)에 속하는 국가는 강력한 리더십과 거버넌스를 구축하고 있는 르완다이며, 두 번째 CP형 (통합 보건 프로그램 형; Partnership for Comprehensive Health Program)으로서는 우리나라 CPS 중점 분야에 보건 분야가 포함되어 있는 가나, 에티오피아, DR콩고가 해당된다. 세 번째 유형인 SP 형 (선택적 협력 형; Selective Partnership)은 거버넌스의 책무성 문제 혹은 CPS 하의 중점 분야 등을 고려하여 우간다, 카메룬, 모잠비크를 포함할 수 있으며, 마지막으로 LP형(제한된 협력 형;Limited Partnership)에는 나이지리아가 해당된다.

- **IP 형** : 혁신적 보건 프로그램 형(Partnership for Innovative Health Program): 르완다
- **CP 형** : 통합 보건 프로그램 형 (Partnership for Comprehensive Health Program): 가나, 에티오피아, DR콩고
- **SP 형** : 선택적 협력 형(Selective Partnership) 우간다, 카메룬, 모잠비크
- **LP 형** : 제한된 협력 형(Limited Partnership): 나이지리아

1) **IP 형** (혁신적 보건 프로그램 형: Partnership for Innovative Health Program)

○ (혁신적 보건 프로그램 형: IP형의 특징) 혁신적 보건 프로그램형(Partnership for Innovative Health Program; 이하 IP형)은 정부 간 직접 협력 채널을 활용하는 유형으로써 이는 정부가 강력하고 리더십을 토대로 효율적인 거버넌스 체계를 마련한 경우에 해당된다. 또한, 정부와 공여기관 협의체와의 커뮤니케이션 역시 비교

적 효과적으로 작동하고 있는 상황을 고려하여, 정부와 협의체를 통해 지원 공여 기관의 역할 및 지원 범위를 명확하게 규정할 수 있다. IP형은 거버넌스가 투명하고 효율적으로 작동한다는 전제 하에 섹터 예산 지원이 가능하다고 보며, 이를 통한 협력국 시스템 강화에도 기여할 수 있다.

2) CP 형 (통합 보건 프로그램 형 ; Partnership for Comprehensive Health Program)

○ (통합 프로그램형: CP형의 특징) 통합 프로그램형(Partnership for Comprehensive Health Program; 이하 CP형)은 KOICA가 현재 보건 분야 내에서 양자지원 프로젝트형 사업을 진행하고 있으며 우리나라 CPS상 보건 분야가 중점 분야로 선정된 협력국을 기본 대상으로 한다. 본 협력국 내에서 지원해야 하는 지역이 확정된 경우가 대부분으로써 해당 지역 내에서의 통합적 보건 프로그램을 통해 보건 문제를 해결하는 방향성을 취한다. 이는 현재 진행되는 프로젝트형 사업의 확대를 의미하며, 향후에도 보건 분야에 대한 양적, 질적 적극적 지원 대상 국가의 경우에 해당한다.

3) SP 형 (선택적 협력 형; Selective Partnership)

○ (선택적 협력형: SP형의 특징) 선택적 협력형(Selective Partnership; 이하 FP형)의 경우는 협력국 보건 분야 거버넌스의 책무성 및 효율성 문제 혹은 다른 협력국 대비 보건 분야에 대한 KOICA 지원 우선순위가 높지 않을 경우, 정부 간 직접 지원보다는 다자기구 채널을 통한 멀티바이 지원 혹은 민간 채널(국제, 국내, 현지 NGO 혹은 기업)을 통한 NGO 지원 사업 혹은 CSR-PPP 지원 사업 등 각 협력국 맥락에 맞추어 선택적으로 접근하는 유형을 의미한다.

4) LP 형 (제한된 협력 형; Limited Partnership)

○ (제한된 협력형: LP형의 특징) 제한된 협력형(Limited Partnership; 이하 LP형)은 협력국 내 보건 문제가 심각함에도 불구하고, 소극적이고 수동적인 지원으로 가야

하는 방향을 채택하고 있다. 본 유형의 협력국의 경우, 보건 분야 원조 금액이 전체 보건 예산의 미미한 비중을 차지하고 있으며, 과거 많은 공여기관들이 보건 분야에 지원을 했음에도 불구하고 보건 지표 향상은 거의 이루어지지 않고 있다. 나이지리아가 대표적인 사례로, 공여기관들은 나이지리아의 보건 분야 지원에 있어 출구전략을 마련하거나 혹은 소규모의 원조금액을 활용하여 대규모의 정부 보건 재정을 효과적으로 활용할 수 있는 방향으로 지원하려는 전략적 방향성을 가지고 있는 추세이다.

<표 4-1> KOICA 보건 분야 지원을 위한 협력방안 유형

협력국의 개발협력 환경	질병 및 보건시스템 문제	보건분야 개발협력의 특징		협력 유형
▪ 보건시스템 향상을 위한 IT등의 기초 인프라 ▪ 강력한 리더십과 상대적으로 높은 정부의 책무성 ▪ 공여기관 협의체의 체계적인 운영 및 협력국과의 효율적 커뮤니케이션 ▪ 보건의료 서비스 딜리버리의 부분적 효과성 보장	▪ 주요 MDG 목표 달성 예상 • 모성 사망비 감소 속도는 둔화 • 높은 신생아 사망률과 아동의 발육부진 문제 • 높은 출산율과 가족계획에 대한 요구 지속	▪ 보건시스템 강화를 위한 지원 가능 ▪ 중장지적인 섹터 예산지원 가능 ▪ 혁신 기술의 보건분야 접목 가능 ▪ 보건 분야 지원의 Silent partnership으로 참여 가능	⇨	**IP 형 혁신적 보건 프로그램 형 (Partnership for Innovative Health rogram)**
▪ 기존 KOICA가 보건 분야 프로젝트형 사업 수행 경험이 있거나 진행 중인 국가 ▪ 국가협력전략(CPS)내 보건분야가 중점분야 포함 ▪ 협력국 내 지원 지역이 선정되어 있어 지역 내 보건 문제 해결을 통합적으로 담당하는 경우	• 보건 재정의 부족 및 외부 의존도 높아 지속적 보건 분야 원조 필요 • 연방정부, 주정부, 부처간 조정 및 보건부-지역보건청의 효율성 문제 • 개선되지 않는 모자보건 지표 현황 및 지역적 불평등 심각 • 영유아의 건강 및 영양 문제 • 취약 계층(5세 미만 아동)의 말라리아로 인한 높은 피해	▪ 보건 분야 적극적 지원 국가로써 중장기적으로 보건예산 확대 ▪ 양자지원의 확대를 통한 통합 보건 프로그램 유형 ▪ 타 공여국/기관과의 적극적인 협력 프로그램 발굴	⇨	**CP 형 통합 보건 프로그램 형 (Partnership for Comprehensive Health Program)**

▪ 리더십과 거버넌스의 투명성 및 책무성의 문제 로 정부 직접 지원이 어려운 경우 ▪ 국가협력전략(CPS)내 보건 미포함 ▪ 기존 KOICA가 소규모 보건 분야 지원 사업(봉사단 파견, 연수생 초청)을 중심으로 지원한 국가	• 보건 재정의 부족 및 외부 의존도 높아 지속적 보건 분야 원조 필요 • 연방정부, 주정부, 부처간 조정 및 보건부-지역보건청의 효율성 문제 • HIV/AIDS 유병률 감소 속도 둔화 혹은 증가 • 높은 출산율과 청소년 임신율 • 높은 출산율과 조혼율, 모성사망비 • 신생아 사망률 감소 지체와 높은 발육 부진 아동 비율 • HIV/AIDS와 말라리아의 높은 사망률 및 질병 부담	• 거버넌스 책무성 및 투명성 문제 지속 • 만성적인 보건분야 재정부족으로 지속적인 지원의 수요 존재 • 멀티바이 채널/위임협력등의 다양한 채널을 선택적으로 활용 가능 ▪ 민간(NGO, 기업)지원을 통한 보건프로젝트 형 사업으로 지속 지원 가능	⇨	**SP 형 선택적 협력 형 (Selective Partnership)**
▪ 협력국 전체 보건 예산 중 원조 비중이 낮음 ▪ 보건 지표 향상이 이루어지지 않은 경우 ▪ CPS 내 보건분야가 중점분야 미포함 ▪ 연방정부 - 주정부 -지방정부 간 보건서비스 전달 분절화 심각	• 높은 출산율과 생식 보건 및 가족 계획 수요 • 높은 모성사망비와 모자보건 서비스 이용 지표의 개선 지체 및 악화 • 심각한 아동 사망 현황 및 낮은 예방 접종률 • 높은 전염성 질환의 부담 (HIV/AIDS, 말라리아)	▪ 현상유지 혹은 출구전략 마련 필요 ▪ 사업성과 확보를 전제로 하는 제한된 접근 혹은 다자, 보건전문기관, 취약지역 보건의료서비스 딜리버리 전문 지역을 중심으로 간접 지원	⇨	**LP 형 제한된 협력 형 (Limited Partnership)**

(출처: 저자작성)

3. 종합 제언

○ (아프리카 8개국의 유형 분류) 협력유형의 첫 번째인 IP형 (혁신적 보건 프로그램 형; Partnership for Innovative Health Program)에 속하는 국가는 강력한 리더십과 거버넌스를 구축하고 있는 르완다이며, 두 번째 CP형 (통합 보건 프로그램 형; Partnership for Comprehensive Health Program)으로서는 우리나라 CPS 중점 분야에 보건 분야가 포함되어 있는 가나, 에티오피아, DR콩고가 해당된다. 세 번째 유형인 SP 형 (선택적 협력 형; Selective Partnership)은 거버넌스의 책무성 문제 혹은 CPS 하의 중점 분야 등을 고려하여 우간다, 카메룬, 모잠비크를 포함할 수 있으며, 마지막으로 LP형(제한된 협력 형;Limited Partnership)에는 나이지리아가 해당된다.

가. IP 형 (혁신적 보건 프로그램 형;Partnership for Innovative Health Program)

○ 강력한 리더십과 거버넌스의 존중, 공여기관 협의체의 체계적인 운영, 협력국 정부와 공여기관의 효율적 커뮤니케이션을 강조하는 전략을 구사해야 하는 유형이다. 정부 간 직접지원을 통한 효과성 확보하고, 공공보건 시스템 강화에 기여하는 전략과 동시에 사하라이남 아프리카에서는 흔하지 않은 섹터예산 지원까지 고려할 수 있는 유형이다.

○ 르완다는 정부의 강력한 리더십과 거버넌스 체계 아래 공여국 협의체와의 밀접한 협력을 통해 보건 문제를 해결하고 있다. 르완다의 원조 협력 형태

○ 는 각 섹터별로 3개의 주요 공여기관이 참여할 수 있으며, 타 공여기관은 3개의 주요 공여기관과의 협력을 통해서만 해당 섹터에 참여할 수 있는 형태를 가지고 있다. 따라서, 효과적인 거버넌스를 갖춘 르완다 정부와 정부 간 협력을 실시하기 위해서는 르완다 정부가 KOICA에게 지원을 요청하고 있는 ICT와 보건을 연계하는 방안을 우선적으로 고려하는 것이 유효할 것이다.

○ 르완다는 보건 분야 전체 양자 지원 (2012년 기준 약 7억 원)이며, KOICA의 주요 지원 분야는 기초보건, 보건 일반, 인구 정책 및 생식 보건이다. KOICA의 기초보

건 분야 지원은 총 지원 금액 4억 5천만 원 중 약 3억 원이 전문가 및 봉사단 파견으로 구성되어 있으며, 약 1억 5천만 원이 NGO를 통한 프로젝트 원조 사업이다. 특히 시민사회 및 전문기관을 통해 지원한 보건 분야 사업은 영양실조 예방사업이 전부일 정도로 보건 분야 지원이 미비했다고 할 수 있다. 르완다는 보건 문제의 직접적 해결보다는 보건 시스템 향상을 중심으로 지원하는 유형으로 볼 수 있으며, 중장기 적으로 KOICA는 보건의료보험제도 정착을 위한 IT시스템에 대한 자문도 제공할 수 있으리라고 판단된다. 최근 국내에서도 주목받고 있는 mHealth의 경우, 사하라이남 아프리카 국가 중 관련 사업을 수행할 수 있는 거의 유일한 법적 제도적 정치적 인적 물적 환경이 갖추어진 국가라고 할 수 있다.

<표 4-2> 르완다의 보건 분야 지원세부 분야

국가	구분	주요 내용
르완다	보건의료시스템 강화	▪ 르완다 공공 보건시스템 개선에 기여하는 방안 모색 ▪ 지방-지역 간의 보건의료 체계 강화 ▪ 지방-지역 정보관리 및 행정체계 강화 ▪ 지역사회의 보건의료 전문인력 양성에 집중
	지원 세부 분야	▪ 신생아 및 영·유아 보건 및 영양 ▪ 생식 보건 및 가족계획
	유형별/형태별 지원	▪ 보건 사업 확대 가능성 고려 ▪ 보건 분야 섹터자금지원 고려 ▪ 멀티바이, 시민사회 및 전문기관과의 협력을 통한 지원 확대
	중점지원 지역	▪ 북부 및 서부지역 취약 ▪ 타 공여기관 대비 소외된 지역에 지원 협의 필수
	중점지원 대상	▪ 장애인, 도시빈민 등 특수 취약계층
	범분야 이슈 및 타분야와의 연계	▪ ICT 분야와의 연계를 통한 보건의료 시스템 개선 ▪ 농업분야와의 연계를 통한 보건지표 개선

(출처: 저자작성)

나. CP 형 (통합 보건 프로그램 형; Partnership for Comprehensive Health Program)

○ 기존 KOICA가 보건 분야 프로젝트형 사업 수행 경험이 있거나 진행 중인 국가로서, 국가협력전략(CPS)내 보건 분야가 중점분야로 포함되어 있으며, 궁극적으로 양자지원의 확대를 통한 통합 보건 프로그램으로 발전 시켜 나가고, 향후 적극적으로 보건 분야 예산을 확대가 가능한 유형이다. 가나, DR콩고, 에티오피아가 속해 있는 CP형의 경우, 우리나라 국가협력 전략 내 보건 분야가 3대 우선순위 지

원 분야로 선정되어 있을 뿐만 아니라 기존에 KOICA가 보건 분야 프로젝트형 사업을 수행한 경험이 있다는 공통점을 가진다. 따라서, 본 3개국은 타 5개국과는 차별성을 두어 보건 지원 전략을 보다 세부적으로 제시할 필요성이 있다. CP형이 가지고 있는 공통요건은 다음과 같다.

<표 4-3> 통합 보건 프로그램형 (CP 형)의 공통 요건

협력국의 개발협력 환경	질병/보건의료시스템 특징	보건 분야 개발 협력의 특징
▪ KOICA가 보건 분야 프로젝트형 사업 수행 경험 혹은 진행 중인 국가 ▪ 국가협력전략(CPS) 중점 분야로 보건 분야가 선정된 국가 ▪ 협력국 내 KOICA 지원 지역이 선정되어 있어 통합적 보건 분야 지원이 가능한 국가	▪ 보건 분야에 대한 지속적인 수요가 존재하는 국가 ▪ 특히, KOICA 보건 분야 지원 전략에 해당되는 모자보건, 영·유아 영양, 말라리아 예방 등 ▪ 보건 사업을 수행하는 데 있어 필요한 수준의 협력국 거버넌스가 마련 국가 ▪ 기본적인 보건 시스템은 마련되어 있으나, 향상이 필요한 국가	▪ 보건 분야 적극적 지원 국가로써 중장기적으로 보건예산 확대 ▪ 양자지원의 확대를 통한 통합 보건 프로그램 유형 ▪ 타 공여국/기관과의 적극적인 협력 프로그램 발굴

(출처: 저자작성)

○ CP형의 경우에는 공통 여건을 통해 해당국에서 통합 프로그램형 지원을 위해서 무엇(what)을 해야 하는가를 <표 4-4>의 논리 모형을 통하여 도출하였다. CP형 국가의 기본 요건을 분석하여 보건 분야의 기본 방향 및 전략을 도출하였으며, 도출 결과를 기초로 하여 과거 완료 혹은 현재 진행 중인 3개국 KOICA 보건 사업 관련 보고서 분석을 통해 최종적인 CP형 보건 프로그램 방안 도출을 제시하였다.

<표 4-4> CP형 국가 차기 보건프로그램 도출 프레임워크

CP형의 기본 요건 분석				보건 분야 기본 방향 및 전략 도출		기존 KOICA 보건 사업 현황 분석		CP형 보건프로그램 방안 도출
협력국 개발 환경	질병/ 보건 시스템 문제	협력국 보건 분야 개발 협력 특징	⇨	중점・세부 지원분야 / 유형・형태별 지원, 중점 지역 및 지원 대상, 제반환경	⇨	분석 자료를 활용한 중점지원분야/ 중점 지원 지역 및 대상/ 제반환경	⇨	KOICA 국가별 차기 중점 보건프로그램

(출처: 저자작성)

○ CP형 3개국의 KOICA 보건 사업 현황 분석은 다음의 2가지를 목적으로 한다. 첫째, 본 연구에서 도출한 보건 전략의 기본 방향의 시사점과 현재 진행 중인 KOICA 사업을 비교함으로써 향후 추가적으로 지원해야 할 분야(Missing Gap)을 도출은 현재 수행 중인 사업의 방향성 전환 제시, 둘째, 기본 방향 및 세부 수행 전략에 대한 하위 단계(프로그램 단위)의 방안을 마련하는 데 있다. 이를 위해, 기 진행 중인 사업에 대해서는 사전 타당성 보고서, BDS 보고서 등을 활용하여 현재 사업 내용 파악을 하였으며, 종료 사업에 대해서는 평가보고서를 활용하여 사업의 한계 및 시사점 부분을 고려하였다.

<표 4-5> KOICA 사업 현황 분석프레임워크

분석대상	▪ 해당국에서 기 수행되었던 KOICA 보건 분야 사업 ▪ 해당국에서 현재 수행 중인 KOICA 보건분야 사업	
분석항목	중점지원분야	▪ 3대 감염성 질환, 모자보건, 생식보건 등 사업을 통해 성취하고자 하는 목표
	세부지원분야	▪ 사업별 세부 구성요소
	유형/형태	▪ 양자/다자, 프로그램/프로젝트, 개발 컨설팅, PPP 등
	중점지원지역	▪ 사업대상지역
	중점지원대상	▪ 사업에서 목표시된 주요 beneficiary
분석 자료	사업 보고서	▪ 실시협의, 사전타당성 조사, 종료 및 사후평가 보고서 등
	사업관련문헌	▪ 리플렛, 공문, 현지 언론기사 등
	기타	▪ 현지 이해관계자와의 면담 결과(관련 내용이 있을 시)

(출처: 저자작성)

1) 가나

○ KOICA의 대 가나 지원 보건 분야의 전략적 목적은 모자보건의 증진으로 현재 KOICA는 가나 볼타 지역에서 모자보건 개선 사업을 진행하고 있다. 동 사업의 목적은 모자보건 서비스를 증진하고, 모자보건에 대한 지역사회의 인식을 개선하고, 모자보건 인력을 양성하는 것으로 USAID와 협력 사업으로 진행되고 있다. 프로젝트의 경우 2003년부터 현재까지 4건의 보건프로젝트가 진행되고 있는 것으로 파악된다. 주요 지원 분야는 모자보건, 수인성 전염병 관리, 병원 현대화지원으로 현재 USAID와 함께 대규모의 모자보건사업을 실시 중에 있다. 지역별로 살펴보면 동부 및 볼타지역에서 사업이 집중되어 왔던 것을 확인할 수 있으며, 주요 지원채널은 정부를 통한 지원이 이루어져 왔다. 프로젝트들을 통한 중점지원대상은 별도로 확인되지 않으나, 모자보건사업을 통해 모성과 아동에 대한 지원이 우선적으로 이루어졌음을 확인할 수 있다.

