보건의료체계강화 세부전략 연구

- 최종보고서 -

2012. 12

서울대학교 보건대학원
연구책임자 김창엽

저자

연구 책임자

김 창 엽 서울대학교 보건대학원 교수(현)

공동 연구원

나 백 주 건양대학교 의과대학 예방의학교실 부교수(현)

정 혜 주 고려대학교 보건과학대학 보건행정학과 조교수(현)

보조 연구원

서 충 원 서울대학교 보건대학원 박사 수료

고 한 수 서울대학교 보건대학원 예방의학교실 전공의

김 새 롬 서울대학교 보건대학원 예방의학교실 전공의

박 유 경 서울대학교 보건대학원 예방의학교실 전공의

문 혜 은 서울대학교 보건대학원 석사과정

박 금 령 고려대학교 보건과학대학원 석사과정

본 보고서는 한국국제협력단이 서울대학교 보건대학원에 위탁하여 수행한 연구의 최종보고서입니다.

본 보고서는 연구 책임자인 김창엽 외 2인의 공동연구원(나백주, 정혜주) 및 6명의 연구보조원(서충원, 고한수, 김새롬, 박유경, 문혜은, 박금령)이 참여하여 작성하였습니다.

본 보고서의 내용은 KOICA의 공식적 입장과 다를 수 있습니다.

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

목 차

요약(Executive Summary) ····· 1

제1장 서 론 ····· 15

제1절 연구의 배경과 목적 ····· 15
제2절 연구의 범위 ····· 18
제3절 연구 방법 ····· 20

제2장 보건의료체계와 보건의료체계강화(HSS)의 이론 ····· 23

제1절 보건의료체계와 HSS의 개념 ····· 25
1. 보건의료체계 ····· 25
2. 보건의료체계강화 ····· 35
3. 중요성(HSS 논의가 시작된 역사적 맥락) ····· 46
제2절 추세 및 동향 ····· 50
1. 보건의료체계와 HSS 논의의 배경과 흐름 ····· 50
2. 보건의료체계와 HSS에 대한 최근의 노력 ····· 52
제3절 HSS 원리와 분석틀 ····· 55

제3장 HSS의 국제적 동향과 평가 ····· 57

제1절 개 요 ····· 57
제2절 WHO ····· 59
제3절 World Bank ····· 61
제4절 USAID, DFID, GIZ, JICA ····· 64
1. USAID ····· 64
2. DFID(Department for International Development) ····· 69
3. GIZ(Deutsche Gesellschaft f□r Internationale Zusammenarbeit) ·· 72
4. JICA(Japan International Cooperation Agency) ····· 74
제5절 Global Fund, GAVI ····· 78
1. The Global Fund ····· 78
2. GAVI(Global Alliance for Vaccines and Immunization) ····· 80
제6절 국제 NGO ····· 82
1. Partners in Health ····· 82
2. Program for Appropriate Technology(PATH2008) ····· 83
3. Oxfam International ····· 87
4. John Snow, Inc. and JSI Research & Training Institute, Inc. ····· 90
5. Management sciences for health ····· 94

제4장. 한국 ODA에서 HSS 현황과 평가 ····· 101

제1절 한국의 보건의료체계강화(HSS) 현황 ····· 101
제2절 KOICA의 HSS 지원현황 ····· 102
1. 전반적인 지원 현황 ····· 102
2. KOICA의 HSS에 대한 사례와 평가 ····· 106
3. KOICA 직원 포커스 그룹 인터뷰 ····· 108
제3절 국내 다른 기관들의 HSS(KOFIH, EDCF) ····· 111

1. 경제개발협력기금 ····· 111
2. 한국국제보건의료재단 ····· 113
제4절 NGO의 HSS ····· 118
1. 월드비전 ····· 118
제5절 국내외 기관 보건의료체계 접근 분석 및 평가 ····· 136

제5장. KOICA의 HSS 전략 ····· 139

제1절 배경: KOICA 보건의료전략 2011-2015 ····· 139
제2절 원칙과 고려사항 ····· 141
1. 전체론(Holism) ····· 141
2. 상황(Context) ····· 141
3. 사회동원(Social mobilization) ····· 142
4. 협력(Collaboration) ····· 142
5. 역량 강화(Capacity enhancement) ····· 142
6. 효율성(Efficiency) ····· 142
7. 근거 기반 활동(Evidence-informed action) ····· 143
8. 형평성(Equity) ····· 143
9. 재정적 보호(Financial protection) ····· 143
10. 만족도(Satisfaction) ····· 143
제3절 KOICA의 HSS 지원전략 ····· 144
1. 기존 HSS 지원 전략 현황과 문제점 ····· 144
2. KOICA의 HSS 지원 개선 전략 ····· 145

제6장 결 론 ····· 147

제1절. 연구의 요약 ····· 147
제2절 HSS 전략 실행을 위한 정책 제언 ····· 150

1. 역량 축적 ····· 150
2. 전략의 구체화 ····· 150
3. 협력과 지지 기반 구축 ····· 151
4. 협력 활성화 ····· 151
5. 사업수행의 틀 적정화 ····· 152

참 고 문 헌 ····· 153

부 록 ····· 171

부록 3-1 국내의 HSS 사례(1) ····· 173
부록 3-2 국내의 HSS 사례(2) ····· 177
부록 3-3 코이카의 HSS 사례 ····· 182
부록 3-4 국내 NGO의 HSS 사례 ····· 184
부록 4-1 국제 NGO의 사례(1) ····· 185
부록 4-2 국제 NGO의 사례(2) ····· 189
부록 6-1 WHO 보건의료체계 측정지표 ····· 190
부록 6-2 USAID 보건의료체계 측정지표 ····· 194
부록 6-3 European Community 보건의료체계 측정지표 ····· 196
부록 6-4 키르키즈스탄의 SWAp 사례 ····· 214
부록 A-1 국제보건 ODA 포럼 발표자료 : SNU ····· 220
부록 A-2 국제보건 ODA 포럼 발표자료 : WB ····· 228
부록 A-3 국제보건 ODA 포럼 발표자료 : WHO ····· 238
부록 A-4 국제보건 ODA 포럼 발표자료 : GIZ ····· 246
부록 A-5 국제보건 ODA 포럼 발표자료 : JICA ····· 254
부록 A-6 국제보건 ODA 포럼 발표자료 : KOICA ····· 258
부록 A-7 KOICA 내부 직원 Focus Group Interview ····· 275
부록 A-8 전문가 자문회의 ····· 279
부록 A-9 국외 출장 귀국보고서 (2012.10.25) ····· 284
부록 A-10 국외 출장 귀국보고서 (2012.12.18) ····· 292

표 목차

표 2-1. Classification of health system framework ····· 32
표 2-2. Complementary areas of various health systems frameworks ··· 34
표 3-1. USAID의 중간결과와 그에 따른 프로젝트 전략 ····· 66
표 3-2. 영역별 프로그램 수 ····· 79
표 3-3. 연도별 프로그램 수 ····· 79
표 4-1. KOICA 보건의료 분야별 사업 ····· 102
표 4-2. 2012년 보건의료분야 추진사업 목록 ····· 103
표 4-3. 포커스 그룹 인터뷰에서 제시된 보건의료사업의 문제점 ····· 109
표 4-4. DECF 분야별 승인 및 집행현황 ····· 111
표 4-5. 2010년 농어촌 보건의료 인프라 개선 현황 ····· 126
표 4-6. 농어촌 의료서비스 기술지원 체계 ····· 129
표 4-7. 개선사업 수행의 보건소 기획능력 향상 효과에 대한 보건소장 및 보건소 직원 의견 ····· 132
표 4-8. 국내기관/국제기관 보건의료체계 접근 ····· 136
표 4-9. 기획재정부, 외교통상부 사업의 비교(1990-2010) ····· 138

그림 목차

그림 1-1. 연구의 개요 ····· 18
그림 2-1. 일반적으로 고려할 수 있는 보건의료체계 프레임 ····· 24
그림 2-2. Boundaries of a health system ····· 25
그림 2-3. Relations between functions and objectives of a health system ····· 27
그림 2-4. The WHO health system framework ····· 28
그림 2-5. The five control knobs of a health system ····· 30
그림 2-6. A framework for analysing health systems and the context ··· 31
그림 2-7. A translational frameworks-to-actions roadmap for HSS ····· 53
그림 3-1. WHO의 보건의료체계 프레임 ····· 60
그림 3-2. World Bank의 HSS 전략 ····· 63
그림 3-3. Health System 20/20이 진행된 국가들 ····· 64
그림 3-4. DFID의 HSS 전략 ····· 71
그림 3-5. GIZ의 HSS 전략 ····· 73
그림 3-6. JICA의 HSS 전략 ····· 74
그림 3-7. JICA의 보건프로젝트 현황 ····· 75
그림 3-8. Framework for people-centered health system strenthening ·· 95
그림 4-1. 이종욱 펠로우십 참여국가 및 인원현황(2007년-2012년도) ··· 115
그림 4-2. 월드비전의 사업 흐름도 ····· 118
그림 4-3. 새로운 농어촌 보건의료서비스 개선 투자 개념 모형 ····· 121
그림 4-4. 농어촌 보건의료서비스 문제 악순환 고리와 이의 해결대안으로서 입체적 접근모형 ····· 122
그림 4-5. 당시 농어촌 의료서비스 개선사업 목표 계층화 개념 ····· 123
그림 4-6. 농어촌 의료서비스 개선사업 투입 과정 결과 지표 모형 ····· 124
그림 4-7. 농어촌 의료서비스 관련 주요 법령 및 제도 변화 ····· 125
그림 4-8. 농어촌 보건소 개선 ····· 130
그림 4-9. 갤럽설문조사를 통해 개선지역과 미개선지역 보건소 인근 주민의 보건소 이용 만족도 조사 결과 ····· 130
그림 4-10. 개선여부별 보건소 시설의 내 외부 만족도 ····· 131

그림 4-11. 농어촌 의료서비스 개선을 위한 지원 장비별 만족도, 활용도, 요구도 ····· 131
그림 4-12. 농어촌 의료서비스 개선사업 지원여부에 따른 장비 만족도 ·· 132
그림 4-13. 보건소 소장 및 담당자가 진술한 농어촌 의료서비스 개선사업 지원 효과 ····· 133
그림 5-1. KOICA의 보건의료전략 2011-2015 ····· 139

요약(Executive Summary)

한국은 지난 10여년 간 지속적인 ODA 증가 추세를 보이고 있으며, 보건의료는 이 중에서 2010년 현재 약 17.1%라는 높은 비중을 차지하고 있다. 그리고 'KOICA 보건의료전략 2011-2015'에서도 보여주듯이 ODA의 양적 성장, 지속가능성에 대한 관심과 같은 배경에서 HSS를 주목하고 있다. 그러나 HSS라는 목표 안에서 통합적인 접근이 어떻게 가능한지, 각 세부목표 별 구체적인 전략이 보완될 필요가 있으며 HSS를 위한 세부전략 마련과 함께, 보건의료 ODA의 구상과 계획, 실행, 평가의 전 과정에서 보다 세밀한 이해를 도울 원리가 마련되어야 할 필요가 있다.

이런 관점에서 이 연구는 'KOICA 보건의료체계 강화 세부전략 마련'이라는 목적을 가지면서, 동시에 '보건의료체계 및 HSS의 이해', 'KOICA 보건의료전략 세부목표 마련', '현실에 적용 가능한 사업지침 제시'라는 세부목표를 바탕으로 수행되었다. 보고서의 흐름은 먼저 2장에서 보건의료체계와 HSS에 대한 이론적 논의를 정리하고 논의의 배경을 제시하였으며, 3장과 4장을 통해 국내외 ODA에서 HSS 접근에 대한 동향과 평가를 살펴보는 해설적 성격의 전반부를 구성하였다. 이후 5장에서는 KOICA의 HSS 전략을 원칙과 개략적 관점에서 제시하고 6장 결론 부분에서는 HSS의 전략 실행을 위한 정책제언을 통해 국내기반에 초점을 둔 과제를 제시하면서 본권을 마무리하고자 한다.

본 보고서와 부록 외에 별책으로 분권되어 있는 세부전략 매뉴얼에는 KOICA와 한국의 규모와 상황을 고려한 세부전략을 제시하였다. 1장에는 보건의료체계의 평가 방법을 검토하여 정리하였고 2장에는 HSS 전략을 몇 가지 영역으로 나누어 각각 매뉴얼 형식으로 제시하여 비교적 유연성 있는 모듈로 삼고자 하였다.

2000년대 이후 국제보건 ODA는 그 동안의 여러 경험과 한계 인식을 통해 HSS에 집중하고 있으며, WHO 등 국제기구와 전문가들은 보건의료체계와 HSS에 대한 다양한 프레임을 제시하고 있다. HSS의 강화를 논의하기 위해서는 보건의료체계의 정의가 선행되어야 한다. 따라서 2장 1절에서는 지금까지 보건의료체계의 프레임을 간략

하게 정리하여 각각의 보건의료체계를 어디까지 어떻게 정의하고 있는지, 구성요소·기능·과정·성과의 어떤 측면에 집중하고 있는지, 특징적인 점, 각 체계의 공통점과 한계를 살펴본다. 그리고 보건의료체계에 대한 논의를 바탕으로 현재까지 HSS에 대해서 제시되고 있는 개념, 원칙, 전략들을 살펴보고 이와 관련된 국제적 논의의 흐름과 배경을 살펴보기로 한다.

보건의료체계의 프레임으로 WHO의 2000년과 2007년 모형과 Hasio 등이 제시한 정책조종손잡이(control knob)모형, Atun의 체계적 사고(Systems thinking)모형을 상술하였다. 또한 2010년 Shakarishville 등이 제시한 대로 서술적 모형과 분석적 모형, 결정론적·예측적 모형으로 다양한 보건의료체계 프레임들을 구분하여 설명하였다.

HSS의 조작적 정의에 대한 합의는 이루어진 바가 없으나 WHO, World Bank의 HSS 프레임과 접근법이 많이 사용되고 있다. 개념적으로 보건의료체계의 프레임과 HSS의 프레임 간의 구분이 중요한데, 보건의료체계의 프레임은 보건의료체계에 대한 조감도라고 할 수 있으며, 이것을 통해 보건의료체계의 목적, 구조와 조직적 요소, 기능과 과정을 정의, 묘사, 설명할 수 있다. 이에 비하여 HSS의 프레임은 행동 지향적(action-oriented)이며, 시스템의 목적, 기능과 과정의 강화를 위해, 또한 시스템의 전체 성과 강화를 위해 필요한 행동 과정에 대한 개괄이라고 할 수 있다.

