

## 국제리뷰

- **코로나19와 성인지적 개발협력 접근 현황**

박윤정 | 한국여성정책연구원 국제개발협력센터 연구원

장은하 | 한국여성정책연구원 국제개발협력센터장

- **가나 건강보험과 중장년 여성 소외: 가입자확대 시범사업을 중심으로**

김양희 | 국민건강보험공단 건강보험연구원 부연구위원

- **2020년 젠더현안과 개발협력 이니셔티브: KOICA-개발협력 관점에서**

김선영 | 한국국제협력단(KOICA), 젠더전문관



KOREAN WOMEN'S  
DEVELOPMENT  
INSTITUTE

# 코로나19와 성인지적 개발협력 접근 현황\*

박윤정 한국여성정책연구원 국제개발협력센터 연구원

장은하 한국여성정책연구원 국제개발협력센터장

## 1. 들어가는 글

신종 코로나 바이러스(COVID-19)의 확산으로 인해 전 세계적으로 인류는 유례없는 어려움을 마주하고 있다. UN에서 올해 4월에 발표한 정책보고서에 의하면 코로나19 팬데믹은 기존에 존재하고 있던 불평등을 심화시키고 있으며, 보건 및 건강, 경제, 사회적 보호 등 일상의 다양한 분야에서 여성과 여아에게 더 치명적인 영향을 미치고 있는 것으로 나타났다.<sup>1)</sup>

지난 5월 8일 본원에서 개최한 「2020년도 제2차 젠더와 ODA포럼」<sup>2)</sup>에서는 “코로나19와 성인지적 개발협력 접근 현황”을 주제로, 코로나19 확산이 개발협력분야와 젠더사업에 미치는 영향과 현재 진행 중인 사업 현황을 공유하고, 코로나19 사태 이후 달라질 개발협력 환경에서의 대응방안을 논의하였다. 사회적 거리두기를 염두에 두고 비공개로 개최된 이번 포럼에는 세이브더칠드런, 국제개발협력민간협의회(KCOC), 사단법인 아디(ADI), 한국양성평등교육진흥원 그리고 본원 국제개발협력센터 관계자 10여 명이 참석하였다. 본 기고문에서는 동 포럼에서 발표된 내용과 논의 사항을 요약하여 코로나19 사태 속에서도 성인지적 개발협력 사업수행을 위한 국내 시민 단체들의 노력을 공유하고, 향후에 개도국 젠더 관련 사업이 나아가야 할 길에 대해 같이 고민하는 장을 마련하고자 한다.

\* 이 글은 본원에서 2020년 5월 8일에 개최한 「2020년도 제2차 젠더와 ODA포럼」의 내용을 바탕으로 하였다.

1) UN(2020). Policy Brief: The Impact of COVID-19 on Women.

<https://www.unwomen.org/-/media/headquarters/attachments/sections/library/publications/2020/policy-brief-the-impact-of-covid-19-on-women-en.pdf?la=en&vs=1406> (접속일: 2020.5.26.)

2) 「젠더와 ODA포럼」은 우리나라의 개발도상국 대상 개발협력사업에 성인지적 관점을 통합하기 위한 본원의 노력의 일환으로 국제개발협력 분야의 전문가를 초청하여 개발협력 분야의 최신 동향을 파악하고 지식 및 전문성 공유를 도모하여 왔다.

## 2. 포럼 발표

### 가. 코로나19와 성 불평등: 해외 사례를 중심으로 (본원 장은하 국제개발협력센터장)

포럼의 전반적인 배경을 제시하기 위해 본원 장은하 국제개발협력센터장이 첫 번째 발표자로 나서, “코로나19와 성 불평등에 대한 글로벌 현황”을 주제로 발표하였다. 동 발표에서는 코로나19라는 전지구적 팬데믹 상황에서 주목해야 할 성별 불평등 이슈에 대한 국제기구의 논의를 간략히 소개하고, 노동, 건강, 돌봄, 젠더기반폭력 네 개 분야를 중심으로 성 불평등 현황을 검토하였다.

동 발표에서는 UN과 UN Women, OECD 등 주요 국제기구 보고서를 인용하며, 에볼라나 지카바이러스 유행 시 나타났던 피해 경험을 토대로 코로나19가 여성과 여아에 대한 차별이 이미 존재한 영역(건강, 경제 상황, 폭력 등)에서 성 격차를 심화시킬 것이라 분석하였다(OECD, 2020:3-12; UN, 2020:2; UN Women, 2020:2-7).<sup>3)</sup> 이어서 장은하 센터장은 코로나 사태가 초래할 주요 네 개 영역(노동, 건강, 돌봄, 폭력)에서의 성불평등 이슈를 간략히 소개하고 해당 영역에서의 성 불평등 현황을 공유하였다.

보다 구체적으로 살펴보면, 노동 분야에서는 도시 봉쇄와 사회적 거리두기 정책에 따라 상업 활동이 축소되고 글로벌 및 각 국가의 경제 성장률 둔화가 예측됨에 따라 여성들이 상대적으로 많이 종사하는 비공식 영역 또는 관광업, 서비스 산업 등 고용이 취약한 분야에 중단기적으로 여성 일자리 고용이탈이 심화될 것이라고 설명했다. 추가로 경제 축소로 인한 고용이탈 외에도 휴교로 인한 돌봄 부담으로 여성들의 비자발적 고용이탈이 발생할 것이라고 예측하였다.

다음으로 건강 분야에서는 코로나 감염 환자들에 집중된 의료서비스로 인한 산모에 대한 의료서비스 축소, 감염에 대한 두려움으로 의료서비스 이용 감소,<sup>4)</sup> 팬데믹 위기에서의 의약품 공급 및 수출 제한 등을 예로 들며 성·재생산(Sexual & Reproductive health)

3) OECD(2020). Women at the core of the fight against COVID-19 Crisis, OECD, [https://read.oecd-ilibrary.org/view/?ref=127\\_127000-awfnqj80me&title=Women-at-the-core-of-the-fight-against-COVID-19-crisis](https://read.oecd-ilibrary.org/view/?ref=127_127000-awfnqj80me&title=Women-at-the-core-of-the-fight-against-COVID-19-crisis) (검색일: 2020.4.23.)

UN(2020.4.9). Policy Brief: The Impact of COVID-19 on Women, United Nations, <https://www.unwomen.org/en/digital-library/publications/2020/04/policy-brief-the-impact-of-covid-19-on-women> (검색일: 2020.4.23.)

UN Women(2020.3.27.). Gender-Responsive Prevention and Management of the COVID-19 Pandemic: from Emergency Response to Recovery & Resilience, UN Women, <https://www.unwomen.org/-/media/headquarters/attachments/sections/news%20and%20events/in%20focus/covid-19/gender-responsive-prevention-management-covid19.pdf?la=en&vs=1519> (검색일: 2020.4.23.)

4) The Print(2020, April 6). Covid-19 Will Worsen Women's Health, Income Inequality. [https://theprint.in/health/covid-19-will-worsen-womens-health-income-inequality/394877/?fbclid=IwAR1Hkgh0YKEy-wX1bs2BVxmX0te\\_i4oAQggBg1S84xPTAZ0JC3zwC9nw6Ns](https://theprint.in/health/covid-19-will-worsen-womens-health-income-inequality/394877/?fbclid=IwAR1Hkgh0YKEy-wX1bs2BVxmX0te_i4oAQggBg1S84xPTAZ0JC3zwC9nw6Ns) (검색일: 2020.4.9)

관련 예상되는 영향을 공유하였다. 또, 전 세계적으로 종사자의 70%가 여성인 보건분야에서 코로나19 감염환자 돌봄으로 인한 여성 감염 취약성 증가와 여성이 대부분 가정 내 돌봄노동을 수행하며 높아지는 감염 위험성에 대해 언급하였다.

이어서 돌봄 분야에서는 재난과 위기상황에서 한부모가구 또는 조손가정 등 취약계층의 돌봄 공백이 심화되고 보건·돌봄 분야에 종사하는 여성 인력 역시 돌봄에 있어 심각한 문제를 겪고 있음을 설명하며, 여성의 돌봄노동이 과중되어 여성의 부담이 가중된다고 설명하였다.

마지막으로 젠더기반폭력과 관련해서 코로나19와 같은 위기 상황에서는 여성을 대상으로 하는 폭력이 증가할 뿐 아니라 폭력 피해자 지원센터, 병원 등 관련 시설 및 서비스에 대한 접근이 제한되어 피해자들이 더 큰 어려움을 겪고 있다고 강조하였다.

코로나 사태로 인한 성불평등 해소 및 완화를 위한 대응책으로, 성별분리데이터 구축, 팬데믹 대응을 위한 의사결정에서의 여성의 참여 확대, 성별 이외에도 연령, 장애, 인종 등 포괄적인 불평등 요인을 교차적으로 고려해야함을 강조하며 발표를 마무리하였다.

#### 나. 코로나19와 개발협력 현황 공유: 세이브더칠드런 코리아 젠더·교육사업 현황 및 대응방안 (세이브더칠드런 코리아 송계희 선임매니저)

장은하 국제개발협력센터장의 코로나 사태와 젠더 관련 글로벌 현황에 대한 개괄적인 발표에 이어 세이브더칠드런 코리아 송계희 선임매니저는 세이브더칠드런 코리아의 젠더·교육사업과 코로나19 대응방안에 대하여 발표하였다.