<표 4-6> 가나 보건 분야 지원 기본 방향 및 전략의 주요 내용

국가	구분	주요 내용
가나	보건의료시스템 강화	▪ 모자보건 중심의 통합보건 프로그램 강화 ▪ 중장기적 보건이슈 해결을 위한 보건 시스템 개선에 기여 (보건의료 인적역량강화, 보건의료 제도적 역량강화, 보건의료 서비스접근성 강화) ▪ 중앙정부와의 협력을 통한 국민의료보험제도 개선 기여 ▪ 지방정부 보건의료 정보화 환경 개선
	지원 세부 분야	▪ 조산사 양성, 아동 영양, 가족계획 및 생식보건 ▪ 보건시스템 개선
	유형별/형태별 지원	▪ 양자 보건 사업 확대 ▪ 현재진행 중인 사업의 사업 규모 및 범위 확대 고려 ▪ 멀티바이, 시민사회 및 전문기관과의 협력을 통한 지원확대
	중점지원 지역	▪ 중장기적으로 북부 3개 지역과 동부볼타 지역 지원 ▪ 단기적으로 사업 중인 볼타지역 선 집중
	중점지원 대상	▪ 여성 및 아동 ▪ 도시빈민 등 취약계층
	범분야 이슈 및 타분야와의 연계	▪ 범분야와의 연계를 통한 보건지표 개선

(출처: 저자작성)

<표 4-7> 보건전략 기본방향 및 수행전략 프레임워크 (가나)

보건 전략			근거 기준 (CP 형)		1차 제안점 도출		KOICA 사업 분석		최종 제안점 도출
기본 방향	중점 지원 분야	+	▪ 기 KOICA 지원분야 ▪ 수원국 보건분야 개발전략 우선순위 ▪ 단기적 접근과 장기적 접근을 모두 고려	⇨	- 통합적 모자보건 프로그램	⇨	▪ KOICA 보건 전략 및 중점 프로그램 ▪ 현재 진행 사업의 중점 및 세부 지원 분야 (사전 타당성 보고서, BDS 보고서 활용)	⇨	▪ 보건 지원 분야의 missing gap 발견을 통한 사업의 확장 ▪ 현재 진행 중인 사업의 방향성 변경 및 축소
	세부 지원 분야	+	▪ 수요 미충족(development gap) 분야 ▪ 수원국 요구사항(직접요청) ▪ 타 공여기관 대비 KOICA의 비교우위	⇨	- 조산사 양성 - 아동 영양상태의 개선 - CHPS의 강화 - 보건재정의 구조 및 집행 개선 - 인력의 양성과 배치에 대한 제도적 개선	⇨		⇨	
⇩			⇩		⇩				
세부 수행 전략	유형별/형태별 지원	+	▪ 양자지원의 확대 ▪ 정부채널의 적극적 활용(자금 지원) ▪ 다양한 파트너와 협력방안 고려	⇨	- 양자 보건 사업 확대 (프로그램형 사업) - 분야별 자금지원의 가능성 - 다자 및 NGO 지원	⇨	▪ 현재 진행 사업의 유형 및 형태/ 중점 지원 지역/중점 지원 대상 (사전 타당성 보고서, BDS 보고서 활용) ▪ 완료 사업의 한계 및 시사점 (평가보고서 활용)	⇨	▪ 1차 제안점과 KOICA 사업 분석을 통한 수행 전략 도출
	중점 지원 지역	+	▪ 기 KOICA 지원지역 ▪ 타 공여기관과 협력 가능성이 높은 곳 ▪ 보건지표가 열악한 곳	⇨	- 중장기적으로 북부 3개 지역과 볼타 지역 지원 - 단기적으로 사업 중인 볼타지역 선 집중	⇨		⇨	
	중점 지원 대상	+	▪ 의료서비스 접근성에 대한 사회/경제적 취약계층	⇨	- 여성	⇨		⇨	
	사업 수행 제반 환경	+	▪ 현지사무소의 권한과 책임 ▪ 현지사무소 인력구성(보건전문가의 유무)	⇨	- 사업형성 및 발굴에 대한 현지사무소의 권한강화 - 보건분야 전문가의 파견	⇨		⇨	

<표 4-8> 가나 통합적 프로그램 사업 사례 (예시)

■ 프로그램명: 가나 통합적 모자 보건 증진 프로그램 (가칭)
■ 지원지역: 볼타 지역
■ 중점지원대상: 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)
볼타지역 모자보건 사업		**보건 의료시스템에 대한 관리역량 강화 사업**		**분야별 자금지원**
■ 지역주민 인식증대 ■ CHPS 역량강화 ■ 모자보건인력 역량강화 ■ 조산사 양성학교 건축 ■ 영양상태 개선(*) ■ 출산 및 사망신고 개선(*)	+	■ 보건재정의 구조와 집행 개선 ■ 모자보건 인력의 양성과 배치에 대한 제도적 개선 ■ 보건정보 관리 및 M&E 시스템	+	■ 보건 분야 재정지원 (Sector Budget Support)
형태: 프로젝트		형태: 개발컨설팅		형태: 자금지원

⇓ ⇓ ⇓

[프로그램의 목표 및 기대성과]

■ 볼타지역의 모자보건 지표의 전반적인 개선
- 모성 사망비의 감소
- 신생아 및 영유아 사망률의 감소
- 산모의 산전 및 산후관리 증가
- 숙련된 인력에 의한 출산 증가

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

2) 에티오피아

○ 에티오피아는 현재 보건 분야 프로젝트형 사업을 수행하고 있는 국가로서 새로운 지역 선정보다는 해당 지역에서 현재 수행하고 있는 모자보건 사업의 확장을 통한 통합 프로그램형 사업 발굴과 같은 장기적인 협력 방안을 마련하는 것을 제안한다. KOICA는 에티오피아 보건 분야 전체 지원 금액 4,635,430,192원 중 약 98%를 양자지원을 통해 제공(2012년 기준)하고 있으며, 다자기구인 UNFPA를 통해 나머지 2%를 지원하고 있다. 주요 지원 분야는 인구정책/시책 및 생식 보건 분야(전체 양자 지원 중 55%), 기초보건(전체 양자지원 중 37%), 보건 일반(9%)이다. 에티오피아는 보건 분야에서 총 6개의 프로젝트형 사업을 진행하고 있으며, 구체적으로는 인구 정책/시책 및 생식 보건 분야에는 4개의 프로젝트형 사업(에티오피아 아르시존 가족계획 및 모자보건 증진 사업, 에티오피아 아르시존 지역사회 가족계획 교육 홍보사업, 에티오피아 취약계층 청소년 에이즈 예방 및 모성 건강 증진 사업, 에티오피아 티그라이주 모자보건 및 가족계획 역량강화사업)등을 진행하고 있으며, 기초보건 분야에는 2개의 프로젝트형 사업(에티오피아 비쇼프투 지역 어린이 영양 급식을 위한 농업 개발, 에티오피아 아디스아바바 결핵예방 및 퇴치사업)등을 수행하고 있다.

<표 4-9> 에티오피아 보건 분야 지원 기본 방향 및 전략의 주요 내용

국가	구분	주요 내용
에티오피아	보건의료시스템 강화	▪ 모자보건 중심의 통합보건 프로그램 강화 ▪ 보건소 이상 상위기관의 보건역량 강화지 ▪ 보건소 단위의 기초응급산과관리(BEmONC) 체계확립 ▪ 병원수준의 포괄적 응급산과관리(CEmONC) 체계확립
	지원 세부 분야	▪ 신생아, 영・유아 보건 및 영양 ▪ 생식보건, 모성보건
	유형별/형태별 지원	▪ 양자 보건 사업 확대 ▪ 현재진행 중인 사업의 사업 규모및 범위 확대 고려 ▪ 멀티바이, 시민사회 및 전문기관과의 협력을 통한 지원확대
	중점지원 지역	▪ Tigray, Oromia, SNNPR 주 중심으로 지속 지원
	중점지원 대상	▪ 여성과 아동 중점지원
	범분야 이슈 및 타분야와의 연계	▪ 중점협력분야(식수, 인프라 등)와의 연계보건지표 개선 ▪ 농업분야와의 연계를 통한 보건지표 개선

(출처: 저자작성)

<표 4-10> 보건전략 기본방향 및 수행전략 프레임워크 (에티오피아)

보건 전략			근거 기준 (CP 형)	1차 제안점 도출	KOICA 사업 분석	최종 제안점 도출
기본 방향	중점 지원 분야	+	▪ 기 KOICA 지원분야 ▪ 수원국 보건분야 개발전략 우선순위 ▪ 단기적 접근과 장기적 접근을 모두 고려	⇨ - 통합적 모자보건 프로그램	⇨ ▪ 에티오피아 아르시 가족계획 및 모자보건 증진 (2008-2011/340만불) ▪ 에티오피아 아디스아바바 결핵예방 및 퇴치사업 ('11-'13/280만불) ▪ 에티오피아 티그라이주 모자보건 및 가족계획 역량강화사업(11-14/200만불) ▪ 에티오피아 인구 및 생식보건 인식개선 캠페인 지원사업(2013-2016/650만불)	⇨ ▪ 보건 지원 분야의 missing gap 발견을 통한 사업의 확장 ▪ 현재 진행 중인 사업의 방향성 변경 및 축소
	세부 지원 분야	+	▪ 수요 미충족(development gap) 분야 ▪ 수원국 요구사항(직접요청) ▪ 타 공여기관 대비 KOICA의 비교우위	⇨ - 기초 응급 산과 관리 (BeMONC) 구축 (인력 및 의약품 기자재 제공) - 포괄적 응급 산과 관리 (CeMONC) 구축 (전문인력 양성) - 신생아 및 영유아 질병치료 - 발육부진 아동 영양개선 - 보건의료전문인력 양성		
⇩			⇩	⇩		
세부 수행 전략	유형별/형태별 지원	+	▪ 양자지원의 확대 ▪ 정부채널의 적극적 활용(자금지원) ▪ 다양한 파트너와 협력방안 고려	⇨ - 양자 보건 사업 확대 (프로그램형 사업) - 양자기관 협력 사업 - NGO 지원 - 정책 컨설팅 - 중장기 자문단	⇨ ▪ 현재 진행 사업의 유형 및 형태: 티그라이주 보건청을 통한 프로젝트형 사업 / 에티오피아 재정경제부를 통한 프로젝트형 사업 ▪ 중점 지원 지역: 티그라이주, 에티오피아 전역 ▪ 중점 지원 대상: 여성 및 아동 ▪ 시사점: 향후 사업 종료 이후의 사업을 지속적으로 관리할 협력국 정부 주체의 역량과 오너십 고려	⇨ ▪ 1차 제안점과 KOICA 사업 분석을 통한 수행 전략 도출
	중점 지원 지역	+	▪ 기 KOICA 지원지역 ▪ 타 공여기관과 협력 가능성이 높은 곳 ▪ 보건지표가 열악한 곳	⇨ - 티그라이, 오로미아, SNNPR주 - 다른 공여기관의 지원과 중복되지 않는 범위의 지역	⇨	⇨
	중점 지원 대상	+	▪ 의료서비스 접근성에 대한 사회/경제적 취약계층	⇨ - 성인 여성 및 여아	⇨	⇨
	사업 제반 환경	+	▪ 현지사무소의 권한과 책임 ▪ 현지사무소 인력구성(보건전문가의 유무)	⇨ - 사업형성 및 발굴에 대한 현지사무소의 권한강화 - 보건분야 전문가의 파견	⇨	⇨

<표 4-11> 에티오피아 통합적 프로그램 사업 사례 (예시)

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

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

⇓ ⇓ ⇓

[프로그램의 목표 및 기대성과]

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

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

3) DR 콩고

○ 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. 기초보건 분야의 경우 프로젝트형 원조를 통해 DR콩고 반둔두주 5개 보건 구역 말라리아 퇴치 및 역량강화사업(12-14/400만불)을 하고 있으며, 이는 전체 보건 분야 지원액 중 96%를 차지한다. 나머지 4%의 경우는 프로젝트 원조 형인 DR콩고 이디오파 식수개발사업(12-14/400백만 불), 전문가 및 봉사단 파견 등이 해당 된다. 현재 DR콩고는 국가의 영토를 516개 지역으로 분류하여 공여기관에게 지원 지역을 선정해주는 시스템을 가지고 있는 국가로서, KOICA는 '반둔두'지역에서 사업을 시작하고 있는 상황이다. 따라서, 한국의 현재 사업 지역 내에서의 보건 문제 해결을 위해, 현재 진행되고 있는 여러 형태의 프로젝트와 단발성 컨설팅 등을 통합하여, 중장기적으로 통합적인 보건프로그램으로 확대하여 이행하는 것이 적합하다고 보인다.

<표 4-12> DR콩고 보건 분야 지원 기본 방향 및 전략의 주요 내용

국가	구분	주요 내용
DR 콩고	보건의료시스템 강화	▪ 보건 의료 인력 양성 (Intermediate level의 보건국 행정 인력 역량 강화) ▪ 모성 보건과 연계한 체계 강화 ▪ 보건의료서비스 접근성 향상 (Integrated Child Illness를 위한 서비스를 제공하는 지원, community health worker와 보건소 역량 강화가 전제되어야 함)
	지원 세부 분야	▪ 모성 보건 및 생식 보건 ▪ 신생아 및 아동 보건
	유형별/형태별 지원	▪ 보건 사업 확대 가능성 고려 ▪ 보건분야 섹터자급지원 고려 ▪ 멀티바이, 시민사회 및 전문기관 협력을 통한 지원확대
	중점지원 지역	▪ 반둔두 지역 내 현재 사업 진행 중인 지역 중심
	중점지원 대상	▪ 성인 여성 및 여아
	범분야 이슈 및 타분야와의 연계	▪ ICT 분야와의 연계를 통한 보건의료 시스템 개선 ▪ 농업분야와의 연계를 통한 보건지표 개선

(출처: 저자작성)

<표 4-13> 보건전략 기본방향 및 수행전략 프레임워크 (DR콩고)

보건 전략			근거 기준 (CP 형)		1차 제안점 도출		KOICA 사업 분석		최종 제안점 도출
기본 방향	중점 지원 분야	+	▪ 기 KOICA 지원분야 ▪ 수원국 보건분야 개발전략 우선순위 ▪ 단기적 접근과 장기적 접근을 모두 고려	⇨	- 통합적 모자보건 프로그램	⇨	▪ DR콩고 반둔두주 5개 보건구역 말라리아 퇴치 및 역량강화사업(12-14/400만불) ▪ DR콩고 모자보건 향상을 위한 Kwango지역 보건역량 강화 사업(2013-15/600만불)	⇨	▪ 보건 지원 분야의 missing gap 발견을 통한 사업의 확장 ▪ 현재 진행 중인 사업의 방향성 변경 및 축소
	세부 지원 분야	+	▪ 수요 미충족(development gap) 분야 ▪ 수원국 요구사항(직접요청) ▪ 타 공여기관 대비 KOICA의 비교우위	⇨	- 지역 사회 수준의 신생아 및 영유아 질병관리(ICCM) - 기초 응급 산과관리 (BEmONC) 서비스 강화 - 지역 수준 보건국의 보건 행정 역량 강화	⇨		⇨	
⇩			⇩		⇩				
세부 수행 전략	유형별/형태별 지원	+	▪ 양자지원의 확대 ▪ 정부채널의 적극적 활용(자금지원) ▪ 다양한 파트너와 협력방안 고려	⇨	- 양자 보건 사업 확대 (프로그램형 사업) - 인도적 지원 - NGO 지원 - 멀티바이 지원 사업 발굴	⇨	▪ 현재 진행 사업의 유형 및 형태: 보건부를 통한 프로젝트형 사업 ▪ 중점 지원 지역: 반둔두 지역 ▪ 중점 지원 대상: 여성 및 여아	⇨	▪ 1차 제안점과 KOICA 사업 분석을 통한 수행 전략 도출
	중점 지원 지역	+	▪ 기 KOICA 지원지역 ▪ 타 공여기관과 협력 가능성이 높은 곳 ▪ 보건지표가 열악한 곳	⇨	- 반둔두 지역 내 현재 사업 진행 중인 지역 중심	⇨		⇨	
	중점 지원 대상	+	▪ 의료서비스 접근성에 대한 사회/경제적 취약계층	⇨	- 성인 여성 및 여아	⇨		⇨	
	사업 수행 제반 환경	+	▪ 현지사무소의 권한과 책임 ▪ 현지사무소 인력구성(보건전문가의 유무)	⇨	- 사업형성 및 발굴에 대한 현지사무소의 권한강화 - 보건분야 전문가의 파견	⇨		⇨	

<표 4-14> DR콩고 통합적 프로그램 사업 사례 (예시)

■ 프로그램명: DR콩고 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.

다. SP 형 (선택적 협력 형; Selective Partnership)

○ 국가협력전략(CPS)내 보건 분야가 중점분야로 포함되지 않은 국가로서, 기존 KOICA가 소규모 보건 분야 지원 사업(봉사단 파견, 연수생 초청)을 수행했던 국가들이다. 리더십과 거버넌스의 투명성 및 책무성의 문제 로 정부 직접 지원이 어려운 경우가 많아 지원의 유형, 채널, 지역 등을 엄밀히 선정하여 선택적으로 협력하는 것이 유효한 유형이다.

○ 카메룬, 우간다의 경우에는 거버넌스의 부정부패 문제가 심각함에 따라서 공공의료체계가 제대로 작동하지 않는 상황으로 보인다. 따라서, 보건시스템 향상보다는 보건문제 해결에 직접적으로 개입하기 위하여 주요 공여기관들이 보건부를 통해 지원 하던 방식을 NGO를 통해 지원하는 방식으로 변경하는 추세이다. 모잠비크 역시 보건 단위 전체에서 부정부패가 산재되어 있으며, 보건의료시스템 전반의 수준이 매우 낮은 상황에 놓여 있다. 또한, KOICA는 현재까지 우간다, 모잠비크에 봉사단 파견 및 연수생 초청 사업을 중심으로 보건 분야를 지원하였을 뿐만 아니라 CPS의 중점분야에 보건 분야가 포함되지 않은 상황을 고려했을 때 향후 보건 사업에 있어서도 선택적 기준이 필요하다고 판단된다.

○ 특히, 대 카메룬 KOICA의 양자지원의 경우, 2012년 기준으로 약 30억 원의 규모만을 지원했다. 사업 유형을 살펴보자면, 프로젝트형 원조를 통해 카메룬 국립응급의료센터 구축 사업(2010-12/300만불)을 지원하고 있으며, 이는 전체 보건 분야 지원액 중 90%를 차지한다. 나머지 10%는 전문가 및 봉사단 파견이 차지하고 있다. 모잠비크의 경우, 전체 양자 지원 (2012년 기준 약 3,400만원)이며, 주요 지원 분야는 기초보건, 인구 정책/시책 및 생식 보건이다. 기초 보건은 전문가 및 봉사단 파견으로 구성되어 있으며, 인구 정책/시책 및 생식 보건의 경우 연수생 초청 프로그램이 해당된다. 우간다는 양자지원으로 약 4억원(2012년 기준)을 지원하고 있으며, 기초보건, 보건 일반 분야의 경우 전문가 및 봉사단 파견의 형태로 지원하고 있다. 인구 정책/시책 및 생식 보건 분야에서는 프로젝트형 사업 1건(우간다 와키소 지역의 산모건강 및 효과적인 가족계획 프로젝트)와 연수생 초청 프로그램을 실시하고 있다.

<표 4-15> 우간다 보건 분야 지원세부 분야

국가	구분	주요 내용
우간다	보건의료시스템 강화	▪ 기초인프라(건물, 기자재, 전기, 식수 등) 개선 ▪ 지역사회 중심의 보건의료체계 개선 ▪ 지역사회 보건의료 인력 개선
	지원 세부 분야	▪ 모성 및 신생아 보건 ▪ 아동 영양 ▪ (청소년) 생식보건 및 가족계획
	유형별/형태별 지원	▪ 양자 지원 사업 발굴의 한계 ▪ 자금지원의 한계 ▪ 민관협력, 멀티바이, 빈퇴금을 통한 혁신 사업발굴
	중점지원 지역	▪ 북동부 지역 및 수단과 DR콩고와 접경하는 북부 지역 ▪ 타 공여기관 대비 소외된 지역에 지원
	중점지원 대상	▪ 청소년 임신율에 영향을 미치는 인구집단인 남성, 여성 청소년 ▪ 여성 및 아동
	범분야 이슈 및 타분야와의 연계	▪ ICT 분야 및 지역사회개발·농업 분야와의 연계를 통한 지역사회 보건의료 시스템 개선

(출처: 저자작성)

<표 4-16> 카메룬 보건 분야 지원세부 분야

국가	구분	주요 내용
카메룬	보건의료시스템 강화	▪ 기초인프라(건물, 기자재, 전기, 식수 등) 개선 ▪ 지역사회의 보건의료인력 양성 ▪ 지역사회 신생아 및 영・유아 보건 개선) ▪ 중앙-지방-지역 간의 응급의료체계 구축
	지원 세부 분야	▪ 지역사회 중심의 신생아 및 영유아 보건 ▪ 모성보건과 함께 응급의료체계의 문제 해결
	유형별/형태별 지원	▪ 양자 지원 사업 발굴의 한계 ▪ 자금지원의 한계 ▪ 민관협력, 멀티바이, 빈퇴금을 통한 혁신 사업발굴
	중점지원 지역	▪ 지역별로 격차 심각 (북부와 동부) ▪ 타 공여기관 대비 소외된 지역에 지원
	중점지원 대상	▪ 농촌지역 여성과 아동
	범분야 이슈 및 타분야와의 연계	▪ 인프라 분야와의 연계를 통한 보건의료 시스템 개선 ▪ 농업분야와의 연계를 통한 보건지표 개선

(출처: 저자작성)

<표 4-17> 모잠비크 보건 분야 지원세부 분야

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

(출처: 저자작성)

라. LP 형 (제한된 협력 형; Limited Partnership)

○ 나이지리아의 보건 분야 예산은 전체 보건 예산의 5% 미만을 차지하고 있으며 과거 많은 공여기관들이 나이지리아 보건 분야에 지원을 해왔음에도 불구하고 그 효과성은 거의 나타나지 않는다는 보고가 많다. 이에 따라서, 공여기관들은 나이지리아의 보건 분야 지원에 있어 출구전략을 마련하거나 혹은 소규모의 원조금액을 활용하여 대규모의 정부 보건 재정을 효과적으로 활용할 수 있는 방향으로 지원하려는 전략적 방향성을 가지고 있는 추세이다. KOICA 또한 인구정책/시책 및 생식 보건 분야에서 협력국 공무원의 연수생 초청을 실시하는 정도의 보건사업이 이루어졌다. 이와 같은 환경을 고려할 때, 보건사업성과 확보를 전제로 하는 제한된 접근 혹은 대안 모델의 발굴이 필요하다.