따라서 여기에서는 보건의료체계에 대해서 WHO, GAVI, Global fund 등 국제보건기구들이 접근하고 있는 방식과 실무적인 방향에 대해서 살펴본다. 세계적으로 HSS에 대한 일반적인 합의가 이루어져 있지 않은 것은 이것이 매우 상황 의존적이기 때문에 국가나 지역이 처한 상황에 따라 전략이 매우 다양하여 하나의 해결책으로 제시할 수 없으며 공여자 등의 외부 중심의 개입보다는 지역의 이해당사자들이 각자의 정치적 문화적 상황에 따라 주도하여야 하기 때문이다.

그렇다고 하더라도 HSS를 위한 전략의 원칙들은 제시할 수 있다. Roberts 등은 HSS를 위한 세 가지 필수 요소로 인력, 재원, 정보에 대한 접근법을 제시하면서 이 세 요소가 보건의료체계의 중요한 투입자원이자 산출자원이고 이를 통해 다른 보건의료체계 활동에 대한 평가를 제공할 수 있다고 하였다. 더욱 개선된 보건의료체계의 기능을 위해서는 조화, 포괄성, 연속성, 역량, 책임성의 요구가 제시된다(Balabanova

D. et al, 2010). 또한 USAID에서는 보건의료체계 지원을 위한 자원 제공 활동과 보건시스템을 강화하기 위하여 제약조건들을 완화하는 것 간의 구분이 필요하다고 보면서 국제기구들의 HSS강화 전략에 있어서 ① 재정적 위험 보호(Financial risk protection), ② 자원 추적(Resource tracking), ③ 성과기반 인센티브(Performance-based incentives), ④ 보건 거버넌스(Health governance), ⑤ 비용산출 및 지속가능한 기획(Costing and sustainability planning), ⑥ 보건의료 인적자원(Human resources for health), ⑦ 역량 계발(Capacity building), ⑧ 보건의료체계 성과 측정 및 모니터링(Measuring and monitoring health systems performance)에 대해 확인하고 고려할 것을 제시하였다.

이후 2절에서는 여러 학자들과 국제기구에서 제시하는 HSS에 대한 논의와 흐름에 대해서 제시한다. HSS에 대한 최근의 국제적 노력과 계획들을 제시해보면 다음과 같다.

- HSS의 범위에 대한 개념화와 추적 투자에 대한 공통 접근 개발에 대하여 관계기관 간 협의가 진행 중이다(World Bank).
- WHO와 World Bank는 HSS를 평가하기 위한 toolkits을 개발하였다(WHO).
- Alliance for Health Policy and Systems Research가 존재한다(WHO, 2009).
- 혁신적인 보건의료체계 국제 재원 TF(Taskforce on Innovative International Financing for Health Systems)는 HSS에 대한 재원 증대를 권고하였다(Fryatt et al., 2010).
- HSS의 합의에 기여하는 국제보건전문가와 현장전문가(practitioners)가 증가하고 있다(http://ghsia.wordpress.com/).
- 몽트뢰(Montreux) 심포지엄을 통해 이해관계자들은 증거를 공유하고, 심각한 지식 격차를 확인하였으며, 연구 아젠다를 형성하였다 (http://www.hsr-symposium.org).

보건의료체계와 HSS의 차이점들이 제시되기는 하지만 실천적으로 HSS를 어떻게 정의하고 이해하며 실행으로 옮길 것인지는 여전히 모호하다. 보건의료체계를 건강에

영향을 미치는 사회 전체적 요소들의 조감도라고 한다면, HSS는 이러한 체계가 일정 목표/목적을 만족하도록 전체 기능을 강화하는 행동 과정을 개괄하는 개념이라 할 수 있다. 또한 보건의료체계를 '지원(support)'하는 것과 '강화(strengthen)'하는 것은 명확히 구분하여야 한다(Chee et al, 2012). 보건의료체계의 지원이라는 개념이 전달되는 서비스 활동을 향상시키는 모든 요소를 포함하면서 주로 투입(input)에 해당되는 요소들에 초점을 맞춘다면 HSS는 정책, 제도, 구조 등 보다 포괄적인 변화를 통해 성과에 영향을 미치는 것에 대한 개념이다. 구체적으로 HSS는 (보건의료)체계가 보다 잘 작동하도록 하는 장기적 차원의 접근이며, 단지 체계의 부족한 부분을 보완해 단기적 효과를 기대하는 것과는 구분해야 한다.

따라서 개념의 모호함이나 규정 틀에 대한 합의 부족을 전제하더라도, HSS는 장기적, 전체적 영향을 목적으로 하고 보건의료체계 요소 간 관계를 고려하며 대상 국가(또는 지역)의 주도 하에 이해관계자들의 협의와 조화를 강조하는 전략이다.

세계적인 추세와 더불어 한국에서도 최근 수원국에 보건의료체계강화 중심의 사업을 하는 경우가 증가하고 있다. 무상원조를 담당하는 KOICA를 비롯하여, 한국국제보건의료재단, EDCF 등 보건의료체계의 중요성을 인식하고 기존에 진행하고 있던 사업의 틀에서 벗어나 좀 더 넓게 바라보고 건강을 달성하기 위한 사업을 시행하려고 노력 중이다. 연구 과정에서 시행한 KOICA 내부 직원을 대상을 한 포커스 그룹 인터뷰 결과, 사업 이해당사자들이 보건의료체계에 대한 고민을 하고 있었던 것으로 나타났다. 국제 NGO는 이미 보건의료체계의 중요성을 인식하고 나름의 기준을 설정하여 사업에 적용시키고 있는 것으로 볼 때, 국내 여러 기관이 매우 의미가 있음을 알 수 있다.

4장에는 여러 국제보건 관련기구들(Global Health Initiatives)의 HSS에 대한 접근과 사례를 담았다. 최근의 추세를 보면 저개발국가의 보건의료체계 강화를 위해 가장 크고 광범위한 원조를 시행하는 기관인 World Bank, GFATM, GAVI 등에서 HSS에 대한 주목과 전반적인 원조의 확대가 이루어지고 있다. 기존의 방식이 질병 중심적 수직적 프로그램과 그 일부분으로 HSS를 고려한 것이었다면, 2000년대 중반에 들어서면서부터는 원조의 기획단계 시점부터 HSS적 접근을 통해 기존의 목표를 달성할 수 있도록 효율성 제고를 꾀하는 방식으로 변화가 이루어지고 있다.

이들 기구들의 HSS 접근을 간단히 소개하면, World Bank는 보건, 영양, 인구에 대한 핵심전략으로 HSS를 제시하고 있으며 재정지원과 결과를 연결함으로써 접근을 확대하려는 시도를 하고 있다. HSS 중에서도 생식보건 접근성 확대, 유아기 영양지원 확대, HIV/AIDS 등 전염성 질환 예방에 초점을 맞추고 있으며 2007년 이후 보건의료체계 성과주제에서 다뤄지는 프로젝트의 절반 이상이 HSS에 대한 것이었다. USAID는 Health System 20/20을 통하여 수요자 측면의 프로젝트를 구성하고자 시도하고 있다. HSS의 목표는 2015년까지 개도국의 높은 자기 부담금 지출 해결을 위한 개입방법의 활용을 확대하며, 핵심 보건의료체계의 장애 해결전략을 마련하는 것이고, 보건의료체계 측정과 평가방법을 매우 자세히 제시하고 있다. DFID는 보건관련 프로그램과 프로젝트에서 HSS를 별도로 구분하고 있으며 2010년 사업계획비전으로 “보건의료체계와 가족계획시설을 강화하여 여성들로 하여금 스스로 가정을 계획하고 자녀출산 전 과정에서 치료를 받을 수 있도록 하는 것”이라고 제시하여 그 의지를 보이고 있다. GIZ는 적절한 보건의료체계가 적합하고, 수용가능하며, 효과적인 보건의료에 대한 접근성을 제공하는 것이라고 보고 HSS를 위하여 개혁과정과 인적•조직적•제도적 역량 개발을 지원한다. 이를 위하여 국가 내외의 전문 기관과의 네트워크를 통해 의료시설, 지방정부, 보건부 등의 효율성을 강화하고자 한다. JICA에서도 HSS를 위하여 WHO 개념틀을 바탕으로 하여 리더십과 거버넌스 역량 강화, 보건의료서비스 전달체계 역량 강화, 보건의료인력의 수와 질적 개선에 초점을 두고 있다. Global Fund에서는 malaria, AIDS/HIV, TB의 박멸과 국민들에게 양질의 의료서비스를 공급하기 위해 보건의료체계를 강화하는데 목적을 두고 있다. 2005년 Round5 이후 HSS를 위한 지원창구를 별도로 마련하였고, 주로 사회기반시설과 의료관련 장비 마련, 인적자원 개발과 훈련 등에 지원되었다. 이들은 주로 수직적 프로그램을 수행하는 동시에 특정 보건의료체계의 구성요소를 고려하여 강화하는 데에 중심을 둔다는 데서 총체적 접근보다는 보다 사선적 접근에 가까운 것으로 볼 수 있다. GAVI는 백신접종목표치의 달성이 보건의료체계의 견고함에 달려있다는 점을 인지하고 2005년부터 HSS 지원으로 방향을 넓히기 시작하였으며 2010년까지 53개국에 USD 568million을 들여 지원하였다. 각 국가가 주체가 되고 직접 의료체계의 취약점(bottle neck)을 파악하여 극복하게 하는 것을 목표로 삼고 있다.

여기에 추가로 Partners in Health, PATH(Program in Appropriate Technology), Oxfam international, John Snow, Inc. and JSI Research $ Training Institute, Inc., management Sciences for health 와 같은 국제 NGO의 활동도 소개하였다.

마지막으로 국내외 기관의 보건의료체계 접근에 대해 비교분석하고 간단한 평가를 제시하였다. 또 이 장에서 다룬 WB, USAID, GF, GAVI 등 여러 국제기구들의 실제 HSS 관련 사업의 사례소개는 이 연구 보고서의 부록에 따로 담아 필요에 따라 찾아볼 수 있도록 하였다.

5장에서는 KOICA의 HSS 전략에 대해서 다룬다. KOICA은 "KOICA 보건의료전략 2011-2015"를 수립하여 취약질병 지원 강화와 함께 보건의료체계 강화를 주요 전략으로 채택하였다. 이러한 전략 하에 보건의료 인적 역량 강화, 보건의료 제도적 역량 강화 및 보건의료 서비스 접근성 강화 등 세부 전략목표를 제시하고 있으며 향후 HSS와 관련한 사업이 지속적으로 증가될 것으로 예상하고 있다. 이들 세부목표는 프로그램으로 만들 수 있는 형태로 되어 있다는 장점이 있지만, 전반적인 HSS 목표 안에서 통합적으로 접근이 어떻게 가능한지에 대해서 명확하게 제시되어 있지 않다. 따라서, 이 연구에서는 이러한 '통합적 접근'을 염두에 둔 상태에서 한국 ODA의 상황(규모, 역량, 체계)을 고려하여 '지역사회' 의 수준을 중심으로 하여 몇 가지의 접근방향을 설정하게 되었다.

하지만 앞서 여러 국제보건관련 기구들의 사례에서도 볼 수 있듯이 HSS는 그 중요성과 공감대에도 불구하고 무엇이 HSS이며 어떻게 하는 것이 HSS를 위한 행동, 사업, 프로그램인지에 대해서는 통일된 프레임이나 전략을 명확하게 내세우기가 어려운 상황이다. 이런 배경에서 Swanson(2010)은 체계적 문헌고찰과 실제 국가에서의 경험, 자문을 통하여 도출한 10가지의 HSS 원칙을 제시하고 있으며, 다소 불분명한 보건의료체계강화의 개념을 가지고 있는 현 상황에서 보건의료체계강화 프로그램을 진행하기 위해서는 이러한 원칙들을 충분히 고려하는 것이 도움이 될 것으로 여겨진다. 이 원칙은 전체론, 상황과 맥락, 사회동원, 협력, 역량강화, 효율성, 근거기반활동, 형평성, 만족도의 열 가지이며 이것은 KOICA의 HSS사업에 충분히 고려하여야 할 원칙으로 손색이 없다. 덧붙여 프레임과 원칙을 바탕으로 KOICA에 제안해볼 수

있는 구체적 HSS의 지원 영역과 전략을 몇 가지 소개하였다.

본 보고서와 부록 외에 별책으로 만들어진 「**세부전략 매뉴얼**」은 KOICA 본부, 사무소, 사업 형성 등 실무자들이 보건의료체계강화 사업을 시도하기 위해서 보다 실무적인 부분에 도움이 되고자 작성한 것이다. 다만 보건의료체계강화 사업은 일률적으로 꾸려지기보다는 기본적으로 한 국가나 지역의 보건의료체계를 기반으로 맥락과 환경을 고려할 수밖에 없고, 이는 즉, 사업 대상지역에 따라 매우 다른 프로그램이 나올 수 있다는 말이 된다. 심지어 같은 주제(인력이나 시설 같은 요소에 중점을 둔 접근, 한 지역을 대상으로 한 전체적 접근, 일차보건의료 등)로 사업을 발굴한다고 하더라도 그 지역에서 무엇이 더 우선적으로 필요하고 어떤 시스템 요소가 문제인지에 따라, 그리고 그 지역의 이해관계자, 정치, 문화적 환경, 정부와의 관계 등에 따라서도 시행해야 할 프로그램은 달라지게 된다. 따라서 본 보고서에서는 가장 앞에서 사업지역에서 국가수준/지역수준의 보건의료체계를 평가할 수 있도록 설명과 평가도구를 제시한다. 그 다음으로는 보건의료체계강화 사업을 몇 가지 영역으로 나누어 매뉴얼을 제시하였다. 연구진이 제안하는 HSS 사업 영역은 6가지로 1) 국가수준에서의 요소별 강화전략-시스템적 접근, 2) 수직-수평 중간전략, 3) 지역보건의료체계 전 부문 강화, 4) 일차보건의료를 통한 보건의료체계 강화 전략, 5) 지역보건의료체계 강화 접근, 6) 섹터별 접근법(SWAp) 이며, 3), 4), 5)는 일부 겹치는 부분이 있지만 각각 관점이 조금씩 다르다는 것을 염두에 두고 살펴보아야 한다. 매뉴얼은 세부적인 프로그램에 대한 지침을 준다기보다는, 연구진이 제안하는 보건의료체계강화 프로그램의 몇 가지 영역별 개념을 이해하고 단계별로 고려해야 할 점을 주로 제시해주는 것에 가깝다. 다만, 필요에 따라 지표를 제시하거나 가능한 사업 단계와 흐름에 따른 행동지침 등을 제시하기도 하였으며 사업지역과 현장 사무소의 현실에 맞추어 부분적으로 고려할 수도 있을 것이다.