제일 먼저 송계희 선임매니저는 코로나19가 여성과 남성에게 다르게 미치는 영향에 대해 간략히 설명했다. 코로나19와 같은 전염병은 여성들에게 가족 내 환자, 학교 휴교로 인한 아이 돌봄 등 과다한 부양책임을 지우게 된다. 또 보건의료분야에 종사하는 여성의 경우 가정 내 돌봄뿐만 아니라 직업적인 특성으로 인한 돌봄 책임이 가중되어 더욱 문제가 되고 있다. 한편, 코로나19로 휴교가 장기화되면서 여성 청소년의 임신 증가로 인해 여아의 학교 중퇴율이 급격히 높아질 것으로 예상되며, 이러한 결과는 2014-2016년 서부아프리카 에볼라 바이러스 유행 당시에도 비슷하게 나타났다. 이 외에도 전염병으로 인한 외부적인 압박으로 사람들의 불안감 및 스트레스가 높아지고 사회경제적 활동의 제약으로 경제적 어려움도 증가하게 되어 결국 여성과 아동에 대한 젠더기반폭력으로 이어진다. 세이브더칠드런은 이러한 상황 속에서 가사노동분배의 불균형에 대한 문제 제시, 젠더기반폭력 예방 및 대응을 위한 서비스 우선, 성생식건강 서비스(예: 모자보건 서비스, 성교육, 위생키트 등)의 지속적인 제공, 여성과 여아의 권리증진 등 다양한 성인지적 대응 방안을 마련하

여 대처 중이다.

이어서 서부아프리카 코트디부아르에서 세이브더칠드런 코리아가 진행 중인 스쿨미 사업 및 학교 밖 청소년 직업훈련 지원사업을 간략히 소개하고 해당 사업수행에서 어려움을 공유하였다. 현재 코로나 사태로 인해 코트디부아르 정부의 강력한 권고에 따라 집단 모임이 금지되어 단체의 대부분의 사업활동(예: 교사교육, 학부모 모임, 방과 후 학습활동 등)이 임시로 중단된 상태이며, 학습교재 및 자료 조달, 학교시설보수가 지연되거나 잠정적으로 중단되었고, 무엇보다 아이들의 배움의 터전이자 보호처가 되었던 학교가 제 기능을 상실함에 따라 아이들에게 부정적인 영향이 미치고 있다. 이 외에도 현장 모니터링의 어려움으로 인해 성과측정 불가를 비롯하여 추후 사업활동, 예산, 지표 등의 대대적인 수정이 예상되고 있다.

현재 세이브더칠드런 코리아는 사업수행과 코로나19 대응활동을 동시에 진행 중이다. SNS 및 미디어를 활용한 지역협의체와 코로나 현황 관련 정보 공유, 관련 인식강화활동, 학대아동 관리를 위한 의료 및 심리치료 지원 등을 진행하고 있으며, 코로나 사태가 지역사회에 미치는 영향들을 파악하기 위한 가구 설문조사가 예정되어 있다.

마지막으로 현재 진행 중인 코로나19 대응활동 외에도 현지 상황에 맞는 인프라를 활용한 원격학습, 소통채널 구축, 성인지평가를 통한 코로나19의 젠더적 영향과 여성 및 여아의 니즈 파악 등의 중요성을 강조하며 발표를 마무리했다.

## 다. 로힝야 난민캠프 내 코로나19 성인지적 접근 현황 (사단법인 아디 방혜선 프로젝트매니저)

이어진 세 번째 발표에서는 사단법인 아디 방혜선 프로젝트매니저가 아디의 방글라데시 로힝야 난민캠프 사업을 성인지적 관점에서 분석한 현황을 발표했다. 현재 방글라데시 정부는 로힝야 난민캠프를 폐쇄하기로 결정하였으며, 아디의 경우 실질적인 사업수행뿐만 아니라 난민캠프 내 코로나 발생 현황을 파악하는데도 상당한 시간이 소요되어 어려움을 겪고 있다. 난민캠프는 제곱킬로미터(km<sup>2</sup>) 당 40,000명이 거주하고 있어 실질적으로 사회적 거리두기가 이루어지기 어렵고 코로나사태 이전에도 물이 부족하여 개인 위생수칙 지키기가 어려운 상황이라고 공유했다.

이어서 위생시설, 의료 보건, 정보, 생계 및 식량안보, 젠더기반폭력 등 다섯 개의 분야에서 성인지적 관점으로 로힝야 난민현황을 분석하였다. 첫 번째로 위생시설 분야에서는 로힝야 난민여성은 기존에도 위생시설을 사용함에 있어 치안, 폭력 등의 문제를 겪고 있었으며, 코로나사태로 인한 시설사용제한, 긴장도 증가 등의 문제로 위생시설 사용의 어려움이 증가했다. 또 기존에도 부족했던 위생 및 월경용품 지원이 줄어들었으며, 개인 위생수칙

을 지키기 위해 필요한 물의 양이 늘어남에 따라 주로 물짓기를 담당하던 여성과 여아의 무보수 가사노동 및 위험에 대한 노출이 증가했다.

두 번째 의료보건 문제로는 코로나 사태 이전에도 외부활동이 제한적이던 로힝야 난민 여성이 이번 팬데믹으로 인해 추가적인 제약이 생기면서 성·재생산 보건 접근성이 현저히 저하되어 출산, 피임, 출산전후 관리에 취약성이 증가했다고 설명했다.

세 번째 정보적인 측면에서는 코로나19와 관련된 정확한 정보부족, 관련 루머 확산 등 여러 문제가 있다고 밝혔다. 2019년 9월 방글라데시 정부의 캠프 내 모바일 네트워크 제한 정책이 시행되었으며, 2020년 4월 이후 모바일 네트워크를 개방한다고 하였으나 대부분의 지역에서 인터넷 및 전화 연결에 어려움을 겪는 등 여전히 제한적으로 연결이 되는 상황이다. 정확한 정보 검색이 어려울 뿐 아니라, 외부적인 환경변화로 인해 난민들 사이에 긴장감이 증가하며 다양한 루머가 확산되고 있다. 그 예로는 코로나19는 로힝야 여성들이 종교적 규범을 지키지 않음에 대한 알라신의 처벌이라고 하며 여성에 대한 폭력으로 이어지는 일도 있다고 설명했다. 아디는 이에 대한 대응책으로 로힝야 여성 및 로힝야 활동가 네트워크 대상으로 전화를 통하여 코로나19에 대한 인식개선 교육과 루머 사실확인 및 정확한 정보 제공 등의 노력을 기울이고 있다고 발표했다. 또한, 방혜선 프로젝트매니저는 정보 수집, 배포 등에 있어서 여성의 목소리를 듣는 것이 필수적이며 여성의 시각으로 바라본 현황 파악의 중요성을 강조했다.

네 번째 생계 및 식량안보 영역에서는 캠프 봉쇄로 인하여 인도지원 단체로부터 지원이 대폭 감소되어 식량소비가 증가하였는데, 로힝야 여성의 경우 관습상 남성이 식량소비에 있어 우선권이 주어지기 때문에 여성의 식량안보의 취약성이 증가할 것으로 예상되었다.

마지막으로 젠더기반폭력과 관련하여 난민캠프 내 여성들의 쉼터 역할을 하던 “여성친화공간(Women’s Space)”이 코로나 확산예방을 위한 조치로 폐쇄되면서 기존에 여성들에게 제공되던 폭력관련 심리지원, 폭력 사건보고의 원거리 진행 등으로 여성의 서비스 접근성에 어려움이 가중되었다. 또한, 코로나19 발생 이후 친밀한 관계에서의 폭력을 포함한 젠더기반폭력이 전반적으로 증가함에 따라 원거리 사건대응지원, 핫라인 구축 등의 대응지원이 실행중이다.

방혜선 프로젝트매니저는 로힝야 난민캠프에서는 모든 분야에 대한 전반적인 젠더인식 제고가 필요하며, 여성들 간의 교류를 활성화하여 로힝야 여성들의 지원센터 직접 운영, 여성그룹 내 심리지원 등의 활동을 할 수 있는 여성네트워크 강화, 마지막으로 성인지적 관점의 현황조사, 실행 및 모니터링이 필수적임을 강조하며 발표를 마쳤다.

## 라. 코로나19와 한국 시민사회 개발협력 현황 공유

(국제개발협력민간협의회 HnD 사업부 이경주 과장)

제2차 젠더와 ODA포럼의 마지막 발표로는 국제개발협력민간협의회 이경주 과장이 코로나19와 한국 시민사회 개발협력 현황을 발표했다. 이경주 과장은 국제개발협력민간협의회에 대한 간략한 소개로 발표를 시작하여 국제개발협력민간협의회의 코로나19 관련 활동을 공유했다.

국제개발협력민간협의회(Korea NGO Council for Overseas Development Cooperation, 이하 KCOC)는 현재 인도적지원사업 분과위원회를 중심으로 코로나19 관련 정보를 수집하고 유관기관의 대응 활동을 파악하고 있으며, 코로나19가 본격 발발한 직후 개발협력사업 및 보건전문가로 구성된 코로나19 대응 운영위원회를 설립하여 정부제안을 위한 아젠다 발굴, 코로나19 대응 핵심 메시지 선정 등의 활동을 하고 있다. KCOC는 협의회의 회원단체 지부를 통해 보다 정확하고 빠르게 현장 소식을 수집하여 정보를 취합·정리하여 기관 웹사이트, SNS를 통해 코로나19 관련 전 세계적인 현황을 공유하고 있으며, 국제기구에서 제공하는 코로나19 대응 사례를 정리하여 정보를 재배포하고 코로나19 대응 주제별 교육을 제공하고 있다. 또 최근 KCOC는 “COVID19 라디오”라는 프로그램을 신설하여 현장매니저가 있는 국가에서 매회 특정 주제를 가지고 라디오 콘텐츠를 녹음하여 배포할 예정이다.

KCOC는 코로나19 대응 활동 중 하나로 정부와 시민사회를 대상으로 호소문 또한 발표하였다. 대정부 호소문에서는 코로나19 관련 신속한 자원 마련 및 지원, 외교가 아닌 수요에 기반한 최빈국 및 취약국가 우선 지원, 특별 자원 마련 및 지원체계 수립, 정부정책에 의거한 코로나19 대응을 위한 정부-시민사회 협의체 구성 등의 필요성에 대해 강조했다. 또한, 시민사회를 대상으로는 코로나19 관련 대응 시 여성, 아동, 장애인, 소수민족 등 취약계층을 우선 고려하고 인도주의 원칙 및 인권기반 접근 등 핵심가치를 준수하며 최대한 수원국의 역량을 활용할 것을 강조하였다.

