



네팔의 보건의료 환경개선사업의 효과적 추진을 위한 정치경제 및 사회환경 분석*

이규재
연세대학교

김판석
연세대학교

남은우
연세대학교

최근 10여년의 내전과 민주화운동을 거친 후 입헌군주국에서 공화국으로 체제를 바꾼 네팔은 산적한 정치경제, 사회적 문제들을 해결하고 극심한 빈곤으로부터 벗어나기 위해 국제적인 지원 아래 여러 가지 개혁과제를 추진해 왔다. 본 연구는 네팔의 정치경제, 사회적 상황이 전반적인 보건의료 분야에 미치는 영향을 분석하고, 티카풀(Tikapur) 지역에서 시행중인 보건환경개선사업(Health Service Improvement Project: HIT)의 효과적인 추진을 위한 방안과 문제점 등을 살펴보고자 하였다. 네팔은 전 국민의 무상 의료서비스를 정책을 갖고 새천년개발계획(MDGs)의 목표를 달성하기 위해 범분야별(sector-wide) 접근방법의 원칙에 의거하여 의료시스템을 개혁하고 중장기 개발계획과 실행전략을 위한 구체적인 프로그램들을 개발, 시행해 왔다. 그 결과 2012년 현재 네팔은 2015 MDG 목표를 거의 달성했거나 목표에 근접하는 성과를 보이고 있다. 그러나 아직도 국민의 50%가 절대빈곤에 놓여있고, 자원부족, 지형적 한계, 보건의료 인프라와 의료인력의 절대부족, 높은 외국 원조 의존도, 관리역량 부족 등과 같은 한계를 보이고 있다. 따라서 본 연구는 보건의료 환경이 열악한 네팔의 극서지역을 대상으로 한 HIT 사업을 중심으로 정치경제 및 사회환경을 분석해 보고자 한다. 티카풀 주민의 일차의료혜택을 개선하고, 의료분야 인프라 구축과 의료인력의 역량강화를 통해 현지실정에 맞는 자체적인 운영시스템을 구축하고자 하는데, 이러한 과제는 현지의 정치경제, 사회문화의 영향을 크게 받는다. 따라서 HIT과제의 효과적인 추진을 위하여 네팔의 정치경제, 사회문화, 통합적인 보건의료 지원방안 등을 중심으로 살펴보고자 한다.

[주제어: 네팔, 정치경제, 보건의료, 티카풀, 환경개선, 사회환경]

* 이 논문은 2010년도 정부재원(교육과학기술부 인문사회연구역량강화사업비)으로 한국연구재단의 지원을 받아 연구되었음(NRF-2010-413-B00024).

I. 서언

네팔은 세계 10대 최빈국 중의 하나로서, 다양한 원조와 지원을 꾸준히 받고 있는 국가이며, 한국의 협력을 필요로 하고 있는 국가 중의 하나로, 현재 다양한 협력 사업이 이루어지고 있는 국가이다(남은우, 2011). 네팔의 공식 국명은 네팔연방민주공화국(Federal Democratic Republic of Nepal)이며, 서남아시아의 인도 및 중국(티벳)과 접경한 내륙국이다. 면적은 한국의 2/3정도이고 인구는 2,826만 명(2009년도 추정)정도 된다. 카트만두 수도의 인구는 약 250만 명 정도로 추정된다. 정체는 의원내각제이며, 현재 대통령은 보건 부장관을 역임한 바 있는 람 버런 여덱(Ram Baran Yadav, 2008년 7월 취임; Nepali Congress당 소속)이고, 수상은 재무장관을 역임한 바 있는 바부람 바타라이(Baburam Bhattarai, 2011년 8월 취임; Unified Communist Party of Nepal당 소속)이다. 의회는 단원제를 채택하고 있으며, 제헌의회(Constituent Assembly: CA)는 총 601석(2년 임기, 소선거구 및 비례대표제)이다. 주요 정당으로는 다수당(229석)인 네팔공산당(Communist Party of Nepal-Maoist)과 네팔의회당(Nepali Congress, 115석), 네팔공산당(Communist Party of Nepal-Unified Marxist-Leninist, 108석), 마데시인권연합(Madhesi Jana Adhikar Forum, 54석) 등이 있고 그 외 군소정당이 많은 편이다.

네팔은 240년간 국왕제도를 유지했던 입헌군주국가였으나 10여 년 간의 내전, 민주화운동(2006년 4월)을 겪은 후 2008년 5월에 제헌의회(CA)를 구성하고 1차 회의에서 군주제를 폐지하고 공화국을 선포했다. 네팔은 최근 수년간 급격한 정치적 변혁을 겪고 있으며, 제헌의회(CA)에 의한 신헌법을 제정하였다. 향후 2-3년의 정치과정 동안 정치적, 사회적으로 불안상태가 계속될 것으로 예상된다.

네팔은 전통적인 농업국가로서 쌀, 과일, 야채 등 농작물이 비교적 풍족하게 생산되고 있어 낮은 국민소득에도 불구하고 기아현상이 심한 편은 아니다. 네팔의 고산준봉은 한국은 물론 많은 나라의 산악인들에게 인기가 높다. 특히 에베레스트, 안나푸르나, 다울라기리, 마나슬루 등 해발 8,000m가 넘는 고봉들이 8개나 되어 네팔은 세계의 지붕이라 할 수 있다. 또한, 네팔 남부지방에 위치한 룸비니는 석가모니 탄생지로 알려져 있다.

최근 우리나라의 한국국제협력단(KOICA) 해외봉사단 및 NGO 단체들이 네팔에 다수 파견되어 의료, 교육, 농업, 기술 등의 분야에서 활동하고 있을 뿐만 아니라, 지난 30여 년 동안 건설업체들이 진출해왔으며, 최근에는 가전 기기, IT기기 및 자동차들이 네팔 시장에 많이 진출하고 있다(<http://koica.go.kr>).

네팔은 2006년, 10년 동안의 정치적 혼란을 일단락하고 민주화와 평화 그리고 번영을 위해 새 헌법을 제정하고 정치적인 구조를 개편하였다. 그 동안 국민의 건강을 향상시키고 WHO의 Millenium Development Goals(MDG)의 네 번째와 다섯 번째 목적을 달성하기 위한 정책적 노력을 진행해 왔다(National Planning Commission (NPC), 2002; NPC, 2007; Ministry of Health, 2004). 그러나 주로 농업을 기반으로 한 경제활동은 증가하는 인구나 한정된 경작지로 인해 빈곤의 수준에 머물러 있으며 일일 생계비 1.25달러 이하의 절대빈곤 인구가 전체인구의 50%를 넘는다. 또한 험한 산악지대가 나라의 1/3을 차지하는 지형적 한계와 뿌리 깊은 신분제도, 그리고 수백 개의 소외된 토착부족 등은 네팔인들이 의료혜택을 적절히 받지 못 하게 하는 요인으로 작용하고 있다. 특히 여자들과 어린이들에게서 매우 높은 사망률과 질병 이환율이 나타난다. 주요 질환으로는 급성호흡기질환이나 설사와 같은 급성 어린이 질병, 출산 후유증, 영양실조, 및 결핵, 성병, 광견병, 수인성질환, 매 개인자성 질환과 같은 풍토병의 발병률이 매우 높다(MOHP, 2009, 2011a, 2011b; MOHP et al., 2001; Ministry of Health, 2011). 이런 상황들은 심각한 가난, 낮은 교육수준, 낮은 보건위생 수준, 안전한 음용수의 부족, 험악한 지형, 소통의 어려움 등과 밀접하게 관련되어 있다. 하지만 네팔 정부는 정치, 경제, 사회적인 악조건에도 불구하고 보건분야의 중장기발전계획을 꾸준히 진행하면서 비교적 성공적인 결과를 얻고 있다. 2004년부터 2010년까지 진행한 “Nepal Health Sector Programme(NHSP-1)” 정책(Ministry of Health, 2004)의 성공을 바탕으로 2차 중장기 보건정책(NHSP-2, 2010-2015년)(MOHP, 2010a)이 빈곤층과 소외집단의 의료혜택 향상이라는 목표에 초점을 맞추어 진행되고 있다. 또한 미국정부를 비롯한 다른 원조단체들의 지원을 받아 추진 중인 “Global Health Initiative strategy(GHI)”는 특히 MDG 4와 5에 해당하는 모자 보건의 향상에 역점을 두고 모든 국민에게 양질의 의료혜택을 준다는 목표

아래 진행되고 있다(MOHP, 2010b). 2012년 현재까지 달성된 보건분야의 결과들은 목표치에 근접하거나 더 큰 성과를 이루어내었으며 2015년 MDG 목표의 실현가능성은 매우 긍정적이다(MOHP, 2011a, 2011b). 그러나 보건분야의 발전과 관련된 재정의 조달은 외국원조에 크게 의존하고 있는 실정이다(MOHP, 2012). 또한 국민 보건은 정치, 경제, 사회, 문화와 밀접한 관련이 있기 때문에 다른 분야들의 개선과 발전 및 상호협력이 필수적이라 할 수 있다. 건강문제와 경제발전은 악순환의 고리로 연결되어 있어, 지역발전을 위한 지역주민 기초 보건의 향상은 중요한 사안으로 인식되고 있다. 건강한 상태에서 노동생산성이 높아지고 이를 발판으로 지역 경제 발전이 이루어진다.

본 연구의 주요 목적은 사업지역인 티카폴 지역의 보건의료 환경개선사업을 개발하기 위함이다. 연구 목적 달성을 위하여, 네팔 정부 보고서, 국제기구의 보고서 및 사업 현장 지역인 티카폴의 관련 자료를 입수 분석하였다.