보건의료체계강화라는 손에 잘 잡히지 않는 개념을 실제 사업으로 고려하고 싶을 때, 이러한 영역별 접근을 개략적인 선택지로 삼고 사업을 형성하는 데에 아이디어를 얻는 데에 이 매뉴얼들이 도움을 줄 수 있을 것이다.

먼저 보건의료체계를 어떻게 평가할 것인지에 대해서는 학계에서 다양한 논의가 이루어지고는 있으나 아직까지 합의된 바가 없다. 한 국가의 보건의료체계를 점수로

수치화하여 평가하는 것 자체가 그 국가의 정치, 사회, 경제적 맥락을 고려하지 않았다는 한계가 있기 때문에 적절치 않은 것이 사실이다. 국가의 보건의료체계를 측정하기 위해서는 여러 이해당사자와의 질적 인터뷰를 시행하며 평가 및 측정에 추가적인 비용이 들기도 하지만 향후 보건의료체계의 발전을 위해서는 반드시 시행해야 하는 단계이기도 하다. 보건의료체계를 분석하는 틀 안에는 인구집단의 건강을 향상시키기 위해서 사회가 이용하는 수단 뿐 만 아니라 행동, 정책 그리고 다양한 이해 관계자와 의사결정 행위자까지 함께 분석해야 하는 만큼 복잡하면서도 국가 수준, 지역 수준에 걸쳐 분석할 필요가 있다. 이 부분에서는 여러 국제보건관련 기구들이 제안하는 국가/지역수준의 평가 틀, 자료 수집 순서를 정리하여 제시하였다. 보건의료체계 평가를 바탕으로 아래 여섯 가지 전략 중 활용 가능한 접근법을 고려해볼 수 있다.

1) 국가수준에서의 요소별 강화 전략: 기존에 KOICA가 수행하던 보건의료시설 건축, 보건의료인력 교육, 연수교육 등 개별 보건의료체계 구성요소 강화를 위한 보건사업에 시스템적 사고에 의한 접근을 적용함으로써 전체 보건의료체계를 강화하고자 하는 방법이다. 주로 국가수준의 보건의료체계 요소에 적용될 수 있다는 점이 특징이며, 지역수준을 비롯한 다양한 보건의료체계강화 접근방법의 절차적 과정에서 사용되는 도구로 활용할 수 있다.

   시스템적 접근은 사업발굴부터 이해관계자를 모집, 구축하여 이후 사업이 종료하는 시점까지 다양한 형태의 지속적인 참여를 바탕으로 하고 있다. 또한 보건의료에 대하여 이해관계자의 참여에 의한 정보 구축과 이를 바탕으로 하는 사업 전 과정의 평가와 모니터링을 바탕으로 수원국의 역량과 여건변화, KOICA의 여건 등을 반영하여 사업 내용과 목표는 물론 평가도 수정이 가능해야 한다. 이와 같이 KOICA의 기존 사업시행절차에 시스템적 접근을 적용하는 것은 보건의료체계 구성요소 중 하나에 해당하는 사업을 시행하더라도, 이 하나의 사업이 전체 보건의료체계에 미치는 영향을 고려하는 것이다. 따라서 기존의 사업개요서, PDM 등을 사용할 때 외부조건으로써 사업지역의 법률 등 규정과 정부의 입장을 반영하여야 하며, 보건분야 외의 타 정책 및 제도와 중복되거나 충돌하

는 것은 없는지 면밀히 살펴보는 것이 중요하다. 또한 사업 관련 타 국제기구, 양. 다자기구, NGO 등의 사업을 파악하고 네트워크를 구축하는 것이 중요하다.

2) 수직-수평 중간전략: 사선적 접근으로 익숙하게 알려진 접근 방법으로, 대표적으로 GF는 HSS를 위한 전략적 접근방법으로 사선적 접근법을 채택하고 있다. GAVI에서도 백신접종률의 증가를 목표로 하여 보다 넓은 모자보건 향상으로 그 방법과 방향을 넓혀나가는 일종의 사선적 접근법을 보여준다. '수직-수평 중간전략'은 특정 질병이나 상태를 대상으로 한 기존의 독립적인 수직적 프로그램에서 보다 효과적이고 나은 결과를 얻기 위해, 관련된 보건의료 체계를 함께 고려하도록 수평적 개념을 통합하는 것이다. 즉, 수직적 프로그램을 진행하는 동시에 그 목표 달성에 제약이 되고 있는 보건의료체계를 개선해 나가는 방식을 말한다. 이 배경에는 어떤 프로그램이든 보건의료체계의 일부여서 인위적으로 분리할 수 없으며, 더 강력한 시스템 없이는 어떠한 서비스의 유의한 확장도 불가능할 것이라는 인식이 있다. 전통적인 수직, 수평 접근은 HSS에 접근하기에 한계가 있으며 HSS를 위해서는 어떠한 문제를 시스템의 일부로 받아들이는 시스템적 사고를 기반으로 보다 통합적인 전략을 위한 기회를 제시한다. 또한, 수직-수평 접근전략은 보건의료체계 요소들 사이의 관계를 강조하며, 보다 넓은 범주(대상 인구집단, 협력 대상, 영향요인)를 프로그램 진행 전반에 걸쳐 고려할 것을 요구한다. 주요 내용은 다음과 같다.

- 원하는 건강 결과를 정하고 그에 대한 효과적인 서비스 확대를 제약하는 보건의료 체계를 파악한다.
- 보건의료체계 병목점(bottleneck)을 파악하여 해결함으로써 해당 건강문제 뿐 아니라 시스템 전체적으로 성과를 올리고, 더 나아가 다른 프로그램들에도 도움이 되게 한다.
- 우선적으로 보건의료체계에 대한 정책과 역량 문제에 주목한다.
- 국가 보건의료 부문 전반의 전략 개발과 기획을 장려하고, 보건의료 체계의 특정 부분만을 위한 단독 계획에는 투자를 줄인다.

▪ 모니터링과 평가 틀을 강화한다.

이 부분의 매뉴얼에는 수직-수평 중간전략을 활용한 프로그램의 진행 단계별 행동지침과 고려사항, 필요에 따라 던져봐야 할 일련의 질문들로 구성하였다. 또한 HSS를 고려한 사업을 위해서 고려해야 할 'Dos and Don't's List'를 제시하여 사업의 계획과 실행단계에서 지속적으로 피드백 하는 데에 도움을 주고자 하였고 평가 부분에서 역시 기본적인 평가 외에 HSS를 고려한 통합적 사업의 평가문항을 제시하였다.

3) 지역보건의료체계 전 부문 강화: 개발도상국에서는 급격히 진행되는 도시화와 경제개발에 의한 격차와 사회적 불평등이 문제가 되고 있다. 이는 지역별 건강수준에서도 나타나고 있는데 지역보건의료체계 전 부문 강화 접근(Holistic approach in subnational level)은 국가 하위 수준의 지역이나 지방정부를 주된 협력 주체로 삼아 지역의 보건의료체계를 전반적으로 강화하고자 하는 접근방법이다. 이 매뉴얼은 해당 지역의 보건의료체계의 모든 구성요소들, 특히 중재의 과정과 구성요소들 간의 관계에 대해 고려하면서 형평적이고 지속가능한 개발을 추구하는 전체적 접근(holistic approach)를 위한 것이다. 또한 사업지역은 수원국 내에서도 더욱 열악하고 사업의 진행이 어려운 곳일 가능성이 많다. 따라서 단기적인 가시적 성과를 기대하기 보다는 좀더 장기적이고 거시적인 시각을 견지해야 하는 점을 기억해야 한다.

사업선정 단계에서 수원국 국가(보건부)와의 합의를 통해 개입이 시급한 지역을 선정하고 이 지역에 대한 적절한 권한 위임과 지역에서 정책적 자율성을 보장받아야 한다. 중앙과 지역 간의 긴밀한 관계와 소통이 필수적이다. 이를 위해 원조자 간 협력과 더불어 중앙과 지역정부의 이해당사자들을 포괄하는 정기적인 보고회를 추진한다.

지역에서 HSS를 위해서 지역에 대한 체계적 접근을 위해 지역 정보를 수집하고 원조자 지도와 보건의료시설 지도를 그리고 보건의료체계의 6가지 구성요소에 대한 SWOT 분석을 시행한다. 특히 보건의료재정의 지역적 권한과 자체적 재정 마련을 위한 방법을 탐색한다. 지역의 필요를 수렴하고 파악하며 이를 효

과적으로 개선하기 위해 질병부담툴킷을 이용해 질병부담정보를 공유하고 지역사회에서 상향적 방식으로 의견을 수렴한다. 가능하다면 참여적 액션 리서치(Participatory action research)를 진행해 민주적 참여와 사회 변화를 추구하는 것이 바람직하다. 또 지역적으로 빈곤, 지리적 취약성(접근성의 문제), 재해 위험성 등을 고려했을 때 보건의료부문에 국한하지 말고 타 부서와의 협력을 공고히 할 수 있는 방법을 모색해야 한다.

4) 일차보건의료에 기반한 보건의료체계 강화전략은 1978년 WHO의 알마아타 선언에서 근거를 찾을 수 있다. 알마아타 선언에서 정의된 일차보건의료는 자조와 자결의 정신에 따라 가족과 개인의 완전한 참여를 바탕이 된 필수적 보건의료를 말한다. 일차보건의료 프로그램이 시행되었을 때, 지역사회의 주민참여를 활성화시켜 주민의 역량이 강화되며 이것이 실질적인 보건지표의 향상으로 이어질 것을 기대할 수 있다. 또 다른 기대효과는 직접적인 보건 분야가 아니지만 건강에 영향을 미치는 타 부문과의 협력을 통해 실질적으로 지역주민의 건강을 향상시킬 수 있다는 점이다. 이를 위해 지역 주민의 건강에 영향을 미치는 포괄적인 부분을 고려해서 사업을 기획함으로써 보건의료체계 강화를 이룰 수 있다.

지역사회에서 성공적인 일차보건의료 프로그램의 수행과 정착을 위해 다음과 같은 단계를 거친다. 먼저 준비과정으로 지역사회 평가를 하는 단계이다. 이 단계에서 일차보건의료 프로그램을 지역에서 실행하기 위해 필요한 지역정보, 즉 지역 내부의 특성(인구학적, 물리적, 경제적 특성)의 파악, 지역의 역량수준(지역주민 조직, 참여 수준, 부문 간 협력 수준) 파악, 지역주민의 보건학적 필요 파악, 지역의 공적 조직과 개발원조기관의 특성을 파악한다. 준비 단계에서 수집된 정보를 바탕으로 일차보건의료 프로그램을 구성하는 기획단계를 가진다. 기획단계에서는 지역사회 주민의 참여를 중요하게 반영한다. 주민의 필요를 최대한 반영한 일차보건의료 프로그램의 목적과 목표를 설정하고, 이것의 달성을 위한 타 부문과의 연계, 동원할 수 있는 자원을 고려하여 프로그램을 기획한다. 기획과정을 통해 고안된 일차보건의료 프로그램을 실행한다. 실행단계에서 일차

보건의료 프로그램의 영역 중 지역에 필요한 서비스가 우선적으로 공급될 수 있으며, 직접적인 주민의 참여와 부문간 협력을 통해 주민과 지역의 역량 강화가 이루어질 수 있도록 한다. 프로그램의 실행과 동시에, 그리고 종료 이후 정기적인 모니터링과 평가 단계를 가진다. 이 단계에서는 일차보건의료 프로그램이 기획된 대로 실행되었는지, 사업 시행 전과 비교해서 지역에서 어떤 변화가 일어났는지, 사업을 수행할 때 문제점이 있었는지, 주민들의 요구를 반영하며 사업이 실행되었는지 등을 평가한 이후 이를 실제 사업에 다시 반영하는 단계를 거친다. 위의 네 가지 단계를 통해서 일차보건의료 프로그램을 지역사회에 적용할 수 있고, 이를 바탕으로 지역의 전반적인 발전과 보건의료체계 강화를 기대할 수 있다.

5) 지역보건의료체계 강화: 일반적으로 수원국에서 지역단위 보건의료 프로젝트를 제안할 경우는 해당 지역이 낙후되어 있어 정상적인 보건의료체계를 가지고 있지 못한 경우가 많으며 특히 해당 지역의 건강문제가 심각한 경우일 경우가 많다. 하지만 이러한 지역은 보건의료 프로젝트가 가동되어도 쉽게 성공을 기약하기 어려울 가능성이 높다. 하지만 수원국에서 어렵다고 원조를 요청하였거나 지원국에서 어려운 문제가 있는 지역을 골라 지원을 결정한 경우 면밀히 보건의료체계를 검토하고 지속적이고 입체적인 지원을 추진한다면 모두 놀랄만한 성과를 나타낼 수 있어 이론과 실무로 무장하고 도전해 볼 만하다.

지역보건의료체계(District Health System)는 1978년 일차보건의료(Primary Health Care) 전략이 주창되어 세계보건기구를 중심으로 각국 정부에서 특정 질병에 초점을 맞춘 수직적 사업의 한계를 극복하기 위해 많은 노력이 기울였으나 지방정부의 무책임성 및 일차의뢰병원서비스의 질적 낙후 등 일차보건의료 전략의 한계를 보완 발전시키기 위해 새롭게 도입된 전략이다. 세계보건기구(WHO)에 의해 1987년 아프리카 짐바브웨 하라레(Harare)에서 주창된 지역보건의료체계는 bottom-up 접근으로서 일차보건의료 전략의 핵심가치를 계승하면서도 더욱 체계적이고 적극적인 일차보건의료 적용 전략이라고 할 수 있다. 간단히 말해 지역보건의료체계 강화 전략이란, 일차보건의료 전략을 고수하면서

지방정부의 책임성을 높이며 일차의뢰병원의 기능을 강화하는 것이다.

본 장은 지역단위의 보건의료체계 강화 사업을 할 때 참고할 수 있는 내용으로 지역보건의료체계의 개념 이해와 관련 사업을 진행할 때 고려할 필요가 있는 점검리스트(Checklist)를 제시하였다.