<표 4-18> 나이지리아 보건 분야 지원세부 분야

국가	구분	주요 내용
나이지리아	보건의료시스템 강화	▪ 나이지리아 공공 보건시스템 개선에 집중 ▪ 지방-지역 간의 보건의료 체계 강화 ▪ 지방-지역 정보관리 및 행정체계 강화 ▪ 지역사회의 보건의료 전문인력 양성에 집중
	지원 세부 분야	▪ 신생아 및 영·유아 보건 및 영양 ▪ 생식 보건 및 가족계획
	유형별/형태별 지원	▪ 현상유지 혹은 출구전략 ▪ 국제기구, 전문기관, 분쟁전문 시민사회 기관등을 통한 지원
	중점지원 지역	▪ 북부와 동부 취약 ▪ (필요시) 라고스 시 등 도시외곽 지역 지원 고려
	중점지원 대상	▪ 여성, 아동, 여성 및 남성 청소년
	범분야 이슈 및 타분야와의 연계	▪ 인프라 사업을 통한 보건의료 시스템 개선

(출처: 저자작성)

4. 맺음말

○ 본 연구는 KOICA가 지원하는 모든 국가를 대상으로 하는 상위 보건전략의 내용과 조화를 두면서도, 국가별 개발의 맥락과 보건문제의 특수성을 고려한 국가중심의 맞춤형 보건전략 수립을 위해 기획되었다. KOICA는 국가별로 아프리카의 주변국가와 보건 정책 환경이 상당히 상이하다는 것을 인지하고, 보건 정책과 전략을 수립하는 과정에서의 접근법, 전략, 과정, 환류의 과정이 타 아프리카와 상이한 특수한 맥락을 이해하고 그 전략을 수립해야 할 것이다.

○ 이와 같은 맥락에서 아프리카의 보건의료의 과제 또한 이제 단순한 서비스의 접근성 문제에서 보건의료 체계를 강화하는 통합적인 접근법, 지속가능한 보건의료 서비스를 제공하기 위한 서비스와 인력의 질의 과제를 고민하는 방향으로 전환되고 있다. 본 연구진은 국가별 보건문제의 보편성과 특수성을 연구하고, 주요 공여기관들의 국가별 보건지원전략에 관련된 연구에 초점을 맞춘 후, 총 4개의 세부주제 – 개발의 배경, 보건전략의 기본방향, 중점 지원 분야 및 세부전략, 보건사업 수행전략으로 구분하여 정책제언을 작성하였다. 이에 근거하여, 첫째, 르완다에서는 중장기적으로 보건 분야 지원 확대를 고려하되, 단기적으로는 혁신적 보건 프로그램 (Partnership for Innovative Health Program)을 발굴하고 지원하는데 초점을 두며; 둘째, 가나, 에티오피아, DR콩고에서는 현재 진행 중인 보건사업들을 종합하여 중장기적인 통합적인 보건 프로그램(Partnership for Comprehensive Health Program)으로 발전시키고; 셋째, 우간다, 카메룬, 모잠비크에서는 보건의료 분야 지원의 환경적인 제역을 고려하여, 선택적으로 협력하고(Selective Partnership); 넷째, 나이지리아에서는 효과성이 담보되는 규모 내에서 현재 규모를 유지하거나 다자협력, 민관기관에 대한 전적인 위임을 강조하는 제한된 협력(Limited Partnership)의 유형을 제시하고자 한다.

○ 위와 같이 아프리카의 국가별 환경과 보건의료 분야 개발 컨텍스트를 고려한 영질의 사업의 발굴하기 위해서는, 무상원조 가관차원에서 a) 향후 보건 분야가 중점분야에 선정되는 CPS 차원에서의 정책결정, b) 〈KOICA 국가별 전략〉 하위에 보건 분야가 주요 협력 분야로 선정을 위한 전략적 결정, c) 非양자사업 분야에서 새로운 유형, 형태, 채널, 파트너, 기술을 접목하여 사업을 발굴하고 기획 할 수 있는 의지와 전략적 결정이 필요하다.

○ 장기적으로 국제적 흐름과 아프리카 국가 현지에 알맞은 양질의 사업을 이행하기 위한 KOICA 현지사무소의 인력 운영계획 보강, 보건 분야 전문성 강화방안, 국내외 보건사업을 담당하는 전문기관 및 시민사회 단체들과의 보다 긴밀한 협력이 필요하다. 특히, 국가별 개발의 맥락, 보건문제의 특이성, 국가별 보건시스템의 문제와 과제에 근거하여 보건사업이 발굴되고 이행되기 위해서는 양질의 보건사업이 발굴하고 효과적으로 모니터링 강화를 위한 전문관 제도의 확대와 현장중심 사업 딜리버리 기관들의 역량이 강화되어야 할 것이다. 중장기적으로 해외 현지사무소에는 중점분야별로 1~2인의 전문관이 반드시 상주해야 하며, 향후 보건 분야가 향후 전략분야라고 판단할 시에는 보건전문관 파견과 함께, 사업형성 전문가 혹은 다자전문가 혹은 민관협력 분야 발굴전문가가 파견되는 것이 중요하다. 이와 같은 전문 인력과 행정인력 파견의 확대 없이 현장중심으로 진행되는 양질의 사업 발굴, 긴밀한 모니터링, 국제기구 및 현지 보건전문기관과의 밀접한 협력관계가 용이하지 않을 것으로 예상되며, 특히 정책대화, 국제기구와의 공동 사업 발굴, 프로그램형 사업 발굴, 혁신적인 사업 발굴과 이행 등 중요한 전략적 노력이 필요한 아프리카에서 효과적인 보건사업의 이행을 위해서는 우수한 인력의 공급과 우수한 보건사업 집행기관의 현장중심, 콘텐츠 중심 사업에 대한 역량강화가 무엇보다 중요할 것이다.

○ 본 연구는 국내 보건 분야 ODA 전략 연구들이 기존에 집중적으로 다루지 못했던 아프리카 지역과 섹터의 한 분야를 결합하는 연구이다. 특히, 우리나라 보건 정책과 사업 층위의 중간 고리인 전략 수준의 내용을 중점적으로 다루면서, 기존의 연구들이 심도 있게 다루지 못한 국가별 특수한 맥락, 보건 시스템의 과제, 보건문제와 불평등에 대한 재조명, 타 원조기관 보건 분야 사업의 전략 및 사례를 종합적으로 연구한 데 본 연구의 의의가 있다. 이번 연구를 통해 국가별 보건의료 맥락을 고려한 연구가 실시되었다면, 향후 보건의료 세부 영역 및 세부 주제별로 보다 혁신적인 사업의 발굴을 위한 후속 연구들이 이루어지기를 기대해 본다. /끝/.

참 고 문 헌

가. 국내 문헌

국제개발협력위원회. 2011. 「가나 국가협력전략 2011-2015」.
_____. 2012. 「콩고민주공화국 국가협력전략 2012-2015」.
_____. 2012. 「에티오피아 국가협력전략 2012-2015」.
_____. 2013. 「나이지리아 국가협력전략 2013-2015」.
_____. 2013. 「르완다 국가협력전략 2013-2015」.
_____. 2013. 「모잠비크 국가협력전략 2013-2015」.
_____. 2013. 「우간다 국가협력전략 2013-2015」.
_____. 2013. 「카메룬 국가협력전략 2013-2015」.

글로벌발전연구원. 2013. 『타 해외 원조기관 정책 수립 및 사업수행체계 연구』. 한국국제협력단
_____. 2014. 『아프리카 지역 보건 분야 협력방안 연구: 가나』. 한국국제협력단
_____. 2014. 『아프리카 지역 보건 분야 협력방안 연구: 나이지리아』. 한국국제협력단
_____. 2014. 『아프리카 지역 보건 분야 협력방안 연구: DR콩고』. 한국국제협력단
_____. 2014. 『아프리카 지역 보건 분야 협력방안 연구: 르완다』. 한국국제협력단
_____. 2014. 『아프리카 지역 보건 분야 협력방안 연구: 모잠비크』. 한국국제협력단
_____. 2014. 『아프리카 지역 보건 분야 협력방안 연구: 에티오피아』. 한국국제협력단
_____. 2014. 『아프리카 지역 보건 분야 협력방안 연구: 우간다』. 한국국제협력단
_____. 2014. 『아프리카 지역 보건 분야 협력방안 연구: 카메룬』. 한국국제협력단

한국국제협력단. 2011. 「KOICA 보건 분야 전략 2011-2015」. 한국국제협력단

한국보건사회연구원. 2011. 「한국 보건의료분야 공적개발원조(ODA)의 효과적 운영방안 연구」. 한국보건사회연구원.

한국보건산업진흥원. 2009. 「보건복지의료 분야 ODA(공적개발원조)사업의 효율적 추진방안 개발연구」. 한국보건산업진흥원

한국보건의료재단. 2012. 「보건의료 협력 전략 2012-2015 권역보고서 (Health Partnership Strategy: South America and Subsaharan Africa)」. 한국보건의료재단

나. 국외 문헌

WHO. 2001. “WHO Commission for Macroeconomics and Health“. WHO

____. 2010. “Monitoring the Building Blocks of Health Systems: A Handbook of Indicators and their Measurement Strategies“. WHO

____. n.d. “Health and Development in Africa“. WHO

____. n.d. “ODA for Health“. WHO

다. 인터넷 웹페이지

한국국제협력단. http://www.koica.go.kr

Center for Global Development. http://www.cgdev.org/page /mdg-progress-index-gauging-country-level-achievements. CGDEV

OECD Statistics. http://www.oecd.org/dac/stats

UNICEF Statistics. http://www.childinfo.org/statistical_tables.html

WHO. http://www.wpro.who.int/health_services/health_systems_framework/en/

[부록 1] KOICA의 국가별 보건 분야 지원 현황

<표 1> KOICA의 DR콩고 보건 분야 프로젝트형 사업 현황 (2014년 8월 기준)

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)

<표 2> KOICA의 가나 보건 분야 프로젝트형 사업 현황 (2014년 8월 기준)

사업명	기간	지원금액(USD)
가나 테마병원 현대화 지원사업	2003	30만 불
동부지역 아동 및 모성사망률 감소 지원 사업	2008-2009	200만 불
동부 볼타지역 수인성 전염병 관리사업	2011-2013	400만 불
볼타지역 모자보건 개선 사업	2013-2017	600만 불

(출처: KOICA 통계 사이트)

<표 3> KOICA의 에티오피아 보건 분야 프로젝트형 사업 현황 (2014년 8월 기준)

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

(출처: KOICA 통계 사이트)

<표 4> KOICA의 카메룬 보건 분야 프로젝트형 사업 현황 (2014년 8월 기준)

사업명	기간	지원금액(USD)
카메룬 국립 응급의료센터 구축사업	2010-2012	300만 불

(출처: KOICA 통계 사이트)

[부록 2] 8개국 MDG 진행 상황

○ 본 내용은 8개국의 MDG 4, 5, 6의 진행 상황을 나타내는 지표로써 각 목표 별로 1990년 기준 대비 현재 년도 상의 수치를 비교하고 있으며 이에 대한 결과를 MDG 진척 점수 (Progress Score)로 점수화하였다. '0'의 경우 목표 달성이 어려운 경우이며 (off track), ' 0.5 '의 경우 부분적으로 궤도에 오른 상황 (partially on track), ' 1 '은 궤도에 오른 상황(on track)을 의미한다. 8개 국가에 대한 진척 상황 요약은 본문 28쪽 〈표 2-1〉를 참조할 수 있다.

<표 9> MDG Progress Index 2013

MDG #4: 아동 사망률 2/3 감소

국가	기준 수치	기준 년도	현재 수치	현재 년도	변화량	요구 향상률	MDG 진척 점수
카메룬	147.8	1990	154.3	2009	6.5	-74.9	0
DR콩고	198.6	1990	198.6	2009	-0.0	-100.6	0
에티오피아	209.5	1990	104.4	2009	-105.1	-106.1	0.5
가나	120.1	1990	68.5	2009	-51.6	-60.9	0.5
모잠비크	232.4	1990	141.9	2009	-90.5	-117.7	0.5
나이지리아	211.7	1990	137.9	2009	-73.8	-107.3	0.5
르완다	170.7	1990	110.8	2009	-59.9	-86.5	0.5
우간다	184.2	1990	127.5	2009	-56.7	-93.3	0.5

MDG #5: 모성 보건 향상

국가	기준 수치	기준 년도	현재 수치	현재 년도	변화량	요구 향상률	MDG 진척 점수
카메룬	523.0	1990	705.0	2008	182.0	-282.4	0
DR콩고	550.0	1990	534.0	2008	-16.0	-297.0	0
에티오피아	968.0	1990	590.0	2008	-378.0	-522.7	0.5
가나	549.0	1990	409.0	2008	-140.0	-296.5	0
모잠비크	385.0	1990	599.0	2008	214.0	-207.9	0
나이지리아	473.0	1990	608.0	2008	135.0	-255.4	0
르완다	813.0	1990	383.0	2008	-430.0	-439.0	0.5
우간다	571.0	1990	352.0	2008	-219.0	-308.3	0.5

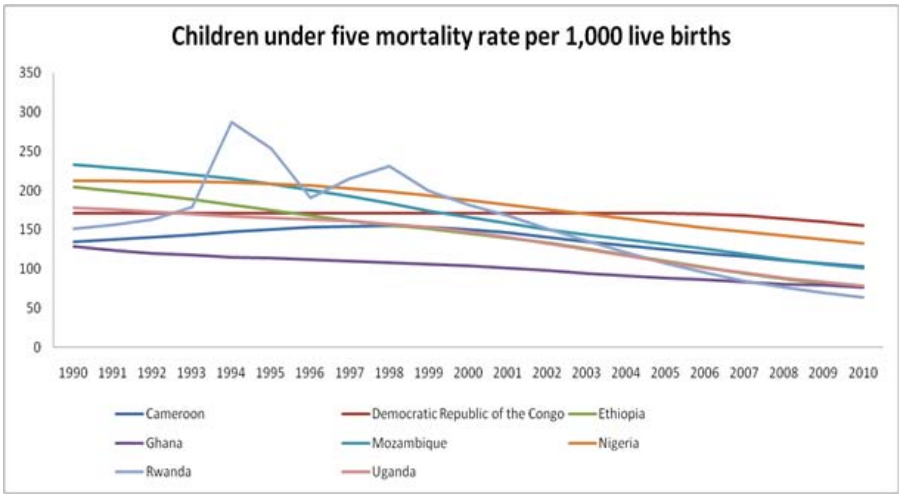
MDG #6: 2015년까지 HIV/AIDS 확산 절반 감소 및 역전

국가	기준 수치	기준 년도	현재 수치	현재 년도	변화량	요구 향상률	MDG 진척 점수
카메룬	0.6	1990	5.3	2009	4.70	0.00	0
DR콩고	-	-	-	-	-	-	NA
에티오피아	-	-	-	-	-	-	NA
가나	0.3	1990	1.8	2009	1.50	0.00	0
모잠비크	1.2	1990	11.5	2009	10.30	0.00	0
나이지리아	1.3	1990	3.6	2009	2.30	0.00	0
르완다	5.2	1990	2.9	2009	-2.30	0.00	1
우간다	10.2	1990	6.5	2009	-3.70	0.00	1

1. 아동 보건 관련 8개국 MDG 지표 연도별 추이 비교 분석 [4)]

○ (아동 보건) 신생아, 영·유아를 포함하는 아동 보건과 관련한 'MDG 4 아동사망 감소'는 1) 5세 이하 아동 사망률; 2) 1세 이하 아동 사망률; 3) 1세 이하 아동 홍역 예방 접종률 등 3개 하위 지표로 구성된다. 아래 그림은 해당 목표에 대한 8개 국가의 연도별 추이를 나타내고 있다. 본 추이를 통해서 각 국가의 아동 사망률 이슈의 상대적 중요성을 인지하고, KOICA 보건 분야 지원 협력 방안을 위한 보건 문제의 우선순위를 선정하는데 참고 자료로 활용할 수 있을 것이라고 판단한다.[5)]

<그림 1> 5세 이하 아동 사망률

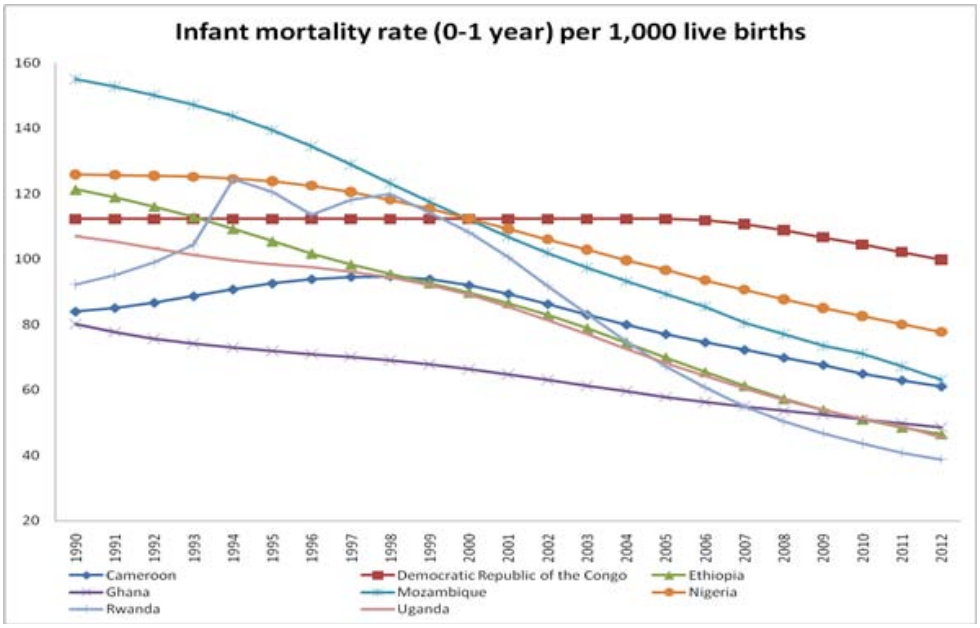


Source: calculation based on UNSD

○ (5세 이하 아동 사망률) 현재 DR콩고의 5세 이하 아동 사망률이 8개국 중 가장 심각한 수치를 나타내고 있으며, 나이지리아, 카메룬, 모잠비크, 우간다, 에티오피아, 가나, 르완다 순이다. 르완다의 경우에는 1994년 내전을 시작으로 아동 사망률이 치솟았으나, 그 이후 꾸준히 감소하여 지속적인 향상을 보인 반면, DR 콩고의 아동 사망률은 감소 없이 오히려 조금 증가한 상황이다.

4) 본 자료는 절대적인 수치의 인용보다는 8개국의 상대적 수준을 참고하는 데 활용하기 위한 목적으로 작성되었음.
5) MDG report 2013, Assessing Progress in Africa toward the MDGs, UNDP

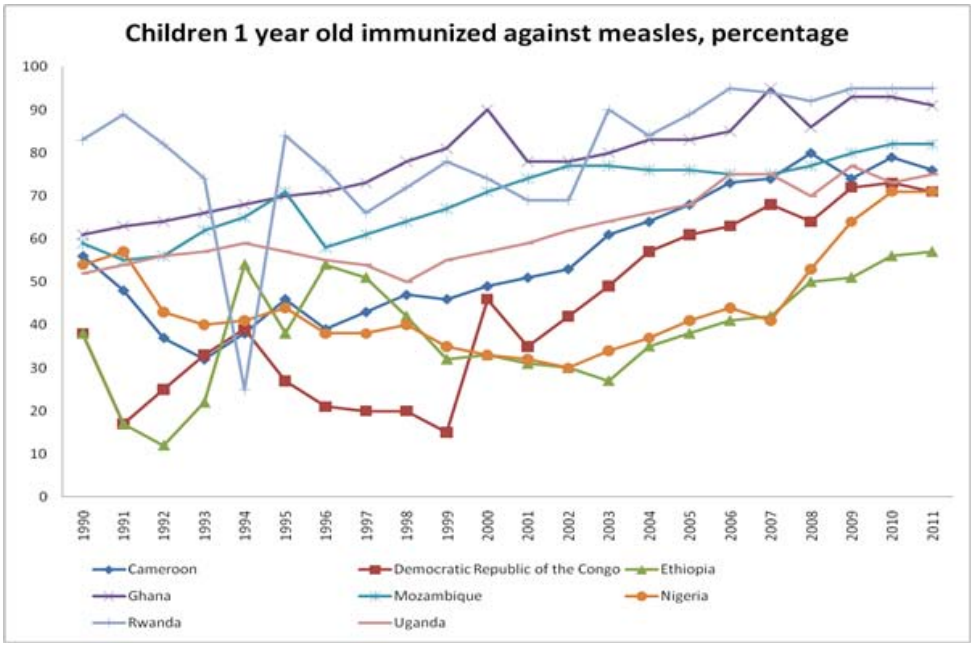
<그림 2> 1세 이하 영아 사망률



Source: calculation based on UNSD

○ (1세 이하 영아 사망률) 1세 이하 영아 사망률의 경우에도, 2011년을 기준으로 DR콩고가 가장 높게 나타나고 있으며, 나이지리아, 모잠비크, 카메룬, 가나, 에티오피아, 우간다, 르완다 순이다. 이는 5세 미만 아동 사망률의 추세와 유사한 경향을 보이고 있다.