II. 네팔의 정치경제 및 인구사회적 맥락

네팔의 지난 1990년대는 정치적 혼돈기라 할 수 있다. 1994년 11월, 조기 총선에서 네팔공산당(Communist Party of Nepal)이 네팔 의회당(NCP)을 이겼으나, 과반수 의석을 확보 하지 못해 소수 내각이라는 한계에 봉착했다. 이를 타개하기 위해 과반수 의석확보에 대한 경쟁이 과열된 것이 정치혼돈의 시발점이 되었다. 그리고 1996년에 들어서면서 증가된 마오이스트(Maoist)들의 활동으로 국내정치의 불안함이 증폭되었다. 특히 2001년에 Birendra 왕이 총격으로 사망하고 Gyanendra 왕이 즉위하였는데, Gyanendra 왕이 즉위하면서부터 2005년까지 Maoist 활동이 더욱 과격해짐으로 인하여 국왕이 수상/장관 등을 수시로 바꾸었고 의원내각제에 의해 극심한 혼돈이 지속되었다. 지난 2006년 11월에 네팔 과도정부와 Maoist는 10여 년간 12,800명의 사망과 10만 명 이상의 실종자를 냈던 인민전쟁에 종지부를 찍는 평화협정(CPA)을 체결하였다. 그러나 이로써 Maoist측이 반군의 이미지를 탈피하고 공식적으로 정치에 참여하는 기회를 제공함으로써 인하여 국왕의 권력이 무력화되는 결과를 초래하게 되었다.

그러다가 네팔은 2008년에 정치적으로 커다란 변화를 겪게 되었다. 지난 2008년 4월에 새로운 헌법제정을 위한 총선을 통해 선출된 제헌의회는 동년 5월에 국왕제를 폐지하고 민주공화국을 선포하기로 한 결의안을 채택함으로써 “네팔연방민주공화국”이 탄생하였다. 이어서 2008년 6월에 Gyanendra 국왕은 제헌의회의 국왕제 폐지 및 공화국 선포를 수락하였고, 2008년 7월에 R.B. Yadav(NC소속)를 대통령에, P. Jha를 부통령에 임명하였고, 2008년 8월에 제헌의회는 P.K. Dahal(Prachanda) Maoist 의장을 네팔연방민주공화국 초대 수상으로 선출하였다. 현재는 2011년 8월에 취임한 바부람 바타라이(Baburam Bhattarai)가 수상이다.

지난 2006년 내전종식 이래 전후문제 처리의 가장 큰 현안이었던 마오당(Maoist Party) 반군문제가 최근 정리됨에 따라, 주요 정당 간 새로운 헌법 제정을 위한 이견 조정이 활발히 진행되고 있으며, 주요 헌법문제에 대한 논의 주제는 다음과 같다. 첫째, ‘연방을 구성함에 있어 몇 개의 주를 설치할 것인지, 민족위주로 주를 구성할 것인지 아니면 경제적 차원을 위주로 주를 구성할 것인지 등’이며 이에 대하여는 정당간의 의견이 조정 중이다. 둘째, ‘정부 형태를 대통령제로 할 것인가 의원내각제로 할 것인가 또는 대통령제와 의원내각제를 절충한 형태의 정부형태로 할 것인가’이고 이에 대해 토론 중이다. 셋째, ‘국회의원 선거를 직접투표에 의한 선거와 비례대표제의 비율 문제를 어떻게 설정할 것인지 등’이다. 네팔의 주요 정당 및 지도자들은 현 제헌의회의 임기가 만료되는 기일(2012년 5월 27일)까지 헌법 제정을 완료하기 위해 많은 노력을 기울이고 있다.

지난 2008년에 네팔은 네팔민주연방공화국을 선포한 이후 헌법에서 최소한으로 보장되던 국왕의 권력이 완전히 사라지면서 수상 등 내각(Council of Ministers)이 행정부의 국정다반사를 총괄하는 실질적인 권력을 가지게 되었다. 수장과 내각의 자리는 소위 정치적 합의(여러 정당간의 합의)로 이루어지며 합의가 이루어지지 않을 경우, 의원들 다수의 동의가 필요하다. 내각은 부수장과 각부 장관 및 무임소장관 등으로 구성된다. 네팔은 지방자치제를 실시하고 있으나, 전반적으로 강력한 중앙 집권제를 실시하는 상태이다. 중앙부처의 책임자는 국회의원 중에서 수상에 의해 임명되는 장관(Minister)이고 장관은 내각의 구성원이 된다.

네팔은 지방행정조직으로 전국을 5개 발전지역(Development Regions)과 14 지방(Zones)으로 구분하고, 지방행정 조직을 75개 구역(Districts) 및 3,913 개의 촌락발전위원회(Village Development Committees)로 구분한다. 각각의 구역(District)은 행정관(Chief District Officer)의 관할 하에 두며, 각 행정관(CDO)들은 각 구역의 법률과 질서 안정을 책임지고, 중앙정부 또는 각부서의 수장들이 요청하는 일을 수행하고 있다.

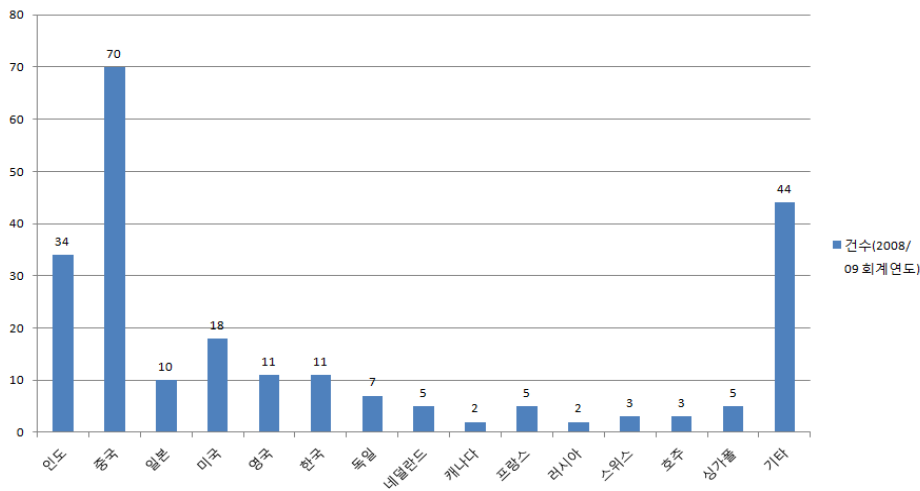
네팔은 총 인구가 약 26.6천만 명이 될 것으로 추정하고 있고, 도시인구 비율은 17.0%정도로서 많은 인구는 농촌지역에서 생활하고 있다<표 1>. 따라서 네팔은 주로 농촌지역에서의 보건의료 사업이 필요한 국가로 분류될 수 있다.

<표 1> 네팔의 기본적 인구 사회적 지표, 1971-2011

지표	1971 센서스	1981 센서스	1991 센서스	2001 센서스	2011 센서스 추정치
인구(백만)	11.6	15.0	18.5	23.2	26.6
인구밀도(인/km ²)	79	102	126	157	181
도시인구 비율	4.0	6.4	9.2	13.9	17.0

자료: 네팔보건부(2011).

<그림 1> 외국인 투자관련 국가별 현황



자료: 외교통상부(2011.6).

네팔은 중국과 인도 등 주변 국가들에 비해 상대적으로 낮은 경제성장률을 보이고 있으나, 여행수지 개선 및 해외근로자 송금 확대 등에 힘입어 경상수지가 다소 호전되는 경향을 보이고 있다. 산업부문에 대한 전력 및 화석연료 공급이 여전히 원활하지 않은 가운데, 정부의 자본적 재정지출도 부진한 편이다. 그러나 농업부문의 호조에 힘입어 GDP 증가율은 4.5%대를 유지하고 있다.

〈표 2〉 국가별 국제기구별 네팔 원조금액(10억 루피)

	2000/01	2004/05	2008/09	2009/10
세계은행	4.16	5.29	8.74	8.33
아시아개발은행	7.30	2.88	6.91	6.97
일본	3.28	3.50	2.79	1.57
영국	0.05	0.57	1.18	1.45
인도	0.03	0.49	1.82	1.12
한국	0.02	0.00	0.28	0.96
독일	1.43	4.10	0.80	0.74
유엔개발프로그램(UNDP)	0.01	0.72	0.26	0.72
덴마크	0.28	0.80	0.61	0.66
IFAD	0.14	0.14	0.36	0.46
기타	2.41	5.14	13.34	18.20
총계	19.13	23.66	37.09	41.17

자료: 네팔 재무부. (환율: US\$1=Rs 72.00, 2011년 기준).

경제통상차원에서 한국과 네팔의 교역규모는 크지 않으나 매년 증가하고 있는 추세이며, 한국의 수출은 주로 인도를 통해 이루어지고 있어서, 실제 교역규모는 공식통계보다 클 것이다. 한국은 네팔에 전기, 전자제품, 신문용지, 차량, 기계, 철강 등을 수출하고, 네팔로부터는 짐승가죽, 밀가루, 콩, 커피, 양탄자 등을 수입하고 있다. 그리고 아래 표가 보여주는 것처럼 네팔에는 주요국 및 국제기구별의 원조금액이 늘어나고 있는 추세이며, 한국의 한국국제협력단(KOICA)을 비롯한 다수의 개발 분야 국제협력기구들이 활동하고 있다.

사회제도를 살펴보면, 네팔에는 힌두교의 영향으로 인도와 같은 카스트제도의 간접적인 영향이 아직도 존재한다.¹⁾ 입헌군주제 채택 이후 신헌법은

종교의 자유를 보장하고 있으나 다른 종교의 공개적인 전도 및 선교활동은 제약을 받고 있는 편이어서 주의를 기울일 필요가 있다. 지난 1963년에 카스트제도를 폐지하는 법령이 제정되었는데, 동 법령은 카스트제도의 폐지 외에 종교·성별에 의한 법적 차별의 폐지, 일부다처제·유아혼(幼兒婚)의 금지, 이혼 및 과부의 재혼 허가 등 민주주의적인 내용을 담고 있다. 그러나 지금도 네팔사회 내부에는 여전히 카스트 의식과 남녀차별의식 등이 남아있다.