이어 코로나19 관련 회원 단체들의 동향을 공유하였는데, 기관 및 인력 운영에서는 정부 지침에 따른 재택근무, 온라인 회의 활성화 등 사회적 거리두기에 동참하며, 현장 사업 운영에서는 사업국 파견 인력 중 인턴, 봉사단원 등의 경우 일시 귀국 혹은 철수를 시행하였고 시니어 인력에 대해서는 축소 운영하되 현장에서 향후 대응 참여할 수 있도록 최소인원이 체류하고 있다고 설명했다. 해외 사업과 관련된 추가적인 대응으로는 사업 현장 인력 안전관리 기준을 강화하고 사업장 운영 축소 및 폐쇄 등 현지 정부의 지침을 준수하고 있다고 밝혔다. 또한, 회원 단체들은 해외 사업에서 웨비나활용, 지역사회 리더를 통한



간접적인 자원 배분, 위생시설 개선 및 증설, 코로나예방 키트 제공 등의 활동을 하고 있다고 설명하였다.

마지막으로 코로나 사태로 인한 수원국의 개발 및 인도지원 재원 마련의 어려움, 의료 접근성 저하, 글로벌 아젠다에 대한 추진력 저하 등의 우려를 공유하며 인도주의 원칙 준수의 필요성과 현지 자원 활용에 대한 중요성을 재차 강조하며 발표를 마쳤다.

### 3. 나가는 글

「2020년도 제2차 젠더와 ODA포럼」은 한 시간 넘게 계속된 발표에 이어 한국양성평등 교육진흥원 조혜림 센터장의 토론으로 마무리되었다. 조혜림 센터장은 코로나 사태는 개발 협력분야에 있어 유례없는 큰 위기로 다가왔으며 이로 인해 이미 전 세계적으로 만연하던 성불평등 문제가 심화되었다고 강조하였다. 특히 이러한 재난상황에서 젠더, 교육등의 분야는 우선순위에서 밀리게 되며 불평등 문제해결의 또 다른 걸림돌이 된다고 설명했다. 그러나 이러한 위기 상황은 개발협력주체들이 그동안 계속 시도하였으나 실천이 쉽지 않았던 개발도상국의 현지 재원 활용, 주인의식(ownership) 도모와 현지화를 실현할 수 있는 기회가 될 수 있음을 언급하였다.

동 포럼은 코로나19 사태 이후 본원이 개발협력 전문가들과 한자리에 모여 개최한 첫 대면회의였다. 이번 포럼에서 공유된 기관별 사업내용과 대상은 달랐음에도 불구하고 위기 상황 속에서 가장 먼저 소외되고 어려움을 겪는 대상은 여성과 여아라는 것을 재확인할 수 있었다. 코로나 사태로 인해 돌봄노동, 젠더폭력 등 여성들이 겪고 있던 기존의 성차별적인 문제가 가시화되고 성불평등이 심화되고 있으나 보건의로 분야에 초점을 둔 코로나 19 대책에 밀려 젠더이슈에 대한 적극적인 조치는 우선 순위에서 밀리고 있었다. 이러한 상황 속에서 이번 포럼은 젠더분야의 개발협력 활동가들이 공동의 문제를 공유하고, 문제 해결을 위한 향후 실천 전략을 함께 논의할 수 있는 의미있는 자리가 되었다. 동 포럼을 통해 개발협력과 인도적지원 상황에서 심화되는 성차별, 성불평등 문제의 해결을 위한 성 인지적 관점에 기초한 코로나19 대응책 모색의 필요성을 다시 한번 확인할 수 있었으며, 향후 현장-사업 전문가 외에도 더 다양한 개발주체들의 적극적인 참여와 관심이 요구된다.





# 가나 건강보험과 중장년 여성 소외: 가입자확대 시범사업을 중심으로\*

김양희 국민건강보험공단 건강보험연구원 부연구위원

## I. 들어가며

짚어지게 가난한 어떤 가족에게 인삼 한 세트가 선물로 들어왔다고 치자. 가족은 고민에 빠지게 된다. 가족 중에서 가장 몸이 약한 엄마에게 진하게 달여 드릴 것인가, 매일 바깥에서 열심히 돈을 벌어오는 아빠의 몸보신을 위해 달여야 할 것인가, 아니면 큰 솥에 물을 한가득 넣고 푹 고아서 모든 가족 구성원이 한 사발씩 나누어먹는 것이 최선의 선택일 것인가.

세계보건기구(WHO)가 알마아타선언에서 “모든 이를 위한 건강(Health for all the people in the world)”을 천명한 이래 세계 각국은 자국민의 건강 증진을 위한 제도적, 정책적 노력을 강화하고 있다(WHO, 1978). 지위고하, 빈부격차에 상관없이 모든 사람들이 필요한 때에 적절한 보건서비스를 받을 수 있어야 한다는, 인도주의를 바탕으로 한 국제사회의 이러한 합의는 ‘보편적 건강보장(Universal Health Coverage, UHC)’ 개념으로 발전했다. UHC란 사회의 모든 구성원들이 심각한 경제적 곤경없이 양질의 의료서비스를 필요한 때에 받을 수 있도록 보장하는 것이다(Kutzin et al., 2017). UHC를 달성하기 위한 여러 방법 가운데 가장 확실한 것은 국민들이 건강에 문제가 닥쳤을 때, 경제적 파탄에 이르지 않도록 재정적으로 보호해주면서 질병을 치료할 수 있는 국가 차원의 강력한 건강보장 시스템의 구축과 운영이다. 그래서 많은 국가들은 사회 구성원들이 재정적 부담없이 필요한 보건의료서비스를 받을 수 있도록 공적 건강보험 가입을 강제하거나, 사적 건강보험 가입을 권유함으로써 UHC를 달성하기 위해 노력하고 있다.

이 글은 가난한 농촌가족의 건강보장 수단인 건강보험 가입 행태를 분석함으로써 제한된

\* 이 글은 김양희·김치완 (2018), “가나 농촌가족의 건강자원 재분배와 정책적 함의”, 『국제개발협력연구』 제10권 1호, pp. 69-97을 수정 및 보완하여 작성했다.

경제자원을 지닌 가족이 어떤 기준에 따라 건강자원<sup>1)</sup>을 분배하고 있고 거기에서 소외된 가족구성원이 있는지 살펴보려고 한다. 앞서 예로 든 인삼을 건강보험으로 바꾼다면, 몸이 아파 건강보험이 가장 '필요한' 사람이 가입하고 있는지, 가족 내에서 가장 생산성이 높아서 가족의 생존을 유지하는데 '기여도'가 높은 사람이 가입하고 있는지, 아니면 가족 구성원 전부가 평등하게 가입하고 있는지 보려는 것이다.

## II. 가족과 재분배

복지국가 이전에 가족에서 발생하는 문제는 대부분 가족 내에서 해결되어 왔다. 학자들은 가족의 복지 기능이 국가나 시장의 역할보다 강조되는 경우를 '가족주의'라고 일컬었다(에스핑 앤더슨 저·박시종 역, 2007; 양옥경·김소희, 2001: 68). 가족은 구성원 간 경제적 재화를 생산, 공유, 재생산하며 지속되는 공동체라고 할 수 있다. 가족주의는 가족의 결속력을 다지고 가족 내에서 발생하는 갈등과 경제적 문제를 가족 내에서 해결함으로써 국가 입장에서는 아주 적은 비용으로도 경제적, 사회적 문제를 해결할 수 있는 방편이 되었다. 그러나 경제적 자원이 한정된 가족 내에서 문제를 해결하다 보니 가족 내에서 입지가 취약한 여성, 어린이, 노인들이 기회에서 소외되는 결과를 낳았다. 여성들은 환자 및 노약자 돌봄 역할을 전담하다 경제적으로 더 취약해지는 악순환에 빠지게 되었다(Kittay, 1999). 여성들이 처한 가족내 불평등은 성차별을 용인하는 사회구조적 불평등에서 비롯된 것이다.

일부 학자들은 가족관계에서 분배원칙이 적용되는 정도와 우선순위가 가족마다 다르고 주장한다. 이여봉·김현주(2014)에 따르면 가족 내 자원이 제한돼 있을 때 가족관계를 유지하기 위해서는 일련의 역할이 누군가에 의해 충족되어야 하며, 이는 구성원들의 이해관계와 관련이 있다. 이들은 자원 및 역할분배의 정당성과 타당성을 평가할 수 있는 잣대로 분배정의(distributive justice)를 들었다. 분배정의란 자원이나 역할이 그럴만한 자격이 있는 사람에게 분배된 것인지 판단하는 기준으로서, 평등(equality), 형평(equity), 수요(need)의 세 가지로 구분할 수 있다. 대인관계에서 조화를 우선으로 여길 때 사람들은 자원을 평등하게 분배하고, 생산적인 노력을 격려하고자 할 때는 형평에 따라 분배하며, 구성원 중 누군가의 상황이 어렵거나 보살핌을 필요로 할 때는 수요원칙을 우선시한다(이여봉·김현주, 2014: 2-5). 이런 점에서 가족 내 분배 정의가 건강보험이라는 건강자원

1) 이 글에서는 건강보험을 편의상 '건강자원'이라고 불렀다. 건강보험료를 소득의 사적 이전이 아니라 자원의 재분배로 보려는 이유는 미래의 건강위험을 막기 위해 현재의 소득을 보험자(한국의 경우 건강보험공단)에게 이전함으로써, 즉 건강보험료를 납부함으로써 미래 건강위험을 예방할 수 있는 자원을 취득하는 것으로 보았기 때문이다.

재분배에서도 적용된다면 정책에 참고 및 보완할 함의를 찾는 데 도움이 될 수 있을 것이다.

이 글은 지난 2013년부터 가나 건강보험청(National Health Insurance Authority, NHIA), 한국 보건복지부, 국민건강보험공단(NHIS), 건강보험심사평가원(HIRA), 한국국제보건의료재단(KOFIH), 학계 등이 협력 실시하고 있는 ‘가나 건강보험협력사업’ 가운데 지난 2016년에 실시한 지역가입자확대 시범사업을 중심으로 가나 농촌가족의 건강보험 가입행태를 분석한 것이다.