<그림 3> 1세 이하 홍역 예방접종 아동 비율



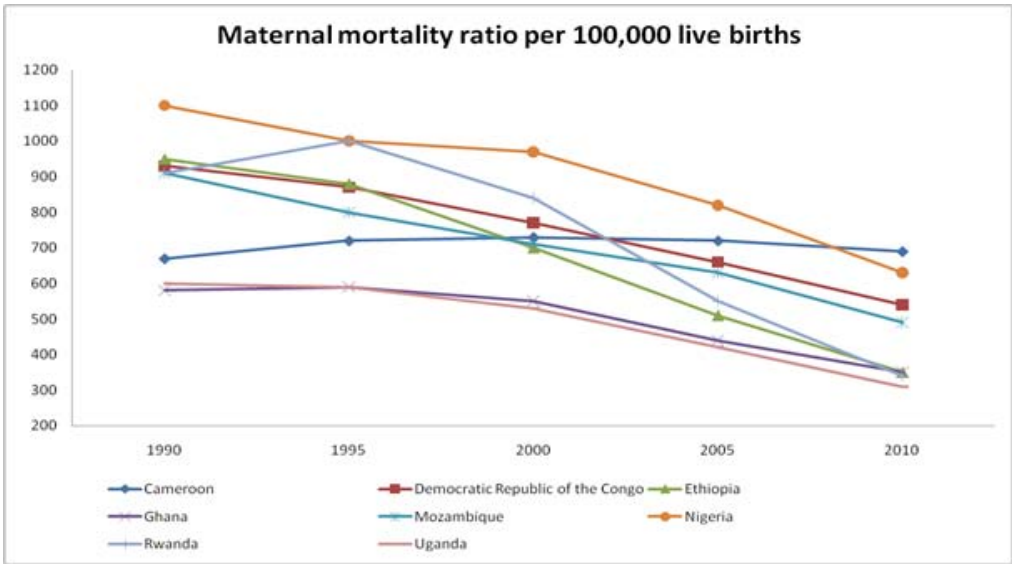
Source: calculation based on UNSD

○ (1세 이하 홍역 예방 접종 아동 비율) 1세 이하 홍역 예방 접종 아동 비율은 2012년 기준 르완다, 가나, 모잠비크, 카메룬, 우간다, DR콩고, 나이지리아, 에티오피아 순으로 나타났다. 대부분의 국가가 1990년 대비 홍역 예방 접종 비율은 증가하였으나, 르완다는 접종 비율이 약 90%이상인 반면 에티오피아의 경우 50% 정도이다. 각 국가의 영아 사망률의 원인을 분석하여 홍역이 주요 사망원인으로 나타나는 국가들은 홍역 예방 접종에 대한 지원을 고려해 볼 수 있다.

2. 모성 보건 관련 8개국 MDG 지표 연도별 추이 비교 분석

○ (모성 보건) 모성보건과 관련한 'MDG 5 모성보건 향상'은 1)모성 사망비 감소 (모성 사망률, 숙련된 인력에 의한 출산율); 2) 생식 보건에 대한 보편적 접근 달성 (콘돔 예방율, 청소년 출산율, 신생아 의료 커버리지; 가족 계획에 대한 불충족 수요)등의 하위 지표로 구성된다. 아래 그림은 해당 목표에 대한 8개 국가의 연도별 추이를 나타내고 있다. 본 추이를 통해서 각 국가의 모성 보건 이슈의 상대적 중요성을 인지하고, KOICA 보건 분야 지원 협력 방안을 위한 보건 문제의 우선순위를 선정하는데 참고 자료로 활용할 수 있을 것이라고 판단한다.[6)]

<그림 4> 모성사망비



Source: calculation based on UNSD

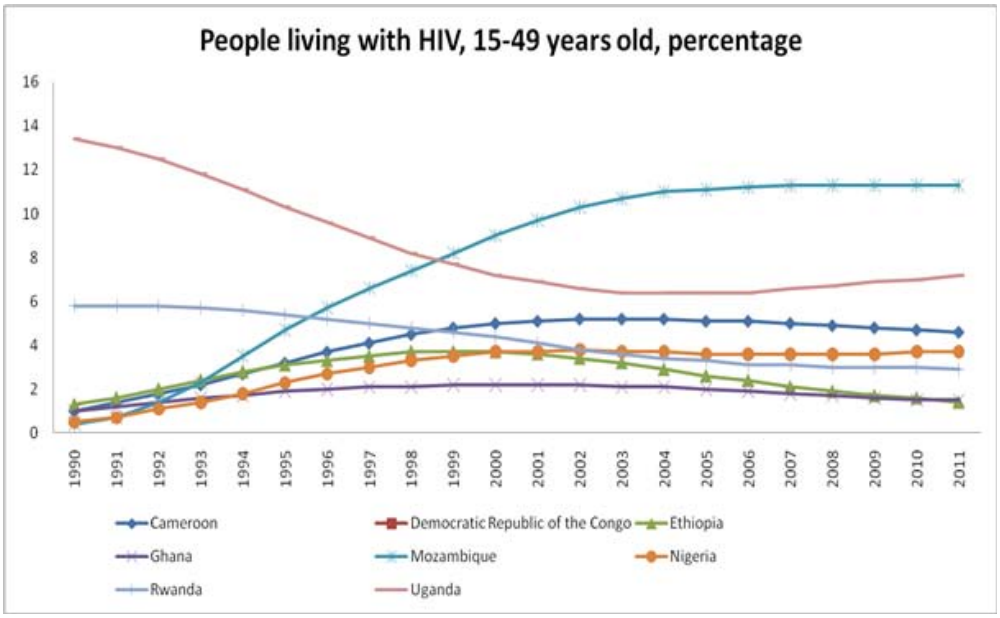
○ (모성 사망비) 2010년 기준 8개국 중 가장 심각한 모성 사망비를 보이고 있는 국가는 카메룬이며, 뒤를 이어 나이지리아, DR콩고, 모잠비크, 가나, 르완다, 에티오피아, 우간다 순이다. 카메룬은 모성 사망비에 있어서 1990년 대비 정체되어 있는 상황이며, 나이지리아, DR콩고는 현재 상위권에 랭크 되어 있지만 꾸준히 감소하고 있는 추세이다.

6) MDG report 2013, Assessing Progress in Africa toward the MDGs, UNDP

3. 전염성 질환 관련 8개국 MDG 지표 연도별 추이 비교 분석

○ (HIV/AIDS 감염자 비율) 15~49세 에이즈 감염자 비율을 살펴보면, 모잠비크는 1990년 이후 2000년까지 1%미만에서 10%수준으로 급격히 증가하였으며, 2000년 이후 증가 추세는 완화되었지만 꾸준히 증가하고 있는 상황이다. 다른 7개 국가 대비 모잠비크의 HIV/AIDS 문제는 절대적으로 심각하다고 보인다. 뒤에 이어 우간다, 카메룬, 나이지리아, 르완다, 가나, 에티오피아가 차지하고 있으며 우간다는 1990년 당시 상황은 심각하였지만 2000년까지 지속적으로 감소하였다. 그러나, 2006년을 기점으로 조금씩 상승하는 추세를 보이고 있다는 것이 특징이다.

<그림 5> 15-49세 에이즈 감염자 비율



Source: calculation based on UNSD

[부록3] 최종보고회 PT

KOICA 최종보고회

아프리카지역 보건분야 협력방안 연구

일시: 2014년7월17일(목) 오전10시00분

ReDI 사회글로벌발전연구원
Re-shaping Development Institute

1

Contents

PART 1 연구 개요
PART 2 8개국 보건 문제 및 의료시스템 분석
PART 3 8개국 공여기관 보건분야 지원 현황 분석
PART 4 KOICA 보건 분야 협력 방안
PART 5 KOICA 보건 분야 협력 방안 8대 시사점
PART 6 Q&A 및 토의

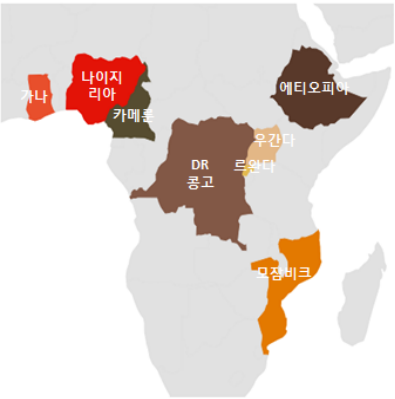
2

1. 연구 개요

3

연구의 배경 및 필요성

아프리카 8개 중점협력국



연구의 배경 및 필요성

- 아프리카 빈곤 퇴치를 위한 보건 분야 지원의 필요성
- KOICA의 아프리카 보건 분야 협력 방안 수립의 필요성

연구의 의의

- KOICA 지역+섹터 지원 방안 연구
- 보건과 빈곤/불평등과의 관계 제시
- 타 원조기관 보건 분야 사업 최신현황 조사 및 분석

ReDI 사회 글로벌발전연구원

연구의 목적 및 내용

연구의 목적

- 아프리카 8개국 중점협력국의 보건 현황, 이슈, 체계 및 타 해외 공여기관의 보건 지원 전략 및 현황의 분석을 통해 'KOICA의 보건 분야 지원 전략' 마련을 위한 기초자료 및 정보를 수집하여 지원전략과 방법을 제시하는 것

연구의 내용

- 아프리카 8개국 보건 현황 및 주요 이슈 조사
- 아프리카 8개국 보건 체계 조사
- 국가별 공여기관의 보건 분야 공여 현황 조사 및 성과 분석

ReDI 새글로벌발전연구원 Re-shaping Development Institute

연구의 범위 및 분석틀

ReDI 새글로벌발전연구원 Re-shaping Development Institute

연구의 수행 단계 및 방법

연구의 수행 단계

- 1단계: 연구 매트릭스 개발
- 2단계: 국내 문헌조사를 통한 기초 데이터 축적
- 3단계: 해외 현지조사를 통한 데이터 축적
- 4단계: 국내외 조사 결과를 통해 수집된 자료의 심화 분석 실시
- 5단계: 아프리카 중점협력 8개국의 보건 부문 협력방안 도출

8개국 현지조사 일정 요약

연구팀	국가	일정	참여 연구진
A	우간다	2014.02.12.~2014.02.22	박정한, 홍문숙, 마연지
	르완다	2014.02.22.~2014.03.01	박정한, 홍문숙, 마연지
	모잠비크	2014.03.01.~2014.03.08	박정한, 홍문숙, 마연지
B	DR콩고	2014.02.15.~2014.02.22.	이태주, 서 경, 민영희, 신선연
	카메룬	2014.02.23.~2014.02.28.	이태주, 서 경, 민영희, 신선연
	에티오피아	2014.03.01.~2014.03.07.	이태주, 민영희
C	가나	2014.04.12.~2014.04.19	박정한, 홍문숙, 이경철
	나이지리아	2014.04.19.~2014.04.25	박정한, 홍문숙, 이경철

ReDI 사회글로벌발전연구원 Re-shaping Development Institute

아프리카 8개국 현지조사 면담 기관

국가	양자 및 다자기관	기타 (학계 및 NGO)
르완다	USAID, BTC, SDC, GIZ, UNICEF	Clinton Health Access Initiative, MSH, Family Health International 360, University of Rwanda, KOICA 르완다 현지사무소
DR콩고	GIZ, USAID, Japan (National Center for Global Health and Medicine), UNICEF	University of Kinshasa, KOICA DR콩고 현지사무소, 사업지 (Kenge)
에티오피아	USAID, Italian Development Cooperation, DFID	Pathfinder International, Family Guidance Association of Ethiopia, KOICA 에티오피아 현지사무소
가나	DFID, JICA, USAD, WHO, UNICEF	University of Ghana, Alliance for Reproductive Health Rights (ARHR), Ghana Coalition of NGOs in Health, JHPIEGO, KOICA 가나 현지사무소
우간다	DFID, JICA, UNICEF	UNHCO, RHU, World Vision, KOICA 우간다 현지사무소
카메룬	USAID, GIZ, AFD	Clinton Foundation, Care International, MSH, MSF, Plan International, KOICA 카메룬 현지사무소
모잠비크	JICA, Italy, Netherlands, CIDA, AECID, UNICEF, UNFPA, WHO	NAIMA+, CUAMM, Pathfinder International, KOICA 모잠비크현지사무소
나이지리아	DFID, JICA, USAID, World Bank, UNICEF	Family Health International 360, ARFH, KOICA 나이지리아 현지사무소

ReDI 사회글로벌발전연구원 Re-shaping Development Institute

2. 8개국 보건 문제 및 의료시스템 분석

9

아프리카 8개국 보건정책 우선순위와 CPS 및 KOICA 보건전략

국가	보건정책 우선순위	아국 CPS 및 보건분야 지원
르완다	▪ **(르완다 HSSPⅢ 우선순위 분야)** 모자보건 • 감염성질환 • 비감염성질환 예방 및 통제: 경제적 • 지리적 • 지역사회 내 보건의료서비스 접근성 향상: 보건의료서비스 질 향상:보건의료시스템 강화 (특히 지역사회 수준): 보건의료인력의 수적 • 질적 개선)	▪ **(CPS 중점분야)** 농업, ICT, 교육(직업훈련)
DR콩고	▪ **(보건시스템강화전략, SSS)** 보건구역 개발, 보건분야 리더십 및 거버넌스 강화, 보건 인력개발, 약품 개선, 보건재정 개선 ▪ **(국가보건개발계획, PNDS)** 보건지역개발 및 개발을 위한 지원, 리더십 및 거버넌스 강화, 섹터간 협력 강화	▪ **(CPS 중점분야)** 농촌종합개발, 보건환경, 보건의료 ▪ **(보건분야 지원)** 말라리아 퇴치, 모자보건을 위한 지역보건의료체계 강화
에티오피아	▪ **(제 4차 보건분야개발계획)** 보건서비스 접근성 향상, 지역사회 책임의식 강화, 재정 유동성과 활용도 향상, 보건의료 질 개선, 공공 응급의료 대응성 향상, 의약품 공급 및 관련 서비스 향상, 규제 시스템 개선, 근거중심 의사결정과 조화, 보건의료 인프라 개선, 인적자원개발 및 리더십 향상 총 10가지의 세부목표를 가지고 있음	▪ **(CPS 중점분야)** 4대 중점분야는 모자보건과 식수, 농촌지역개발 및 영농기술 훈련, 기술직업 및 교육훈련, 전력과 도로 및 인프라 구축임
가나	▪ **(보건분야 중기 개발계획(HSMTDP))** 보건서비스 접근성 향상, 보건 거버넌스 개선, 모자보건, 전염성/비전염성 질환, 정신보건서비스 ▪ **(MDG달성을 위한 국가행동계획)** 가족계획을 개선, 숙련된 인력에 의한 분만률 개선, 응급산과처치 및 신생아관리 개선, 범분야	▪ **(CPS 중점분야)** 전력인프라, 보건 및 위생환경, 기초교육환경 ▪ **(보건분야 지원)** 모자보건

2011-2015 KOICA 보건분야전략

- □ 보건의료 인적 역량 강화
- □ 보건의료 제도적 역량 강화
- □ 보건의료 서비스 접근성 강화
- □ 모자보건 및 가족계획 향상
- □ 전염성 질병 예방 및 관리 강화

ReDI 사회글로벌발전연구원 Re-shaping Development Institute

아프리카 8개국 보건정책 우선순위와 CPS 및 KOICA 보건전략

국가	보건정책 우선순위	아국 CPS
우간다	□ **(보건분야 4 클러스터)** 건강증진·질병예방 및 지역사회 보건 이니셔티브; 모자보건; 전염성질환의 예방, 관리 및 통제; 비전염성질환(NCD)의 예방, 관리 및 통제	□ **(CPS 중점분야)** 농업, ICT, 경제 인프라
카메룬	□ **(국가보건개발계획, PNDS)** 보건시스템 강화, 모성, 아동, 청소년 보건 향상, 질병대책 강화, 국민들의 건강한 삶에 대한 태도 증진 4가지가 중점 분야임	□ **(CPS 중점분야)** 3대 중점지원 분야는 인적자원개발, 사회 산업 인프라, 농촌종합개발임. 보건분야는 사회산업 인프라 하위에 포함되어 있음 □ **(보건분야 지원사업)** 현재 국립응급의료센터 구축사업 수행 중 (2010-2014)
모잠비크	□ **(모잠비크 PESS Ⅲ우선순위)** 모성 및 신생아 보건; 만성 영양실조 감소; 3대 전염성 질환을 포함한 질병부담 감소; 5세 미만 아동 사망률 감소; 비전염성질환과 부상관리	□ **(CPS 중점분야)** 에너지·교통·인프라, 농업, 인적자원개발
나이지리아	□ **(나이지리아 비전 20:2020)** 전염성 질환 및 기타 질병에 대한 부담 완화, 평균 기대수명의 연장 □ **(국가전략보건계획 2010-2015, NSHDP)** 리더십과 거버넌스, 보건서비스 전달, 보건인력, 보건재정, 보건정보관리시스템, 파트너십, 커뮤니티 참여 및 주인의식, 보건연구	□ **(CPS 중점분야)** 인적자원개발, 국가핵심기능 강화 □ **(보건분야 지원사업)** HIV/AIDS 진단 역량강화 사업, 연수생 초청

2011-2015 KOICA 보건분야전략

- □ 보건의료 인적 역량 강화
- □ 보건의료 제도적 역량 강화
- □ 보건의료 서비스 접근성 강화
- □ 모자보건 및 가족계획 향상
- □ 전염성 질병 예방 및 관리 강화

ReDI 새글로벌발전연구원 Re-shaping Development Institute

아프리카 8개국 보건 지표 현황 비교

- □ 모성 보건 지표: 모성 사망비의 경우, 카메룬, 나이지리아, DR콩고, 모잠비크 순으로 높음. 출산 시 전문 의료 인력의 참여율은 에티오피아, 나이지리아가 평균 이하임. 임신 여성의 산전 관리율은 에티오피아가 가장 낮은 수치를 보였으며, 르완다(4회 이상), 나이지리아 (1회 이상)도 평균 이하의 수치를 기록하였음.
- □ 아동 보건 지표: 5세 이하 아동 사망률은 나이지리아, DR콩고가 평균 이상이며, 영유아 사망률은 카메룬, 모잠비크, 나이지리아, 신생아 사망률은 DR콩고, 나이지리아가 평균 대비 심각한 것으로 나타남.
- □ 질병별 지표: HIV/AIDS 사망률은 모잠비크가 가장 심각하였으며, 말라리아는 나이지리아, 모잠비크, DR콩고 순이었음. 살충제 처리된 모기장에서 자는 5세 미만 아동 비율은 DR콩고와 모잠비크가 가장 낮은 수치를 기록함.