〈표 3〉 카스트, 종족, 그리고 빈곤현황

카스트/인종	인구비율(%)	빈곤발생률 1995/6(%)	빈곤발생률 2003/4(%)
Hill Bahun/Chhetri	30.9	34	19
Terai Bahun/Chhetri	1.9		
Newars	5.5	19	14
Terai Middle Castes	12.9	29	21
Hill Dalits	7.1	59	41
Tarai Dalits	4.7		
Hill Janajatis	23.0	49	44
Terai Janajatis	8.7	53	36
Religious Minorities (mainly Muslims)	4.3	44	41
Unidentified	1.0		

자료: Jones (2012: 243).

네팔인구의 대부분은 인도-아리안 계열이고, 나머지는 북부지역, 무스탕의 셸파(Sherpas), 돌파(Dolpas), 로파(Lopas)와 같은 티벳인과 보티야인, 중부지역의 네와르(Newars), 타망(Tamang), 라이(Rais), 림부(Limbus), 수누와르(Sunwars), 머거르(Magars), 구룽(Gurungs)족과 같은 몽골리안이다. 네팔의

- 1) 힌두 카스트의 성은 직업·지위, 지역 및 신분을 반영하는데, 카스트는 승려계급인 브라만(Brahmans), 귀족·무사계급인 체트리(Chetris), 농민·상인계급인 바이샤(Vaisyas) 및 천민계급인 수트라(Sudras)로 구분한다. 자나이(Janai)는 카스트의 상위계급을 상징하는 신성한 끈으로, 오직 브라만과 체트리 남자들만 면 끈 세 개로 된 자나이를 어깨와 가슴, 팔 아래쪽에 두른다. 카스트 제도는 각 계급이 살아가는 법이나 옷 입는 법뿐만 아니라 출산, 결혼, 죽음에 관련된 기타 의식도 규정하고 있으며, 특히 결혼 상대자 선택 및 장례 등 중요한 가정의례 시 카스트를 따지고 있다.

국교는 힌두교(약 87%)이나 불교(8%)와 공존하고, 회교(4%) 신봉자도 있다. 네팔 문화의 두드러진 특징은 힌두교와 불교의 종교적 조화로서 불교사원 내에 힌두사원이, 힌두사원 내에 불상이 공존하고 있다는 것이다. 주요 교육 기관으로는 카트만두 소재 Tribhuvan 국립대학이 중심대학(전국 각지에 103개 캠퍼스 운영; 5,400명 교수와 10만 명 학생 등록, 2004년 자료)이다. 여타 사립대학으로는 Kathmandu 대학(1990년 설립, Dulikhel 소재) 등이 있다.

III. 네팔의 보건의료 및 인력개발 수준

1. 네팔정부의 보건정책

네팔의 보건정책(Nepal Health Policy)은 국민의 건강증진을 위해 1991년에 처음 수립되었다. 보건정책의 목적은 시골지역까지 일차의료체계를 확대시켜 주민들에게 현대의료시설과 훈련된 전문가들의 의료혜택을 받게 하는 것이었고, 이는 행정구역 내의 의료시스템 내에서 의료를 제공받는 것을 포함하는 포괄적인 정책이다. 이 보건정책을 기반으로 초기에 개발된 보건개발 계획이 중장기 5개년 계획인 제 8차 보건사업(8th Health Plan, 1992-1997)과 제 9차 보건사업(9th Health Plan, 1997-2002), 그리고 제 2차 장기보건사업(Second Long Term Health Plan, SLTHP, 1997-2017) 등이었다.

제 2차 장기보건사업(SLTHP, 1997-2017)은 20년 동안 성별이나 지역에 의한 의료혜택의 차별화를 없애고 공평한 혜택을 받게 하는 데에 일차적으로 초점을 맞추었다. SLTHP사업은 모자보건과 가족계획을 일차의료에 통합하는 것, 지역 간 또는 지역 내의 협력, 보건행정의 탈중앙화, 전통적인 의료시스템의 개발, 국내외 비정부기구(non-governmental organizations, NGOs)나 개인기업 또는 외국 투자자들의 참여를 증진 시키는 전략 등이 포함되었다. 또한 이 사업은 공평한 의료혜택의 기회를 만들고 양질의 서비스를 제공하기 위한 의료시스템을 제공한다는 비전을 갖고, 특별히 기본적인 일차진료 혜택을 향상시키기 위하여 성별, 신분, 가난 등의 이유로 지역 내에서 의료혜택

을 못 받는 집단에 주로 초점을 맞추었다. 또한 발병률이 높은 질환을 적절히 관리하기 위해 필수적인 임상 요법 및 치료 요법을 제공하는 것과 공중보건을 사업의 우선순위에 두었다.

그 후 개발된 제 10차 5개년 개발사업(Poverty Reduction Strategy Paper, 2002-2007)은 빈곤퇴치에 초점을 맞추었는데, 이 사업의 보건분야에서는 가난한 지역과 소외된 지역에 기본적인 의료혜택을 제공하는 것을 목표로 하였다(NPC, 2003). 제 10차 개발사업의 보건분야 목표를 달성하기 위해 National Health Sector Program(NHSP)이 개발되었고 2004-2010년에 실행된 NHSP-I은 일차진료의 확대를 통한 의료서비스의 강화와 보건분야 관리를 통한 제도적 개선과 관리역량 강화를 주요 기본 전략으로 채택하였다. NHSP 사업은 산모사망률, 영아사망률, 5세 이하 어린이 사망률 및 전체 출산율의 감소, 피임을 통한 산아제한, 전문요원의 도움을 받는 출산, 예방접종률, 에이즈(HIV/AIDS) 예방법에 대한 지식습득, 보건분야 예산 책정액의 증가를 목표달성의 핵심지표로 설정하였다. 또한 NHSP-I은 2002년 UN에 의해 결정된 Millennium Development Goals(MDGs)의 목표치를 달성기준으로 하였다(Ministry of Health, 2004). 그 결과 NHSP-I 사업은 목표로 했던 대부분의 지표에서 거의 근접하거나 목표치를 능가하는 놀랄만한 성과를 이루어냈다. 사망률과 Disability-Adjusted Life Years(DALYs)²⁾ 평가에 의하면 이 사업기간(2004-2010년) 동안 해당 사업은 96,000명을 살렸고 DALY 당 144 달러의 경비로 거의 3백 2십만 DALYs를 구하는 결과를 얻었다(MOHP, 2010a).

그러나 오랫동안 보건정책을 진행하는 동안 원조국가와 원조단체들이 독립적으로 사업을 수행하는 프로젝트 중심의 개발이 실효를 거두지 못한다는 것을 알게 되었다. 덕분에 네팔정부는 1956년부터 지속적으로 5개년 개발계획을 추진해오는 동안 제 10차 5개년 개발계획(10th Five Year Plan, 2002-2007) 이후 외국원조정책에 sector-wide approach(SWAp) 방식을 적용할 필요성을 이해하기 시작했다. 수많은 개발원조가 개발도상국들에게 지원됨에도 불구하고 거의 실효를 거두지 못하였고, 프로젝트가 끝남과 동시에 원조팀

2) Disability-Adjusted Life Year (DALY): 사망이나 심신의 질환으로 인한 질병의 부담을 시간으로 계산한 것으로, 전 인구를 대상으로 현재의 건강상태와 질병이나 장애가 없는 이상적인 건강상태 사이의 차이를 합한 값이다.

이 떠나 지원이 끊기는 등 지속성을 갖지 못한다는 국제원조 단체들의 분석 결과가 제기되었다. 이에 MDGs Conferences, the high-level forums of aid effectiveness(2005, 2008, 2011), Management for Development Results (MfDR) roundtable conferences(2002, 2004, 2007), UN and multilateral development bank-sponsored conferences와 같이 개발원조에 관심이 있는 나라와 원조단체들이 모여 수많은 국제회의를 통해 SWAp 방식이 완성되었다. 이 개발방식은 개발원조 단체들이 국가의 전체적인 개발계획에 발맞추어 자금의 유동, 기술적 지원, 결과의 관리, 역량구축, 국가시스템과의 조화로운 협력, 상호책임, 국가 시스템의 강화 및 효과적인 원조자의 협력체계를 모두 고려하여 관련된 모든 정책부서와 협력하여 개발을 수행하는 방식이다. 기존의 프로젝트 중심의 개발방법에 의하면, 원조단체들은 주는 자의 입장에서 때로는 정부의 정책흐름과 별도로 자체적인 계획을 수립하고 원조국가의 개발관리시스템을 적용하여 왔다. 그러나 이 방법은 최대의 원조효과를 달성하기 위해 결과를 바탕으로 한 관리시스템을 도입하여 개발도상국의 자체 관리역량을 구축하는 데에 역점을 두고 있으며, 개발분야 전체와 하부 섹터들까지 고려하여 국가의 프로그램개발과 시행을 위해 협력하는 방식으로 진행된다.

외국 원조의 유치를 용이하게 하기 위해 2002년 네팔에서 개최된 Nepal Development Forum (NDF) 회의와 2002년 외국원조유치 정책의 제정 이후 네팔의 외국원조 관리는 새 국면과 만났다. 처음에는 이 방식의 도입으로 많은 개발 프로그램들과 프로젝트들이 원조단체를 배제한 채로 진행되는 듯이 보였고, 네팔 정부의 부적절한 경영으로 자원이 낭비되고 오용되는 것처럼 보였다. 이 문제를 해결하기 위해서, 정부는 Poverty Reduction Strategy Paper (PRSP, 2003)를 개발하였고 뒤이어 제 10차 5개년 개발계획 (Tenth Five Year Plan, TFYP, 2003)을 수립하게 되었다.