### III. 가나 건강보험 시범사업

#### 1. 가나 건강보험 현황

한국을 비롯해 사회건강보험체제를 선택한 많은 국가에서 건강보험 가입자는 직장가입자(공식부문)와 지역가입자(비공식부문)로 구분된다. 한국과 마찬가지로 가나 건강보험 역시 공식부문 가입자와 비공식부문 가입자로 구분하여 관리된다. 가나 정부는 지난 2003년 국민건강보험법을 제정한 이래 건강보험청(National Health Insurance Authority, NHIA)을 실행기관으로 두고 UHC 달성을 위해 노력하고 있다(Agyepong et. al, 2016).

전국민 강제가입방식을 채택한 한국과 달리, 가나 건강보험제도는 근로자의 경우 강제 가입방식이 적용되지만 비공식부문의 경우 임의가입제<sup>2)</sup>를 적용하고 있다. 지역가입자는 소득별로 차등을 둔 보험료와 소정의 등록비를 납부해야 가입자격을 취득할 수 있다. 소득 파악이 어려운 농촌 비공식 부문 가입자의 경우 경제수준에 따라 지역별로 연간 7.2세디(약 미화 1.25달러)<sup>3)</sup>에서 48세디(미화 약 5.34달러)를 차등 납부한다(국민건강보험공단, 2016; 장현갑, 2016). 가나 근로자의 약 88%가 비공식 부문에서 종사하고 있는 것으로 알려져 있고 비공식 부문의 건강보험 가입율은 상당히 낮은 편이다(장현갑, 2016: 7-8). 가나 정부는 8세미만 아동, 70세 이상 고령자, 임산부, 극빈층 등 비공식 부문의 취약계층에게 보험료 면제 혜택을 주고 있다. 가나의 빈곤층은 전체 인구의 40%이며 그중 극빈층이 25%이상일 것으로 추정된다. 많은 빈곤층이 보험료 납부에 어려움을 겪고 있어 건강보험 확대가 쉽지 않은 상황이다.

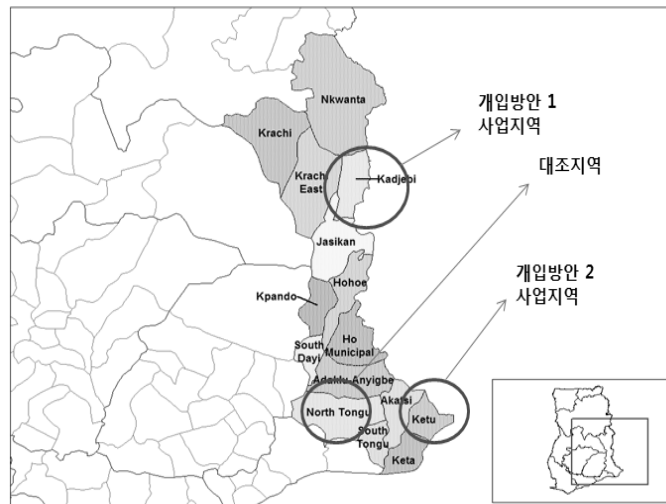
2) 건강보험 임의가입제는 가입자의 의사에 따라 가입여부를 결정할 수 있는 제도다. 이와 달리 한국은 건강보험 전 국민 강제가입제를 실시하고 있다. 한국의 경우 직장가입자의 가족은 피부양자제도로 보험혜택을 받는다. 지역가입자의 경우 가입자격을 가구 내 각 개인에게 부여되지만 보험료는 세대단위로 부과된다. 건강보험법 76조 3항에 따르면 보험료 납부의무는 세대주에게 부여되고 세대주가 보험료를 연체했을 때는 가족 구성원이 납부해야하는 연대납부의무를 진다.

3) 2020년 5월 19일 현재 1달러당 5.75세디 환율 적용

가나 건강보험 가입자는 2015년 현재 전체 인구의 약 38%정도를 차지하는 것으로 알려져 있다. 이중 지역가입자가 95.5%를 넘고 직장가입자는 4.5%에 이른다. 이들 지역가입자 가운데 보험료 면제 대상인 빈곤 및 취약계층이 60%를 차지하고 있고 나머지 35.5%가 보험료를 납부하는 지역가입자들이다(국민건강보험공단, 2016).

## 2. 건강보험 지역가입자 확대 시범사업

한국 보건복지부와 가나 건강보험청은 지난 2016년 건강보험 협력사업의 일환으로 지역가입자 확대 시범사업을 실시했다. 목적은 농촌지역 비공식부문 가입자를 확대하여 역선택<sup>4)</sup>을 방지하고, 건강보험 수혜자를 늘리며, 재정을 강화하려는 것이다. 이를 위해 지난 2016년 10월부터 2017년 7월까지 약 9개월간 가나 볼타지역 북부의 카제비(Kadjebi)에서는 ‘그룹단위 가입자 확대’를, 볼타지역의 케투노스(Ketu North)에서는 ‘건강보험 홍보 및 교육’ 등 두 가지 개입 방안으로 시범사업을 실시했다(Kadjebi NHIA office, 2017a; 2017b; 2017c). 노스통구(North Tongu)를 대조지역으로 두고 위 두 지역과 비교하였다. 시범사업 지역 위치는 아래와 같다.



출처: 국민건강보험공단, 2016

[그림 1] 볼타 시범사업 지역 지도

4) '역선택'은 의사결정에 필요한 정보가 부족하여 불리한 선택을 하는 것을 말한다. 건강보험에서 역선택이란 건강한 사람은 가입을 꺼리고 환자나 질병위험이 높은 사람이 가입함으로써 건강보험 재정에 부담을 주는 것을 말한다. 민간보험사는 역선택을 해소하기 위해 질병 또는 사고경험 있는 사람의 가입을 제한하거나 높은 보험료를 부과함으로써 위험을 줄이려고 한다. 공적보험에서는 최대한의 가입자 풀(pool)을 만들어 위험을 최소화하는 전략을 쓴다.

2017년 현재 가나 보험료 부과체계 하에서 시범사업지역인 볼타(Volta)주 농촌 주민들은 18세 이상 성인의 경우 보험카드 발급비 3세디(Cedi)와 보험료 22세디를 합쳐 25세디(갱신시에는 22세디)를 납부한다. 8세 이상 18세 미만 청소년은 보험료는 무료지만 카드 발급비(3세디)와 등록비(5세디)를 합쳐 8세디(갱신시 5세디)를 납부해야 한다. 그 외에 8세 이하 어린이와 극빈자 대상 의료급여인 LEAP가입자는 무료이고, 임산부의 경우 임신사실이 확인되면 1년간 무료 혜택을 받는다. 아래 표는 시범사업 지역의 지역가입자 가입자격과 보험료를 정리한 것이다.

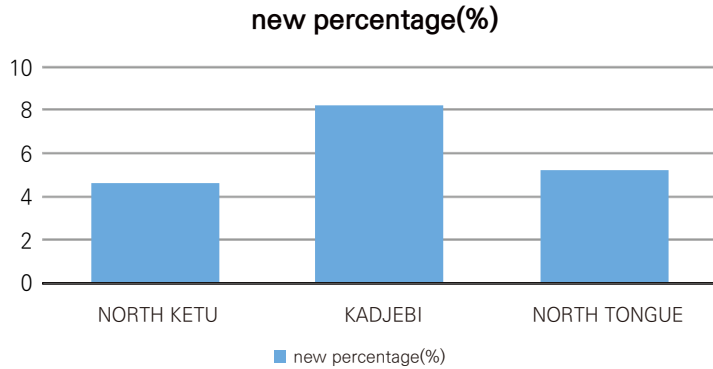
〈표 1〉 가입지역 지역가입자 가입자격 및 보험료

대상	신규	갱신
성인 (18세 이상)	카드발급비(3) + 보험료(22) = 25Cedi (\$ 4.35)	보험료 22Cedi (\$ 3.82)
청소년 (18세 미만)	카드발급비(3) + 등록비(5) = 8Cedi (\$ 1.39)	등록비 5Cedi (\$ 0.87)
극빈층	무료	
8세 이하 어린이	무료	
임산부	한시적 무료(임신 확인 후 1년 간)	

출처: 저자 재구성

카제비 지역 전체 가입자 구성을 살펴보면 현재 비공식부문 가입자가 약 29%를 차지하고 있는데 이 비공식부문 가입자를 확대하는 것이 시범사업의 목표였다. 이 지역은 인구 6만 8,378명으로 비교적 적은 규모의 지역이지만 2016년 말 현재 건강보험 가입인구가 지역 인구의 48%에 이른다. 이는 카제비 지역 인구의 2배 가까운 인구를 가진 대조지역인 노스통구(인구 15만 1,000명) 건강보험 가입율이 32%인 것과 비교할 때 주목할 만한 수준이다.

시범사업이 시작된 2016년 10월부터 모니터링 실시 전달인 2017년 4월까지 3개 지역의 신규 가입자 수를 비교해보면 카제비 지역의 신규 가입율은 8.1%인 반면, 케투노스 지역 가입율은 5.2%, 대조지역인 노스통구의 신규 가입율은 4.5%로 나타나 카제비 지역 가입율이 훨씬 높은 것을 알 수 있다. 신규 가입자 뿐 아니라 기존 가입자의 갱신율도 시범사업 지역이 대조지역에 비해 높았다. 카제비 지역의 갱신율은 20.6%, 케투노스지역 갱신율은 17.6%, 노스통구 지역 갱신율은 13%로 나타났다. 건강보험 신규 가입율이 아직 10%대에 못 미치고 갱신율도 20%를 넘지 못하고 있지만 시범지역이 대조지역보다 두드러진 성과를 나타낸 것은 분명하다.



출처: 저자 재구성

[그림 2] 개입지역과 대조지역 신규 가입자 규모 비교

지역가입자확대 시범사업이 성과를 거둘 수 있었던 것은 단체가입이 이뤄졌기 때문이다. 이 기간 동안 5건의 단체 가입이 성사됐는데, 3건은 학교 단체 가입이었고 2건은 근처 무슬림 커뮤니티의 단체 가입이었다. 이 5건의 단체 가입은 모두 지역 NGO와 지역 독지가가 등록비를 대납했기에 가능했다.