6) 섹터별 접근법: 섹터 별 접근법(SWAp)은 원조환경 변화에 대한 국제적 대응으로 대두되었으며, 수원국 리더십 향상과 원조효율성 강화를 목적으로 한다. 기존의 프로젝트 형 사업과 달리 특정 섹터(보건, 교육 등)에서의 통합적 접근을 겨냥하고 있고, 구체적으로는 수원국의 자체 섹터 프로그램을 지원하는 공여자들의 프로그램이라 할 수 있다. 따라서 어떤 개발 프로그램이 섹터 프로그램에 해당하는지를 판단하는 것이 중요하며, 파리선언에서 제시하는 SWAp의 요건은 다음과 같다. 첫째, 수원국(또는 현지기관)의 리더십, 둘째, 하나의 포괄적인 프로그램 및 예산정책, 셋째, 공여자들 간 공식적 조화절차, 넷째, 현지체제 활용을 위한 노력.

개념적으로 SWAp은 특정한 원조방식이라기 보다는 공여자와 수원국 간 협력의 한 과정(process)으로 이해하는 것이 바람직하며, 따라서 다양한 접근방식이 가능하다. 기존의 기술협력/프로젝트 방식은 물론, 공동 재정지원, 일반 예산지원 모두 (공여자, 수원국 간 충분한 협의를 전제로) SWAp의 지원방식이 될 수 있다.

그러므로 SWAp의 계획과 실행, 평가 모든 과정은 원조조화(coordination)를 고려하지 않고 이행하기 어렵다. 실제 SWAp은 수원국의 섹터 프로그램에 부합하는 사업을 발굴, 지원하는 것이며, 이 때 현지 전문가와 양질의 정보, 다른 공여자들과의 정보교환/협의 과정, 수원국 정부부처와의 긴밀한 협조 등이 필수적이다

다른 모든 사업과 마찬가지로 HSS 전략이 원활하게 수행되기 위해서는 국내 기반이 충실해야 한다. 특히 HSS 전략은 대부분 새로운 전략에 속하므로 국내 기반이 더욱 중요하며, 관련하여 일반적인 사항은 생략하고 HSS와 특히 관련성이 높은 과제를

제시하고자 하였다. 첫째는, 기술역량의 축적이다. HSS 전략의 대부분은 인적 요소의 기술역량에 크게 영향을 받으며, 단순히 표준업무절차나 지침만으로는 사업의 성과를 높이기 어렵기 때문에 모든 분야와 수준, 영역에서 기술역량을 보완할 필요가 있다. 둘째, 상세전략의 구체화이다. HSS 전략은 매우 다양하고 복잡한 구조를 가지고 있고 구체적 사업 내용도 표준화가 불가능할 정도로 맥락에 따라 달라져야 할 것이고, 다만 일부 공통적인 사항(체계 분석, 상호 전략 분석, 기본전략 수립 등)에 대하여서는 상세수준의 전략을 개발하는 것이 실제 사업 수행에 도움이 될 수 있을 것이다. 셋째, 국내 협력과 지지기반의 구축이 필요하다. 점점 더 많은 이해당사자가 국제개발협력에 참여하고 있기 때문에, 내용과 원리 부분에서 통일성을 기할 수 있는 기반을 조성하는 것이 매우 중요하며, 내부, 외부적으로 동의와 동기를 높이기고 대중적 기반을 넓히기 위한 지속적이 노력이 요구된다. 넷째, 국제협력의 활성화가 필요하다. 보건분야의 ODA 중 국제 파트너와의 협력이 불가피한 대표적 분야가 HSS 전략이다. 다섯째, 사업수행의 틀을 적정화해야 한다. HSS 전략의 일부는 현행의 ODA 구조와 적합성이 떨어질 수 있으며(예를 들면 장기 계획의 필요성), 산출이나 결과도 다른 사업과 다른 방식의 평가방식을 요구할 수 있다. HSS 전략의 확대에 따른 적정 구조와 방식을 조정해나가고 단계별 계획을 가지고 사업방식을 선별하는 것이 필요하다.

제1장 서 론

제1절 연구의 배경과 목적

한국의 공적개발원조(official development assistance, 이하 ODA)는 양적, 질적으로 많은 변화를 겪어 왔다 (대외경제협력기금, 2012). 순 지출 기준 ODA 공여실적은 지난 10년 간 약 5배(2000년 212 million US$ → '10년 1,174 mil US$)로 증가했고, 국민총소득(general national income, 이하 GNI) 대비 ODA 비율도 같은 기간 3배(0.04 → 0.12) 상승했다. 이런 경험과 성장에도 불구하고, 내용 면에서는 다양성, 포괄성 측면에서 아쉬움이 없지 않았다.

실제 2010년 현재 우리나라의 보건의료분야 무상원조 사업비는 총 무상원조 금액의 17.1%인 약 900억 원이다. KOICA의 경우 1991-2009년 전체 사업/분야 중 보건의료 사업지원은 16%로서, 행정제도, 환경 및 기타에 이어 세 번째로 큰 비중을 차지하고 있다. 또한 1991년부터 2010년까지 20년 간 보건의료 분야 사업은 총 50개 국가에서 132개의 프로젝트를 진행하였다.

이러한 프로젝트를 OECD/DAC의 CRS purpose code 분류로 분석하면, 기초보건 및 의료 부분이 52%(74회), 식수부문이 18%(26회), 인구 및 생식보건 부문이 15%(22회)였다. 인프라와 기자재 중심의 사업 지원이 활발하였다는 것을 알 수 있는데, 이러한 사업은 완료 후 현지에서 시설을 유지, 보수할 여력이 없거나 물자 관리 능력이 충분히 않은 경우 제한이 있을 수 있다. 또한 현지 의료인들의 교육, 훈련 수준을 고려하지 않은 시설, 장비의 원조는 장기간의 협력 및 교육 사업 병행 없이는 지속가능성 측면에서 어려움이 있다.

이들 사업은 '보건의료체계' 또는 '보건의료체계 강화(health system strengthening, 이하 HSS)'라는 전반적 맥락 속에서 진행되기보다는 독립된 사업으로 수행된

경우가 많았고, 그 결과 실제 건강수준과 보건의료체계에 얼마나 기여하였는지 명확하지 않았다. 최근 보건의료체계강화에 초점을 맞춘 사업이 시도되고 있으나, 경험과 그 규모, 범위, 사업의 전략으로 볼 때 보건의료체계강화 전략은 아직 초보적인 단계라 할 수 있다.

일례로 인적 교류의 경우 예산, 행정적 제약으로 인해 단기 연수에 그치는 경우가 많아, 실제 충분한 수준의 지식 및 기술 습득 기회를 주기 어려웠다. 또한 대규모 의료 시설·장비 지원은 현지 의료 활동의 증가를 불러와 (의도치 않게) 약품 및 소모성 의료용품의 부족을 야기할 수도 있다. 이처럼 단기, 단발성 프로젝트는 해당 사업이 완전히 종결되고 나면 사후 관리의 부재로 인해 사업목표의 지속가능성을 담보하기 어려웠다. 이런 문제점들은 보건의료체계 또는 보건의료체계 강화 관점에서 시스템적 접근의 부족, (보건의료체계) 요소 간 연관성 부족이라는 비판이 가능하다.

국제개발협력, 특히 보건의료 ODA 측면에서 보건의료체계와 보건의료체계강화는 단순 물자지원 사업을 보완하고 대체하여 수원국의 역량강화를 이뤄낼 수 있는 전략으로 주목 받고 있다. 구체적으로 그간의 질병 중심적 접근에 대한 비판, 취약한 보건의료체계가 천년개발목표(millennium development goals, 이하 MDGs) 달성에 장애물로 작용한다는 인식, 일차보건의료에 대한 재조명, 원조 효과성에 대한 강조 등이 HSS에 대한 국제적 관심 증대의 배경이다 (Reich and Takemi, 2009). 한국 또한 2011년 국제개발협력기본법 발효, 'KOICA 보건의료전략 2011-2015' 마련 등에서 알 수 있듯, ODA의 양적 성장, 지속가능성에 대한 관심 등의 배경에서 HSS를 주목하고 있다.

그러나 기존의 보건의료체계 요소 별 강화전략과 HSS의 차이는 아직 명확하지 않다. 보건의료체계의 각 요소를 강화시키는 것과 보건의료체계 전반의 강화가 어떤 관계를 맺고 있는지 또한 규명해야 할 과제이다. 대표적 사례가 수직적 접근과 수평적 접근(vertical, horizontal approach)이다. 인구집단의 건강수준 향상을 달성하기 위한 두 접근법은 각각의 장점과 축적된 경험이 있다는 점에서 서로 보완되어야 하나, 지금까지의 보건의료 ODA는 주로 수직적 접근에 치중해온 측면이 있다. 하지만 수평적 접근, 특히 보건의료체계에 대한 강조는 특정 질병 중심의 프로그램(수직적 접근)으로부터 자원을 가져와 여태까지의 성과를 약화시킬 것이라는 우려도 있다. 이

런 상황은 HSS를 위한 세부 전략 마련과 함께, 보건의료 ODA의 구상과 계획, 실행, 평가 전 과정에서 보건의료체계와 HSS에 대한 세밀한 이해를 도울 원리가 마련되어야 할 필요성을 제기한다.

'한국 ODA'의 시각에서는 부족한 경험, (여전히) 크지 않은 규모, 인적자원과 역량 측면의 아쉬움 등이 HSS 접근에 있어서의 도전과제이다. 따라서 보건의료체계와 HSS 중심의 접근을 모색하는 현 단계에서, 보건의료체계와 HSS의 이론적 이해, 국제적 추세와 접근전략들, 한국(또는 KOICA) 현실에 적합한 HSS 세부전략 마련 등이 함께 마련되어야 한다.

이런 관점에서 이 연구는 "KOICA 보건의료체계 강화 세부전략 마련"이라는 목적을 가지나, 동시에 "보건의료체계 및 HSS의 이해", "KOICA 보건의료전략 세부목표 마련", "현실 적용 가능한 사업지침서 제시"라는 세부목표를 제시한다.

첫째 목표인 "보건의료체계 및 HSS의 이해" 부분에서는 보건의료체계와 HSS의 개념에 대한 국내, 외 연구경향을 요약해 보건분야 국제협력의 추세를 파악하고, 보건의료 ODA 사업에서 보건의료체계와 HSS가 왜 중요하고 어떻게 접근해야 하는지를 제시하는 (보건의료 이외 분야의 전문가들도 이해할 수 있을만한) 해설서를 마련할 것이다.

둘째, "KOICA 보건의료전략 세부목표 마련" 부분은 KOICA의 HSS 지원전략과 사업경험을 평가, 참고해 (국제적 흐름에 맞추되) 한국과 KOICA 보건의료 ODA 규모/경험에 맞는 전략을 모색하며, 이를 위해 국가 수준뿐 아니라 지역과 지역사회 수준에서도 가용한 HSS 전략을 제시한다.

마지막으로 "현실적용 가능한 사업지침서 제시" 목표를 위해서는 실제 ODA 사업의 현장 활동가들의 수요를 고려해 HSS 사업지침을 마련한다. 이를 위해 사업의 기획, 선정 과정에 필요한 보건의료체계 평가도구(health system assessment tool)를 마련하고, ODA 사업현장에 적용 가능한 지침서를 제시한다.

제2절 연구의 범위

이 연구의 목적/목표, 방법, 기대 산출물 등을 요약한 개요는 그림 1-1과 같다.

구체적으로 이 연구는 세 가지의 세부 목표를 국내, 외 문헌조사, 해외 현지조사, 현장 활동가를 비롯한 사업 담당자들의 수요조사, 전문가 회의, 포럼/워크샵 등을 통해 달성하고자 한다. 문헌조사를 통해 보건의료체계와 HSS에 대한 이론적, 실천적 측면의 접근을 파악, 요약하고, 국내, 외 전문가 회의 및 포럼/워크숍을 통해 한국적 시각에서의 HSS 접근전략을 모색한다. 이론적으로는 보건의료 외 분야의 전문가들도 이해할 수 있는 보건의료체계, HSS 해설서를 마련하는 한편, 실무적으로는 실제 ODA 사업 현장에서 HSS에 접근하는 데 있어서 보다 유연한 현실적 지침을 제시하는 모듈 또는 원형(template)을 마련하고자 한다.

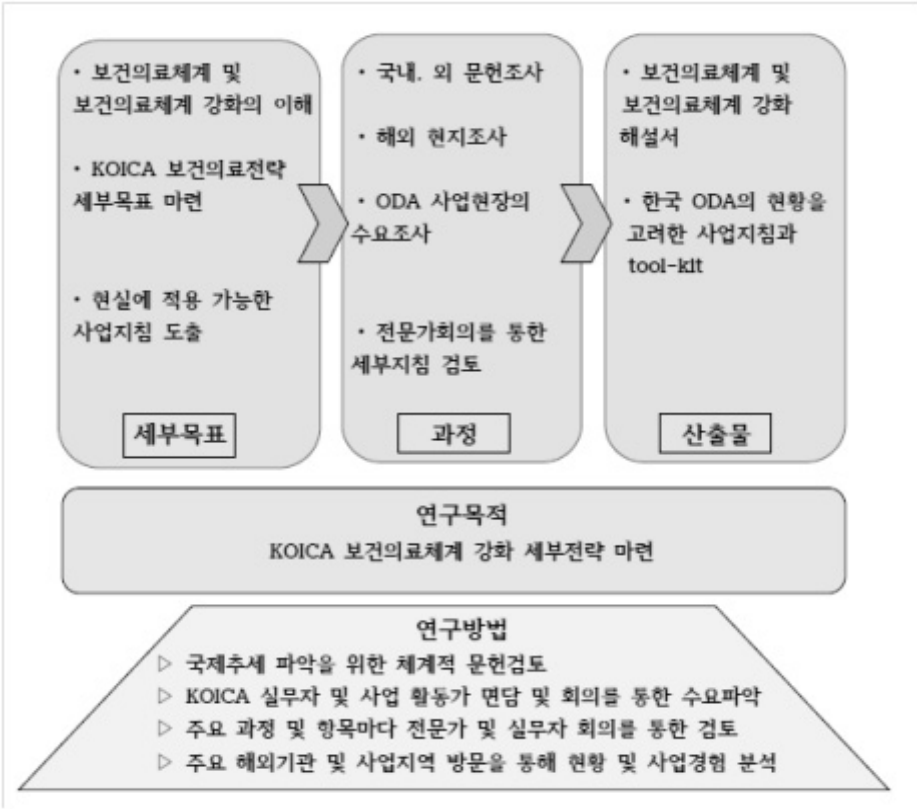


그림 1-1. 연구의 개요

“KOICA 보건의료전략 2011-2015”는 국제사회의 전략 수정과 MDGs 달성에 적극적으로 동참하기 위하여 수립되었다. 이 전략은 두 가지 추진 방향으로 HSS와 취약계층/취약질병 지원강화를 선정하였고, HSS를 위한 전략목표로는 보건의료 인적 역량강화, 보건의료 제도적 역량 강화, 보건의료 서비스 접근성 강화를 선정하였다. 세 가지 전략목표 하부에는 세부목표를 제시하고 있으나 아직 구체적인 세부전략과 접근방법이 마련되지 않은 상태이다. 또한 각각 프로그램으로 만들 수 있는 형태로 되어 있다는 장점에도 불구하고 전반적인 HSS라는 목표 안에서 통합적 접근이 어떻게 가능한지는 명확하게 제시되어 있지 않다. 따라서 각 세부목표 별 전략을 마련할 필요가 있는데, 이 연구에서는 앞에서 도출된 일반적 원리를 기초로 하여 세부목표를 보완하고 수정할 가능성을 열어 두고자 하며, 보완의 필요성이 가장 높은 ‘통합적 접근’에 초점을 맞추려 한다.