2002년 Nepal Development Forum (NDF)에서 네팔의 국가개발에 참여한 원조단체들(development partners)은 개발 원조단체들이 전체적인 개발전략으로서 가난퇴치전략(PRSP)을 지원하고, 지출의 우선순위를 결정하는 과정으로서 프로젝트의 중간 기간에 물자를 비롯한 재정을 지원하는 방식 (Mid-Term Expenditure Framework, MTEF)을 받아들인다는 핵심 원칙을 승인하였다. 이 원칙은 새로운 중재안들을 모색하면서 경험과 기존의 지식으로

부터 배우려는 노력을 증가시키고, 원조금으로 이루어지는 활동의 투명성을 증가시키며, 훈련을 포함한 다량의 기술적 지원에 관심을 집중하게 하기 위한 결정이었다. 목표 달성을 위해, 네팔 정부와 개발 파트너들은 외국원조의 조화와 연대라는 원칙에 따라 2002년 네팔개발포럼(NDF)에서 원조조화를 위한 국가 전략(National Action Plan for Harmonisation)을 이끌어냈다. 2005년 파리에서 원조단체들의 공동회합이 있었던 기간 동안, 네팔 정부와 Organization for Economic Cooperation and Development Assistance Committee (OECDAC)는 2002년 파리선언에서 이끌어냈던 개발원조 원칙을 만장일치로 통과시켰다. 이 국제적인 사건 이후 네팔정부는 SWAp 방식에 따라 외국자본을 관리하기 위해 특별한 노력을 경주했다. 네팔은 더 나은 성과를 위해 외국 원조의 조화와 협력을 강화한다는 차원에서 2006년부터 재정을 재검토하고 관리하는데 주도적인 역할을 하기 시작했다.

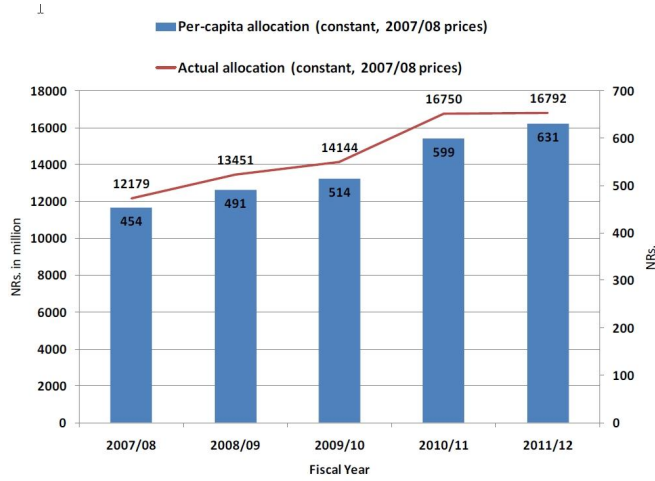
지금까지 네팔정부는 성과관리, 공적 재정 관리, 공적 조달 관리, 모니터링과 평가시스템, 원조 효과, 원조단체들 간의 조화, 및 프로그램 관리 등의 주요 영역을 포함하는 국가체제를 구축하기 위해 구체적인 절차를 밟아왔다. Three-Year Interim Plan (TYIP, (2010/11 - 2012/13)은 개발에 참여하는 모든 원조단체들의 개별적인 프로그램들이 하나로 통합되어 정부의 분야별 정책들과 예산책정에 도움이 되는 방향으로 진행되고 있음을 분명하게 보여준다 (NPC, 2011).

이와 같은 성과를 바탕으로 18개월 동안 관련된 모든 정부 부처들과 국내외 원조단체들의 철저한 조사와 토의를 통해 NHSP-II(2010-2015)가 수립되었다. 이 사업은 NHSP-I의 목표 위에 영양실조문제, 가족계획을 위한 현대적 방법의 사용, 신종질환, 방치된 질병 및 재발현된 질병의 처리 및 비감염성질환의 증가에 대한 타당한 대처방안을 추가로 상정하였으며, 지역 특유의 정신질환과 안질환, 치과질환, 환경위생을 필수 의료서비스 목록에 포함시켰다. 그밖에 외부원조기관들의 지원을 늘리고 그들과 효과적인 협력체계를 유지하며, 국가적 차원에서 다른 분야들과의 연계 및 협력체계를 긴밀히 하고(multi-sectoral coordination and collaboration), 보건인력의 확충과 훈련, 철저한 감사와 평가를 통한 효과적인 재정관리 및 성과관리 등을 실행전략으로 하고 있다.

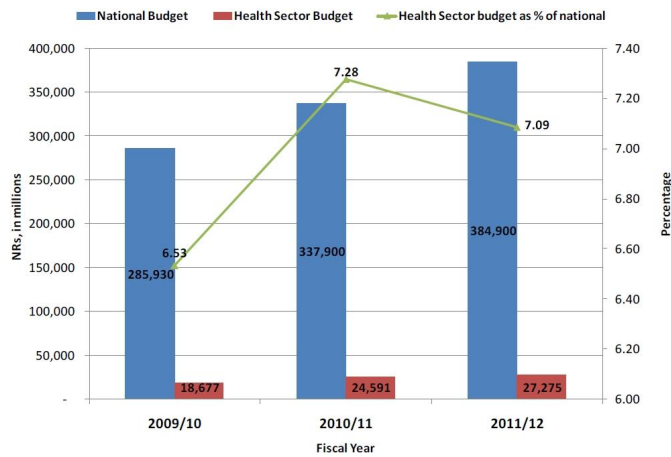
NHSP-II 보건사업과 연계하여 진행되고 있는 Nepal Global Health Initiative Strategy(GHI)는 MDG 4, 5의 목표를 달성하고, MDG 6을 지원하는 것을 목적으로 U.S Agency of International Development(USAID)를 통해 미국 정부로부터 재정과 기술적 지원을 받고 있는 장기보건사업이다. 네팔정부는 2015년까지 MDG 목표인 5세 이하 사망률 38/1,000명, 영아사망률 32/1,000명, 1세 이하 어린이의 예방접종률 85%, 산모사망률 134/100,000명, 출산 시 훈련된 조산사의 도움을 받는 비율 60%, 현대적인 방법을 이용한 피임율 55%를 달성하기 위해 다음과 같이 세 가지 영역에 초점을 맞추고 있다. 1) 보건분야에서의 결정사안들을 통제, 관리, 향상시키기 위한 경영권과 역량을 강화한다. 2) 서비스들을 통합하고 획기적인 접근법으로의 전환을 용이하게 하기 위해 대중, 사설기관(private sector) 및 비영리 단체들과 파트너관계를 확립한다. 3) 모든 국민에게 서비스를 확대하기 위하여 여자와 아이들, 그리고 소외된 집단에게 의료혜택의 강화하고 혜택의 기회를 늘린다(MOHP, 2010b).

네팔의 국가개발에 사용되는 재정은 대부분 외국원조에 의존하고 있다. 특히 보건분야에 대한 지출은 2006년에 GDP의 5.3%, 일인당 의료비는 18.09 US 달러 수준이었으며, 그중 55% 이상(USD 9.0)은 개인이 부담하며 국가부담금의 절반 정도는 국내외의 외부 원조에 의해 충당되었다<그림 2>. 또한 모자사망률을 지속적으로 줄이기 위해서는 외부의 지속적인 원조가 없이는 유지될 수가 없는 실정이다. 그러나 네팔 정부는 보건분야의 국가예산을 꾸준히 늘려가고 있다. NHSP 1차 사업이 진행되었던 기간 동안 2004년에 88 million US\$(NRs. 6.5 billion)였던 예산이 2009 회계연도에 228 million US\$(NRs. 17.8 billion)로 증가하였고 2009 회계연도에 전체 예산의 6.24%(NRs 18.68 billion)에서 2011년 7.24%(NRs 27.27 billion)로 증액 배정되었다<그림 3>(MOHP, 2012).

<그림 2> 연도별 보건비 지출 변화



<그림 3> 연도별 국가예산 중 보건비 비중

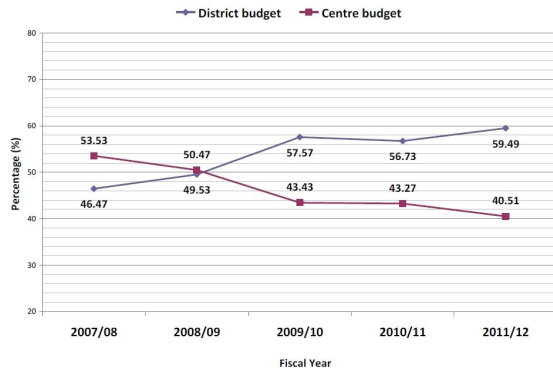


자료: MoF-budget speech and red-book documents, MOHP-eAWPB.