학교 단체 가입의 경우 카제비 지역의 NGO가 여성역량강화 프로그램의 일환으로 근처 고교 여학생들을 집단으로 가입시킨 경우였다. 상대적으로 남학생들보다 여학생들의 건강보험 가입이 저조했기 때문에 NGO가 여학생 건강보험 가입 확대를 위해 보험료를 대납한 것이다. 이런 사실을 통해 여학생들이 가족내 건강자원 재분배에서 소외될 가능성이 높음을 추정할 수 있었다. NGO와 독지가의 지원으로 가입자를 확대하는 것은 단시간에 가입자를 확대할 수 있다는 점에서는 장점이지만, 바람직하다고 보기는 어렵다. 자선단체나 독지가의 지원 우선순위는 언제든 바뀔 수 있으며 건강권 문제를 우발적인 조건에 놓이게 할 수 없기 때문이다(정민수, 2015:188).

## IV. 빈곤 가족의 건강자원 재분배

### 1. 빈곤과 가족 수

특이하게도 시범사업지역에서 위 기간 동안 가족단위 가입은 한 건도 이뤄지지 않았다. 시범사업팀은 그룹단위 가입자 확대를 위해 5인 이상이 동시에 가입할 경우 5인 초과 구성원부터 보험료를 25% 할인해주는 인센티브를 도입했다. 그러나 가족 전체가 가입한 경우는

없었다. 가장 큰 이유는 역시 경제적 부담 때문이다. 부모와 자녀가 동시에 가입할 경우 지불해야하는 보험료와 등록비가 가난한 가족에게 경제적으로 부담이 되었던 것이다. 보통 4명이상, 많으면 6~7명의 자녀를 가진 농촌 가족에서 부모 2명에 자녀 4명으로 구성된 6인 가족이 건강보험에 가입하려면 부모 중 한 명이 25% 할인을 받아도 75.8세(약 14달러)<sup>5)</sup>가 필요하다. 여기에 성인 1명이 추가될 때마다 보험료 할인을 받아도 18.75세(약 2달러)씩 증가한다. 부모와 자녀 4~6명으로 구성된 한 가족이 동시에 건강보험에 가입하려면 1년에 대략 70~90세(13~16달러)를 부담해야 한다. 만약 자녀가 5명, 부모 2명, 조부모 2명으로 구성된 9인 가족이 가입하면 4명이 25% 할인받아도 약 115세(약 20달러)를 내야한다. 가난한 농촌가족에게는 부담스러운 금액이고 자녀수가 많아질수록 가족 구성원 전부가 건강보험에 가입하는 것이 더욱 어려워지는 구조라고 할 수 있다. 시범사업지역이라서 보험료 할인혜택을 기획한 것이므로, 시범사업지역이 아닌 다른 지역에서는 가족단위 건강보험 가입이 더욱 쉽지 않을 것임을 짐작할 수 있다.

시범사업 지역에서 만난 주민들은 대개 20대의 경우 자녀 2~3명을 갖고 있었고, 40대와 50대에는 자녀수가 6~7명에 이르는 가족들이 상당했다. 남편과 부인, 그리고 8세 이하 어린이 1~2명으로 이뤄진 가족의 경우(특히 부인이 임신부인 경우)는 보험료 부담이 적어서 가족 전체가 가입할 가능성이 높지만, 자녀수가 많을수록 가족 전체가 가입한 사례가 적었다. 대신 가족 내에서도 아이들만 가입시키거나, 남편과 자녀들만, 또는 부인과 자녀들만 가입하는 식으로 가족 구성원 중 일부만 건강보험에 가입하고 있었다.

## 2. 가족내 건강자원 재분배

시범사업 주민 18명을 대상으로 앞서 이여봉·김현주(2014)가 사용한 가족 내 분배의 기준을 차용하여 건강자원의 재분배 행태를 분류해 보았다.<sup>6)</sup> 면접자 가족의 건강보험 가입 행태를 1) 가족 내에서 가장 취약하거나 당장 급여혜택이 필요한 구성원에게 먼저 할당하는 ‘수요’에 따른 재분배, 2) 가족 내 생산성 향상에 기여하거나 가장 생산성이 높은 구성원에게 할당하는 ‘기여도/생산성’에 따른 재분배, 3) 구성원들 간에 평등하게 재분배하는 ‘평등’에 따른 재분배 등 3가지로 구분하여 분석했다.

5) 성인 2명과 8세 이하 어린이가 없는 청소년 자녀 4명을 기준으로 계산함.

6) 이여봉·김현주(2014)는 가족내 분배 기준을 수요, 형평, 평등의 3가지로 구분했는데, 이 글에서는 가족내 건강자원 재분배를 수요, 기여도(생산성), 평등의 3가지로 구분해 보았다. 형평의 기준을 가족내 기여도/생산성으로 구체화시켜 적용했다.



### 1) 수요에 따른 재분배

홍보 및 교육 사업지역인 케투노스의 웨타(Weta) 마을에서 만난 엘리자베스(Elizabeth, 30세)는 남편과 4자녀로 구성된 가족의 일원이다. 그녀는 2009년 처음으로 건강보험에 가입한 이래 지금까지 가입자격을 유지해오고 있으며 자녀 4명도 모두 가입돼 있다. 반면, 남편은 건강보험에 가입한 적이 없다. 그녀가 건강보험에 가입하게 된 계기는 임신부 무료 혜택을 받아 보건소에서 막내자녀를 출산한 이후다. 그녀는 안전한 출산을 경험한 이후 지금까지 건강보험 가입자격을 유지하고 있다. 이 가족은 남편을 제외한 부인과 자녀들이 모두 가입돼 있는 경우로써, 가입자 부인의 경우 건강보험의 필요를 경험했고, 앞으로도 임신, 출산을 통해 의료이용이 필요할 것으로 생각해서 가족 차원에서 건강보험의 필요성이 가장 높은 여성과 자녀들에게 재분배한 경우로 분류했다.

카제비지역 크폰카(Kponkpa)마을에서 만난 콤라(Komla, 35세)는 부인과 자녀 4명을 둔 가장이다. 이 가족의 경우 부인과 자녀 2명은 건강보험에 가입했지만 콤라와 나머지 2명은 가입돼 있지 않다. 건강보험에 가입돼 있지 않은 자녀 2명은 외지에서 일하고 있어 가입여부를 알지 못한다고 했다. 그에게 건강보험에 가입하지 않은 이유를 물었더니, 자신은 아직 건강하다고 생각하기 때문이고, 또 건강보험 지역사무소가 마을에서 약 52km 떨어져 있어 너무 멀어서 가입하러 가기 어렵다고 말했다.<sup>7)</sup> 그에게 있어 건강보험은 “가입하면 좋지만 없어도 상관없는” 것이다. 콤라의 말에 따르면 건강보험은 아픈 사람이 가입하는 것이고 건강한 사람은 굳이 가입할 필요가 없다. 이는 곧 가족 내에서 건강자원은 건강한 사람이 아니라 그 건강자원이 필요한(need) 어린이, 임신부, 노인 같은 취약한 사람들에게 할당되어야한다는 인식을 보여주므로 수요에 따른 재분배로 분류했다.<sup>8)</sup>

카제비의 아사토(Asato)고등학교에서 만난 여학생인 주네브(Geneve, 19세) 가족의 경우도 수요에 따른 건강자원 재분배의 형태로 구분할 수 있는 경우다. 주네브는 아버지 없이 엄마와 자녀 3명으로 구성된 한부모 가족의 일원이다. 고혈압을 앓고 있는 엄마(55세)는 2016년에 먼저 가입했고 자녀들은 가입하지 못하다가 올해 지역 NGO의 보험료 대납으로 가입할 수 있었다. 그런데 건강보험료가 부담이 되어서 엄마는 올해 건강보험을 갱신하지 못했다. 그녀의 가족은 아버지의 부재와 엄마의 투병으로 상당히 빈곤한 가운데, 투병 중인 엄마에게 가장 먼저 건강자원을 재분배했다. 하지만 그나마도 갱신을 하지 못해 가족 구성원 가운데 건강보험이 가장 필요한 엄마가 현재는 혜택에서 소외돼 있다.

7) 콤라의 말대로 카제비 지역은 건강보험 사무소에서 워낙 멀리 떨어진 곳이라서 건강보험 지역사무소 직원들이 출장을 와서 위성통신을 이용한 모바일 가입을 추진했던 곳이다.

8) 전문가들은 건강한 사람보다 병약한 사람들이 건강보험에 많이 가입하는 것을 역선택(adverse selection)이라고 부른다. 이 역선택이 많아지면 건강보험 재정에 무리가 갈 수밖에 없다. 그래서 역선택을 막기 위해 건강한 사람들이 건강보험에 더 많이 가입하도록 유도하고 있다. 실제로 일부 민간보험사들은 유병력자들의 민간 건강보험 가입을 제한하기도 한다.

## 2) 기여도/생산성에 따른 재분배

카제비 마을에 살고 있는 캐서린(Catherine, 34세)은 남편과 함께 자녀 5명을 두고 있다. 남편과 애들은 건강보험에 가입돼 있지만, 정작 본인은 경제적 이유로 가입하지 못하고 있다. 정확하게 말하면 예전에 가입한 적이 있지만 경제적 문제로 갱신을 못하고 있는 상태다. 예전에 건강보험에 가입할 수 있었던 것도 임신부 무료 혜택을 받았기 때문이었다. 그녀는 건강보험에 가입하기 전에 자녀를 2명 낳았고 가입 후 2명을 더 낳았는데, 막내를 낳은 후부터 자격 중단 상태다. 임신부 무료 혜택이 끝나면서부터 건강보험을 갱신하지 못하고 있는 것이다. 캐서린의 경우는 가족의 경제적 권한이 남편에게 집중돼 있는 상태에서 남편으로부터 돈을 받아야 건강보험에 가입할 수 있는 상황이다. 이 가족의 경우는 가장으로서 권력을 갖고 있고 가족 내에서 생산성이 높을 것으로 여겨지는 남편과 미래에 가족을 부양할 가능성이 높은 자녀들만 건강보험에 가입돼 있다는 점에서, 현재의 기여도와 미래의 예상 기여도에 따른 재분배로 구분했다.