아울러 실제 사업을 수행하는 수준에서는 HSS가 구체적으로 어떤 사업으로 현실화(translation)될 수 있는지가 명확하게 제시되어 있지 않는데, 이는 HSS의 전반적인 원리를 기초로 하되 실천에 바로 적용할 수 있는 지침이 개발될 필요성이 있다는 의미이다. 이 지침에는 HSS를 목적으로 하는 보건의료 ODA 사업현장에서 쓰일 다양한 지침과 원칙이 포함 되어야 할 뿐 아니라, 기타 목적의 보건의료 ODA나 타 분야 ODA 담당자, 관계자들이 참고하고 고려해야 할 보건의료체계의 일반적 사항들이 들어가야 할 것이다. 또한, 현재 한국 ODA의 상황(규모, 역량, 체계 등)을 고려해 당장 국가 수준의 포괄적 접근보다는 국가 하부단위에서의 HSS, 기타 공여자(donor)들과의 협의와 원조 조화를 통한 접근, 시스템적 접근 등의 접근전략을 제시할 것이다. 이런 관점에서 HSS를 위해 실행 가능한 몇 가지 형태의 프로그램을 제시하고 각각에 대하여 전략과 지침을 마련하고자 한다. 또한 실제 현장에서 어떤 사업과 전략이 필요한지의 결정과정에 도움을 주는 보건의료체계를 평가도구(full/rapid assessment tool)를 제시할 것이다.

제3절 연구 방법

이 연구를 통해 산출하고자 하는 결과물은 크게 두 가지이다. 하나는 보건의료 ODA 사업에서 보건의료체계와 HSS의 개념과 동향을 정리하고, 보건의료 전문가가 아닌 사람도 이해할 수 있는 정도의 자세한 해설서를 작성하여 HSS에 대한 전략의 마련에 앞서 이해의 폭을 넓히고 실무진을 비롯하여 보건의료 ODA 관련자들에게 이를 알릴 수 있는 바탕을 마련하는 것이다. 이 부분이 개념적, 이론적 지식을 생산하는 부분이라면, 다른 하나는 HSS의 세부전략을 마련하여 KOICA 본부, 현지 사무소, 실무자 등에게 HSS 사업을 발굴하고 시도하고자 할 때 아이디어를 얻고 방향을 체크할 수 있도록 지침서를 마련하는 것이다.

보건의료체계와 HSS의 해설 부분은 첫째, 보건의료체계와 HSS의 개념 및 중요성을 설명하고, 둘째, 보건분야 국제협력의 HSS 추세와 동향을 정리하였으며, 셋째, 무엇을 HSS라고 할 것인지에 대한 원리와 분석틀을 제시하고, 마지막으로 HSS와 관련한 주요 국제기구, 민간기구 및 원조기관의 현황과 주요 활동을 정리하였다. 이 과정에서 체계적 문헌검토에 준하는 방식으로 국내, 외 논문 및 보고서를 검토하였고, 전문가 자문회의와 연구팀 회의를 통해 선정한 주요 기구/기관의 보고서, 홈페이지, 각종 문서를 검토하였다. 문헌검토의 방법은 검토 대상의 분야와 형태에 따라 체계적 분석, 특정 기준에 따른 선정과 분석, 대상 pool 내에서의 임의적 분석 등을 적절히 선정하여 적용하였다.

HSS 세부 프로그램의 지침서를 개발하는 과정에서는 현재 한국과 KOICA의 상황을 고려하여 국가 하부수준의 지역단위 전략, 시스템적 접근 등을 중심으로 주요 프로그램의 틀을 개발하였고, 포럼/워크숍, 자문회의, KOICA 내, 외부 전문가의 사전, 사후 검토를 통해 실제 상황에서 적용할 수 있도록 하였다. 세부 프로그램은 본부 및 사업 현장에서 HSS에 대한 사업을 선정하기부터 준비, 계획, 시행, 평가하기까지의 과정에서 실질적으로 도움이 될 수 있는 모듈 또는 틀을 마련하고 예시를 들어 사업별로 달성되어야 할 산출물, 세부 과정과 활동, 단계별 고려할 사항 등을 제시하는 방향으로 진행하였다.

한국의 규모와 상황을 고려한 HSS 전략을 크게 몇 가지의 프로그램으로 나누어

각각 모듈을 제시하였는데, 기존의 사업 매뉴얼과 달리 HSS의 특성상 개별 국가 또는 지역의 상황과 정책 환경이 다른 것을 고려해 포괄적 수준에서 유연성 있게 작성하였다. 다만, 실무자들이 각 프로그램 별로 개념을 파악하고 각 지역의 상황에 맞추어 HSS의 아이디어를 얻을 수 있도록 하는 수준을 고려하여 각종 체크리스트와 사업 예 등을 제시하였다.

한편 KOICA의 내부 직원을 대상으로 초점그룹인터뷰(focus group interview, 이하 FGI)를 진행하여 HSS에 대한 인식 정도를 파악하고, 현재 진행하고 있는 여러 지역의 보건사업에서 HSS의 적용 가능성과 현실적 상황에 대한 실무자의 인식을 연구 결과에 반영하였다.

WHO, WB, GIZ, JICA 등 대표적 국제 원조기구의 실무자를 초청하여 포럼과 워크숍을 진행함으로써 국제적 HSS 동향과 국제기구의 현황을 파악하였으며, 한국 보건의료 ODA의 방향과 향후 다자간 협력방향에 대해서도 가늠해보는 기회를 마련하였다. 또한 포럼과 워크숍에서 파악한 동향과 국제적 시각은 이 연구의 해설서, 세부전략 지침 작성에 참고하였다.

제2장 보건의료체계와 보건의료체계강화(HSS)의 이론

2000년대 이후 국제보건 ODA는 그 동안의 여러 경험과 한계 인식을 통해 HSS를 집중하고 있으며, 이에 따라 WHO 등 국제기구와 전문가들은 보건의료체계와 HSS에 대한 다양한 프레임을 제시하고 있다. 그러나 여전히 개념과 정의가 명확하지 않으며 그에 따른 프로그램의 분절화, 시행과 평가의 어려움 등 문제점이 제기되고 있다.

HSS의 새로운 개념을 이야기하기 위해서는 무엇보다도 보건의료체계와 HSS의 틀을 구분하고, 각각에 대해 지금까지 논의되어온 프레임을 정리할 필요가 있다. Shakarishvili 등(2010)은 보건의료체계와 HSS의 개념적 프레임, 그리고 HSS를 위한 일반 운영지침 간 뚜렷한 차이가 있음을 지적하였다. 그에 따르면 보건의료체계의 프레임은 보건의료체계를 조망(bird's eye view)하는 것으로 보건의료체계와 목표, 구조적·조직적 요소, 기능 및 과정을 기술하고 설명하는 것이다. 반면 HSS의 프레임은 활동 중심적으로 보건의료체계의 목표, 기능과 과정을 강화하고 보건의료체계의 전반적인 성과를 강화하기 위하여 필요한 행동을 개괄하는 것이다. 이를 통해 HSS 일반 운영지침은 국제 파트너들의 HSS를 위한 투자 전략과 정책, 프로그램지원 시스템과 과정, 운영적·기술적·분석적 도구를 조정하고 조화롭게 하는 메커니즘이 된다.

우선 HSS를 논의하기 위해서는 보건의료체계를 무엇이라 정의할 것인지를 먼저 정한 후에야 무엇을 어떻게 강화할 것인지를 이야기할 수 있을 것이다. 일반적으로 보건의료체계를 바라보는 프레임은 보건의료체계를 구성하는 요소들과 이들이 어떤 기능을 잘 수행하는 방향으로 진행되도록 하는 과정과 기능, 그리고 도출되는 성과로 볼 수 있고, 여기에 해당 사회 혹은 국제사회의 정치적 행동, 사회·역사·문화 등의 다양한 맥락까지 고려하여 보건의료체계를 해석하기도 한다.

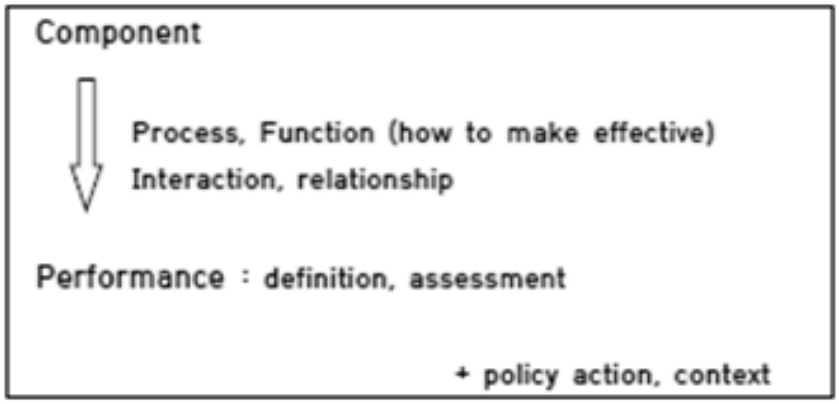


그림 2-1. 일반적으로 고려할 수 있는 보건의료체계 프레임

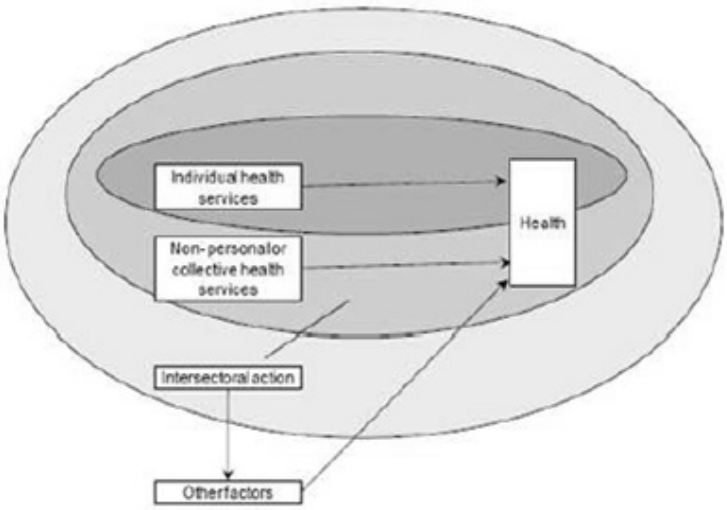
이 장에서는 지금까지 제시되었던 보건의료체계의 프레임을 간략하게 정리하여 각각의 보건의료체계를 어디까지 어떻게 정의하고 있는지, 구성요소・기능・과정・성과의 어떤 측면에 집중하고 있는지, 특징적인 점, 각 체계의 공통점과 한계를 제시한다. 또한 보건의료체계의 정의를 바탕으로 현재까지 HSS 대해서 제시되고 있는 개념, 원칙, 전략들을 살펴보고, 이와 관련된 국제적 논의의 흐름과 배경을 살펴보기로 한다.

제1절 보건의료체계와 HSS의 개념

1. 보건의료체계

1) 보건의료체계의 개념

Murray와 Evans(2003)에 따르면, 보건의료체계는 각기 다른 수준에서 달리 정의될 수 있다. 그림 2-2에서와 같이 가장 안쪽에 위치한 협의의 범위로는 직접적인 보건부의 통제 아래에 있는 활동으로 개인에 대한 치료 서비스에 국한하는 것이다. 그 다음으로는 술이나 담배 등의 생활행태와 같은 집단적 보건 문제를 포함하나 부서간 활동은 제외한 범위, 예를 들면 식수, 위생에 해당하는 것은 이 범주를 벗어난다. 가장 광의의 정의는 건강수준의 향상을 주목적으로 하는 모든 활동에 관련된 행위자, 기구 그리고 자원을 포함하는 것으로, 이는 WHO의 정의에 해당한다.



Source: Murray and Evans (2003).

그림 2-2. Boundaries of a health system

WHO는 보건의료체계를 다음과 같이 정의하고 있으며, 많은 보건의료체계에 대한 프레임 논의들이 이 정의의 범주를 따르고 있다.

- “건강을 증진, 회복, 유지하는 것이 일차적인 목적인 모든 활동” (WHO, 2000)
- “건강을 증진, 유지, 회복시키는 것을 목적으로 하는 모든 공공 및 민간 조직, 자원을 조직하는” 것으로 “개인과 집단에 대한 서비스뿐 아니라 건강을 결정하는 사회적, 환경적, 경제적 요인에 대한 다른 분야의 정책을 아우른다.” (WHO/EUROPE, 2008)

2) 보건의료체계 프레임

(1) 초기의 보건의료체계 프레임

Evans(1981)는 보건의료체계를 서비스를 받는 인구집단, 보건의료 서비스 제공자, 제3자 지불자, 조정자로서 정부로 이루어진 네 개의 주요 행위자 집단으로 설명하였고, 이후 다시 네 부분의 기능적 구조를 제시하였다. 재정(financing), 서비스 제공(service provision), 자원육성(resource generation; 인력, 시설, 장비, 지식 등), 관리(stewardship)가 그것이다(Murray & Evans, 2003). Hurst et al.(1991)은 보건의료체계를 재정 흐름과 지불방법에 따라 세 개의 자발적 보험체계, 세 개의 강제보험체계 혹은 세금기반 모형, 그리고 직접적·자발적 OOP모델 등 7개 하부체계로 기술하였다. Frenk(1994)는 보건의료체계 개혁의 차원과 각 요소들 간의 상호관계에 초점을 두었으며, ‘제공자, 인구집단, 국가, 기관, 기타 생산자’의 4개 주요 행위자 그룹과 ‘시스템, 프로그램, 기관, 제도’의 4가지 체계 개혁의 정책적 수준으로 설명하였다. Mills와 Ranson(2001)은 주요한 네 개의 기능(규제, 재정, 자원 배분, 서비스 제공)과 네 군의 행위자(정부, 인구집단, 재정 기구, 서비스 제공자)를 이용하여 개념화하였다.