또한, 보건분야 예산의 절반(49.5%)을 중앙정부로부터 직, 간접적으로 75개의 district에 배정하면서 네팔은 도시와 지방 간 의료서비스 격차를 줄이기 위해 노력했다. 특별히 MDG 목표를 달성하기 위해 2011년에는 전체 보건예

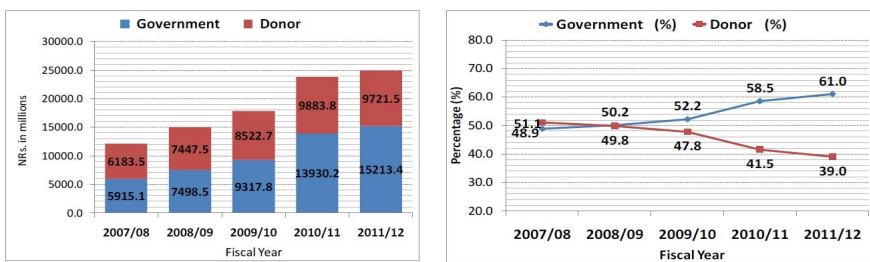
산의 32%가 배정되었고, 그 중 예산의 많은 부분이 어린이(20%)와 산모(15%)에게 배정됨으로써 MDG 4, 5의 목표에 근접하는 성과를 이루었다<그림 4>. 외부의 개발원조단체가 지원한 자금은 보건부(Department of Health Services; DoHS)에서 집행하는 총 예산의 50.53%를 차지한다<그림 5>. 2011/2012 회계연도, 보건분야의 개발에 참여하는 외부 원조단체와 국가는 원조규모에 따라 Global fund(15.2%), UNICEF(6.0%), USAID(4.6%), GAVI(3.6%), WHO(2.8%), ITI USA(1.5%), SDC, Norway, SCF USA, JICA, KfW, UNFPA, CEC, Dfid의 순서로 지원하고 있으며, 그 밖에도 다수의 국내외 원조단체들이 세계적인 흐름에 따라 네팔의 개발 및 보건사업을 재정적, 기술적으로 지원하고 있다(NHSSP-budget analysis 2011/2012, Jan. 2012)<표 4>.

<그림 4> 연도별 중앙과 민간 대비 보건예산 변화



자료: MOHP-eAWPB.

<그림 5> 연도별 보건부문의 정부 및 공여 보건예산 비교



자료: MOHP-eAWPB.

2010/2011 회계연도의 보건예산은 중장기 보건정책과 관련하여 설사와 콜레라 만연지역의 특별관리, 인력개발 지수가 낮은 지역을 위한 통합된 보건 프로그램 적용, 빈곤층과 소외된 계층의 기초 의료서비스와 모자보건, 연구와 훈련을 바탕으로 한 전통의학의 활용, 어린이 영양실조의 감소, 산전산후 관리, 의료보험 정책, 일차의료와 예방 등에 역점을 두고 배정되었다. 정부는 최근 district hospital과 primary health care center에서 시행되는 필수의료 서비스를 무상으로 지원하겠다고 발표하였다(MOHP, 2010a).

보건지소(Sub-health post)를 이용할 경우 환자가 부담하는 진료비는 2008년 1월에 이미 폐지되었고, 의료기관에서 안전하게 분만할 수 있는 기회를 늘리기 위해 정부는 모든 의료시설에서 무상분만 서비스를 받을 수 있도록 추진하고 있다. 또한 네팔 정부는 2011 Strengthening of Local Health Governance Programme에 따라 중앙정부 집중식이던 정책실행방식을 분권화(decentralization)하여 지방정부의 정치적, 법적 자치권을 강화시키는 획기적인 접근방식을 추진하고 있다.

〈표 4〉 보건 분야 10대 공여 국가(기관) 및 금액 (NRs. millions)

SN	Donor/source	2009/10		2010/11		2011/12	
		예산배정	Share%	예산배정	Share%	예산배정	Share%
1	Pool Fund	4992	58.6	5973	60.4	6159	63.4
2	Global Fund	494	5.8	778	7.9	1474	15.2
3	UNICEF	250	2.9	303	3.1	588	6.0
4	USAID	836	9.8	678	6.9	448	4.6
5	GAVI	270	3.2	1279	12.9	348	3.6
6	WHO	241	2.8	131	1.3	273	2.8
7	ITI USA	0	0.0	0	0.0	144	1.5
8	ADB	0	0.0	69	0.7	69	0.7
9	SDC/Switzerland	72	0.8	67	0.7	67	0.7
10	Norway	31	0.4	31	0.3	29	0.3
11	Other	1337	15.7	574	5.8	121	1.2
Total		8523	100.0	9884	100.0	9722	100.0

자료: MOHP-eAWPB.

이것은 정부를 국민들에게 더 가까이 두고, 특히 가난하고 소외된 사람들에게 더 효과적이고 효율적이며 공평한 의료혜택의 기회를 제공한다는 취지를 갖고 있다. 2004/2005 회계연도에 이미 29개 district에 존재하던 1,433개의 HP, SHP 및 PHCC가 지역보건관리위원회로 이양되었고, 88개의 공공병원 중 52개가 정도의 차이는 있지만 반자치권을 행사하고 있으며, 2009/2010 회계연도에는 보건인구부 예산의 58%가 지역프로그램에 직접 배정되었다. 이 정책은 Ministry of Local Development와 관련된 지역개발위원회들 그리고 외부개발원조팀과 협력하여 진행되며, District Health Offices들은 district이하의 지역들을 포괄하여 의료서비스를 계획하고 관리하는데 더 큰 책임을 맡게 되었다(MOHP, 2010a).

2. 네팔 국민의 건강 상태

2007년 모든 인간의 평등할 권리를 포함하는 새 헌법의 개정과 함께 모든 계층과 지역의 국민에게 네팔정부는 공평한 의료혜택을 제공하고 국민의 건강을 증진시키기 위해 지속적이고 일관성 있는 보건정책들을 전개해왔다. 특히 MDG4, 5 및 6을 목표로 국내외의 지원 단체들과의 협력 아래 놀랄만한 성과를 이루어냈고 전체적인 국민의 건강은 많이 향상되었다. 그러나 증가하는 인구와 한정된 경작지를 가진 농업 중심의 경제는 50%가 넘는 절대빈곤층의 원인이 되고 있으며, 낮은 교육수준, 낮은 위생관념, 안전한 음용수 공급의 어려움, 산악지대가 대부분인 지형적인 이유로 인한 고립, 오랫동안의 정치적 혼란, 신분제도에 의한 차별적 인식 등은 모든 국민의 무상의료혜택 제공이라는 국가적 정책에도 불구하고 국민들이 의료혜택을 받을 기회를 더 어렵게 만들어왔다. 2012년 현재 여성과 어린이의 사망률과 질병이환율은 현저하게 높다. 또한 급성 어린이 질환, 출산의 합병증, 영양실조, 그리고 결핵, 성병, 광견병, 수인성 질환, 매개인자성 질환과 같은 풍토병의 발생률은 매우 높아서 국민 건강을 위협하는 요인으로 작용하고 있다(MOHP, 2009, 2011a, 2011b; MOHP et al., 2001; Ministry of Health, 2011).

〈표 5〉 네팔 국민의 주요 보건 상태(1996-2011)

Indicators	Achievement				Target*
	1996	2001	2006	2011	2015
Fertility					
Total fertility rate per woman	4.6	4.1	3.1	2.6	2.5
Adolescent fertility rate 15-19 years per 1000 women	127	110	98	81	70
Median age at first marriage for women age 25-49(years)	16.4	16.6	17.2	17.5	
Median age at first birth for women age 25-49	19.8	19.9	19.9	20.2	
Married women(age 15-49) wanting no more children(%)	59	66	71	73	
Mean ideal number of children for women 15-49	2.9	2.6	2.3	2.1	
Family Planning					
Current use of any modern method (15-49 married women)(%)	26	35	44	43	67
Maternal Health (women who gave birth in past 5 years)					
Maternal Mortality Ratio per 100,000 live births	539	415	281	229	134
Received antenatal care from a skilled provider(%)	44	49	74	58	
Births assisted by a skilled provider(%)	23.6	27.9	43.7	36	
Births delivered in a health facility(%)	8	9	18	35	
Childhood Health					
Neonatal mortality rate per 1000 births	49.9	43	33	20	16
Infant mortality(<1 year) per 1000 births	79	64	48	46	32
Under 5 mortality (<5 years)	118	91	61	54	38
Children 12-23 months fully vaccinated(%)	43	66	83	87	
Nutrition					
Children<2years who are underweight(%)	49.2	48.3	38.6	39.7	29
Children<5years who are stunted(moderate or severe)(%)	na	57	49	41	
Children<5years who are wasted(moderate or severe)(%)	na	11	13	11	
Prevalence of anemia in children 6-59 months (%)	na	na	48	46	
Prevalence of anemia in women age 15-49	na	na	36	35	
HIV and AIDS-related Knowledge and Behavior					
Has heard of AIDS(%) (women/men)	?/27	50/72	70/89	86/97	
Knows ways to reduce the risk of getting HIV: Using condoms (%) (women/men)	8/?	33/?	54/?	74/89	
Limiting sex to one uninfected partner (%) (women/men)	14/?	37/?	60/?	79/89	

자료: MOHP: NDHS, 2011 (*MDGs 목표: 2015).

국민들은 감염성질환과 생활양식과 관련된 비감염성질환의 증가로 여전히 고통 받고 있다. 주요 질환으로는 설사(17%), 급성호흡기감염증(19%), 말라리아(8%), 홍역(4%), 에이즈(3%) 등이다. 시골지역의 1,903명의 환자를 대상으로 실시한 설문조사에서 복통(20.1%), 근골격통(19.3%), 안과질환(6.1%)

을 호소하는 환자가 가장 많았고, 보통은 남자(14.5%)보다 여자(21.2%)가 더 많았다. 어린이를 대상으로 한 설문조사에서는 기생충증(10.4%), 결막염(7.6%), 상기도감염(7.2%) 순으로 나타났다(Pambos et al., 2012). 설사와 급성 호흡기질환은 인구 1,000명당 각각 219명과 319명의 발병률을 보이고, 말라리아, 장리슈마니아증, 림프성 필라리아증, 일본뇌염 그리고 최근 급증하고 있는 황열과 같은 매개인자성 질환이 결핵이나 에이즈와 함께 주요 보건문제로 남아있다. 또한 당뇨병, 고혈압, 심혈관질환, 암과 같은 비감염성 질환도 증가추세를 보이고 있다(표5)(USAID, 2010; USAID et al., 2007).