분류	지표	가나	카메룬	DR콩고	에티오피아	르완다	우간다	모잠비크	나이지리아	아프리카
일반 지표	출산율 (여성 1인당 출산)	4.1	4.4	6.1	4.0	5.3	6.1	4.8	5.5	4.8
모성 보건 지표	모성 사망비 (출생 10만 건당)	350	690	540	350	340	310	490	630	480
	숙련된 의료인력에 의한 출산(%)	55	64	80	10	69	58	54	34	49
	가족계획 서비스 미충족 요구 여성 비율 (%)	36	-	24	25	19	38	-	19	25
	15-49세 가임여성 중 피임율 (%)	24	23	18	29	52	30	12	14	27
	산전관리율 (%)									
	1) 1회 이상 방문	87	85	89	34	98	95	91	53	74
	2) 4 회 이상 방문	78	-	44	19	35	48	-	45	43
아동 보건 지표	5세 미만 아동 사망률 (출생 1000명당)	78	93	111	77	54	90	103	124	107
	영아 사망률(출생 1000명당)	52	79	68	52	38	58	72	78	68
	신생아 사망률(출생 1000명당)	29	33	47	31	21	28	34	39	34
	5세 미만 저체중 아동 비율 (%)	14.3	15.1	24.2	29.2	3.0	4.8	4.2	26.7	25.2
질병별 지표	질병별 사망률 (인구 10만 명당)									
	1) HIV/AIDS	61	172	-	-	58	181	310	132	139
	2) 말라리아	52	79	119	4	4.2	52	125	131	72
	발병률 (인구 10만 명당)									
	1) HIV/AIDS	52	212	-	-	93	421	535	208	205
	2) 말라리아	26763	24735	27349	6353	5543	28921	31941	31913	20,913
	유병률 (인구 10만 명당)									
	1) HIV/AIDS	907	2766	-	-	1909	4030	5827	2095	2,725
	2) 결핵	92	299	512	237	117	153	490	171	293
기타 지표	살충제 처리된 모기장에서 자는 5세 미만 아동 비율 (%)	38	13	6	33	69	42	7	29	32

ReDI 새글로벌발전연구원 Re-shaping Development Institute

아프리카 8개국 보건 관련 MDG 이행 상황

국가	MDG 4	MDG 5		MDG 6
	아동사망률	모성 사망비	생식보건 접근성	HIV/AIDS 비율
카메룬	Off track 높은 사망률	Off track 매우 높은 사망률	낮은 정도의 접근성	Off track 높은 발생률
DR콩고	Off track 높은 사망률	Partially on track 매우 높은 사망률	낮은 정도의 접근성	-
에티오피아	On track 중간 사망률	On track 높은 사망률	낮은 정도의 접근성	Off track 낮은 발생률
가나	Partially on track 중간 사망률	Partially on track 높은 사망률	낮은 정도의 접근성	Off track 중간 발생률
모잠비크	On track 높은 사망률	Partially on track 높은 사망률	낮은 정도의 접근성	Off track 높은 발생률
나이지리아	Partially on track 높은 사망률	Partially on track 매우 높은 사망률	낮은 정도의 접근성	Off track 높은 발생률
르완다	On track 중간 사망률	On track 높은 사망률	중간 정도의 접근성	On track 중간 발생률
우간다	On track 중간 사망률	Partially on track 높은 사망률	낮은 정도의 접근성	On track 높은 발생률
MDG Indicators	• MDG 4 (아동사망률감소): 1990~2015년 5세 미만 아동 사망률 2/3 감소 • MDG 5 (모성 보건 향상): 1990~2015년 모성 사망비 3/4 감소 • MDG 5 (생식보건 접근성): 콘돔 예방률 / 가족계획에 대한 미충족 수요 • MDG 6 (HIV/AIDS 퇴치): 2015년까지 HIV/AIDS 절반감소 및 확산 방지			

- 아동 사망률 (MDG 4): 카메룬, DR콩고는 사망률 수치가 높을 뿐만 아니라 목표 미달성 예정임.
- 모성 보건 향상(MDG 5): 카메룬은 모성사망비 수치도 높고 목표도 미달성 예정 국가임. 반면, DR콩고, 나이지리아, 모잠비크는 부분적 목표 달성 국가이지만 모성사망비의 절대적 수치는 높은 국가임.
- HIV/AIDS 퇴치 (MDG 6): 카메룬, 에티오피아, 가나, 모잠비크, 나이지리아 등 대부분의 국가가 목표 미달성 예정이며, 이 중 카메룬, 모잠비크, 나이지리아는 절대적 비율 또한 높은 국가임.

ReDI 사) 글로벌발전연구원 Re-shaping Development Institute

아프리카 8개국 보건 문제 및 시스템 비교 요약

국가	보건문제	보건의료시스템
르완다	□ 모성 사망비 감소 속도의 둔화 □ 높은 신생아 사망률과 아동의 발육 부진 문제 □ 높은 출산율과 가족 계획에 대한 요구	□ 높은 외부 재정 의존도 □ 전문 인력의 절대적 부족 현상 (교육 인력 포함)
DR콩고	□ 안전한 출산을 위한 인프라, 의약품, 인력 부족으로 인한 높은 모성 사망비 □ 정체되어 있는 높은 아동 사망률 □ 동부 분쟁 지역의 좋지 않은 아동 영양 상태	□ 보건 재정의 부족 및 높은 외부 의존도 □ 서비스 전달이 전혀 되지 않는 넓은 지역 □ 환자 부담 비용이 매우 높음
에티오피아	□ 연방 정부, 주 정부, 부처 간 조정의 효율성이 떨어짐 □ 환자 부담 비용 높음	□ 연방 정부, 주 정부, 부처 간 조정의 효율성이 떨어짐 □ 환자 부담 비용 높음
가나	□ 개선되지 않는 모자보건 지표 현황 및 지역적 불평등 □ 영유아의 건강 및 영양 문제 □ 취약 계층(5세 미만 아동)의 말라리아로 인한 높은 피해	□ 보건부와 가나 보건 서비스청 간의 역할과 책임의 중복 □ 보건부의 리더십 및 관리 능력이 열악함 □ 보건 인력의 불평등한 배치

ReDI 사) 글로벌발전연구원 Re-shaping Development Institute

아프리카 8개국 보건 문제 및 시스템 비교 요약

국가	보건문제	보건의료시스템
우간다	◻ 모성 사망비와 신생아 사망률 개선 지체 ◻ 높은 출산율과 청소년 임신율 ◻ HIV/AIDS 유병률 증가	◻ 거버넌스 책무성 및 투명성 ◻ 만성적인 재정부족 ◻ 공공 부문의 인력 유출 현상 (양적, 질적 부족 문제)
카메룬	◻ 심각하게 증가하고 있는 모성 사망비 ◻ 여성의 높은 HIV/AIDS 감염률 (경제 발전 지역 및 특수 직업군 중심) ◻ 높은 영유아 사망률	◻ 거버넌스의 비효율성 (독재정권) ◻ 공공의료시스템의 붕괴
모잠비크	◻ 높은 출산율과 조혼율, 모성 사망비 ◻ 신생아 사망률 감소 지체와 높은 발육 부진 아동 비율 ◻ HIV/AIDS와 말라리아의 높은 사망률 및 질병 부담	◻ 만성적인 인력의 역량 부족, 질적 문제 ◻ 전반적 서비스 전달 체계가 취약 ◻ 높은 재정 의존도 및 수직적 기금 형태 규모가 큼에 따라 PROSAUDE 시행에도 불구하고 재정 예측성이 낮음
나이지리아	◻ 높은 출산율과 생식 보건 및 가족 계획 수요 / 높은 모성 사망비와 모자 보건 서비스 이용 재표의 개선 지체 및 악화 ◻ 심각한 아동 사망 현황 및 낮은 예방 접종률 ◻ 높은 전염성 질환의 부담 (HIV/AIDS, 말라리아)	◻ 연방제도로 인한 연방정부-주정부-지방정부 간의 보건서비스 전달에 대한 분절화 ◻ 보건 분야 중 민간 부문의 비율이 높음 ◻ 보건의료서비스의 전달이 균등하지 못하고 질도 낮음

ReDI 새글로벌발전연구원 Re-shaping Development Institute

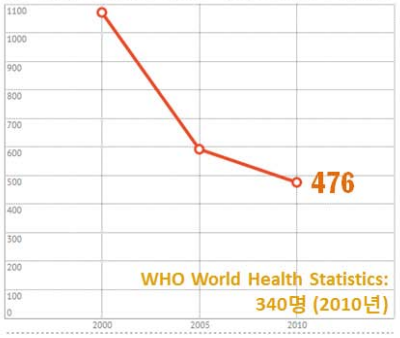
15

르완다

16

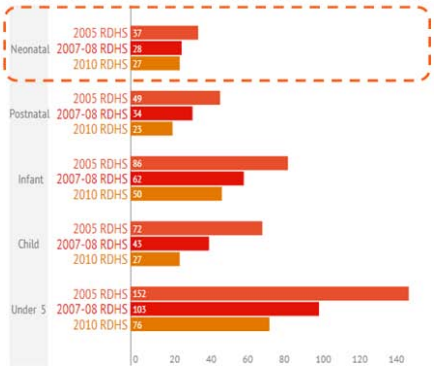
(르완다) 건강/질병의 심각성

Maternal Mortality Ratio(MMR)



20010 RDHS MMR: 476 (per 100,000 Live Births)

Childhood Mortality Rate

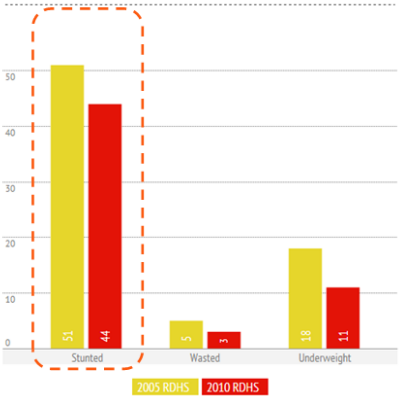


- □ 대부분의 보건 MDG 달성할 것으로 예측됨
- □ (모성사망비) 그러나 최근 모성사망비 감소 속도가 둔화되었고, 해당 MDG 목표는 달성하지 못할 것으로 보임.
  - 2010년 DHS 모성사망비는 476명 (출생아 10만 명당)이나, WHO 통계에 따르면 2010년 340명으로 측정됨.
- □ (신생아 사망률) 영아 사망률 및 5세 미만 아동 사망률의 감소에 비해, 신생아 사망률이 여전히 높음.
  - 신생아 사망률 2010년 27명 (출생아 1,000명당)

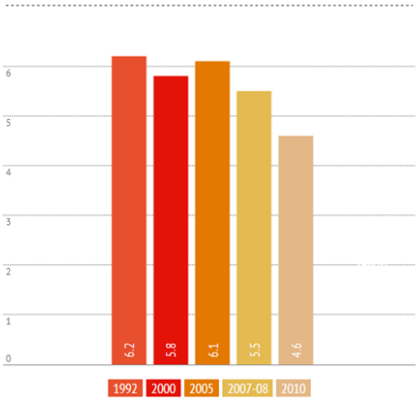
17

(르완다) 건강/질병의 심각성

U5 Child Nutritional Status



Trend in Fertility



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

18

(르완다) 보건 의료 시스템 현황 및 분석

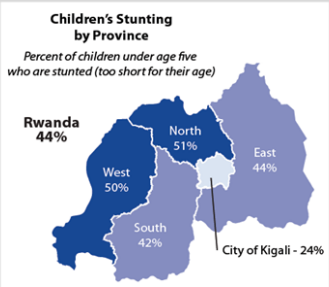
리더십과 거버넌스	보건의료서비스 전달	보건의료정보	보건의료인력
◘정부의 리더십을 기반으로 보건분야 거버넌스가 향상됨 ◘부정부패 무관용 정책의 기여	◘보건의료서비스 전달체계의 세부화 및 증강 단계 (4단계→6단계) ◘지리적·경제적 접근성의 향상 ◘서비스의 질 개선되어야 함	◘보건의료정보시스템의 구축에 있어 꾸준한 성과를 이룸 ◘장비의 유지·보수 역량이 미흡 ◘외부재정의존도 높음	◘PBF의 도입은 인력문제를 개선하는 기반이 됨 ◘여전히 인력의 수적·질적 미흡 문제를 겪고 있음

보건의료시스템의 주요 시사점

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

ReDI 새글로벌발전연구원 Re-shaping Development Institute

(르완다) 보건과 빈곤/불평등과의 연계

지역적 격차	취약계층
	◘인구의 15% 가량이 사회심리학적 장애를 포함하여 장애를 갖고 있는 것으로 파악됨

보건과 빈곤/불평등과의 연계

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

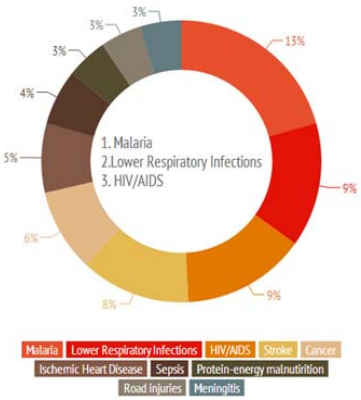
ReDI 새글로벌발전연구원 Re-shaping Development Institute

가나

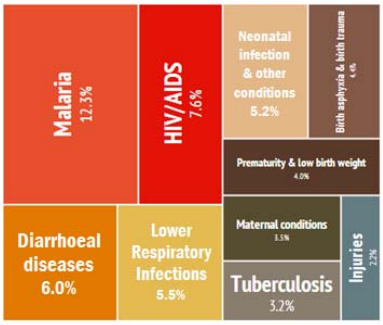
21

(가나) 일반 보건현황

Causes of death



Global Burden of Diseases (GBD)



HIV/AIDS

- ❑ HIV/AIDS 유병률은 2.9% (2009년)
- ❑ 새로운 감염은 지난 5년 간 65% 감소

Malaria

- ❑ 6-59개월 아동의 말라리아 유병률은 28%
- ❑ 지역별 편차가 큼
  - Greater Accra (4%) vs. Upper West (51%)

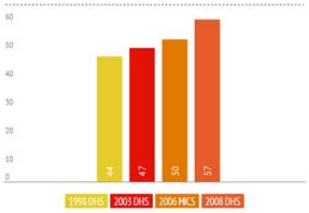
22

(가나) 모성보건 및 생식보건

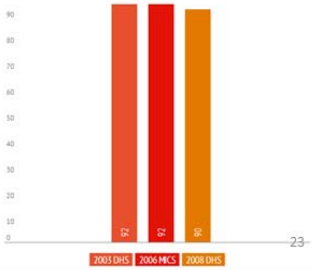
Maternal Mortality Ratio

MMR(2012): 380 (per 100,000 Live Births)

Skilled Attendant at Delivery



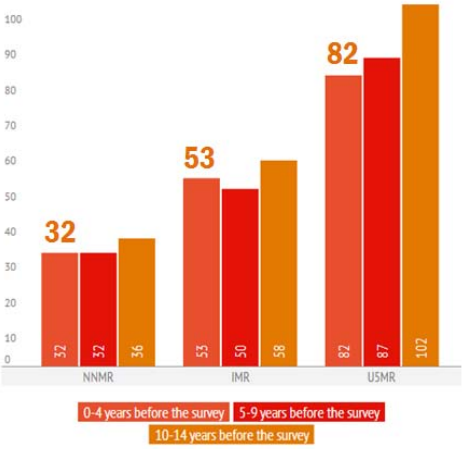
Antenatal care



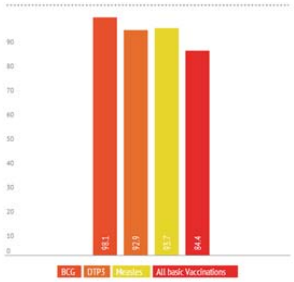
23

(가나) 아동보건 및 영양

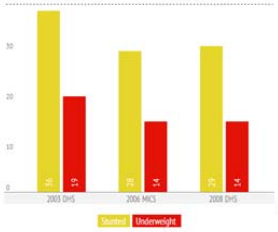
Childhood Mortality Rate



Immunization Coverage



U5 Child Nutritional Status



24

(가나) 보건 의료 시스템 현황 및 분석

리더십과 거버넌스	보건분야 재정	보건의료 인력
◘**(중복과 비효율성)** MOH와 GHS 사이의 역할과 책임에 대한 구분이 모호함. ◘**(지방분권화)** 지방분권화에도 불구하고 지방정부의 보건시스템 역량이 취약함.	◘**(보건재정의 관리)** 보건재정의 관리가 효율적으로 이루어지지 못해, 서비스의 전달이 늦음. ◘ **(의료보험제도)** 의료보험의 혜택이 취약계층에게 돌아가지 못하고, 보험제도의 재정안정화가 필요함.	◘ **(보건인력의 배치)** 소외지역에 보건인력이 적게 배치되는 지역 간 인력의 불균형이 심함. ◘ **(교육의 질)** 보건인력 양성에서 교사/학생의 비율이 낮아서 질 높은 교육을 제공하는데 한계가 있음.

보건의료시스템의 주요 문제점

- ◘ 보건 거버넌스 구조의 중복과 비효율성
- ◘ 지방 분권화에도 불구하고, 지방정부의 역량부족으로 지역차원에서 기초보건서비스의 전달에 한계가 있음.
- ◘ 보건재정의 안정화 및 재원의 효과적이고 효율적인 관리가 필요함.

ReDI | 새글로벌발전연구원 Re-shaping Development Institute

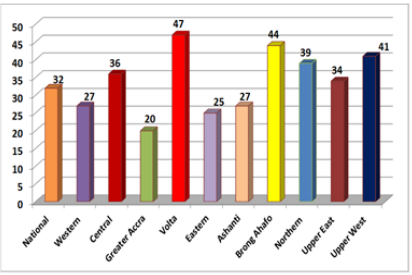
(가나) 보건과 빈곤/불평등과의 연계

교육과 소득수준에 따른 불평등

◘**(모성의 교육과 소득수준)** 모성의 교육 수준이 높아질 수록 5세 미만 아동 사망률이 급격히 떨어지는 것을 확인할 수 있음. 또한 소득 수준 상위 20%와 하위 20% 사이의 격차도 2배 이상으로 발견됨.

◘**(의료보험의 가입)** 소득 상위 20%는 의료보험에 등록된 비율이 63.9%인데 비해, 하위 20%의 경우 28.7%에 불과함.

도농 및 지역간 격차(신생아사망률)



(출처: 가나 MICS 2011)

보건과 빈곤/불평등과의 연계

- ◘ **(사회경제집단 간 보건서비스 접근성)** 저소득층과 취약계층에 대한 보편적인 보건 의료서비스를 제공하는 시스템이 아직 확립되지 못하여 의료보건서비스에 대한 접근성에 사회경제집단 간 차이가 있음을 보이고 있음.
- ◘ **(북부 3개 및 동부지역의 낮은 보건지표)** 신생아 사망률, 보건인력의 비율, 아동 영양 상태 등 보건 분야의 전 지표에 걸쳐 도농 및 지역 간의 격차가 큼.

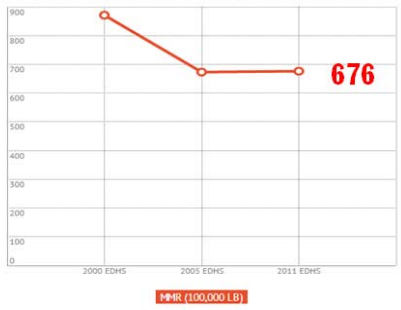
ReDI | 새글로벌발전연구원 Re-shaping Development Institute

에티오피아

27

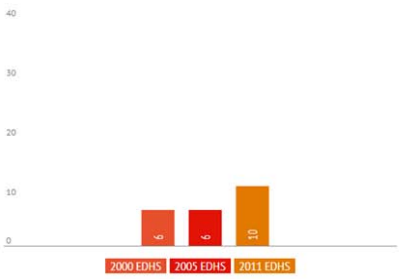
(에티오피아) 건강/질병의 심각성

Maternal Mortality Ratio(MMR)



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

Skilled attendant at Delivery



(주제)

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

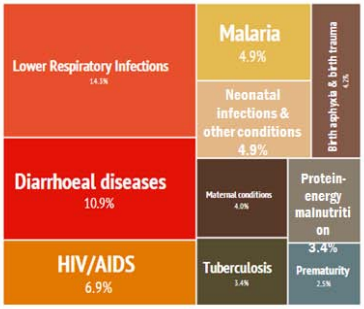
28

(에티오피아) 건강/질병의 심각성

Childhood Mortality Rate

2011 Neonatal mortality rate (NNMR): 37 (per 1,000 LB)
2011 Infant mortality rate (IMR) : 59 (per 1,000 LB)
2011 Under 5 mortality rate (U5MR): 88 (per 1,000 LB)

Global Burden of Diseases (GBD)



(주제)

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

29

(에티오피아) 보건 의료 시스템 현황 및 분석

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

보건 의료시스템의 주요 문제점

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

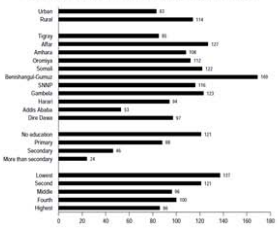
30

ReDI 새글로벌발전연구원 Re-shaping Development Institute

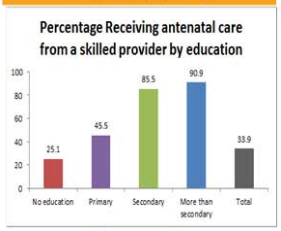
(에티오피아) 보건과 빈곤/불평등과의 연계

지역적 격차

Figure 8.2 Under-Five Mortality by Socioeconomic Characteristics, Ethiopia 2011



교육 수준과 보건



젠더 불평등과 보건

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

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

보건과 빈곤/불평등과의 연계

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

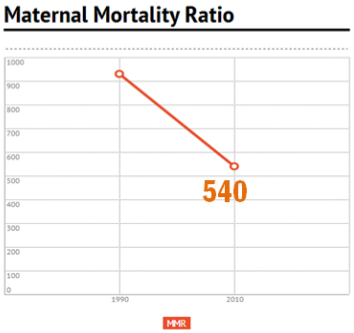
ReDI 사회글로벌발전연구원 Re-shaping Development Institute

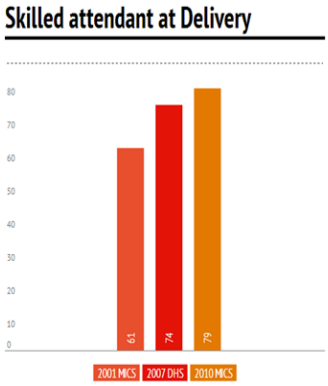
31

DR 콩고

32

(DR콩고) 건강/질병의 심각성



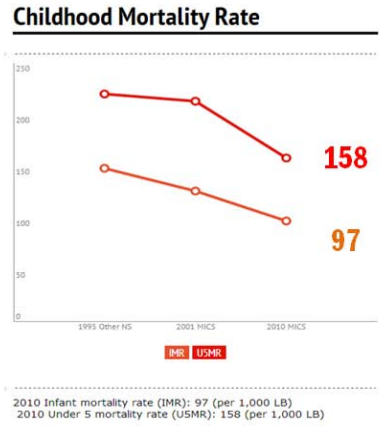


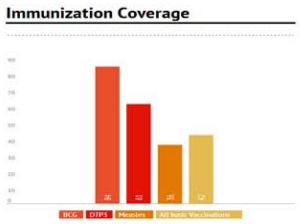
(주제)

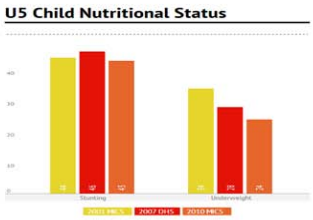
□ **(모성 및 신생아 보건)** DR콩고는 보건전문인력에 의한 분만이 79%로 높은 수준임에도 불구하고, 안전한 출산을 위한 인프라, 의약품, 인력 부족으로 인한 높은 모성사망비(MMR)를 보이고 있음

33

(DR콩고) 건강/질병의 심각성







(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.