(2) WHO의 보건의료체계 프레임(WHO, 2000; 2007)

WHO는 “World Health Report 2000”을 통해 보건의료체계의 성과를 평가하기 위한 개념적 프레임을 제안하였다. 성과와 그 측정에 초점을 두었으며 각 기능의 부분에서 정책 활동을 분류하고 이에 따른 가능한 근거를 비판적으로 고찰하였다.

이 보고서는 기능(function)을 중심으로 보건의료체계를 설명하면서, ‘체계가 무엇

인가'가 아닌, '체계가 무엇을 하는가'에 집중하였다. 그림 2-3에서는 보건의료체계에서 네 개의 기능(스튜어드십, 자원 , 재정, 서비스 제공)과 세 개의 목표(반응성, 재정적으로 공정한 기여, 건강)를 나열하고 그 관계를 표시하였다. 각각의 기능들은 예컨대 재정기능이 지불의 공평함에 영향을 미치듯이 어떤 특정 목표에 더 중요한 영향을 미치는 기전일 수 있지만, 다른 목표들에도 역시 영향을 미친다. 기능 중에서도 스튜어드십(stewardship)은 다소 독특한 위치를 차지하는데, 다른 모든 기능들을 조망하며 이들의 운영과 결과에 직간접적으로 영향을 미치기 때문이다. 즉, 단순한 규제 이상의 역할을 의미한다. 목표에서 반응성(responsiveness)은 사회적으로 정당하게 여겨지는 신체적·심리적으로 어떻게 다뤄지는지에 대한 기대, 즉 모든 사회서비스에 해당하는 부분이다. 재정적으로 공정한 기여(fair financial contribution)는 다른 사회서비스와 달리 과부담 의료비 지출이 발생할 수 있고, 질병발생의 예측불가능성으로 보건의료체계가 가질 수 있는 목표이다. 이를 식료품비 제외한 총지출에 대한 의료비 비중의 형평으로 설명하고 있는데, 보건의료체계로 인한 각 가구의 비용지출부담이 질병에 대한 위험도 보다는 지불 능력에 따라 분포되어야 한다는 것이다.

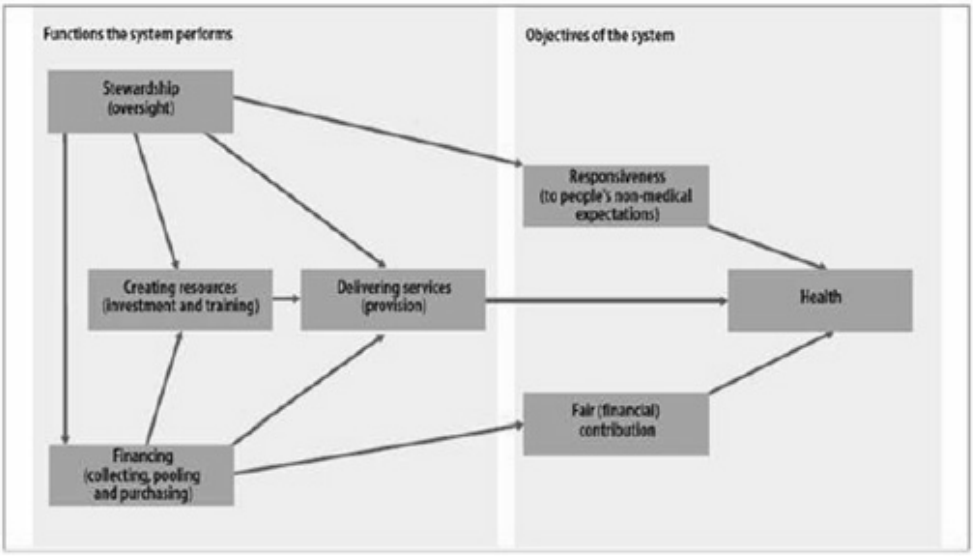


그림 2-3. Relations between functions and objectives of a health system

위 프레임의 한계점은 주요 기능들과 보건의료체계의 성과 사이의 관계를 충분히 반영하고 있지 못하다는 것으로 어떻게 특정 체계가 특정 결과를 가져오게 되었는지, 어떤 특성이 결과 생산에 가장 많이 공헌하였는지, 더 나은 결과를 얻기 위해서는 어떻게 재구성해야 하는지 등에 대한 설명이 없다는 것이 지적되고 있다(Hsiao, 2003).

2007년 "Everybody's Business: Strengthening Health Systems to Improve Health outcomes" 보고서에서는 6개의 "building blocks", 서비스 제공, 보건의료인력, 정보, 의료기술 및 생산품, 재정, 리더십과 거버넌스를 통해 보건의료체계를 구성하는 실용적 방법을 제안하였다.

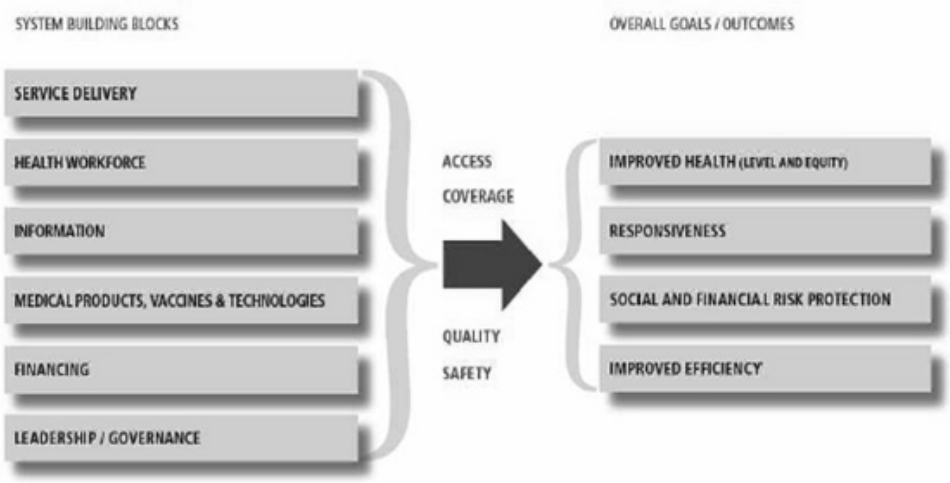


그림 2-4. The WHO health system framework

이 Framework for Action의 가장 주요한 목적은 변화하는 국제사회에서 보건의료체계와 관련한 WHO의 역할을 명확히 하고 강화하기 위한 것으로, 원칙과 가치는 Alma Ata Declaration을 따랐다. "World Health Report 2000"과 같이 기능에 초점을 맞추며, 보건의료체계가 어떻게 조직되어 있는지에 상관없이 제시된 기본적인 기능을 충실히 수행함으로써 목표를 달성할 수 있다고 설명하였다.

6개의 building block은 제대로 기능하고, 성과를 잘 내는 좋은 구성요소이기 위해서 어떠해야 하는지를 명시해주며, 행동계획으로써 각 각의 우선순위를 제안하고

있다. 그러나 이 모델은 투입에 중점을 두고 있어, 투입물을 보다 효과적으로 하는데 필요한 과정에 대해서는 상대적으로 관심을 두지 않았다는 한계를 갖는다. 즉, 각기 다른 환경에서 정책결정자가 적용할 수 있는 역동적이고 분석적인 원칙을 제시하기 보다는 HSS를 위한 일종의 체크리스트와 같이 사전진단에 따른 우선순위 행동과 같은 가이드를 제공한다(Bitran et al. 2010).

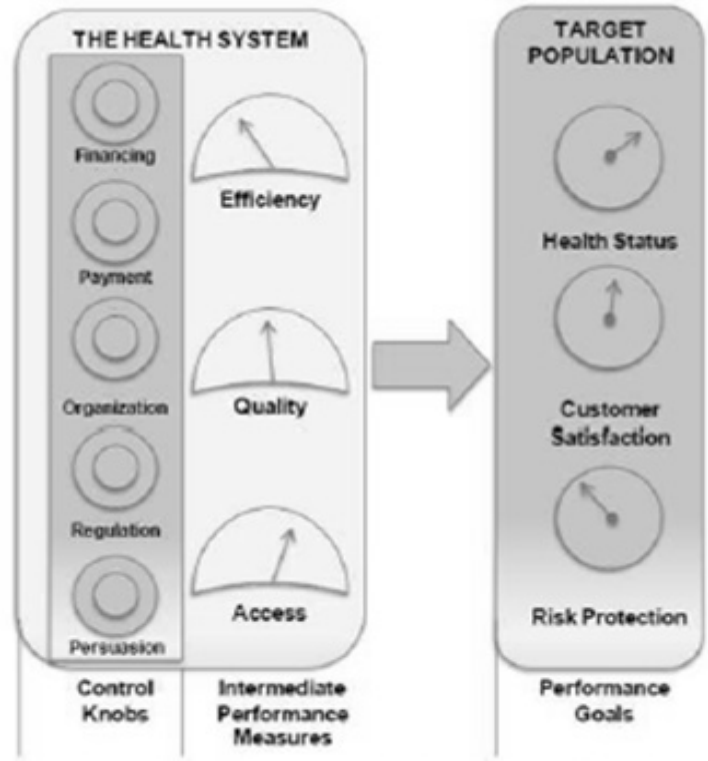
(3) Roberts, Hsiao, Berman and Reich(2004)의 조종손잡이 모형

보건의료체계의 범주는 기본적으로 WHO의 정의를 따르며, 보건의료체계의 성과에 대한 정의, 그리고 성과개선을 위해서 정책 조종손잡이 개념으로 체계적으로 접근하는 방법을 제시하였다. 보건의료체계의 요소를 통해 결과를 설명할 수 있는 일종의 인과모형으로써 다음과 같이 보건의료체계를 개념화하고 있다(Hsiao, 2003).

- 구조적 요소들(수단) 간 일련의 관계와 그들 간의 상호작용이 (보건의료)체계가 성취하고자 하는 목적(결과)과 연관되고 연결되는 것
- 보건의료체계는 주요한 인과 요소들을 통해 체계의 결과물을 설명할 수 있는 것이라고 정의된다. 이 요소들은 결과물을 바꾸어낼 수 있도록 활용될 수 있다.

여러 국가의 건강과 관련한 법안, 정책 보고 등을 살펴본 결과, 목적은 '건강의 개선, 재정적 위험으로부터 보호, 공공의 만족'으로 수렴하고 있으며 수단은 보건의료부문의 사회적 목적을 얻어낼 수 있는 정책적 도구로 사용 가능할 만한 요소에 집중하였다. 문화와 같이 오랜 시간이 지나도 변할 수 없는 것들은 제외하였다. 즉, 조종손잡이(control knobs)는 경험적 관찰에 기초하여 '될 법한(plausible)' 설명변수들을 선택함으로써 요소들이 결과를 바꾸는 데에 정책적 도구로서 사용될 수 있게 하였다. 보건의료체계를 구성하는 요소로는 재정, 조직, 지불, 규제, 신념(행동) 등이 있다.

이 모형의 특징은 보건의료체계 성과의 문제 진단에 대한 가이드를 포함하고, 보건의료정책의 변화에 대해 생각하는 방법을 제시하고 있으며, 윤리적이고 정치적인 이슈에 대해서도 상당한 고려를 하고 있다는 것이다 (Bitran et al. 2010).



Source: Roberts, Hsiao, Berman, Reich (2004). Getting Health Reform Right. Oxford.

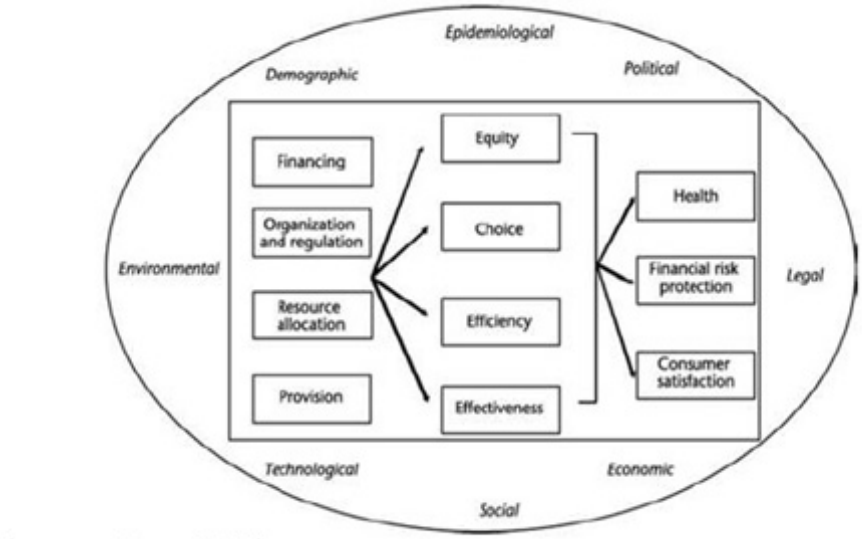
그림 2-5. The five control knobs of a health system

(4) Atun의 체계적 사고(Systems Thinking)

Atun(2008)은 보건의료체계에 대한 기존 프레임들의 한계를 지적하며 보건의료체계의 역동적 복잡성에 중점을 두고 맥락을 포함한 전체적인 접근을 시도하였다. 기존의 프레임들은 보건의료체계를 분석하는 기획에 어려움이 있고, 보건의료체계의 행태를 분석하는데 유용하지 않으며, 의도된 정책과 결정들이 왜 실패하는지를 분석하는데도 한계를 보인다고 하였다. 실제로는 매우 복잡한 보건의료체계를 너무나 간단하게 혹은 직관적으로 접근하려 하기 때문이라는 것이다.