웨타(Weta) 마을에서 만난 아고하(Agoha, 65세) 노인은 올해 65세로 부인 2명과 8명의 자녀로 구성된 대가족의 가장이다. 이 가족은 그와 자녀 8명은 건강보험에 가입했지만, 부인들은 가입돼 있지 않다. 정확하게 말하면 그가 건강보험료를 주지 않아서 2명의 부인이 가입하지 못하고 있다. 아고하가 건강보험에 가입한 이유는 가슴통증과 기침으로 근처 보건시설을 이용하고 있기 때문이다. 그가 건강보험에 가입한 이유는 “(건강보험에 가입해야) 보건소에 갈 때 따로 돈을 낼 필요가 없기 때문”이다. 아고하 같은 경우는 가족내 기여도와 생산성에 따른 재분배, 즉 가족의 생계를 책임지는 가장과 자녀들에게 건강자원을 재분배한 경우로 분류할 수 있다. 동시에 몸이 아픈 자신을 위해 가입했다는 점에서 수요에 따른 재분배로도 해석할 수 있을 것이다. 하지만 이 가족에서 2명의 부인은 앞의 캐서린의 경우와 마찬가지로 건강자원 재분배에서 소외돼 있다.

만약 가족 내 한정된 자원이 생산성과 기여도에 따라 재분배된다면 즉, “누가 밖에서 돈을 더 많이 벌어드는가”, “누가 더 높은 생산성을 올리는가”의 기준으로 이루어진다면, 캐서린과 아고하의 부인들 같은 경우는 건강자원 재분배에서 소외될 수밖에 없다. 그녀들은 자녀를 양육하고 노인을 돌보느라 밖에서 일할 처지에 있지 못하다. 가나 농촌의 현실에서 여성들이 농사일 외에 밖에 나가 수입을 올릴 수 있는 기회도 드물다. 여성들은 농사를 비롯해 가사노동에 이르기까지 끊임없이 일하고 있음에도 불구하고, 그녀들의 노동의 가치는 가족내외에서 폄하돼 있다. 따라서 가족내 한정된 자원이 생산성 혹은 기여도에 따라 재분배된다면, 재생산을 담당하고 있는 중장년기 여성들은 우선순위에서 밀려 건강보장의 사각지대에 놓일 우려가 높다.

### 3) 평등에 따른 재분배

면접대상 가족들 가운데 평등에 따른 재분배의 형태도 발견할 수 있었다. 이는 가족 구성원 모두가 건강보험에 가입한 경우에 해당한다. 이 경우는 대개 경제적으로 여유가 있거나, 가족 구성원 수가 3~4명으로 비교적 적어 부담이 덜하거나, 그리고 부모의 나이가 비교적 젊어 건강보험에 대한 인지도가 높은 경우에서 발견할 수 있었다.

웨타(Weta)마을 면접대상자 중 한 명인 조셉(Joseph, 28세)은 고등학교를 졸업하고 수도 아크라(Akra)에서 엔지니어로 일하고 있다. 그는 부인과 자녀 2명을 두고 있는데 가족 구성원 모두가 건강보험에 가입했다. 그는 2008년 지역가입자 건강보험이 드물었던 시절부터 지금까지 가입을 유지해오고 있다. 조셉은 “보건소를 이용할 때 따로 돈을 낼 필요가 없어서” 건강보험에 가입했다고 말했다. 그가 9년 넘게 건강보험에 가입할 수 있는 것은 마을에서는 드물게 엔지니어로 일하면서 괜찮은 수입을 벌어들이기 때문으로, 가족의 건강자원을 위해 평등하게 재분배한 경우라고 볼 수 있다.

또 다른 사례인 피터(Peter, 46세)는 건강보험혜택을 받은 후 중요성을 느껴 가족 전체를 가입시켰다. 그는 부인과 본인, 4명의 자녀를 두고 있는데 외지에 나가있는 자녀 1명을 제외한 식구 5명의 자격을 유지하고 있다. 피터는 건강보험 가입 첫 해인 2013년에 근육통으로 병원에서 치료를 받으면서 혜택을 경험했다. 그는 미래의 병원비 부담을 덜기 위해서 경제적 부담에도 불구하고 가입자격을 꾸준히 갱신하고 있다.

카제비지역 아사토 고등학교에 재학중인 대니얼(Daniel, 17세)은 부모와 7명의 형제자매를 두고 있는데 가족 구성원 모두가 건강보험에 가입돼 있다. 아버지는 전립선 질환으로, 어머니는 폐질환으로 병원을 다닌 적이 있어서 건강보험의 필요를 느껴 가족 모두 가입했다고 밝혔다. 대니얼은 자신의 집이 “상당히 괜찮은 형편”이라며 지역에서 “중산층”이라고 말했다. 그의 친구인 데이비드(David, 17세)는 가나 농촌에서 보기 드물게 가족 구성원이 부모를 포함해 3명뿐인데 전부 건강보험에 가입했다. 이 학생의 가족 구성원 수가 적은 이유는 어머니가 오랫동안 불임에 시달리고 있기 때문이다. 그의 꿈은 의대를 졸업한 뒤 산부인과 의사가 되어 어머니의 불임을 고쳐주는 것이다. 대니얼과 데이비드의 경우는 가족 구성원 모두가 건강보험에 가입돼 있는 경우로서 평등에 따른 건강자원 재분배의 경우로 분류했다.

## V. 건강자원 재분배의 기준과 가치: “누가 중요한 사람인가”

가나 건강보험 시범사업지역 주민들의 건강보험 가입행태를 살펴보면서 흥미로운 지점을

발견할 수 있었다. 그것은 아무리 가난하더라도 최소한 어린이와 청소년은 건강보험에 가입돼 있다는 것이다. 앞에서 밝힌 바와 같이 가나 건강보험제도 하에서 8세 이하 어린이는 보험료와 등록비가 무료지만 9~17세까지는 소정의 보험등록비(8세디, 갱신시 5세디)를 납부해야한다. 자녀가 4~7명이라면 이들의 보험등록비는 32세디(갱신시 20세디)~56세디(갱신시 35세디)에 이른다. 위의 금액이라면 성인 한 명 이상이 건강보험에 가입할 수 있다. 그럼에도 면접대상자들은 기꺼이 자신 대신 자녀들의 건강보험을 등록 또는 갱신하고 있었다.

일레로 카제비의 한 고등학교에서 만난 여학생 사라(Sarah, 16세)는 지역 NGO가 이 학교의 고2 여학생 31명의 건강보험료를 대납해주어 가입할 수 있었다. 사라는 엄마(36세), 아빠(47세), 형제자매 4명으로 구성된 6인 가족의 일원인데, 부모는 건강보험에 가입돼 있지 않고 자녀들만 가입돼 있다. 앞서 언급한 주네브의 가족도 현재는 자녀들만 가입돼 있는 상태다.

가난한 가족들은 가족 내에서 가장 “미래가 중요한 구성원(아이들 또는 임신부)”이나, “주소득원인 구성원(18세 이하 자녀 또는 남편)”을 중심으로 건강보험을 가입하고 자격을 유지하고 있었다. 일레로 이마누엘(Immanuel, 55세)는 슬하에 자녀 7명과 손자 5명을 둔 대가족의 가장이다. 이 가족에서 자녀 7명과 손자 5명은 모두 건강보험에 가입돼 있지만 이마누엘 본인은 “가입한 적이 한 번도 없다”고 했다. 이유는 물론 경제적인 부담 때문이다. 그는 한눈에 보기에든 늙고 쇠약한 모습이었지만 건강보험에 가입할 몫을 가족의 부양을 이끌어갈 후손들을 위해 양보하고 있었다. 그의 경우를 통해 가족 내 건강자원의 재분배가 현재 또는 미래에 가족의 재생산에 기여할 수 있는 구성원들을 중심으로 이뤄지고 있음을 확인할 수 있었다.

케투노스에서 만난 아모스테쿠(Amosdeku, 59세) 노인도 부인과 성인 자녀 3명을 둔 가장이었다. 그는 2015년에 건강보험에 가입하긴 했지만 돈이 없어 이듬해부터 갱신하지 못했다. 건강보험에 가입한 후 탈장증세로 보건소에 간 적이 있고 건강보험의 중요성은 마을 방송이나 교육을 통해 알고 있지만 돈이 없어서 갱신하지 못한다고 했다. 그 역시 자신은 가입하지 못해도 자녀와 손자들의 가입자격은 유지하고 있었다.

농촌의 40~60대 주민들이 중·장년기 만성질환 등으로 인해 몸이 많이 아플 나이임에도 불구하고 자신들보다 자녀들에게 건강자원을 재분배하는 이유는, 이들을 미래에 가족의 부양을 이끌어갈 가능성이 높다고 간주하고 건강자원을 재분배함으로써 가족의 재생산과 미래를 보장받고자하는 전략으로 해석된다. 자녀들을 미래에 가족을 이끌어나갈 주체들로 보고 이들의 건강만큼은 지켜야한다고 생각하는 것이다. 가입기 여성의 건강보험 가입도 그녀들이 출산을 통해 가족 재생산을 담당하고 있기 때문이다. 여성은 임신과 출산이 가능한

가입기간 동안은 건강보험 가입을 유지할 수 있다. 또 앞서 아고하와 캐서린 남편의 경우에서 볼 수 있듯, 집안의 가장으로서 생산성이 높다고 생각하는 경우에도 건강자원 재분배에서 우선순위에 있다.

그런 측면에서 본다면 빈곤한 가족의 제한된 건강자원은 첫째, 미래에 가족 부양을 이끌어갈 '미래의 자원'인 자녀들에게 우선적으로 재분배되고, 둘째, 자녀 출산과 양육으로 가족내 재생산을 이끌어갈 가입기 여성들에게 재분배되며, 마지막으로, 가족 구성원 가운데 가장 큰 수입을 벌어들이거나 가족의 생계를 책임진 구성원들을 중심으로 재분배되는 행태를 보이고 있다. 요약하면, 빈곤한 가족의 한정된 건강자원은 미래 또는 현재에 생산 또는 재생산을 통해 가족을 지속시켜나갈 '중요한' 역할을 맡고 있거나 맡을 사람들을 기준으로 재분배되고 있었다. 가족 모두가 가입한 경우는 경제적으로 여유 있거나, 구성원 수가 3~4명으로 적어서 경제적 부담이 덜하거나, 부모의 나이가 젊어서 건강보험에 대한 인지도가 높은 경우에서 발견되었다.