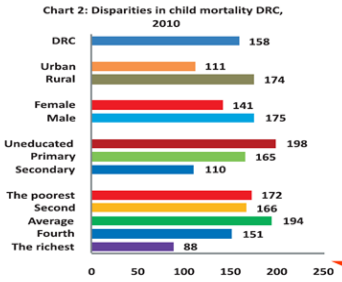
보건의료시스템의 주요 문제점

- ◻ 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.

ReDI 새글로벌발전연구원 Re-shaping Development Institute

(DR콩고) 보건과 빈곤/불평등과의 연계

지역적 격차	분쟁 및 특수이슈



- ◻ 동부지역 정부군과 반군 사이의 분쟁 진행
- ◻ 2013년 15,352건의 성폭력 동부지역 발생
- ◻ 2012년 North Kivu 지역에서만 4,689건

보건과 빈곤/불평등과의 연계

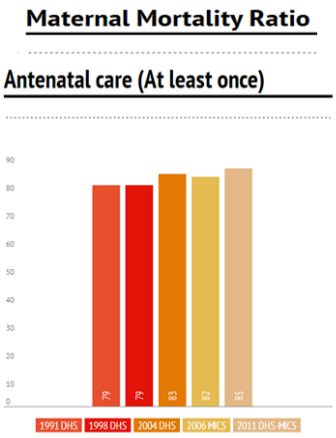
- ◻ **(도 농간 5세 미만 아동사망률 격차)** 농촌 지역의 아동사망률 (출생아 1,000명 당 174명)이 도시의 아동사망률 (출생아 1,000명당 158명) 보다 높음
- ◻ **(동부 지역 분쟁 관련 이슈)** 동부 지역의 여성 및 여아의 성폭력 상황 (2013년 동부지역 약 15,352건의 성폭력) - 여성 및 여아의 생식보건문제와의 연관성

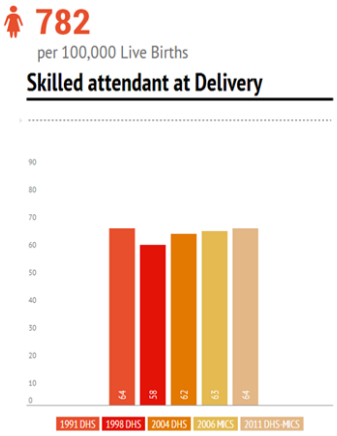
ReDI 새글로벌발전연구원 Re-shaping Development Institute

카메룬

37

(카메룬) 건강/질병의 심각성





(주제)

□ **(모성사망비)** 다른 국가들에 비해 산전관리 비율과 숙련된 보건인력에 의한 출산 비율이 높음에도 불구하고, 카메룬의 모성사망비는 지속적인 증가 추세를 보이고 있음. 1998년 430명 (출생아 100,000명당) -> 2004년 669명 -> 2011년 782명

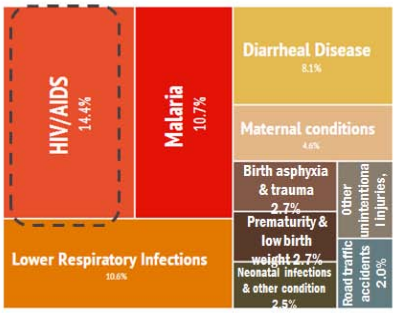
38

(카메룬) 건강/질병의 심각성

Childhood Mortality Rate

2011 Neonatal mortality rate (NNMR): 31 (per 1,000 LB)
2011 Infant mortality rate (IMR): 62 (per 1,000 LB)
2011 Under 5 mortality rate (U5MR): 122 (per 1,000 LB)

Global Burden of Diseases (GBD)



(주제)

- (영유아 사망률) 신생아 사망률과 5세 미만 아동 사망률 모두 약간의 감소 추세를 보이고 있으나 여전히 심각한 수준임. 신생아 사망률 2011년 31명 (출생아 1,000명당), 5세 미만 아동 사망률 2011년 122명 임.
- (HIV/AIDS) HIV/AIDS 유병율 4.3% (2011년 기준) 이며 여성 및 도시 거주민의 유병율이 더욱 높음.

39

(카메룬) 보건 의료 시스템 현황 및 분석

리더십과 거버넌스	보건의료 재정	보건의료서비스 전달	의약품 및 기자재
◻ 장기독재로 인한 중앙정부 및 보건부의 비효율적 관리 및 운영	◻정부 전체 예산 중 보건분야 지출이 5.41%에 불과함 ◻환자부담비용(out of pocket) 비율이 83%로 매우 높은 수준임	◻인프라 및 의약품을 갖춘 통합보건소의 부족. 특히 북쪽 분쟁 지역은 보건의료 서비스가 제대로 전달되지 못함	◻의약품 분야 중앙관리 부족으로 인한 안정성과 질이 검증되지 않은 약품 활용됨 ◻중앙의약품공급센터의 부채문제로 인한 공공의약품 분야 붕괴

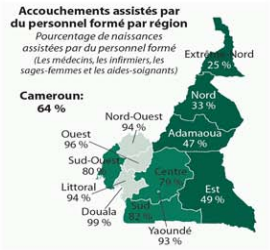
보건의료시스템의 주요 문제점

- ◻ 장기독재로 인한 정치상황 및 정부의 비효율성 -> 보건부-지방정부-지역사회의 보건체계가 기능하지 않음
- ◻ 카메룬 정부의 과도한 부채로 인한 국가 자체 보건분야 재정은 약 5%에 불과함
- ◻ 공공 보건의료 시스템의 붕괴 (의약품, 인프라 등이 통합 보건소에 공급되지 못함)
- ◻ 모자보건 관련 의료인력에 대한 지속적인 훈련이 부재하여 간호사 및 조산사 인력 양성이 시급한 문제임

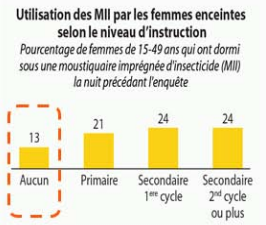
ReDI 새글로벌발전연구원 Re-shaping Development Institute

(카메룬) 보건과 빈곤/불평등과의 연계

지역적 격차



소득수준과 보건



분쟁 등 특수 이슈

- 나이지리아 접경 지역에서의 분쟁(북쪽)
- ITN 활용율 (3%),예방접종률(31%) 등 보건지표의 심각한 불균형

보건과 빈곤/불평등과의 연계

- **(지역별 격차와 보건 불평등)** 지역에 따라 숙련된 인력에 의한 출산비율이 상이함. 수도는 93%이나 Extreme-Nord 지방은 25%에 불과함. 상당한 차이를 보이고 있음
- **(교육 및 경제소득에 따른 보건 불평등)** 교육 수준이 낮을 수록 살충 처리된 모기장(ITN) 사용비율이 낮으며 HIV/AIDS 유병률은 경제발전에 따라 부유 계층일 수록 더 높은 것으로 나타남
- **(분쟁 등 특수 이슈)** 나이지리아 접경 지역 (북쪽지역) 에서의 분쟁으로 보건지표의 심각한 불균형을 보이고 있음

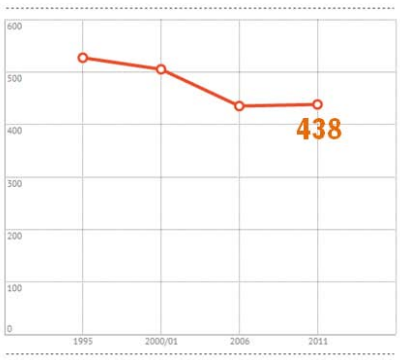
ReDI 새글로벌발전연구원 Re-shaping Development Institute

우간다

42

(우간다) 건강/질병의 심각성

Maternal Mortality Ratio



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

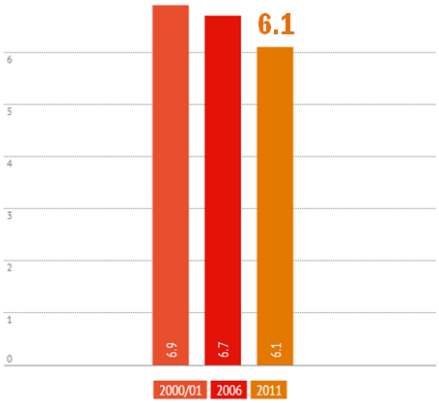
Childhood Mortality Rate

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

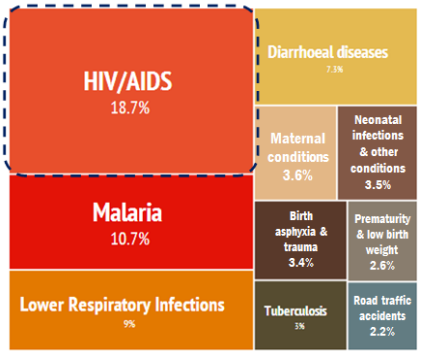
43

(우간다) 건강/질병의 심각성

Trends in Fertility



Global Burden of Diseases (GBD)



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

44

(우간다) 보건 의료 시스템 현황 및 분석

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

보건의료시스템의 주요 시사점

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

ReDI 새글로벌발전연구원 Re-shaping Development Institute

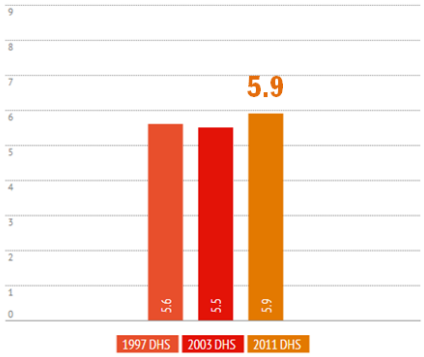
46

모잠비크

47

(모잠비크) 건강/질병의 심각성

Trends in Fertility



Causes of death

1. HIV/AIDS (22%)

청소년 임신율

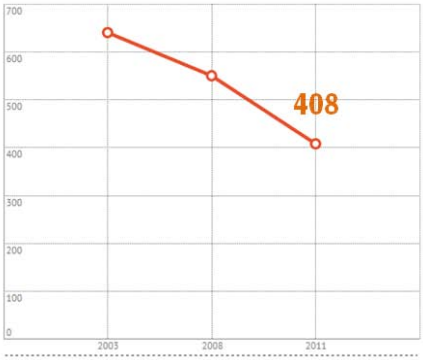
HIV 신감염 환자 중 15-24세 인구 비율

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

48

(모잠비크) 건강/질병의 심각성

Maternal Mortality Ratio



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

Childhood Mortality Rate

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

49

(모잠비크) 보건 의료 시스템 현황 및 분석

보건의료재정

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

보건의료서비스 전달

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

보건의료인력

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

보건의료시스템의 주요 문제점

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

ReDI | 새글로벌발전연구원 Re-shaping Development Institute

(모잠비크) 보건과 빈곤/불평등과의 연계

지역적 격차

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

취약계층 - 여성 및 청소년

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

보건과 빈곤/불평등과의 연계

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

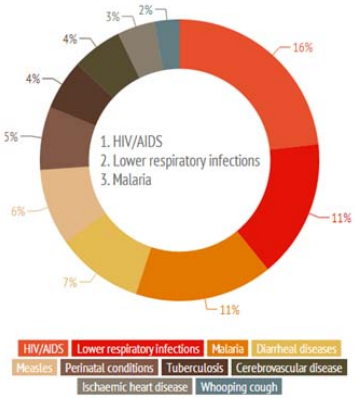
ReDI | 새글로벌발전연구원 Re-shaping Development Institute

나이지리아

52

(나이지리아) 일반 보건현황

Causes of death



HIV/AIDS

- ❑ HIV/AIDS 유병률은 4.1% (2010년)
- ❑ 지역간 격차가 큼
  - North Central Zone 7.5%
  - North Western Zone 2.1%

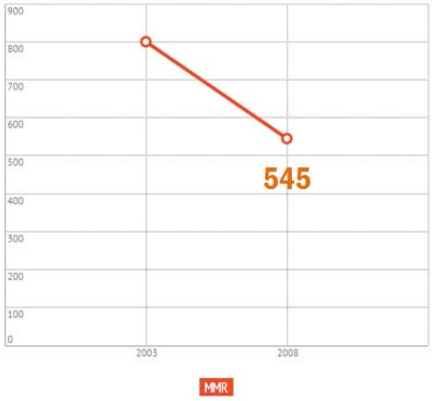
Malaria

- ❑ 나이지리아 5세 미만 아동 사망률의 주요 원인임
- ❑ 5세 미만 아동의 살충제처리모기장 이용 비율 29%

53

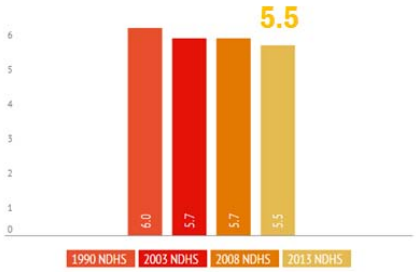
(나이지리아) 모성보건 및 생식보건

Maternal Mortality Ratio



MMR(2008): 545 (per 100,000 Live Births)

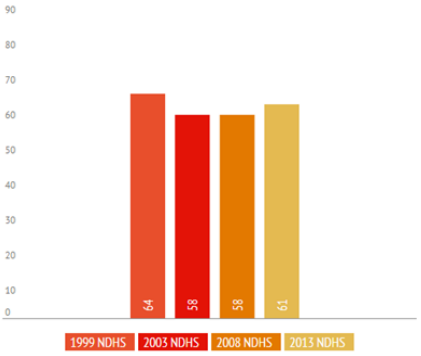
Trends in Fertility



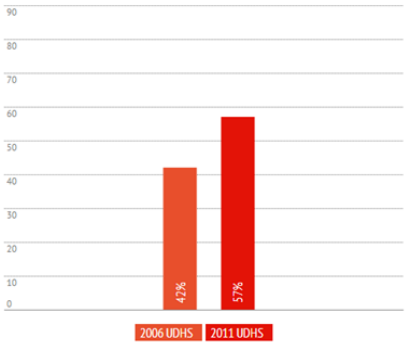
54

(나이지리아) 모성보건 및 생식보건

Antenatal care



Skilled attendant at Delivery



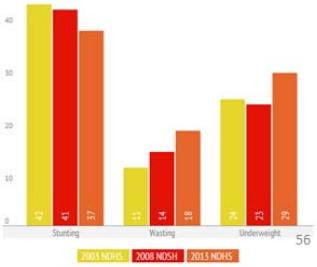
55

(나이지리아) 아동보건 및 영양

Childhood Mortality Rate

Immunization Coverage

U5 Child Nutritional Status



56

(나이지리아) 보건 의료 시스템 현황 및 분석

보건의료 재정	리더십과 거버넌스	보건의료 정보
◘**(높은 민간지출)** 보건분야에 공공의료가 주요 역할을 하지 못하고 있으며, 민간부문의 비중이 높음. ◘**(낮은 ODA 의존도)** 2009년을 기준으로 보건 분야의 도너 지원은 5%에 불과함.	◘**(지방분권화와 분절화)** 연방-주-지방 정부간 전략, 예산, 거버넌스의 체계가 유기적으로 연계되지 못함. ◘**(보건서비스의 불균등한 전달)** 이러한 보건분야 구조상의 취약점은 보건서비스 전달에에 부정적으로 작용하고 있음.	◘**(NHMIS)** 보건의료정보관리 시스템이 수립되어 있지만 각 정보수집주체 간에 정보 공유가 원활하지 않음. ◘**(부정확한 보건정보)** 여러 보건자료 간에 차이가 있어, 데이터의 신뢰성이 부족함.

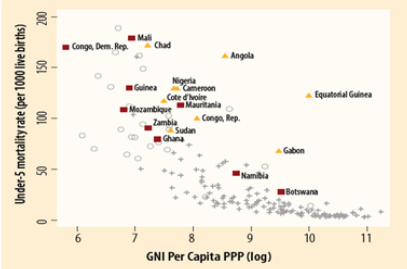
보건의료시스템의주요 문제점

- ◘ 취약한 리더십과 거버넌스 구조로 인한 보건의료 서비스 전달의 한계
- ◘ 특히, 지방정부 및 지역사회 기반의 기초보건서비스가 매우 취약함
- ◘ 정부 전체 예산 중 보건 분야에 지출된 비율이 낮으며, 정부지출보다 민간부문 지출의 비중이 매우 높기 때문에 경제적/지리적 취약계층에 대한 공공재정의 확대와 투입이 필요함.
- ◘ 보건의료정보가 체계적으로 수집되고 관리되지 않으며, 수집되는 보건정보들 사이에 격차가 발생하여 보건정보에 대한 신뢰성을 저하시키고 있음.

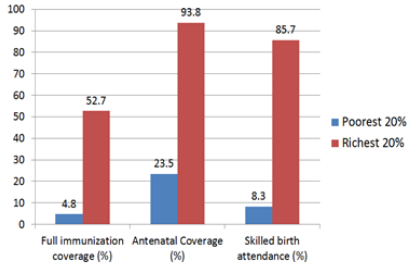
ReDI 새글로벌발전연구원 Re-shaping Development Institute

(나이지리아) 보건과 빈곤/불평등과의 연계

경제성장과 보건



경제소득에 따른 불평등



보건과 빈곤/불평등과의 연계

- **(보건지표 개선으로 이어지지 못하는 경제성장)** 나이지리아는 다른 사하라 이남 국가들과 같이 경제성장으로 축적된 부가 보건 분야에 대한 개선으로 연결되지 못하고 있음. GNI 대비 5세 미만 아동의 사망률의 경우 나이지리아는 비슷한 GNI 수준을 가지고 있는 국가들보다 5세 미만 아동 사망률의 수치가 높음.
- **(소득수준에 따른 보건서비스에 대한 불평등)** 소득 상위 20%는 하위 20%에 비해 모든 예방접종비율은 약 11배, 산전관리 비율은 약 4배, 숙련인력에 의한 출산율은 약 10배의 격차를 보임.

ReDI 새글로벌발전연구원 Re-shaping Development Institute

3. 8개국 공여기관 보건분야 지원 현황 분석

59

아프리카 8개국 보건분야 ODA 지원현황 비교

국가	전체 ODA (ODA/GNI)	보건분야 ODA (ODA/보건재정)	보건 분야 주요 양자기관 (기관명, USD Mil)	보건 분야 주요 다자기관 (기관명, USD, Mil)
르완다	20.1%	61%	미국(225.3); 벨기에(36.26); 독일(23.47)	Global Fund (222.48); IDA(9.66); UNFPA(7.99)
DR콩고	18.1%	47.8%	미국(106.6); 벨기에(67.93); 영국(49.44)	Global Fund (151.76); IDA(139.99); GAVI(73.04)
에티오피아	7.6%	43.9%	미국(486.5); 영국(65.61); 캐나다(35.87)	Global Fund (384.76); GAVI(57.45); UNICEF (32.56)
가나	4.7%	13%	미국(82.46); 영국(57.13); 네덜란드(51.38)	Global Fund (129.84); GAVI(20.27); EU(10.10)
우간다	9.9%	34%	미국(527.1); 덴마크(34.31); 아일랜드(25.59)	Global Fund (103.6); IDA(30.25); UNFPA(20.13)
카메룬	2.4%	5.2%	독일(15.67); 프랑스(11.81); 미국(10.26)	Global Fund (44.81); GAVI(21.96); AfDF(10.37)
모잠비크	14.4%	65.7%	미국(375.9); 아일랜드(48.24); 영국(41.94)	Global Fund (86.97); EU(37.34); GAVI(17.8)
나이지리아	0.8%	5%	미국(702.4); 영국(180.4); 독일(26.64)	Global Fund (336.2); IDA(236.8); UNICEF(43.59)

ReDI | 새글로벌발전연구원 Re-shaping Development Institute

(르완다) 주요 공여기관들의 보건 분야 지원 전략과 특징

지원 전략의 기본 방향

- 경제개발과 빈곤감소 전략을 강조하는 성장 중심 국가개발 전략과 전망
- '원조달링' 르완다 정부의 강력한 원조 조화와 분업 요구 동향
- 공여기관과의 협업 및 업무 분장의 중요성 심화

원조 형태 및 전달 채널

- (원조형태-모달리티) 직접 양자지원 및 위임협력
- (전달 채널) 정부간 협력 및 NGO 지원 형태, 보건분야 자금지원(SBS)

세부 보건 지원 분야

- (시스템 강화에 집중) 여전히 HIV/AIDS 분야에 가장 많은 원조가 이루어지고 있지만, 궁극적으로 보건의료시스템 강화를 통해 보건문제 개선하고자 하는 방향성이 주를 이룸.