또 역동적 복잡성(Dynamic complexity)이란 시스템이 각각의 요소로 구성된 것뿐만 아니라 요소들 간 서로 연결되어 전체로서 어떤 특성을 갖게 되는 것이며 많은

연결과 상호의존적 요소들이 '각기 다양한 시간차(time-delayed)를 보이고 비선형관계의 피드백 고리로 된 엄청난 연결망으로 형성되어 있는 유동적이고 복잡한 것'이라고 설명한다. 즉, 같은 행동에도 장단기 결과, 각기 다른 영역에서 매우 다른 결과를 보일 수 있으며 의도된 바대로 가지 않는다는 것이다. 따라서 이를 잘 이해하는 것이 '정책저항(policy resistance)'를 피하고 시스템 성과개선으로 향하는 지렛대를 파악하는 수단이 된다.



(source: Atun, 2008)

그림 2-6. A framework for analysing health systems and the context

이러한 특징을 가진 보건의료체계를 다루기 위해서는 시스템적 사고를 통해 구조와 상호작용의 패턴을 고려하되 개별 요소가 아닌 큰 구조 안에서 일어나는 사건으로 바라보고 정적이기보다는 패턴의 변화를 보며 보건의료체계와 맥락 사이의 관계를 더 잘 이해하고 분석적 접근을 해야 한다. 이러한 개념을 통해 보건의료체계에서 어떤 보건의료 프로그램을 시행할 때 보다 넓은 맥락 안에서 평가할 수 있도록 Systemic Rapid Assessment(SYSRA) toolkit을 제시하기도 했다.

3) 보건의료체계 프레임 분류

Shakarishvili 등(2010)은 HSS를 위한 기초로 보건의료체계의 프레임들을 통합하려는 시도를 한 바 있다. 이를 위해 Hsiao와 Siadat은 그 동안 제시되었던 다양한 프레임들을 특정한 기준을 따라 분류하였다.

표 2-1. Classification of health system framework

Perspective / Type	Researchers / Organizations
Descriptive	
Sub-systems	Various
National	Roemer (1993) European Observatory (HiTS) WHO Regional Sites
Analytical	
Fund Flow	Hurst OECD Anell and Willis
Functinoal	Docteur and Oxley Londono and Frenk WHO Mills and Ranson The World Bank
Satatstical Correlation	The Global Fund Nixon and Ulmann Anand and Barnighausen
Deterministic and predictive	
Actuarial models	office of the Actuary, CMS
Economic models	Yett, Drabak, Intriligator, et al Feldstein-Freidman
Macro-policy model	Hsiao(1997);(Roberts, et al. 2003)

(1) 서술적 모형(Descriptive Models)

서술적 모형은 보건의료체계를 일반적으로 이해하는데 가장 적절하다. 체계가 어떻게 작동하는지 보다는 체계에 속하는 요소들 자체에 대해서 설명하는 것으로, 어

떤 특정 체계가 다른 것에 비해 왜 더 나은 성과를 보일 수 있는지에 대해 설명하고 있지 않다는 한계가 있다. Sub-system 수준에서 “Service Delivery Sub-Systems”, “Disease Sub-Systems”, “Operational Sub-Systems”와 같은 범주로 나누어볼 수 있다. 서술적 모형의 예로 Roemer(1993)는 보건의료체계를 “인구집단에 보건의료 서비스를 전달하는 것으로 모이는 자원, 조직, 재정, 관리의 조합”으로 설명하고 있다.

(2) 분석적 모형(Analytical Models)

분석적 모형은 서술을 넘어 시스템의 주요한 측면과 복잡한 작동기전에 대해 깊이 있는 분석을 시도하는 것으로 두 가지 유형이 있다.

- 재정 흐름 모델(Fund Flow Model) : 환자, 정부, 보험자, 의료제공자 등 사이에서 자금의 흐름을 분석한 것으로, 체계의 구성요소들 간의 상호작용은 고려하지 못한다는 한계가 있다.

- 기능적 모델(Functional Model) : 투입(재정, 인력, 시설 등), 관리(stewardship), 거버넌스, 규제 등 체계를 기능적 구성요소로 기술하고 분석한다. 주요기능과 프로그램에 대한 분석적 시각을 줄 수 있고 다른 모델에 비해 전체적이고 정교하다. 그러나 정책이 어떻게 기능을 개선시킬 수 있는지, 어떤 것은 작동하고 어떤 것은 그렇지 못한지, 더 나아가 다양한 기능들 사이의 상호작용을 밝히는 데에는 한계가 있다.

(3) 결정론적 · 예측 모형(Deterministic and Predictive Models)

결정론적 · 예측적 모형은 보건의료체계 성과에 좋은 기능을 할 수 있도록 영향을 주는 요인은 무엇인지에 대한 모형이다. 더 나은 체계는 무엇인지, 정책결정자들이 국가 보건의료체계 성과의 개선을 위해 어떻게 하면 되는지에 대한 접근을 시도하고 있다.

보험계리적 모형(Actuarial Model), 경제적 모형(Economic Model) 조종손잡이(control knob)로 설명되는 거시정책 모형(Macro-Policy Model)이 있고 이 모형이 가장 포괄적 접근을 한다고 볼 수 있다.

(4) 기존에 제시된 보건의료체계 프레임들의 상보성

지금까지 다양한 보건의료체계의 프레임이 제시되었으나 여전히 명확한 정의가 부재하며, 이로 인한 개념과 프로그램 운영의 혼란이 문제점으로 지적되고 있다. 다양한 관점의 프레임들을 단순히 한 가지의 프레임으로 수렴하는 데에는 어려움이 있을 수 있으나, 각 보건의료체계 프레임들의 목적, 원칙, 과정, 기능과 같은 요소들의 상보적 부분을 아래 표와 같이 제시해볼 수 있다.

표 2-2. Complementary areas of various health systems frameworks

Dimensions	Components
Goals	Better Health Financial Protection Responsiveness Satisfaction
Overarching Principles (Intermediate Objectives, Characteristic Features)	Equity Efficiency Sustainability Quality Access Coverage Safety Choice
Process/Control knobs	Resource Creation Resource Allocation Payment Organization Integration Regulation Behavior
Building Blocks /Critical Functions	Services Health workforce Health Information Technologies & Commodities Demand Generation Financing Governance

(Source: Shakarishvili et al. 2010)

2. 보건의료체계강화

1) HSS의 정의

HSS에 대한 강조가 이루어지고 있는 것에 비하여 이에 대한 엄밀한 조작적 정의는 합의된 바 없다. WHO, World Bank 등의 기관에서 제시하고 있는 보건의료체계 강화에 대한 접근 역시 약간의 차이를 가진다.

(1) 보건의료체계와 HSS의 구분(Shakarishvili et al. 2011)

국제보건 분야에서 보건의료체계에 대한 다양한 접근법이 확산되고 있고, HSS에 대한 논의 역시 다양한 모색이 이루어지고 있다. 하지만 보건의료체계와 HSS에 대한 개념이 다양하고 운영 기전 간 조화가 부족하며 그렇기 때문에 HSS를 위한 노력이 효과적이고 효율적이지 못하다는 평가가 제시된다.

따라서 HSS를 위한 프레임 개발이 필요하다. 표준화된 프레임은 이를 통해 HSS가 일반적으로 어느 정도의 범위를 가지고 있는지, HSS가 무엇으로 구성되는지, HSS의 발전을 어떻게 측정할 것인지, HSS의 투자를 어떻게 분석할 것인지에 대한 이해를 제시할 수 있을 것이다.

개념적으로 보건의료체계의 프레임과 HSS의 프레임 간의 구분이 중요하다. 보건의료체계의 프레임은 보건의료체계에 대한 조감도라고 할 수 있으며, 이것을 통해 보건의료체계의 목적, 구조와 조직적 요소, 기능과 과정을 정의, 묘사, 설명할 수 있다. 이에 비하여 HSS의 프레임은 행동 지향적(action-oriented)이며, 시스템의 목적, 기능과 과정의 강화를 위해, 또한 시스템의 전체 성과 강화를 위해 필요한 행동과정에 대한 개괄이라고 할 수 있다. HSS의 프레임을 위해서는 보건의료체계의 프레임을 참고할 필요가 있다.

다양한 기관에서 초점, 범위, 용어, 언어, 용도 등 서로 다른 보건의료체계의 프레임을 제안하여 왔고, 이러한 보건의료체계의 프레임의 다양성은 오히려 개념을 명확하게 이해하는 데에 어려움으로 작용했다.

이렇게 합의된 HSS의 정의가 없는 상황에서 주요 국제 보건기구들에서 정립한 HSS의 정의를 살펴보고 각 기관에서 초점을 두고 있는 HSS의 내용을 파악해본다.

(2) WHO의 HSS의 개념(Balabanova et al, 2010)

WHO는 “World Health Report 2000”에서 보건의료체계를 “주 목적이 건강을 증진하고, 회복하고 유지하기 위한 모든 활동” 이라고 정의하였다. 그러나 이 보고서에서의 주요 초점과 논쟁은 어떻게 보건의료체계 성과를 강화시킬 것인가 보다는 보건의료체계의 다른 면을 어떻게 측정할 것인가에 관한 것이었다. 이후 WHO는 2007년 “Everybody’s business”에서 HSS를 제시하였다. 이 보고서에서 제시된 보건의료체계의 프레임의 주요 목적은 보건의료체계가 무엇이고 HSS가 무엇으로 구성하는가에 대해 전반적인 이해를 제공하는 것이었다. 명확한 정의를 통해 보건의료체계에서 무엇이 문제인지, 어느 부분에 투자가 필요한지, 향후 결과는 어떻게 예상할 수 있는지, 변화된 이후 어떻게 모니터링 할 것인지 파악하고 궁극적으로 보건의료체계를 강화할 수 있는 방법을 수록하였다. 이 프레임의 접근에서 시스템을 구성하는 “6 building blocks”은 세 가지 목적을 가진다.

- 보건의료체계의 바람직한 속성에 대한 정의를 제공한다.
- WHO의 우선순위를 결정하는 방법을 제공한다.
- 보건의료체계 아젠다의 전체를 결정함으로써, WHO 지원에서의 격차를 확인할 수 있는 수단을 제공한다.

하지만 이 보고서에서도 HSS를 위한 명확한 정의나 경계는 제시되지 않고 있다. 오히려 “보건의료체계는 상황에 따라 달라지기” 때문에, “best practice의 단일한 형태는 존재하지 않는다”라고 밝히고 있다. 또한 보고서에서 제시된 프레임은 실제로 적용하기 쉽지 않다. 보건의료체계의 6개의 building blocks이 어떻게 맞물려 있는지, 서로 어떻게 연관되는지, 보건의료체계에서 다른 block들과 어떻게 구성되는지 확실히 제시하지 못한다는 것이 한계로 작용한다.

(3) Global Fund의 HSS의 개념(Global Fund, 2011)

Global Fund에서는 효과적인 보건의료체계가 기구의 핵심 목표인 국민의 건강 증진, 보건관련재정을 통한 위험 보호, 보건 영역의 소비자 욕구에 대한 반응성 제고를

위해 매우 중요하다고 말한다. 그러나 Global Fund는 HSS를 목적을 달성하기 위한 수단으로써 볼 뿐, 목적 그 자체로 설정하고 있지는 않다.

Global Fund는 이론적으로 명확한 보건의료체계와 HSS에 대해 제시하고 있지는 않다. 다만 HSS에 대한 재정 지원의 종류를 두 가지로 규정한다. 한 가지는 HIV, TB, 말라리아 등의 질병 퇴치 제안서에 HSS 방안을 통합하는 방법이다. 나머지는 특정 질병의 성과 향상과 관련된 보건시스템 강화를 목적으로 하는 질병특수적인 (Disease-specific) HSS와 HIV, TB, 말리리아 중 하나 이상에 영향을 미치는 광범위한 보건의료체계 영역의 개입에 대한 것으로 특정 질병에 대한 것으로 제약을 받지 않으면서 질병 관련 성과를 개선하기 위한 맥락으로 HSS를 추구하고자 하는 Cross-cutting fund이다.

Global Fund에 제출하는 HSS 제안서가 가져야 할 일반적인 원칙은 다음과 같다. 첫째, 국가의 보건정책, 전략 및 계획과 일관되어야 한다. 둘째, 격차와 미충족 수요를 언급함으로써 기존 프로그램에 부가가치를 가져와야 한다. 셋째, 수요가 있는 인구집단을 충분히 보장해야 한다. 넷째, 가용자원을 최대한 효율적으로 활용하도록 보장하여야 한다. 다섯째, 지역상황에 적합한 실현가능하고 효과적이며 기술적으로 건전한 접근방법을 이용하여야 한다. 여섯째, 국가과정과 일치하고 다양한 이해관계자의 의미 있는 참여를 보여주어야 한다.

또한 HSS의 장점과 약점에 대해서는 기존에 존재하는 자료들을 이용해야 하는데 이를 위해서는 다음 사항들이 고려되어야 한다. 첫째, HSS 재원을 요구하기 위하여 보건시스템의 제약조건과 격차 등을 평가한 근거를 제공하여야 한다. 둘째, 국가질병 프로그램이나 보건시스템개혁을 위한 기획・예산・자원할당과정 등 제안서 작성에 다양한 HSS 이해관계자가 관여하여야 한다. 셋째, 특정질병에서의 HSS 개입과 크로스 컷팅 HSS의 차이점을 잘 고려하여야 한다. 넷째, HSS는 국가의 보건 영역 혹은 하부영역의 전략과 일치시켜야 한다. 다섯째, 보건의료체계 구성요소와의 관계와 상호작용을 고려하여야 한다.

(4) 기타 기관들의 HSS의 개념

GAVI Alliance는 WHR 2000의 정의를 예방접종 프로그램의 기능에 맞게 변형하

였다. 또한 직접적으로 예방접종과 관계된 보건의료체계뿐만 아니라, 보건의료체계의 창(window)라는 개념을 도입하여, 체계전반적 역량을 강화하기 위한 기회를 개발도상국에게 제공하고 있다.

PEPFAR(The US President's Emergency Plan for AIDS Relief)은 대개 공적기관을 사업에 참여시키지는 않고 파트너십 내에서 양자 간 프로그램으로 접근을 한다. 최근 공적 시스템 내에서의 역량의 형성은 보건의료 인력에게 목적을 전달하고, 유지시키고 훈련하며 이 인력을 지원하기 위한 네트워크 형성에 목적을 두고 있다.

Roll Back Malaria는 말라리아에 대한 사업을 통합된 보건의료체계를 통해 전달하기로 제안하였다. 이것을 통해 다른 질병에 대한 진료 또한 전달하는 역량을 강화할 수 있을 것으로 기대하고 있다.