보건과 관련된 환경적 요인을 살펴보면, 2011년 보건인구부에 의해 실시된 가주주 대상 설문조사에서 11%의 가정이 음용수로 적합하지 않은 물을 마시고, 62%가 비위생적인 공동화장실을 사용하며, 60%가 간접흡연에 노출되고, 51%가 식량난을 경험하고 있다(MOHP, 2011a, 2011b).

3. 인력개발 수준

네팔의 인간개발지수를 보면, 기대여명은 68.8세이고, 성인식자율은 59.1%이고, 빈곤지수는 0.301이고, 인간개발지수는 157위로 나타났다<표 6>.

<표 6> 네팔 인간개발지수

네팔 인간개발지수	2011
Life expectancy at birth (years)	68.8
Adult literacy rate (% age 15 and above)	59.1
Combined primary, secondary and tertiary gross enrollment ratio (%)	55.6
Mean year of schooling(year)	3.2
Inequality-adjusted HDI value	0.301
Multidimensional poverty index	0.350
Human development index (Rank)	157

자료: UNDP, Human Development Report 1990~2011;
세계은행(<http://data.worldbank.org>).

IV. 티카폴 보건환경 개선사업 핵심 내용과 주요 고려 사항

1. 보건환경 개선사업의 핵심 개요

아시아에서 가장 가난한 나라인 네팔에서 한국정부와 네팔정부가 함께 시행하고 있는 보건환경개선사업인 HIT project(Health service Improvement in Tikapur, Nepal)는 네팔의 극서부지역인 인도 국경 가까운 덩가리와 네팔건지 부근에 위치해 있다<그림 6>. 이 사업은 이전에 한국정부에서 시행한 다른 해외 보건관련 사업과는 차이가 있다. 크게는 지금까지의 단편적인 지원에서 종합적인 지원을 통한 전체적인 보건환경 개선이라는 점과 지속성을 이루기 위한 부가적인 사업이 수반된다는 점이다. HIT 사업은 그간 건물 공여 위주의 사업 방식과는 다르게 KOICA와 함께 대학이 사업주체로서 의사 및 보건전문가를 장기간 파견하여 지역사회의 보건시스템을 개선하는 사업 모형이다. HIT 사업의 구성은 6가지 세부사업은 첫째, 티카폴 지역의 병원과 보건소의 건축 둘째, 의료장비의 지원 셋째, 보건시스템 개선 넷째, 의료인력 및 보건인력의 교육 다섯째, 지역보건프로그램 운영 여섯째, 주민위생 및 건강교육을 제공하는 방식이다.

<그림 6> 사업대상 지역도



1) 보건의료 시설 현황

보건소의 상위 기관으로 205곳의 선거구역 단위 가운데 195곳의 Primary Health Care Center(Health Center)가 있으며 본 사업 지역인 티카풀 지역 병원이 이에 속한다<표 7>.

<표 7> 네팔 보건기관 구성 및 HIT 사업지역 구분

Level(Number)	Health organization	HIT project area
Central Level	5 Central Hospitals	
	5 Regional Health Directorate	
Regional Level(5)	2 Regional Hospital	
	5 Regional Training Center	
	1 regional Laboratory	Far-west Region
	5 Regional Medical Sore	
	1 Regional TB center	
Zonal Level(14)	11 Zonal Hospital	Ceti Zone
District Level(75)	14 District public Health Office	Kailali District
	62 District Hospital	(42 VDC + 2 Municipality)
	61 District Health Office	
Electoral Constituency(205)	193 Primary Health Care Center (Health Center)	Tikapur Municipality
	701 Health post	Narayanpur
VDC Level(3995)		Dhansingpur
	3129 Sub-health post	Durgauli
		Pathariya

자료: 네팔 티카풀 지역 보건국(2012).

HIT 사업지역을 구체적으로 설명하며, 네팔의 극서쪽에 위치한 Kailali 지역의 Tikapur municipality와 4곳의 VDC가 해당되며, 현지 행정관할 상 VDC는 Tikapur municipality의 아래 단위로 구분되나 주민 자치 운영체계를 가지고 있어 municipality와 별개로 사업을 수행해야하기 때문에 각 VDC의 위원회에서 모든 업무를 처리한다.

2) 주요 질환

2009년 조사된 티카풀 병원 내원 환자의 증상을 살펴보면 대다수의 환자가 설사와 호흡기 질환 증상을 호소하는 것으로 확인되었다<표 8>.

<표 8> 티카풀 지역 병원 내원환자의 증상

Disease	%
Diarrhea	31.5
Dysentery	4.4
Typhoid	12.2
Cholera	1.0
Cough	16.7
Fever	59.1
Malaria	6.8
Worm	5.9
Jaundice	6.0
Skin disease	12.8%
Others	20.6

자료: ENPHO, SWASHTHA (2009).

사망률과 어린이 사망률은 감소하고 있으나 여러 가지 질환이 네팔 국민 보건을 위협하는 주요 원인이 되고 있다. 티카풀 지역의 보건사업을 수행함에 있어 근본적으로 경제적 발전과 문화적 요인에 따른 건강 저해 요소를 개선해 나가는 것이 필요하다.

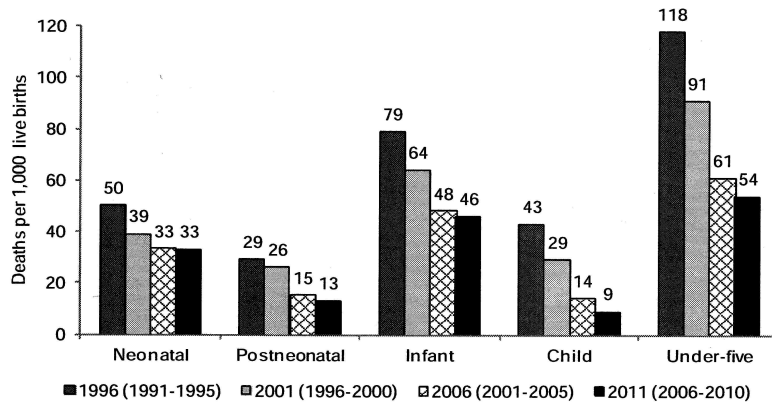
3) 보건사업 추진의 어려움

국가는 의료기관에 일정 부분의 약품을 무상 공급하는 사업을 수행하고 있고 이를 통하여 많은 환자들이 목숨을 구하고 건강을 유지하고 있다. 그러나 이러한 제도적 뒷받침에도 불구하고 경제적인 어려움 때문에 대부분의 지역에서는 약품을 충분히 공급받지 못하고 있다. 출생 후 1세 미만의 사망률은 1996년과 비교하여 지속적인 감소를 보이고 있으나 아직도 1,000명 출

생 중 46명에 이르고 있으며, 어린이 사망률의 대부분을 차지한다<그림 7>.

이는 시골지역과 산악지역의 의료혜택 부족과 호흡기 질환을 치료할 약품의 부재에 기인하는 것으로 파악되고 있어 향후 경제발전에 따른 네팔 국민의 건강은 비례적인 상승 양상을 보일 것으로 예측된다. 반면에 세계적인 유가 상승에 따른 기초 물가의 상승과 기반시설이나 자원이 부족한 네팔의 현실에서 약품의 절대적인 부족과 의료혜택의 지역 간 격차를 해결하기 위해서는 장기적인 전략과 노력이 필요하다.

<그림 7> 어린이 사망률



자료: NDHS(1996, 2001, 2011).
NDHS by MoPH, 2011년)

현실적인 대안으로 제시되고 있는 방법이 대체의학을 활용한 환자의 관리 방식의 도입이다. 네팔 지역은 세계적인 청정지역으로 알려져 있으며 다양한 효과를 갖는 약초가 재배되고 있다. 국가는 아유르베다(Ayurveda)와 같은 전통 치료법을 시행하는 의료시설을 정부차원에서 장려하고 있으며 관련 시설과 치료사들은 국민보건의 일부를 담당하고 있다.³⁾ HIT사업의 내용은 건

3) 아유르베다(ayurveda)는 생명과학, 삶의 지혜, 장수비법이라는 뜻의 산스크리트어(범어)로, 인도 지역에서 수천 년간 일상생활에서 활용되어온 것이다. 아유르는 ‘장수’, 베다는 ‘지식’이라는 뜻으로 고대 힌두교의 건강관리 체계라고 할 수 있다. 인도, 네팔, 스리랑카 등에 일반적이며 최근 아유르베다는 서방에도 소개되고 있는데, 인간의 건강체계를 육체, 감각기관, 정신과 영혼의 조

축, 장비 및 교육과 프로그램 위주의 보건환경 개선사업이므로 약품의 지속적 공급에는 한계가 있으며, 또한 사업기간 완료 후의 지속성의 관점에서도 대안이 필요하다. 이를 위해 티카풀 지역을 중심으로 약품보급이 어려운 시골이나 오지에 대하여 천연약제 및 천연물을 이용한 환자의 관리와 예방이 도움을 줄 것으로 판단된다. 티카풀이 위치한 네팔의 극서지역에서 자라거나 채배되는 약초는 여러 종류가 확인되었다<표 9>.

이러한 각 약제들은 주요한 효능을 가지고 있어 열, 기침, 감기, 천식, 염증, 바이러스, 결핵, 설사, 피부질환 등에 사용될 수 있으며 재료의 성질과 사용 부위에 따라 음용, 식용, 도포 등 다양한 방법으로 사용가능한 것으로 확인되었다.