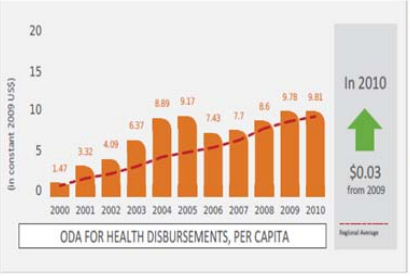
중점 지원 지역 및 대상

- 공여기관 별 중점지원지역이 특별히 구분되지는 않으나, SDC는 DR콩고와의 접경 지역에서 지원하고 있음

ReDI | 새글로벌발전연구원 Re-shaping Development Institute

(가나) 주요 공여기관들의 보건 분야 지원 전략과 특징

보건 분야 ODA 지원 현황



COMMITMENTS
in Million (constant 2009 US$)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Health Policy & Admin Management	14.10	17.40	126.41	158.02	42.96	46.57	49.87	146.79	84.74	6.97	3.93
MDGs (Control of HIV/AIDS, TB, Malaria and other diseases)	22.91	85.63	9.95	50.72	25.92	76.23	98.49	96.20	113.16	226.82	84.32
Other Health Purposes	13.34	17.40	18.98	20.07	36.96	6.72	9.00	42.24	139.76	35.13	46.98
Reproductive Health & Family Planning	16.59	13.63	3.75	24.72	5.23	5.42	4.14	11.33	18.25	21.60	21.40
Grand Total	66.94	130.06	159.08	253.53	111.07	134.93	161.49	296.56	355.91	290.52	156.63

DISBURSEMENTS
in Million (constant 2009 US$)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Health Policy & Admin Management	18.48	17.61	50.10	80.16	110.82	93.51	88.67	66.68	54.04	34.69	50.74
MDGs (Control of HIV/AIDS, TB, Malaria and other diseases)	4.72	19.35	11.76	19.29	51.35	68.95	65.53	78.95	75.47	113.53	119.00
Other Health Purposes	4.70	24.73	15.31	22.06	12.60	22.61	8.67	24.05	60.65	63.67	45.83
Reproductive Health & Family Planning	0.31	3.41	5.09	9.74	12.92	13.36	1.84	5.26	9.81	21.11	23.59
Grand Total	28.21	65.10	82.25	131.25	187.70	198.42	164.71	174.94	199.97	233.00	239.17

보건 분야 ODA 지원 현황의 특징

- 가나 보건분야에 대한 ODA 지원은 일정 규모를 유지하고 있으며, 1인당 지원액은 꾸준히 증가하고 있음. 다만, 가나 보건분야에 대한 지원에 대한 커미트먼트는 2008년부터 단계적으로 감소하는 추세를 보이고 있음.
- 보건세부분야 중에서는 HIV/AIDS, 말라리아 등 전염성 질병에 대한 지원이 높은 비중을 차지하고 있으며, 보건정책 및 관리에 대한 지원은 2007년 이후로 점차 감소하는 추세를 보이고 있음.
- 생식보건에 대한 지원은 2007년 이후 조금씩 증가하고 있음.

ReDI 새글로벌발전연구원 Re-shaping Development Institute

(가나) 주요 공여기관들의 보건 분야 지원 전략과 특징

지원 전략의 기본 방향

- **(보건시스템의 강화)** 중·저소득국으로 진입한 가나의 경제성장을 고려하여 특정 질병에 대한 지원과 함께, 보건분야 거버넌스 및 책임성 향상을 통한 중장기적인 지원이 이루어짐.
- **(CHPS을 중심으로 한 기초보건서비스의 강화)** 지역사회 수준에서 일차 보건의료 서비스의 제공에 초점을 둔 사업이 진행되고 있음.

원조 형태 및 전달 채널

- **(분야별 자금지원)** 아프리카 국가 중 분야별 자금지원의 성공 가능성이 높은 나라로 DFID, JICA등에 의한 지원이 이루어지고 있음.
- **(정부 및 비 정부채널)** 정부채널을 통한 지원과, NGO, 민간 컨설팅 기관, 기업과의 PPP 등 다양한 채널의 지원이 이루어짐.
- **(프로그램 및 프로젝트)** 다양한 분야와 사업수행방식이 통합된 프로그램형의 지원이 이루어지고 있음.

세부 보건 지원 분야

- **(모자보건 및 가족계획)** 많은 공여기관들이 모자보건 분야에 대해 지원하고 있으며, 특히 모자보건을 중심으로 한 인력양성, 인프라 개발, 가족계획 등을 통합하여 지원하고 있음.
- **(보건인력 개발)** 보건인력의 양성과 함께 교육의 질을 향상시키기 위한 노력이 병행되고 있음.
- **(아동 영양)** 아동의 영양이슈가 새롭게 대두되고 있으며, 이를 위한 연구, 물자지원, 교육 등의 활동이 이루어지고 있음.

중점 지원 지역 및 대상

- **(북부 3개 지역 및 볼타)** 보건지표가 상대적으로 저조한 북부 3개 지역과 동부의 볼타지역에 집중적으로 지원됨.
- 미국의 경우 5개 지역(Northern, Volta, Greater Accra, Central, Western), JICA는 북서부 지역, UNICEF의 경우 북부지역 3개 지역과 중앙 1개 지역을 집중 지원함.
- **(중점 지원 대상)** 주로 여성과 아동에 대한 우선적인 지원이 이루어짐.

ReDI 새글로벌발전연구원 Re-shaping Development Institute

(에티오피아) 주요 공여기관들의 보건 분야 지원 전략과 특징

보건 분야 ODA 지원 현황

- **전체 ODA 지원현황(ODA/GNI):** 7.6%(2012년 기준)
- **보건분야 ODA 지원현황(ODA/보건재정):** 43.9% (2007년 기준)
- **(주요 양자 공여기관)** USAID, DFID, CIDA
- **(주요 다자기구)** Global fund, IDA, GAVI

보건 분야 ODA 지원 현황의 특징

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

ReDI 새글로벌발전연구원 Re-shaping Development Institute

(에티오피아) 주요 공여기관들의 보건 분야 지원 전략과 특징

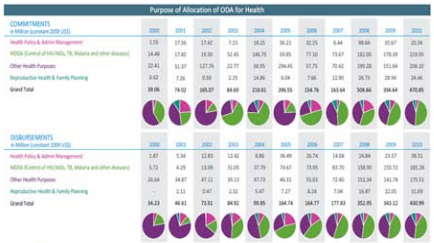
지원 전략의 기본 방향	원조 형태 및 전달 채널
◻ **(분야예산지원을 통한 지원)** 에티오피아 보건분야 주요 공여기관들은 분야예산지원(Sector Budget Support)을 통해 지원함. MDG Performance Fund (PF)가 그 예로 주요 공여기관들이 보건분야 재정부족을 지원하고자 마련한 분야예산기금임 ◻ **(보건분야실무그룹)** 개발원조그룹 내 실무그룹인 보건분야 실무그룹의 2014년 의장은 UNICEF이며 현재 5번째 보건분야개발계획수립을 지원하고 있음	◻ **(원조형태-모달리티)** 에티오피아 보건분야 주요공여기관들은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

ReDI 새글로벌발전연구원 Re-shaping Development Institute

(DR콩고) 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)**

ReDI 새글로벌발전연구원 Re-shaping Development Institute

(카메룬) 주요 공여기관들의 보건 분야 지원 전략과 특징

보건 분야 ODA 지원 현황

- **전체 ODA 지원현황(ODA/GNI):** 2.4% (2012년 기준)
- **보건분야 ODA 지원현황(ODA/보건재정):** 5.2% (2007년 기준)
- **(주요 양자 공여기관)** AFD, GIZ, USAID
- **(주요 다자기구)** Global Fund, EU, IDA, AfDF

보건 분야 ODA 지원 현황의 특징

- **(보건분야 ODA 비중)** 전체 보건재정 중 ODA가 차지하는 비중이 약 5%로 매우 적음
- **(보건분야 ODA 주요 공여기관 및 기구)** 양자와 다자를 통합하여 가장 많은 지원을 하는 기관은 Global Fund(32%)이며 GAVI (15.7%), 독일 (11.2%), 프랑스 (8.4%)가 그 뒤를 이음
- **(양자지원의 규모 축소)** 카메룬의 정부 비효율성으로 인해 주요 양자기관들이 보건사업의 규모를 줄이거나 중단 하는 추세임
- **(다자 또는 민간 기관을 통한 지원)** 양자지원이 줄어듦에 따라 취약지역인 북쪽지역에 집중 지원하는 국제NGO 또는 다자기관들의 지원이 중요한 역할을 함

ReDI 새글로벌발전연구원 Re-shaping Development Institute

(카메룬) 주요 공여기관들의 보건 분야 지원 전략과 특징

지원 전략의 기본 방향

- **(협력국 지원 전략의 공통 방향)** 카메룬 정부의 비효율성으로 인해 양자기관들이 보건사업 규모를 축소하거나 중단하는 추세임
- **(공여기관 협의체 현황)** 2001년 구성된 다자공여협의체(CMP) 내 보건분야 그룹이 형성되어 있으며 2014년 USAID가 의장임

원조 형태 및 전달 채널

- **(원조형태 및 전달채널)** 카메룬 보건분야 공여기관들은 섹터별 접근(SWAP)을 통해 지원하고 있음.
- **(SWAp)** 보건분야 SWAp에 참여하는 주요 공여국은 독일(KfW, GIZ), 프랑스(AFD), UN, GAVI, World Bank 임

세부 보건 지원 분야

- **(HIV/AIDS)** 대부분의 공여기관이 카메룬의 주요 보건문제인 HIV/AIDS 퇴치를 위한 프로그램을 수행함
- **(의약품 및 서비스 접근성)** 공공의약품 체계 및 전달이 어려운 카메룬의 상황에 따라 USAID와 GIZ 등 의약품 및 서비스 접근성 관련 프로그램을 수행함
- **(모성 및 아동 사망률)** 높은 모성사망비와 아동사망률을 감소하기 위해 주로 여성과 아동을 대상으로 하는 모성 및 아동 프로그램을 실시함

중점 지원 지역 및 대상

- **(중점 지원 지역)** 카메룬의 10개 지역 중 AFD는 북쪽 3개 지방(취약지역)을 USAID는 그 외 7개 지역에 중점지원하고 있음
- **(중점 지원 대상)** 중점 지원 대상은 여성과 아동이며 HIV/AIDS 감염자 또한 관련 프로그램의 중점 지원 대상임

ReDI | 새글로벌발전연구원 Re-shaping Development Institute

(우간다) 주요 공여기관들의 보건 분야 지원 전략과 특징

보건 분야 ODA 지원 현황

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

DISBURSEMENTS in Million (constant 2008 US$)	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Health Policy & Admin Management	33.59	73.46	35.33	83.31	75.08	55.15	48.83	35.94	21.81	48.08	41.04
MDGs (Control of HIV/AIDs, TB, Malaria and other diseases)	14.03	18.44	32.19	47.80	154.38	179.00	192.17	259.22	249.98	321.52	340.18
Other Health Purposes	16.38	23.05	22.35	62.02	43.55	37.89	63.89	66.03	58.58	46.19	46.86
Reproductive Health & Family Planning	8.23	7.35	6.29	15.99	4.00	38.42	3.56	3.82	10.70	14.16	26.17
Grand Total	72.23	122.31	96.16	209.12	277.01	304.46	308.55	365.00	341.08	429.95	454.25

보건 분야 ODA 지원 현황의 특징

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

ReDI | 새글로벌발전연구원 Re-shaping Development Institute

(우간다) 주요 공여기관들의 보건 분야 지원 전략과 특징

지원 전략의 기본 방향

- **(자금지원 중단 추세)** 우간다 정부의 대외신인도 하락으로 인해 일부 공여기관의 일반예산 지원 및 보건분야 자금지원이 중단되는 상황이 여러 차례 발생함
- **(정부 이외의 채널의 활용 추세)** 여러 공여기관이 위임협력이나 UN 조인트 프로그램, 민관협력 등의 다양한 원조형태 및 전달채널을 모색하고 있음

원조 형태 및 전달 채널

- (DFID) 보건분야 자금지원을 중단하였으며, 주로 USAID와의 위임협력이나 UN 조인트 프로그램을 통해 지원하고 있음
- (Sida) 주로 현지 시민사회단체를 통해 지원하고 있음

세부 보건 지원 분야

- (DFID) 생식보건, 말라리아, HIV/AIDS 등 비교적 다양한 보건분야에 지원함
- (Sida) HIV/AIDS, 생식보건 및 모자보건 분야에 집중함
- (JICA) 보건의료인프라 개선하는데 집중함

중점 지원 지역 및 대상

- (중점 지원 지역) 북부에 위치한 취약지역인 카라모자 지역에 대해 USAID, Sida, DFID 등 여러 공여기관들의 집중적 지원이 이루어지고 있음

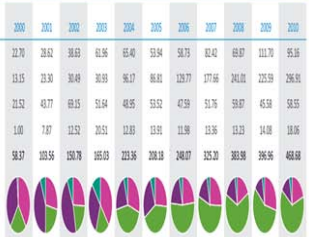
ReDI 새글로벌발전연구원 Re-shaping Development Institute

(모잠비크) 주요 공여기관들의 보건 분야 지원 전략과 특징

보건 분야 ODA 지원 현황

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

DISBURSEMENTS in Million (constant 2009 US$)	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Health Policy & Admin Management	22.70	28.62	38.63	61.96	65.40	53.54	58.75	82.42	69.87	111.70	95.16
MDGH (Control of HIV/AIDs, TB, Malaria and other diseases)	13.15	23.30	30.49	30.93	96.17	86.81	129.77	177.66	241.01	225.59	296.91
Other Health Purposes	21.52	43.77	69.15	51.64	48.95	53.52	47.59	51.76	59.87	45.58	58.55
Reproductive Health & Family Planning	1.00	7.87	12.52	20.51	12.83	13.91	11.98	13.36	13.23	14.08	18.06
Grand Total	58.37	103.56	150.78	165.03	223.36	208.18	248.07	325.20	383.98	396.96	468.68



보건 분야 ODA 지원 현황의 특징

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

ReDI 새글로벌발전연구원 Re-shaping Development Institute

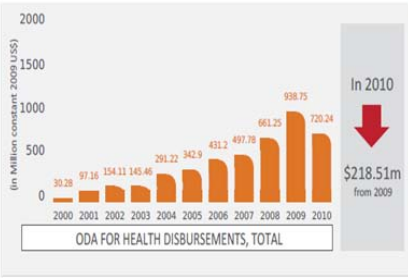
(모잠비크) 주요 공여기관들의 보건 분야 지원 전략과 특징

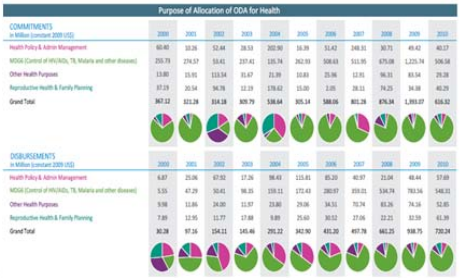
지원 전략의 기본 방향	원조 형태 및 전달 채널
◻ (HPG, Health Partners Group) 보건분야 내 SWAp 도입과 함께 HPG가 수립되어 개발 파트너들 간, 개발파트너와 정부 간 협력을 중재하고 있음 ◻ **(보건분야 공동기금(PROSAUDE)에 대한 지원)** PROSAUDE에 대한 효율성 제고를 위해 평가가 이루어진 바 있으며, 일부 공여기관들은 다자협력 및 민관협력을 통한 지원을 모색하고 있음	◻ 전통적인 양자지원이 다른 형태의 원조로 대체되는 추세임 ◻ (보건분야 공동기금, PROSAUDE) 캐나다 주도로 여러 공여기관들이 참여하고 있음 ◻ (다자협력 및 삼각협력) 특정분야에 전문성을 가진 다자기구를 활용하거나, 브라질 등 타 국가와의 삼각협력 사례가 증가하고 있음 ◻ (민관협력) NGO 및 기업과의 민관협력 증가 추세
세부 보건 지원 분야	**중점 지원 지역 및 대상**
◻ (보건분야 인력 개선) 보건분야 인력 양성을 위한 지원이 일본이나, 스페인, 이탈리아 등 여러 양자기관 등을 통해 이루어지고 있음 ◻ (캐나다) 모자보건 분야에 집중적으로 지원하고 있음 ◻ (네덜란드) 생식보건 분야에 집중적으로 지원하고 있음	◻ (중점 지원 지역) 공여기관별로 특정 주에 집중하여 지원하는 경향이 강함

ReDI 새글로벌발전연구원 Re-shaping Development Institute

(나이지리아) 주요 공여기관들의 보건 분야 지원 전략과 특징

보건 분야 ODA 지원 현황





Purpose of Allocation of ODA for Health

COMMITMENTS in Million (constant 2009 US$)	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Health Policy & Admin Management	60.40	10.26	52.44	28.53	202.90	16.39	51.42	248.31	30.75	49.42	40.17
MDG6 (Control of HIV/AIDs, TB, Malaria and other diseases)	250.73	274.57	53.41	237.41	135.74	262.93	508.63	511.95	675.08	1,225.74	506.58
Other Health Purposes	13.80	15.91	113.54	31.67	21.39	10.83	25.96	12.91	96.31	83.54	29.28
Reproductive Health & Family Planning	37.19	20.54	94.76	12.19	178.62	15.00	2.05	28.11	74.25	34.38	40.29
Grand Total	367.12	321.28	314.18	309.79	538.64	305.14	588.06	801.28	876.34	1,393.07	616.32

DISBURSEMENTS in Million (constant 2009 US$)	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Health Policy & Admin Management	6.87	25.06	67.92	17.26	98.43	115.81	85.20	40.97	21.04	48.44	57.69
MDG6 (Control of HIV/AIDs, TB, Malaria and other diseases)	5.55	47.29	50.41	98.35	159.11	172.43	280.97	359.01	534.74	783.56	548.31
Other Health Purposes	9.98	12.86	24.20	11.97	23.80	29.06	34.31	70.74	83.26	74.16	52.85
Reproductive Health & Family Planning	7.89	12.95	11.77	17.88	9.89	25.60	30.52	27.06	22.21	32.59	61.39
Grand Total	30.28	97.16	154.11	145.46	291.22	342.90	431.20	497.78	661.25	938.75	720.24

보건 분야 ODA 지원 현황의 특징

- ◻ 나이지리아 보건 분야에 대한 ODA 지원은 꾸준히 증가하였으며, 2009년 이후에는 지원액이 감소하였는데, 2009년 대비 2010년의 보건 분야 지원액은 약 2.1억 달러 감소하였음.
- ◻ 나이지리아 보건 분야에 지원된 ODA의 목적 별 지원비중을 살펴보면 MDG6 (HIV/AIDS, TB, 말라리아 외 다른 질병)에 거의 모든 재원이 집중된 것을 확인할 수 있음.
- ◻ 2010년을 기준으로 MDG 6에 전체 보건 분야 지원액인 7.2억 달러의 76%인 5.4억이 지원되었음.

ReDI 새글로벌발전연구원 Re-shaping Development Institute

(나이지리아) 주요 공여기관들의 보건 분야 지원 전략과 특징

지원 전략의 기본 방향

- **(낮은 ODA 의존도)** 나이지리아의 ODA 의존도는 인근 국가에 비해 매우 낮으며, 따라서 외부 재원보다 나이지리아 자체 재원을 효과적으로 활용할 수 있는 접근이 이루어지고 있음.
- **(성과도출을 위한 다양한 방법)** 지난 몇 십 년 동안 개선되지 않는 보건 지표들은 모든 공여기관들이 가지고 있는 도전과제이며, 사업의 성과를 확보하기 위해 RBF, 연방 및 주정부의 인식개선, 사업지역의 제한 등 다양한 방법이 활용되고 있음.

원조 형태 및 전달 채널

- **(비정부 채널의 활용)** 나이지리아 정부에 대한 직접지원보다 자체 사업수행이나 국제/지역 NGO, 민간 컨설팅 기관을 통한 지원이 이루어지고 있음.
- **(주정부와의 협력)** 나이지리아의 특성 상 연방정부보다 주정부를 중심으로 개별적인 협력이 이루어지고 있음.
- **(유상원조로의 전환)** JICA의 경우 나이지리아의 경제성장을 고려하여 무상에서 유상으로의 전환도 고려하고 있음.