인간의 모든 활동은 생존과 번식을 위한 것(서은국, 2014)이라는 진화론자의 관점에서 본다면 가족 역시 미래세대의 '생존'을 위해 미래 세대를 재생산하거나 높은 생산성으로 세대를 존속시켜 나갈 구성원에게 자원을 할당하고 있는 것으로 볼 수 있을 것이다.

그러나 이러한 가족내 기여도/생산성에 따른 재분배와 수요에 따른 재분배는 임신, 출산이 끝난 중장년기 여성들과 남성 노인들을 건강보험 혜택에서 제외할 우려가 높다. 이들이 더 이상 가족 내에서 기여도나 생산성이 높을 수 없기 때문이다.

위 사례에서 캐서린, 아고하의 부인, 주네브의 엄마, 사라의 엄마, 아모스데쿠의 부인 등 가족내 중장년 여성의 건강보험 미가입 또는 갱신 중단은, 모든 이를 위한 건강 보장이 라는 UHC의 목표에 도달하지 못했음을 보여준다. 또 주네브의 사례와, NGO의 여학생 건강보험료 대납 사례처럼 가족의 자원이 제한적일 때 소녀들의 가입이 먼저 제한되는 것 역시 남성중심적 사회구조에서 여성들이 건강 불평등을 겪고 있는 것으로 볼 수 있다. 건강보험 혜택을 가장 필요로 하는 연령대인 40~60대 중장년 여성과 남성 노인이 건강보험 가입을 유지하지 못하고 어린이와 청년 가입자만 증가하고 있는 가입구조는 개선될 필요가 있다.

가나 건강보험 재정은 간접세를 통한 재원마련이 전체 재정의 70%를 넘고 있다. 국민 대다수가 내고 있는 간접세를 통해 보험재정이 마련되고 있는 것이다. 그럼에도 불구하고 정작 보험혜택을 필요로 하는 농촌의 중장년층이 소외돼 있는 상황은 국민 통합의 측면에서도 바람직하다고 보기 어렵다. 따라서 중장년 여성, 노인 등 취약한 주민들이 건강보험에 가입할 수 있도록 정부 차원에서 가입 구조 개편을 비롯해 제도적, 정책적 지원이 필요할 것이다.

• 참고문헌 •

- 국민건강보험공단 글로벌협력실. 2016. 「가나 건강보험 정책협력사업 추진현황」. 국민건강보험공단. 미간행.
- 서은국. 2014. 「행복의 기원」. 21세기북스.
- 양옥경·김소희. 2001. “사회보장법에 나타난 가족주의 연구.” 「사회과학연구논총」 6: 65-91.
- 에스핑 앤더슨. 2007. 박시종 역. 「복지자본주의의 세 가지 세계(The three worlds of welfare capitalism)」. 성균관대 출판부.
- 이여봉·김현주. 2014. “가족 내 분배정의 원칙의 적용과 모-자녀 관계의 질: 중학생 및 대학생과 그들의 어머니를 중심으로”, 「한국사회학」. 한국사회학회. 48(2): 1-34.
- 장현갑. 2016. “개발도상국에서 경제적 수준과 본인부담 수준에 따른 건강보험료 지불용의: 가나 볼타지역에서 조건부가치 측정 연구.” 서울대 의대 박사학위 논문.
- 정민수. 2015. 「국제보건과 질병역학」. 동덕여대 출판부.
- Agyepong, Irene·Daniel Nana Yaw Abankwah·Angela Abroso et al. 2016, “The “Universal” in UHC and Ghana’s National Health Insurance Scheme: policy and implementation challenges and dilemmas of a lower middle income country.” BMC Health Services Research 16:504.
- Kadjebe NHIA Office. 2017(a). Kadjebe district summarized new registration. Ghana NHIA.
- \_\_\_\_\_. 2017(b). Kadjebe district active membership.
- \_\_\_\_\_. 2017(c). Kadjebe district analysis.
- Kittay, Eva. 1999. Love’s labor: essays on women, equality and dependency. Routledge.
- Kutzin, Joseph·Sophie Witter·Matthew Jowett et al. 2017. Developing a National Health Financing Strategy: A Reference Guide. WHO.
- WHO. 1978. Declaration of Alma-Ata. WHO.
- 사전류, “역선택”, <http://ko.wikipedia.org/wiki/역선택> (검색일: 2020. 5. 20.)



KOREAN WOMEN'S  
DEVELOPMENT  
INSTITUTE

## 2020년 젠더현안과 개발협력 이니셔티브: KOICA-개발협력관점에서

김선영 한국국제협력단(KOICA) 젠더전문관

2020년의 절반이 지나는 시점에서 올해의 이슈는 단연 코로나19 팬데믹과 이에 기인한 사상초유의 사회 경제적 영향이다. 코로나19로 대변되는 감염병 자체가 야기하는 성불평 등한 영향들 역시 다양하게 분석되고 있다. 예를 들어 성별분업으로 인해 여성들이 돌봄 노동의 추가적 부담을 고스란히 지게 되는 부분과 집안에만 갇혀있어 국가를 막론하고 폭발적으로 증가하는 젠더기반폭력의 문제가 대표적이다. 올해가 국제적 차원에서 글로벌 성평등 이행수준을 점검하고 각국이 점검에 따른 대책을 마련하는 기념비적인 해임을 감안 하면, 성불평등이 심화되고 있는 작금의 사태는 코로나19로 인해 부정적인 타격을 크게 받는 분야가 오히려 젠더분야임을 간과할 수 없겠다. 오랫동안 논의되고 준비해온 2020년의 글로벌 젠더의제 역시 지난 3월 유엔여성지위위원회(CSW)의 전반적인 축소를 시작으로 다양한 의제논의의 장이 취소, 순연되고 있다. 그럼에도 불구하고 2020년이 가지고 있는 상징성과 이로 대표되는 국제적인 차원에서의 성평등 달성의 다양한 노력들, 그리고 코로나 19 극복에 있어 성불평등한 영향을 간과해서는 안될 것이다. 본고는 이러한 국제의제 및 국내외 젠더와 개발 현황을 공유하고 시사점을 제시하고자 한다.

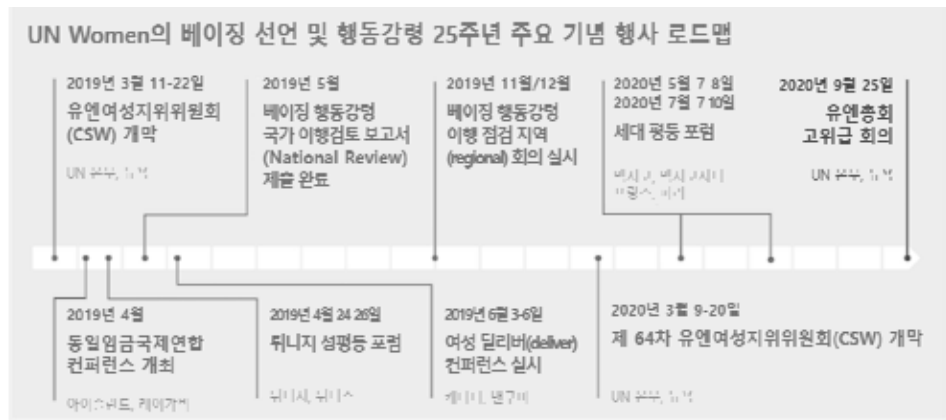
### 2020년 젠더와 개발협력: 국제적 차원

올해는 세계 여성의 날 112주년과 함께 성평등 달성을 위한 중추적 해로써 전 세계 성평등 달성 이행의 기준점이 되어온 △1995년 베이징 세계여성대회 25주년을 맞이하는 해이며, 2000년 분쟁하에서 대규모 성폭력 사태로 인해 결의된 △유엔안보리 결의안 1325호 ‘여성·평화·안보의제’ 20주년이자, 유엔 내 성평등 달성 담당기구인 △유엔위민



(UN WOMEN)의 설립 10주년이 되는 해이기도 하다. 이에 따라 유엔, OECD 등 국제기구와 시민사회, 각국은 다음과 같은 여러 행사들을 공동 진행하기로 예정되었으나 일부는 코로나19 사태로 인해 순연, 축소되었다.