<표 9> 네팔 극서쪽 지역(Far-west region)에서 자생하는 약초와 용도

Diseases	Scientific name	Common name
Fever	<i>Andrographis paniculata</i>	Creat(E), Kitatikta, Kalmegh(N)
	<i>Azadirachta indica(antimalaria)</i>	Margosa tree(E), Neem(N)
Cold, cough	<i>Acacia catechu</i>	Cutch tree(E), Khair(N)
Asthma	<i>Euphorbia hirta</i>	Snake weed(E), Dudhi jhar(N)
	<i>Phytolacca acinosa</i>	Pokeberry(E), Jaringo(N)
Anti-inflammation	<i>Andrographis paniculata</i>	Kitatikta, Kalmegh
	<i>Acacia catechu</i>	Cutch tree(E), Khair(N)
Antiviral	<i>Anisomeles indica</i>	Malabar catmint(E), Ratocharpate(N)
Anti-tuberular	<i>Engelhardia spicata</i>	Mahuwa
	<i>Lobelia pyramidalis</i>	Lobelia(E), Aklebir(N)
Diarrhea	<i>Spondias pinnata</i>	Bile tree, Wild mango
	<i>Arisaema flavum</i>	myrtle Bay berry(E), Kafal(N)
	<i>Aconitum heterophyllum</i>	Atis
Skin	<i>Phytolacca acinosa</i>	Pokeberry(E), Jaringo(N)
Respiratory	<i>Bacopa monniera</i>	Brahmi

자료: 필자들이 여러 문헌을 통하여 종합한 것임.

함으로 정의하고 있으며 본능과 체질과 건강조건의 조화를 강조하고 있다. 인도지역에서는 약 100여개의 आयुर्वेद 5년제 대학이 있으며, 이 과정을 마치고 졸업하면 바이다(vidya)의 칭호가 주어지며, 양의와 함께 인도 의료인으로 종사할 수 있다(<http://www.ayurveda.co.kr>).

4) 수질 오염 문제

2012년도 초에 HIT 연구팀에 의해 조사된 티카풀 지역의 음용수 수질 검사에서 망간이 음용수 기준치인 0.05mg/L의 수 배에서 50배 이상까지 검출되어 지역의 전체적인 문제점으로 확인되었다. 망간은 신경계에 영향을 미치며 특히 학생들의 지능을 낮추고 수업 능력을 저하시키는 작용을 하여 장기적인 문제가 될 수 있다. 네팔의 특성상 터라이 지역에 물이 풍부하고 10m 내외의 파이프를 땅에 박아 넣는 정도로 가정용 우물을 만들 수 있는 지역이 많아 물이 풍부한 지역으로 평가되고 있다. 그러나 네팔의 특정지역에서는 비소가 검출되었고 이번 티카풀 HIT사업 지역에서는 망간이 검출되고 있어 음용수에 대한 특별한 관리가 필요한 상황이다. 따라서 수질 오염 등의 환경오염에 대한 조사 연구 및 관리가 필요한 것으로 나타났다.

5) 화장실 문화에 따른 설사병 관리의 어려움

설사병 역시 네팔 주민의 건강을 위협하는 주요 질환이며 특히 어린이 설사는 매우 흔하여 네팔 아동의 영양 상태를 악화시키는 요인으로 작용하고 있다. 영양상태가 나빠지면 진균증의 피부질환이 증가하고 면역력 약화를 유도하여 호흡기 질환을 증가시키며 폐렴 등 증상악화와 사망에 이르게 한다. 5세 이하의 사망률이 2006년 1,000명 출산에 118명이었으나 2011년 보고에서는 54명으로 감소하였고 이 가운데 1세에서 5세까지의 사망은 9명으로 확인되어 지속적인 감소를 보이고 있다. 그러나 어린이 영양상태는 2011년 보고에서도 41%가 만성영양결핍으로 확인되어 지속적인 노력이 필요함을 확인하였다(MOPH, 2006; 2011).

설사는 영유아 및 어린이의 사망률과 영양에 직접적인 영향을 미치는 주요 질환으로 네팔에서는 화장실 문화가 보급되지 않은 것에 큰 영향을 받고 있다. 아직도 시골지역에는 화장실을 보유한 가정이 50%이하이며 집 밖에서 용변을 보고 방치하며, 이는 네팔의 힌두교 종교와 관련 문화에 영향을 받고 있다. 최근까지 유지되어 온 카스트제도 역시 신분에 따른 교육과 경제의 차별화를 유지시킴으로써 건강과 위생에 대한 올바른 이해와 환경개선에 대

한 필요성을 인식하지 못하게 한 것으로 파악된다. 네팔 지역 환자의 또 다른 문제점으로 지적되는 부분은 설사의 원인 가운데 원충질환인 이질아메바성 설사가 많다는 점이다. 이질아메바 감염은 특히 위생상태가 불량한 열대 및 아열대 지방에서 높으며 일반인이나 군대에서 집단적으로 발생하기도 한다. 대체로 주요한 감염원은 만성적 낭자배출환자(cyst-passing chronic patient)나, 무증세 낭자배출자(asymptomatic cyst carrier)이다. 본 원충의 감염 경로는 오염된 음식물에 의한 것이 대부분이지만, 오염된 급수, 낭자배출자의 음식물 조리나 인분비료를 야채에 사용하는 경우, 집단생활에 있어 개인위생의 부주의로 야기되는 접촉감염 등을 들 수 있다. 이는 일반 콜레라나 장티푸스와 달리 무증상보균자가 계속적인 감염원을 퍼뜨리게 되어 관리를 위해서는 사업지역의 주민을 대상으로 직접 진단, 치료하는 과정이 필요하다. 또한 이 질병은 대변을 통하여 전염되므로 지역의 대변관리 및 화장실 문화의 보급과 관련하여 초중고생을 시작으로 한 위생교육이 장기적으로 병행되어야 함을 시사한다.

6) 네팔 보건의료 향상과 관련된 HIT 사업의 의미

HIT 사업은 기존의 지원사업과는 다른 성격과 의미를 포함한다. 의료시설의 신축 및 증축, 의료장비 설치 이외에 의료인력의 자질향상과 자체운영을 위한 기술교육, 병원경영 매뉴얼 작성을 통한 직원 교육, 주민들을 대상으로 한 보건교육 등을 통한 본 사업은 단편적인 지원사업의 한계를 극복하고 사업의 지속성을 갖기 위해 개발되었다. 이 사업의 의미를 보면 다음과 같다.

첫째, 사업기간은 물론 사업이 종료된 후에도 정기적으로 단기 의료봉사 활동팀을 파견토록 하여 주민들의 건강을 지속적으로 관리, 지원토록 한다. 둘째, 네팔은 수인성 질병의 발생률이 높은 관계로 티카폴 병원 및 6개의 보건소에 산성수기를 설치하여 손소독, 장비의 살균 및 환경소독을 통한 수인성질환의 발병률 감소에 기여한다. 셋째, 주민의 건강을 위해 대체의학을 도입하여 절대적으로 수가 부족한 의약품에 보완적으로 효과가 뛰어난 약초 사용을 검토한다. 왜냐하면, 네팔은 모든 국민의 무상의료서비스라는 기본 정책을 실행하고 있지만 열악한 국가경제로 인해 공급되는 의약품의 절대수

가 부족한 실정이다. 주민들 또한 빈곤으로 인해 사설의료기관이나 약국에서 약을 구입하는 것이 어려워 비교적 부담이 적은 전통의학이나 민간요법에 의존하는 경우가 많기 때문이다. 이러한 보건서비스 방식은 지역사회 경제 활성화에도 기여할 수 있을 것이다. 지역공동체 내에서 필요한 약초나 부가가치성이 높은 약초를 대량으로 재배할 수 있다면 지역경제의 자립과 빈곤해소에도 도움이 될 수 있을 것으로 판단된다.

V. 결어

네팔은 수십 년에 걸친 내부분쟁 등으로 인하여 가장 가난한 나라 중의 하나로 남아 있으며 국민의 여러 가지 상태가 취약하다. 최근 네팔은 헌법을 개정하는 작업을 하고 있는데, 연방을 어떻게 구성할 것인지와 대통령제와 의원내각제중 어떤 정부형태를 취할 것인가가 가장 중요한 이슈가 되어왔다. 이런 과정에서 네팔의 주요 정당들은 새로운 연방구성을 11개 주(province)로 재정리하고, 정부형태를 직선대통령-의회선출 총리로 하는 방향으로 추진하고 있다. 아울러, 그간 거국내각을 거부하고 있던 정당(제3당)이 기존의 입장을 변경하여 거국내각 참여를 결정함으로써 거국내각이 출범할 수 있게 진행되고 있다. 따라서 주요 헌법문제에 대한 합의와 거국내각 출범이라는 두 가지 중요한 사태진전에 따라, 향후의 헌법개정 논의가 활발해질 것으로 전망되고 있으며 이러한 정치합의를 통해 국가전반의 정치행정환경이 조금씩 개선되어 갈 것으로 전망된다. 사실 보건의료를 포함한 사회개혁을 성공시키기 위해서는 정치안정이 무엇보다 중요하다. 그러나 연방제 운영과 관련하여, 각 지역별, 민족별 입장이 조정되지 못하고 있는 상황이기 때문에, 앞으로도 정세불안이 지속될 개연성도 무시할 수 없다.

네팔의 여러 분야가 어려움에 직면하고 있지만, 그 중에서도 보건의료상태가 아주 취약한 국가로 분류되고 있다. 본 논문에서는 네팔의 티카폴지역 보건의료 환경개선을 위해 검토해 보았다. 우선 정치경제와 사회 환경을 보면, 낮은 정치 수준, 불안정한 정치 환경, 낮은 수준의 경제활동 등이 보건의료는 물론 국가발전 전반을 저해하고 있는 것으로 나타났다. 따라서 네팔의

보건문제를 해결하기 위해서는 진료 등의 기술적 차원의 보건의료 서비스도 중요하지만, 정치경제와 사회문화를 고려한 종합적인 보건의료 협력사업이 필요한 것으로 나타났다.