세부 보건 지원 분야

- **(3대 전염성 질환)** 대부분의 양자 및 다자 공여기관들이 HIV/AIDS, 말라리아 등의 전염성 질환에 대해 지원하고 있음.
- **(시스템 개선)** 열악한 보건시스템 개선에 대한 지원도 함께 이루어지고 있으며, 특히 주정부의 역량강화가 중시되고 있음.
- **(모자보건)** 프로젝트의 방식으로, 사업수행환경이 좋은 지역을 중심으로 지원되고 있음.

중점 지원 지역 및 대상

- **(중점 지원 지역)** 전국적으로 고른 지원이 이루어지고 있으며, 공여기관별로 보건지표가 낮은 북부지방이나 기존사업의 성과가 좋은 곳 등 특정 지역에 대한 지원이 이루어지고 있음.
- **(중점 지원 대상)** 생식보건 및 가족계획과 모자보건에 관련된 여성과 아동에 대한 지원이 집중되고 있음.

ReDI | 새 글로벌발전연구원 Re-shaping Development Institute

98

4. KOICA 보건 분야 협력 방안

99

가. 보건분야 협력방안 4가지 유형

100

아프리카 지역 보건 분야 협력방안 4가지 유형

IP 형	CP 형	SP 형	LP 형
혁신적 보건 프로그램 형 (Partnership for Innovative Health Program)	**통합 보건 프로그램 형** (Partnership for Comprehensive Health Program)	**선택적 협력 형** (Selective Partnership)	**제한적 협력 형** (Limited Partnership)

아프리카 지역 보건 분야 협력 방안의 유형 개발

- 협력국의 보건 정책 우선순위와 CPS 및 KOICA의 보건 전략과의 일치
- 협력국의 건강/질병 및 보건 의료 시스템 문제의 심각성 고려
- 국가별 내 주요 공여기관들의 보건 분야 지원 전략과 특징 고려
- KOICA의 대 협력국 보건 분야 지원 전략과 현황 고려

ReDI 사회글로벌발전연구원 Re-shaping Development Institute

아프리카 지역 보건 분야 협력방안 4가지 유형

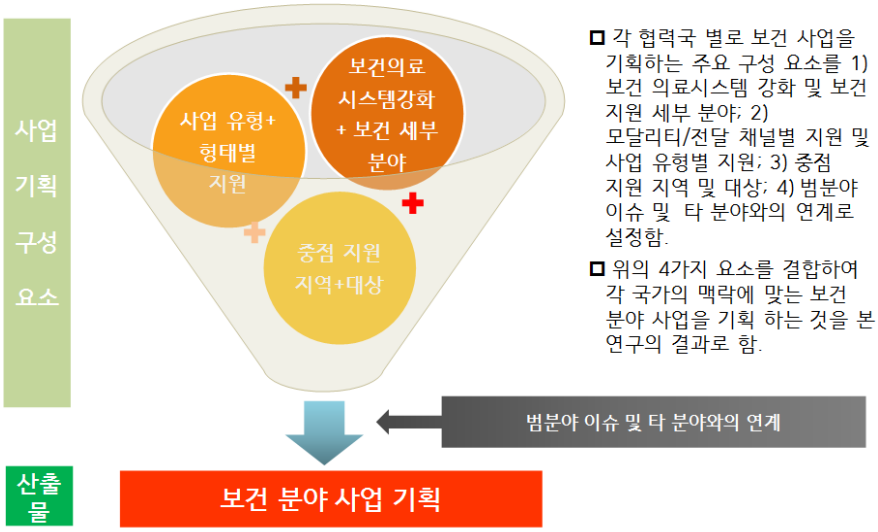
이름	국가	협력국 특성	주요 지원 전략
IP 형	르완다	▪ 강력한 리더십과 거버넌스 ▪ 공여기관 협의체의 체계적인 운영 ▪ 협력국 정부와 공여기관의 효율적 커뮤니케이션 ▪ 보건시스템 향상을 위한 IT등의 기초 인프라 구축	▪ 정부 간 직접 지원을 통한 효과성 확보 ▪ 섹터 예산 지원 가능 ▪ 보건 시스템 강화가 효과적 ▪ 혁신 기술의 보건 분야 접목 가능 ▪ 보건 분야 지원의 silent partnership으로 참여
CP 형	가나 에티오피아 DR콩고(*)	▪ 기존 KOICA가 보건 분야 프로젝트형 사업 수행 경험이 있거나 진행 중인 국가 ▪ CPS내 보건 분야가 중점분야로 포함된 국가 ▪ 협력국 내 지원 지역이 선정되어 있어 지역 내 보건 문제 해결을 통합적으로 담당하는 경우	▪ 양자 지원의 확대를 통한 통합 보건 프로그램 유형 ▪ 적극적 지원 국가로써 향후 확대 가능
SP 형	우간다 카메룬(*) 모잠비크	▪ 리더십과 거버넌스의 투명성 및 책무성 문제로 정부 직접 지원이 어려운 경우 ▪ CPS내 보건 분야가 중점 분야로 포함되지 않은 국가 ▪ 기존 KOICA가 소규모 보건 분야 지원 사업(봉사단 파견, 연수생 초청)을 수행하는 경우	▪ 멀티바이 채널/위임협력 활용 ▪ 민간(NGO, 기업)지원을 통한 보건 프로젝트형 사업 지원
LP 형	나이지리아	▪ 협력국 전체 보건 예산 중 원조 비중이 낮은 국가 ▪ 보건 지표 향상이 이루어지지 않은 국가 ▪ CPS내 보건 분야가 중점 분야로 포함되지 않은 국가	▪ 사업성과 확보를 전제로 하는 제한된 접근 혹은 대안 모델의 발굴 ▪ 현상유지 혹은 출구전략

ReDI | 사) 글로벌발전연구원 Re-shaping Development Institute

나. 유형별 – 국가별 협력방안

103

협력국 보건 분야 사업 기획을 위한 구성 요소



- 각 협력국 별로 보건 사업을 기획하는 주요 구성 요소를 1) 보건 의료시스템 강화 및 보건 지원 세부 분야; 2) 모달리티/전달 채널별 지원 및 사업 유형별 지원; 3) 중점 지원 지역 및 대상; 4) 범분야 이슈 및 타 분야와의 연계로 설정함.
- 위의 4가지 요소를 결합하여 각 국가의 맥락에 맞는 보건 분야 사업을 기획 하는 것을 본 연구의 결과로 함.

ReDI 새글로벌발전연구원 Re-shaping Development Institute

104

IP 형: 르완다

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

105

(르완다) KOICA 보건 분야 지원 전략

보건의료시스템 강화+세부 지원분야	사업 유형별+형태별 지원
<보건의료시스템의 강화> - 르완다 공공 보건시스템 개선에 기여하는 방안 모색 - 지방-지역 간의 보건의료 체계 강화 - 지방-지역 정보관리 및 행정체계 강화 - 지역사회의 보건의료 전문인력 양성에 집중 **<보건 세부 지원 분야>** - 신생아 및 영·유아 보건 및 영양 - 생식 보건 및 가족계획	- 보건 사업 확대 가능성 고려 - 보건 분야 섹터자금지원 고려 - 멀티 바이, 시민사회 및 전문기관과의 협력을 통한 지원확대
<중점 지원 지역> - 북부 및 서부지역 취약 - 타 공여기관 대비 소외된 지역에 지원 협의 필수 **<중점 지원 대상>** - 장애인, 도시빈민 등 특수 취약계층	- ICT 분야와의 연계를 통한 보건의료 시스템 개선 - 농업분야와의 연계를 통한 보건지표 개선
중점 지원 지역 + 중점 지원 대상	범분야 이슈 및 타 분야와의 연계

ReDI 사회글로벌발전연구원 Re-shaping Development Institute

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 지원 지역이 선정되어 있어 지역 내 보건 문제 해결을 통합적으로 담당하는 경우	▪ 양자 지원의 확대를 통한 통합 보건 프로그램 유형 ▪ 적극적 지원 국가로써 향후 확대 가능

(가나) KOICA 보건 분야 지원 전략

보건의료시스템 강화+세부 지원분야	사업 유형별+형태별 지원
<보건의료시스템의 강화> - 모자보건 중심의 통합보건 프로그램 강화 - 중장기적 보건이슈 해결을 위한 보건 시스템 개선에 기여 (보건의료 인적역량강화, 보건의료 제도적 역량강화, 보건의료 서비스접근성 강화) - 중앙정부와의 협력을 통한 국민의료보험제도 개선 기여 **<보건 세부 지원 분야>** - 조산사 양성, 아동 영양, 가족계획 및 생식보건 - 보건시스템 개선	- 양자 보건 사업 확대 - 현재진행 중인 사업의 사업 규모 및 범위 확대 고려 - 멀티바이, 시민사회 및 전문기관과의 협력을 통한 지원확대
<중점 지원 지역> - 중장기적으로 북부 3개 지역과 동부 불타 지역 지원 - 단기적으로 사업 중인 불타지역 선 집중 **<중점 지원 대상>** - 여성 및 아동 - 도시빈민 등 취약계층	- 범 분야와의 연계를 통한 보건지표 개선
중점 지원 지역 + 중점 지원 대상	범분야 이슈 및 타 분야와의 연계

ReDI 새글로벌발전연구원 Re-shaping Development Institute

(에티오피아) KOICA 보건 분야 지원 전략

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

ReDI 새글로벌발전연구원 Re-shaping Development Institute

(DR콩고) KOICA 보건 분야 지원 전략

보건의료시스템 강화+세부 지원분야	사업 유형별+형태별 지원
<보건의료시스템의 강화> - 지방 수준 보건국의 보건 행정 역량 강화 **<보건 세부 지원 분야>** -지역 사회 수준의 신생아 및 영유아질병관리 - 안전한 분만 서비스와 기초응급산과관리 제공 확대	- 보건 사업 확대 가능성 고려 - 보건 분야 섹터자금지원 고려 - 멀티바이, 시민사회 및 전문기관 협력을 통한 지원확대
<중점 지원 지역> - 반둔두지역 - 타 공여기관 대비 소외된 지역에 지원 협의 **<중점 지원 대상>** - 여성과 영아, 특히 분쟁 지역	- 농촌종합개발, 식수, 전기, 도로 인프라 지원 과의 섹터 간 연계를 통한 보건지표 개선
중점 지원 지역 + 중점 지원 대상	범분야 이슈 및 타 분야와의 연계

ReDI 새글로벌발전연구원 Re-shaping Development Institute

110

SP 형 : 우간다, 카메룬, 모잠비크

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

111

(카메룬) KOICA 보건 분야 지원 전략

보건의료시스템 강화+세부 지원분야	사업 유형별+형태별 지원
<보건의료시스템의 강화> - 기초인프라(건물, 기자재, 전기, 식수 등) 개선 - 지역사회의 보건의료인력 양성 - 지역사회 신생아 및 영.유아 보건 개선) - 중앙-지방-지역 간의 응급의료체계 구축 **<보건 세부 지원 분야>** - 지역사회 중심의 신생아 및 영유아 보건 - 모성보건과 함께 응급의료체계의 문제 해결	- 양자 지원 사업 발굴의 한계 - 자금지원의 한계 - 민관협력, 멀티바이, 빈퇴금을 통한 혁신 사업발굴
<중점 지원 지역> - 지역별로 격차 심각 (북부와 동부) - 타 공여기관 대비 소외된 지역에 지원 **<중점 지원 대상>** - 장애인, 도시빈민 등 특수 취약계층	- 인프라 분야와의 연계를 통한 보건의료 시스템 개선 - 농업분야와의 연계를 통한 보건지표 개선
중점 지원 지역 + 중점 지원 대상	범분야 이슈 및 타 분야와의 연계

ReDI 새글로벌발전연구원 Re-shaping Development Institute

(우간다) KOICA 보건 분야 지원 전략

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

ReDI 새글로벌발전연구원 Re-shaping Development Institute

(모잠비크) KOICA 보건 분야 지원 전략

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

114

ReDI 새글로벌발전연구원 Re-shaping Development Institute

LP 형 : 나이지리아

이름	국가	협력국 특성	주요 지원 전략
LP 형	나이지리아	▪ 협력국 전체 보건 예산 중 원조 비중이 낮은 국가 ▪ 보건 지표 향상이 이루어지지 않은 국가 ▪ CPS내 보건 분야가 중점 분야로 포함되지 않은 국가	▪ 사업성과 확보를 전제로 하는 제한된 접근 혹은 대안 모델의 발굴 ▪ 현상유지 혹은 출구전략

115

(나이지리아) KOICA 보건 분야 지원 전략

보건의료시스템 강화+세부 지원분야	사업 유형별+형태별 지원
<보건의료시스템의 강화> - 보건의료 체계의 효율성 향상 - 보건분야 M&E 시스템 수립 **<보건 세부 지원 분야>** - 생식보건 및 가족계획 - 보건의료체계의 효율성 향상	- 양자 보건 사업 지양 - 다자기구 및 NGO 지원사업을 통한 직접사업 수행의 위험 요소 감소 - 개발컨설팅을 통한 중장기적인 보건의료 정책 및 제도의 개선
<중점 지원 지역> - 보건지표가 열악한 북부 및 HIV/AIDS 유병률이 높은 남부 - 도시 인근지역 사업지 혹은 기존 KOICA 사업지역과의 연계고려 **<중점 지원 대상>** - 여성 및 청소년 - 도시빈민 등 취약계층	- CPS 중점협력분야와의 연계를 통한 보건지표의 향상
중점 지원 지역 + 중점 지원 대상	범분야 이슈 및 타 분야와의 연계

ReDI 새글로벌발전연구원 Re-shaping Development Institute

116

5. KOICA 보건 분야 협력 방안 8대 시사점

117

KOICA 보건 분야 협력 방안 8대 시사점

[시사점 1] 아프리카 개발협력 패러다임의 변화

- 새로운 신흥 공여국(중국, 인도, 브라질) 및 기업파트너의 등장
- 주요 공여국의 아프리카 ODA 및 보건분야 ODA 재원 유지 추세
- 주요 공여국은 부패 및 분쟁 위험국가인 나이지리아, DR콩고에 정치적-정책적인 선택으로 ODA를 지원하고 있으나, 동시에 부패방지, 위기관리 등의 대책 마련에 고심 중
- 리더십과 거버넌스의 투명성 및 책무성 문제로 정부 직접 지원이 어려운 우간다, 카메룬, 모잠비크의 경우 주요 공여국의 정부채널을 무시한 직접적인 딜리버리 유지하는 추세
- 르완다와 같은 아프리카 국가의 정책 오너십, 개발사업 주도권, 원조 분업의 확대

[시사점 2] 보건분야 국제개발협력의 흐름에 부합

- 2015년까지 MDGs 달성에 전력을 다하는 가운데 그 진척이 상대적으로 더딘 MDG 4,5,6 관련 분야에 집중
- 보건 ODA 사업의 기여, 공헌 혹은 성과에 대한 논쟁 심화
- 보건 사업의 다양한 기술과의 접목, 새로운 협력 유형 시도 속, 효과성에 대한 검증 필요
- 향후 2015 이후에 강조될 새로운 보건 의제에도 관심 필요 (신생아, 영양, 국민의료보험제도강화, 환경보건, NCD 등)

ReDI 새글로벌발전연구원 Re-shaping Development Institute

KOICA 보건 분야 협력 방안 8대 시사점

[시사점 3] 차기 CPS 보완을 위한 보건분야 전략 수립

- **(우리나라 국제개발협력전략인 CPS 체계 내에서의 보건분야 전략 보강)** 현재 상위 CPS가 정책협의 툴로서 취약하고, 국가별 정치적-정책적 맥락을 고려하지 못하고 수립된 것을 보완하여 KOICA CPS 이행계획 내에 국가별, 섹터별 예산 배분 전략을 포함하고, CP형 국가를 중심으로 종합보건프로그램으로 안착 할 수 있도록 집중

[시사점 4] 국가별 개발협력 환경을 고려한 협력유형 구분

- **(국가별 다각화된 전략)** 국가별 보건분야 정책 및 전략의 변화, 해당 협력국의 주요 보건 문제 및 시스템의 문제, 보건지원 기관의 중점분야를 민감히 관찰하여, i) 보건분야 중점국가로 통합적인 보건 프로그램을 확대하는 형(CP), ii) 프로젝트 지원, 민관협력, 멀티바이 등을 통한 지원을 유지하는 선택적 협력형 (SP) , iii) 용이한 수원 환경과 비교적 수월한 보건사업 환경을 고려하여 혁신적인 보건사업을 파일럿으로 시도할 수 있는 혁신사업형(IP), iv) 출구전략을 수립하거나 간접지원을 하는 제한된 협력형(LP)으로 다각화

[시사점 5] 국가별 개발협력 환경을 고려한 국별프로그래밍 강화

- **(국별 프로그래밍)** 협력국의 정책 및 전략, 우선순위와의 일치와 수원국 내에서 활동하고 있는 공여기관들 간의 조화를 고려한 프로그래밍이 핵심이며, 보건사업의 성과는 국별로 하향식(Top-down) 접근법을 활용하여 설정하되, 현재 수준에서는 국별 성과관리의 한계가 존재함으로 주요 보건 프로그램 별, 개별의 보건 사업 별 성과관리의 층위와 정도가 상이하게 접근되어야 함
- **(국가별 종합적인 상황분석 강화)** 해당국가의 특징적인 개발 맥락 (ODA 정책, 보건 전략, 보건과 불평등 등), b) 질병 및 보건의료 시스템 문제 분석, b) 주요 공여기관 전략의 흐름과 사업의 동향을 종합적으로 분석한 상황분석 (Situational Analysis)이 필요

ReDI 새글로벌발전연구원 Re-shaping Development Institute

KOICA 보건 분야 협력 방안 8대 시사점

[시사점 6] 보건/질병 및 보건시스템 강화 및 수평적 사업 지원 강화

➢ 국가별 보건/질병 및 보건시스템 강화에 대한 가능성과 한계

- 아프리카 8개국의 보건문제는 각 국가별 보건시스템의 문제와 밀접하게 연계되어 있음.
- 모든 국가들이 보건시스템의 문제가 산재해 있는 상황으로, 르완다를 제외한 모든 국가들이 보건의료 서비스 접근성의 문제조차 해결되지 않은 상황임

➢ 타 공여기관 대비 기여가능성 높은 수평적 사업 지원에 집중

- 영유아 보건 및 영양, 모자보건 및 가족계획 및 생식보건 향상, (필요 시, 국제기구 지원 및 민관협력을 통한) 전염선 질병 예방 및 관리 강화 (결핵관리, 소외열대 질환, 에이즈, 말라리아 및 기타 질병 예방 및 관리) 를 중심으로 하는 보건 문제 해결에 기여

- 보건의료 인적역량 강화 (국가보건 의료정책 인력양성, 의료전문 인력양성, 기초 보건의료 인력 양성 등)
- 보건의료 제도적 역량강화 (의료보험 및 재정적 역량강화, 보건의료 정보체계 강화, 보건의료 정책 역량강화 등)
- 보건의료 서비스 접근성 강화 (필수 보건의료 서비스 수요 증진, 기초보건 & 의료전달시스템 강화 등)

ReDI | 새 글로벌발전연구원 Re-shaping Development Institute

KOICA 보건 분야 협력 방안 8대 시사점

[시사점 7] 개발이슈로의 보건 문제: 보건, 빈곤, 불평등에 대한 재조명이 중요

- ➢ 모든 국가에서 경제 - 사회 계층 별 격차, 교육수준 격차 등이 보건 불평등에 영향
- ➢ 모든 국가에서 여성 및 아동의 문제가 부각되었음 (DR콩고 여성 성폭력 문제, 에티오피아 FGM 문제 심각)
- ➢ 르완다(장애인), 에티오피아, 르완다, 모잠비크 (청소년 지원), DR콩고 (난민) 등 취약 계층의 보건 문제 심각
- ➢ 나이지리아, 모잠비크 등 급속한 경제발전으로 인한 도농 간의 격차 심화 -> 도농 간 보건 격차 심화 우려

[시사점 8] 효과적인 아프리카 보건사업 이행을 위한 환경조성 및 역할 정립

- ➢ 아프리카부의 국가별-분야별 상황분석 확대
- ➢ 본부의 전문관 제도의 확대 및 지역부서와의 협력 확대
- ➢ 현지사무소의 인력 운영계획 보강
- ➢ 현지사무소 보건 분야 전문성 강화방안
- ➢ 국내외 보건사업을 담당하는 전문기관 및 시민사회 단체들과의 긴밀한 협력 강화

ReDI | 새 글로벌발전연구원 Re-shaping Development Institute

업무자료 서아프리카 2014-24-221

아프리카지역 보건분야 협력방안 연구 시리즈 9 :
총괄 보고서

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

[본 보고서의 저작권은 한국국제협력단에 있으며,
한국국제협력단의 허락없이 무단 전제와 복제를 금합니다.]
발간물 등록번호 11-B260003-000488-01

연구자료
서아프리카 2014-24-221

아프리카지역 보건분야
협력방안 연구 시리즈 9 : 총괄 보고서

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