- 2020.03. 제64차 유엔여성지위위원회(CSW)를 통한 베이징 선언의 이행점검-전면축소 진행
- 2020.07. 세대평등 포럼(Generational Equality Forum) - 21년 상반기 순연
- 2020. UN Women 창립 10주년 기념행사 - 미정
- 2020. SDGs 채택 5주년 기념행사 - 미정
- 2020.10. 유엔안보리 결의안 1325(여성, 평화, 안보) 채택 20주년 기념행사 - 현재 10월 마지막주 예정, 미정



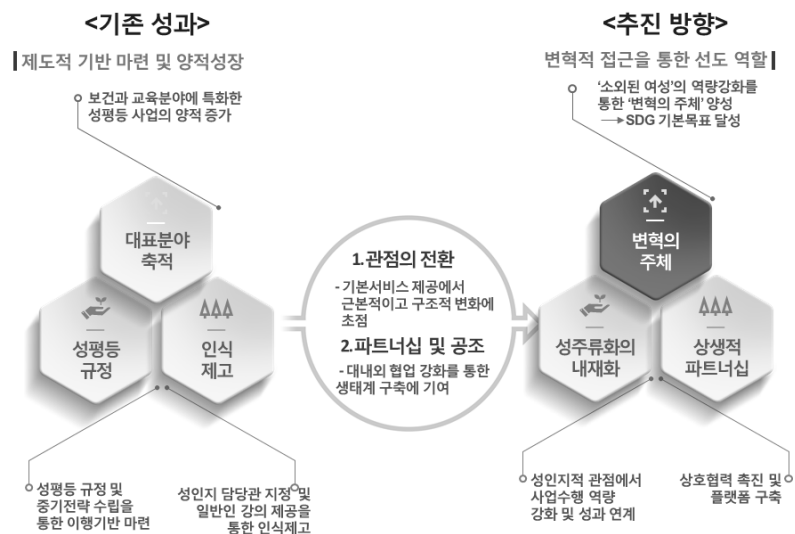
[그림 11] 글로벌 젠더의제 일정(2019~2020)

특히 올해는 베이징 여성대회 이후 25년 만에 국제적 차원의 여성포럼인 ‘세대평등포럼 (generation equality forum)’이 개최될 예정이었으나 코로나19 사태로 인해 내년 1분기로 순연된 상태이다. 동 포럼은 차세대 여성 인권 행동가들과 베이징 행동강령 채택의 주역이었던 세대인 20년 전 여성 행동가들이 함께 모여 그간 성평등 달성을 위해 어떤 노력을 해왔는지 ① 젠더기반폭력, ② 경제 분야에서의 정의와 권리, ③ 자기 주도의 성·재 생산 권리, ④ 기후정의를 위한 여성운동, ⑤ 성평등 달성을 위한 기술혁신, ⑥ 여성운동과 리더십의 여섯 가지 주제에 대한 이행발표 및 확산이 예정되어 있다. 비록 순연되었지만 ‘활동가 정신, 여성주의 연대 및 청년 리더십의 힘’을 주제로 열리는 동 행사를 통해 시민사

회와 국제기구, 각국이 함께 연합하여 ‘여성주의 행동계획(Feminist Action Plan)’을 계획대로 수립할 수 있기를 기대해본다. 또한, 한국의 국제개발협력 사업기관인 KOICA 역시 단순 참가를 넘어 주요 분야에 대한 국제개발협력 차원에서의 노력과 향후 방향 설정에 적극적으로 참여할 예정이다.

## 2020년 젠더와 개발협력: 국내현황

외교부 산하 정부기관으로 개발도상국의 발전에 이바지하는 ODA 사업수행기관인 한국국제협력단(KOICA)은 ‘누구도 소외되지 않는 사람 중심의 평화(Peace)·번영(Prosperity)을 위한 상생의 개발협력’의 가치를 기관의 미션으로 삼고 있으며, 특히 SDG5(성평등 달성), SDG13(기후변화 대응), SDG16(평화)로 대표되는 보편적 가치를 강조하고 있다. 그 중 개발도상국의 성별격차를 해소하기 위한 노력은 ‘사람(People)’의 중요성에 포함된다. KOICA는 SDG5 이행을 기본 목표로 하며, 특히 여성이 가정, 마을, 사회, 국가차원의 ‘변혁의 주체(agent of change)’가 될 수 있도록 역량강화 및 참여를 확대하는 것을 기본 방향으로 ‘성평등 제고 및 여성과 소녀의 역량강화를 위한 KOICA 중기 이행계획안(2019-21)’<sup>1)</sup>을 수립하였다.



[그림 2] KOICA 중기이행계획안(2019~2021)

1) KOICA, 성평등 제고 및 여성과 소녀의 역량강화를 위한 KOICA 중기 이행계획안(2019-21) 결재문서(2018.12.28. 대외공개)

기존의 취약계층 수혜자로서의 여성참여 및 재생산자로서의 여성의 개념을 확대하여 사회변화를 추구하는 이러한 정책적 변화를 이행하기 위해, KOICA는 2018년 유엔총회에서 SDG5 달성촉진을 위한 글로벌 연대의 구축을 도모하였다. 우선적으로 유엔위민(UN WOMEN)과 세계인구기금(UNFPA)과 협력한 이후, 개발도상국의 근본적인 사회변화를 가져오기 위해 UN기구, 세계은행, 글로벌 시민사회 등 국제 파트너들과 함께 'SDG 5 Fill the GAP(Gender Advocacy Partnerships)' 이니셔티브(2020~2026)<sup>2)</sup>를 발족하여 운영 중이다. 이는 KOICA에서 전통적으로 이행해오고 있는 교육, 모자보건 사업과 더불어 국제연대를 기반으로 젠더기반폭력 예방사업, 소외된 지역 여성들의 경제적 역량강화 사업에 이르기까지 다각화된 사업들을 발굴하여 성평등 달성을 촉진하기 위함이다. 중점 분야는 다음과 같다.

- ① **여성과 경제:** 소외·취약계층 여성을 위한 사회안전망 구축
- ② **여성과 인권:** 구조적·근본적인 성불평등 원인제거를 통한 사회변화와 번영 추구
- ③ **이행 및 증거:** 성평등 정책수립 및 제도구축을 위한 성인지 역량 강화

KOICA는 해당 중점분야 사업의 기획·발굴과 이행을 통해 근본적인 사회변화와 성평등 달성을 촉진하고자 한다. Fill the GAP 이니셔티브의 발족을 통해 2020년부터는 이러한 변화를 반영한 사업들이 이행될 예정으로, 2020년에는 4건, 2021년에는 8건의 사업이 발굴<sup>3)</sup>되었다.

#### ① 동티모르 : One UN 젠더기반폭력 예방 및 대응사업(20~23)

- √ **SDG5-16:** 사법·보건·행동변화 등 총체적 접근을 통한 젠더기반폭력 예방
  - ▶ WBG-KOICA 본부 기관간 젠더영향평가 도입 기획 논의중
  - ▶ 한국인 인력 파견 및 사업이행그룹 구성으로 성과제고 예정

#### ② 케냐: UN WOMEN 북동부 건조지역 농촌 여성의 경제적 역량강화 사업(20~23)

- √ **SDG5-13: 성평등, 환경**
  - ▶ 기후변화에 취약한 지역 여성농민을 타겟화하여 SDG5·13 통합사업 도출
  - ▶ 사업효과성 제고를 위한 원조조화 목표(FAO: 50만 달러 자원투입 협의 완)

2) KOICA, KOICA SDG5 이니셔티브 추진계획(안) 결재문서(2019.6.24. 대외공개)

3) 각 사업의 자세한 내용은 2020년 예비조사 보고서를 참고할 수 있으며, <http://lib.koica.go.kr/> 홈페이지에서 키워드 검색을 통해 온라인 접근이 가능하다(대국민 공개). 21년 사업은 현재 예산심의 중으로 미확정인 바, 20년 확정사업을 선공개하였다.

③ 코트디부아르: UNFPA 여성누공 치료 및 예방 3차사업(20~23)	
<p>√ SDG3·5·16: 보건, 성평등, 평화</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ 양질의 필수 보건서비스 접근(SDG3.8) 달성, 산과적 누공의 여성인권적(SDG5.1, 16.1~2) 함의를 포함, 1, 2차 사업과 연계하여 여성의 존엄성 회복과 사회적 복귀를 지원함</li> </ul>	
④ 탄자니아 상가다/신앙카 주 여성 및 소녀 역량강화를 통한 양성평등 구현 사업(20~23)	
<p>√ SDG2·5·8·16: 기아해소, 성평등, 양질의 일자리, 평화</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ 토지 및 생산자원에 대한 접근성 향상(SDG2.3), 영농업 부문 소득증대를 통한 여성농민 및 기업인의 경제적 역량강화(SDG8.3) 달성을 목표로 함</li> <li>▶ 여성과 인권(SDG16): 보건시설 내 젠더기반폭력 대응 원스톱 서비스(OSC) 및 경찰서 내 헬프데스크 구축</li> </ul>	

KOICA 젠더분야 사업의 이러한 변화는 SDG5에서 추구하는 변혁적인 접근(transformative approach)과도 맥을 같이 한다. 단순한 여성참여와 교육제공 등의 시혜적인 관점을 넘어 성평등한 사회를 이룩하기 위한 근본적인 변화를 꾀하는 사업을 구상하고 이행하기 위해서는 단기간 기관 단독사업으로는 한계가 있고, 글로벌 차원의 연대가 절실하다는 필요에 따라 중기이행계획의 이행 이니셔티브를 구축하였다. 비록 코로나19 사태로 인해 사업들의 일부 지연이 불가피한 상황이나, 코로나19로 인한 연쇄적인 사회·경제적 영향 및 근본적인 인권 사업으로 분류되어 있는 젠더기반폭력 대응·예방사업의 이행을 통해 코로나 사태의 극복에도 이바지 할 수 있을 것으로 기대된다. 또한 최근 KOICA는 개도국의 감염병 대처와 한국 민관과의 협업을 두루 포함한 ‘개발협력을 통한 코로나19 대응력 강화 구상(ABC 프로그램)’을 수립하였으며, 이행과정에서 젠더 요소가 충분히 반영되도록 노력할 계획<sup>4)</sup>임을 밝힌 바 있다.

## 2020년 젠더와 개발협력의 시사점

코로나19 이전과 이후의 전 세계인들의 삶은 완전히 달라질 것이라는 의견이 지배적이다. 유례없는 감염병 사태 속에서 젠더기반폭력은 국가를 막론하고 급증하고 있고, 여성의 돌

4) 여성신문, (<http://www.womennews.co.kr>, 2020.05.21.), 감염병이 일깨운 성평등의 중요성.

봄 노동에 대한 추가적인 부담도 크게 다르지 않다. KOICA는 지금의 전 세계적인 초유의 상황 속에서 성불평등으로 인한 추가적인 ‘소외된 사람들’이 생기지 않도록 계속적으로 사회연대 및 국제연대를 공고히 할 예정이다. 앞서 소개한 ‘SDG5 Fill the GAP 이니셔티브’를 통한 성평등 목표를 달성 촉진 및 국내외 시민사회와의 연대를 통한 ‘젠더와 개발’ 훈련과 연구 등 과제가 많다. KOICA는 계속적으로 젠더의제를 부각하고 사업발굴과 이행으로 이어질 수 있도록 다각도로 노력할 예정이다. 이를 위해서는 학계, 시민사회, 사업수행기관, 부처 등과 함께 성평등한 사회구축을 위한 국내외 연대가 필수적이다.