이를 위한 구체적인 사업방법 중 하나로서, 네팔 정부의 의지와 현지 지역의 적극적 참여 및 관심을 유발시키는 것이 중요하다고 보인다. 그리고 보다 구체적인 차원에서는 전 국민 1차 무상진료를 위한 사업이 효과적으로 정착 되도록 사업지역의 보건진료소(Sub-health post), 보건지소(Health post), 보건소(Health center), 병원(Hospital)을 연계하는 보건의료전달체계를 구축하는 것이 필요하다. 아울러, 공여국으로 부터의 예산을 활용하여, 세계보건기구에서 권장하는 필수약품을 무상 공급하는 정책 등을 지속적으로 추진하여야 할 것이다. 특히, 낙후된 병원시설을 개보수, 증축하여 현대화된 시설과 장비를 갖추도록 행·재정적인 지원을 하여야 할 것이다. 아울러 일시적인 개선에 머물지 않고, 사업의 지속성을 담보하기 위하여 보건의료인력에 대한 교육 훈련을 실시하여 현지인의 진료관리 능력을 근본적으로 강화토록 하여야 할 것이다. 아울러, 병원운영관리 매뉴얼을 만들어 모든 직원들이 병원관리원칙을 알게 하여 보다 질 높은 보건의료 서비스를 제공하도록 하여야 할 것이다.

또한, 이 사업은 네팔 정부에서 추진 중인 국가중기개발계획(NSDP, 2009/10~2011/12)과 네팔 보건인구부(MOHP)의 보건분야 개발계획인 “NHSP-II, 2011-2015”과 연계하여 추진되도록 하여, 사업 대상지역의 기초보건 서비스 향상 및 국민보건 향상을 위한 네팔정부의 국가개발계획 달성에 기여할 수 있도록 해야 한다. 그래야 효과적이고 지속적인 정책추진이 가능하며 평등한 보건 시스템 개발을 위한 네팔정부의 노력을 뒷받침 할 수 있을 것이다. 특히, 보건사업개발 시 투명성과 책임성 및 정부법률에 대한 존중을 보장하는 노력을 함께 경주하여야 할 것이다. 또한 보건사업의 성공을 위하여 단편적인 지원보다 종합적인 보건의료환경사업을 동시에 수행함으로써 지원사업의 성공과 지속성을 높이는 것이 개도국 ODA 사업의 지원에 중요함을 인식할 필요가 있다.

아울러, 티카폴 지역주민의 보건의료 환경개선을 위해서는 건강한 농촌생활 환경의 조성, 오염정도가 심한 대도시 보건문제 해결을 위한 건강도시 개념의 도입, 건강보험제도의 도입, 일차보건의료의 강화, 건강을 위한 공공거

버년스의 개선, 빈곤과 건강의 악순환 고리를 자르는 근본적인 발상의 전환을 통하여 질병발생 감소는 물론 질병에 의한 사망률을 줄이도록 노력하여야 할 것이다.

참고문헌

- 남은우·안보령·주신유 (2011). 「네팔 보건의료 협력 전략 2012-2015」. 서울: 한국국제보건의료재단.
- 외교통상부. (2011). 「외국인 투자관련 국가별 현황」. 서울: 외교통상부.
- Aditya, A. (ed.). (2007). *The Inclusive State: Reflections on Reinventing Nepal*, Kathmandu, Nepal: SAP Nepal.
- Ailuogwemhe, J. et al. (2005). *Tackling Shortages of Health Care Workers in Rural Nepal: "Train to Retain."*
- Bista, D. B. (1991). *Fatalism and Development: Nepal's Struggle for Modernization*. Kolkata: Orient Longman.
- Jones, S. (2012). The Politics of Social Rights: Social Protection and Free Health Care in Nepal. *Public Management Review*, 14 (2): 239-254.
- Ministry of Health. (2004). *Nepal Health Sector Programme: Implementation Plan (NHSP-IP), 2004-200*. Kathmandu, Nepal: Ministry of Health.
- Ministry of Health. (2011). *Nepal Demographic and Healthy Survey (NDHS)*. Kathmandu, Nepal: Ministry of Health.
- Ministry of Health and Population (MOHP). (2009). *Annual Report 2009/2010*. Kathmandu, Nepal: Ministry of Health and Population, Nepal.
- _____ (2010a). *Nepal Health Sector Program II (NHSP-IP II, 2010-2015)*. Kathmandu, Nepal: Ministry of Health and Population, Nepal.
- _____ (2010b). *Nepal Global Health Initiative Strategy*. Kathmandu, Nepal: Ministry of Health and Population, Nepal.
- _____ (2011a). *Annual Report: Department of Health Services 2066/67 (2009/2010)*. Kathmandu, Nepal: Ministry of Health and Population.

-
- _____ (2011b). *Department of Health Services Annual Reports 2066/67(2009-2010)*. Kathmandu, Nepal: Ministry of Health and Population.
- _____ (2011c). *NHSSP-Human Resource Information Systems Assessment*. Kathmandu, Nepal: Ministry of Health and Population.
- _____ (2012). *NHSSP-Budget Analysis 2011/ 2012*. Kathmandu, Nepal: Ministry of Health and Population.
- Ministry of Health and Population (MOHP) [Nepal], New ERA, and Macro International Inc. (2007). *Nepal Demographic Health Survey 2006*. Kathmandu, Nepal: Ministry of Health and Population, New ERA, and Macro International Inc.
- Ministry of Health and Population (MOHP), New ERA, and ORC Macro. (2002). *Nepal Demographic and Health Survey 2001*. Calverton, Maryland: Ministry of Health and Population, New ERA, and ORC Macro.
- National Planning Commission (NPC). (2003). *Tenth Plan (2002-2007)*. Kathmandu, Nepal: His Majesty's Government of Nepal, National Planning Commission.
- National Planning Commission (NPC). (2007). *Three-year Interim Plan (2007 /08-2009/10)*. Kathmandu, Nepal: National Planning Commission.
- _____ (2011). *Three Year Plan (2010-2013)*. Kathmandu, Nepal: National Planning Commission.
- Pambos, M. et al. (2012). Demographics and diagnoses at rural health camps in Nepal: cross-sectional study. *Family Practice 2012*.
- Tandan, Jay B., & 김명호. (2009). "Health Manpower Development in Nepal", 한상태·김한중·남은우, 「국제보건학」, 서울: 고려의학출판사.
- U. S. Agency for International Development (USAID) (2010). *HIV/AIDS Health Profile*. Washington, DC: US AID.
- _____ (USAID), New ERA. (2007). *Trends in Demographic and Reproductive Health Indicators in Nepal*. MD, US: Macro International Inc.
- UNDP. (2011). *Human Development Report 1990~2011*, <http://data.worldbank.org>.
- Upreti, B. C. (2008). *Maoists in Nepal: From Insurgency to Political Mainstream*. Delhi: Kalpaz Publications.
- 한국국제협력단. <http://www.koica.go.kr>



Analysis of Political, Economic and Social Environments for Effective Implementation of the Project for Health Service Improvement in Tikapur, Nepal

Lee, Kyu Jae
Yonsei University, Korea
Kim, Pan Suk
Yonsei University, Korea
Nam, Eun Woo
Yonsei University, Korea

The Nepal government has pursued various public policies to address political, economic and social problems, especially chronic poverty, under international support since the end of its 10-year-long armed civil conflict. This study aims to review the public health policies and people's health state relevant to the political, economic and social status of Nepal, and to promote effective policy implementation of the project for health service improvement in Tikapur (HIT), Nepal. In the health sector, the Nepal government has implemented mid- or long-term health sector programs based on sector-wide approaches so as to provide equal and free primary health care services to the entire nation. Consequently, part of the 2015 Millennium Development Goals (MDGs) was nearly achieved and other goals were close to the target in 2012. The Nepalese health sector, however, has had serious impediments including over 50% absolute poverty, insufficient resources, geographical limitations, shortage of health sector infrastructures and health workers, high dependence on foreign aid, and weak management capacity. The HIT project has been established to promote self-reliant operating systems through the enhancement of qualified primary health services to the rural majority, thereby upgrading the health infrastructure and reinforcing the local health programs and strengthening management capacity of health workers. In the process, the project is inevitably affected by political, socioeconomic, and cultural environments in the project site. For the successful HIT project implementation, therefore, it is necessary to comprehend national and local contexts, and current socio-political situations in Nepal, to utilize an integrated approach in cooperation with the Nepal government, and to make the project sustainable after completion of the project.

[Key Words: Nepal, Politics, Economics, Culture, Health Service, Tikapur]

논문접수일: 2012년 6월 1일, 수정일: 2012년 9월 2일, 게재확정일: 2012년 10월 11일

제1저자: 이규재(Lee, Kyu Jae)

소속 및 직위: 연세대학교 원주의과대학, 환경의생물학교실 부교수

주소: 강원도 원주시 일산동 162, 연세대학교 원주의과대학 308호

전화번호: (033) 741-0331 이메일: medbio9@gmail.com

교신저자: 김판석(Kim, Pan Suk)

소속 및 직위: 연세대학교 빈곤문제국제개발연구원장, 정경대학 행정학전공 언더우드 특훈교수

주소: 강원도 원주시 흥업면 연세대길 1, 연세대학교 원주캠퍼스 정의관 316호

전화번호: (033) 760-2534 이메일: pankim@yonsei.ac.kr

제3저자: 남은우(Nam, Eun Woo)

소속 및 직위: 연세대학교 보건행정학과 교수

주소: 강원도 원주시 흥업면 연세대길 1, 연세대학교 보건행정학과

전화번호: (033) 760-2413 이메일: ewnam@yonsei.ac.kr