"Global Health System Programs"을 통해 HSS를 지원하고 있는(Marchal et al, 2009) UNAIDS는 HSS를 정확히 정의하고 있지는 않지만 일반 전략에 현재의 보건의료 인프라를 구축하는 것과 보건의료 인력의 수와 기술을 증대하는 것, 서비스를 조화시키고 통합하는 것을 포함하고 있다.

이상 살펴본 바와 같이 국제 보건 기구들은 HSS를 정의하기 위해 다양한 이유를 제시하고 있으며, 이것은 각각의 국제기구의 특정한 프로그램의 목적을 달성하고 그 개입방법을 확대하기 위한 것부터, 결과를 보장하고 지속성을 보장하기 위한 것까지 다양하다. 즉 대부분의 경우 HSS에 대한 정의가 명확하지 않은 상태에서 실질적인 필요에 의해서 사업 속의 구성요소로 HSS를 포함시키고 있다.

(5) 여러 기관의 HSS 정의의 결론

이상의 여러 국제보건기구들의 HSS에 대한 개념을 검토해본 바에 따르면, HSS가 무엇을 의미하는지, 결과적으로 그것이 어떻게 행해지고 평가되는지에 대한 합의가 부족하다. 결과적으로 HSS에 대한 노력은 분절적일 수밖에 없고 이에 따라 여러 국제보건기구에 의한 프로그램은 수원국의 우선순위와 인력 배분을 왜곡시킬 가능성이 있다(Sundewell et al, 2010).

HSS의 정의는 합의를 이루지 못하는 이유는 다음과 같을 것이다. 보건의료체계는 매우 상황 의존적이다. 즉 건강 문제와 필요는 국가와 지역에 따라 다양하기 때문에

보건의료체계는 이 문제에 대해서 적절한 반응을 해야 하는데, 이러한 건강 문제를 일거에 해결할 수 있는 방법은 없으며, 모든 것을 다루는 하나의 해결책도 존재하지 않는다. 따라서 HSS는 지속적으로 노력이 필요한 과정이며, 공여자나 외부 전문가 중심의 개입보다는 지역 이해당사자가 지역의 정치적 문화적 상황에 따라 주도해야 한다. 근거에 기반한 해결방안을 적용하고 지역사회 역량을 강화하고 지역 주민들의 참여를 이끌어내야 한다. 각 국가의 상황에 따라 형성되어 있는 보건의료체계를 강화하고자 하는 방법으로 단일한 구체적인 HSS의 틀을 도출하기 힘들기 때문에 각 국제보건기구마다 그들의 목적에 맞는 HSS의 개념을 정립한 것으로 생각된다. 하지만 HSS의 개념이 합의되지 않음으로 인해 야기되는 혼란을 고려했을 때 HSS의 틀에 대한 원칙이 설정되어야 할 필요가 있다.

2) HSS의 전략

위에서 언급한 바와 같이 HSS에 대해 합의된 정의가 없기 때문에 각 국제기구마다 자신들의 HSS 개념에 입각하여 사업을 수행한다. 또한 보건의료체계는 매우 상황의존적이어서 국가나 지역이 처한 상황에 맞게 HSS를 위한 전략을 다양한 방면에서 접근할 수 있다. 따라서 일반적으로 기술되어 있는 HSS 전략과 함께 각 상황에 따른 구체적 접근은 각 국가마다, 사업마다 상이할 수 있다.

(1) Roberts 등(2004)의 HSS 전략

HSS를 위한 세 가지 필수 요소로 인력, 재원, 정보에 대한 접근법을 제시하고 있다. 이 세 가지 요소는 보건의료체계의 중요한 투입자원이자 산출자원이고 이를 통해 다른 보건의료체계 활동에 대한 평가가 가능하다. 또한 이 세 가지 요소는 서로 연관되어 있는데, 재원은 인력을 고용하는데 필요하고, 인력은 보건 정보를 수집・분석・해석하는 보건의료체계 내에서 활동하며, 정보는 인력이 어떻게 재원을 사용할 것인가 결정하는데 이용된다.

① 보건의료인력

보건의료인력은 보건의료 계획과 관리에서 오랜 기간 연구된 분야이다. 현재에도 전세계적으로 보건의료인력의 부족 현상은 여전하다. 인력의 수에 대한 문제뿐만 아니라, 부적절한 급여, 동기, 훈련, 감독, 취약한 근무 환경 또한 고려해야 할 문제점으로 제기되고 있다. 국가 내, 국가 간, 전문과목 간, 기술에 대한 보건의료 인력의 불평등한 분포 또한 해결되어야 한다.

이러한 문제들의 해결하기 위하여 제안된 방안들은 다음과 같다.

첫째, 보건의료인력 프로그램을 계획・실행・평가할 수 있는 국가의 역량을 강화함으로써 현재 존재하는 보건의료 인력의 효과적인 사용이 가능하다. 국가수준에서 보건의료 인력 개발 평가를 위한 기전을 개발하고, 보건의료 인력 확대를 제한하는 여러 문제를 해결할 수 있는 거시경제적 정책을 변화시키기 위한 방법을 도출한다. 또한 자원이 제한된 지역에서 보건과 의학 교육에 대한 접근성을 위한 고등교육기관의 국제 네트워크를 강화한다.

둘째, 보건의료 인력의 국제적 두뇌유출문제는 수요자 측(주로 선진국) 국내의 원인에 대한 접근을 통해 해결하고자 노력한다. 개발도상국 보건의료 인력의 수요국에서는 보건의료 인력의 수를 확충하여 국내의 보건의료 문제를 스스로 해결하도록 하며, 두뇌유출 문제를 해결하기 위한 WHO code를 실천하도록 지지한다. 하지만 이주(migration)를 통해 개인의 근로를 선택할 권리와 모든 사람이 건강할 권리 모두를 보호할 수 있는 실천적인 해결안을 모색하기 위해 노력이 필요하다.

셋째, 보건의료 인력의 개선을 위해 G8로 대표되는 선진 공여국은 연례 검토를 수행해야 한다. 선진 공여국이 무엇을 하고 있는지, 무엇을 수행하고 있는지, 이것을 지지할 근거가 무엇인지를 일반적인 표준화된 측정법을 이용하여 사정(assessment)한다. 또한 어떻게 보건의료체계가 작동하고 있는지 평가하고, 재정과 정보의 격차를 파악하고, 근거에 기반한 최선의 방법을 개발하며, 인력을 강화함으로써 보건의료 성과 증진에 대한 지식을 확대하며, 선진 공여국들의 공약 실천을 파악하기 위하여 위와 같이 검토된 내용을 활용한다.

② 보건의료재정

보건의료에 대한 국내외 재정 지원은 증가하고 있으나, 이러한 재정 증가가 필연적으로 더 나은 보건의료체계 성과를 달성하는 것은 아니다. 즉 어느 국가나 지역은 적은 재정에도 불구하고 큰 성과를 거두고 있는 반면, 그렇지 않은 상황도 존재한다. 또한 재원의 형태에 대하여는 조세 기반인지 사회보험 기반인지에 대해 여전히 많은 논의가 있으나, 공공 재원이 중요한 필수조건이라는 국제적인 합의는 이루어져 있다.

개발도상국의 보건의료체계의 재정 문제를 해결하기 위한 권고 사항은 다음과 같다.

첫째, 보다 큰 국가 주도의 보건의료재정과 재정체계에 대한 정책 지원을 통해 보건의료 지출의 가치를 개선하려는 노력과 더불어 보건의료 재정을 확대하려는 노력을 진행한다.

둘째, 조세 기반의 재정 또는 사회 의료보험의 형태로 보건의료의 공공 재원을 확보하는 국가는 보건의료재정 정책을 위한 지원이 우선순위가 되도록 공여국과 기술 전문가들의 합의를 유도한다. 즉 외부 원조를 통해 보건의료의 공공재원을 확보하기 위하여 공여자들 간의 동의가 이루어지도록 설득한다.

셋째, 개발도상국 파트너가 더 나은 재정 정책을 형성하도록 능력을 함양한다.

③ 보건의료정보

보건의료정보는 기술적인 부분과 분배적 비효율성이라는 두 가지의 어려움을 가지고 있다. 전자의 경우 적절한 자료가 존재하기는 하지만 정책입안자나 정책분석가가 그것을 활용하지 않는 것으로써, 이는 행위자가 해당 정보를 얻지 못하거나 보건의료체계 성과 파악을 위해 해당 자료를 분석하거나 활용할 수 있는 역량을 가지고 있지 못하기 때문이다. 분배적 비효율성은 조화롭지 못한 정보 수집과 적절하게 정의된 측정 전략이 없는 자료의 수집을 의미한다.

이러한 분배적 비효율성을 수정하기 위해 다음과 같은 행동이 권고된다.

첫째, 선진 공여국의 보건의료체계와 프로그램에 대한 결의 내용을 평가하기 위한 연례 평가를 도입한다. 이를 위해 원조 효과성, 보건의료 프로그램과 시스템을 모니터링 및 평가하기 위한 표준 측정 지표와 측정 전략을 설정하고, 일반적인 프레임과

측정지표를 이용하여 선진 공여국과 파트너들의 향후 보건관련 활동을 계획하고 평가한다.

둘째, 양질의 데이터에 대한 접근성을 개선하고, 이를 국가 및 국제수준에서 분석할 수 있도록 하는 세계 및 지역 최고기관의 네트워크를 이용한 디지털 환경을 조성한다. 자유로운 열람과 정보 공유를 촉진하고, 일반적인 지표(MDG 목표, 인력, 자원추적 등에서 시작)를 위한 국제 데이터뱅크와 데이터교환 등을 실시하며, 질 보증 기전을 개발하며, 보건의료 정책의 정확한 근거를 마련하기 위한 국제 보건 모니터링에 대하여 코크란 형태의 과정을 확립한다.

셋째, 국가 및 국제수준에서 국제보건측정과제(Global Health Metrics Challenge) 형성에 필요한 보건 측정지표의 자원을 모은다. 국가들과 자료생성자는 양질의 자료를 수집하고, 공유하며, 분석과 해석을 위한 인센티브 구조를 만들고 역량을 개발한다. 공유부문에서 표준 측정 전략을 개발하고 데이터를 배포하며, 지역의 역량을 강화하고, 정보 기술의 적절한 사용 등의 내용을 포함한 동의된 원칙과 그에 부응하는 제3자 평가에 대한 보건의료재원을 형성한다. 인구등록시스템이 불완전하거나 없는 국가는 인구등록시스템 개발을 우선하고 다양한 질병과 위험인자에 대한 국가의 대표적인 가구 조사를 지속적으로 실시한다.

(2) 국제보건기구에 요구되는 전략

현재 HSS 사업을 진행하는 국제보건기구들은 다음과 같은 전략이 필요하다. 즉 개선된 보건의료체계 기능을 위해 요구되는 변화는 크게 조화, 포괄성, 연속성, 역량, 책임성으로 나타난다(Balabanova et al, 2010).

첫째, 조화(coordination)는 수원국내 리더십과 개발기구들의 파트너십 조화와 개발기구들 간의 조화를 의미한다. 효과적인 조화는 HSS, 전략 수행에 대한 동의, 투자우선 순위 등 모두에 필요하다.

둘째, 수원국의 부문간 접근(Sector-wide Approach, 이하 SWAp) 경험은 포괄적 접근(comprehensiveness)의 형성을 위한 전제조건으로 자원을 모으는 것과 우선순위를 합의하는 것, 보고체계를 조화시키는 것, 모니터링, 국가 계획과 예산에 원조 흐름을 포함하는 것의 중요성과 어려움을 강조하고 있다.

셋째, SWAp의 경험은 주요 국제 행위자와 수원국 간의 안정된 관계를 바탕으로 한 사업과 재정 지원의 연속성(continuity)의 중요성을 강조하게 된다.

넷째, 국가 수준에서와 같이 국제 수준에서의 역량(capacity)을 강화할 필요가 있다. 많은 주요 공여자와 정부들은 적절한 기술과 경험을 가진 인력을 고용하는데 있어 어려움을 겪고 있으며 보건 부문은 특히 심각하다.

다섯째, 국제, 국가, 국가 하부 수준에서의 책임성(accountability) 체계의 강화가 필요하다. 개발원조의 내재적인 정치적 특성과 관련 조직의 다양성으로 쉽지 않으나 책임성은 추구해야 하는 원칙 중 하나이다.

(3) HSS 원조에서 거래 비용 감소를 위한 전략

국제보건기구들은 내부의 합의를 통한 개별 기구마다의 목표와 전략이 있기 때문에 이것이 수원국 내에서 조화되지 않거나 제대로 정렬되지 않을 경우에는 오히려 원조의 효과성을 저해하고 거래비용을 상승시켜, 결과적으로 수원국 내의 보건의료체계를 약화시키는 결과를 초래할 수 있다. 따라서 이러한 거래비용을 감소시키기 위해 필요한 전략으로 다음과 같은 방안을 제안할 수 있다.

첫째, HSS에 참여하는 국제 조직, 파트너들 간의 어떤 방식으로 목표를 달성할 것인가에 대한 합의가 필요하다.

둘째, 수원국은 외부 원조를 우선순위에 따라 조화로운 방법으로 지역의 자원과 함께 재원을 관리하는 일관된 국가 전략을 개발해야 한다.

셋째, 많은 국가에서 특정 질병 관리 부문에 많은 기술적 역량을 필요로 하기 때문에 서비스 전달 수준에서 다른 보건의료서비스와 함께 통합된 질병 관리 활동이 필수적이다.

넷째, 보건의료체계 지지에 대한 옹호는 HSS의 달성 정도를 어떻게 측정할 것인가 대한 접근이 필요하다.

다섯째, 보건의료체계 성과 개선을 위한 성공적인 접근법에 대한 근거는 매우 취약하다. 따라서 저소득 국가에서 보건의료체계 연구에 대한 더 큰 투자가 필요하다.

(4) USAID의 보건의료체계강화 전략

위에서 언급한 HSS를 위한 일반적인 전략과 별개로, 개별 개발협력기관마다의 전략이 존재한다. 이 전략에 따라서 USAID(2012)는 보건의료체계 사정을 위한 접근으로 각 구성요소의 모든 행위자와 이해관계자와 그들의 역할과 관계에 대해 분석하고 그 평가틀을 제시하고 있다. USAID(2012)는 HSS를 위해 2006년부터 "Health Systems 20/20"을 실시하였다. 이를 통해 보건의료체계 지원을 위한 자원 제공 활동과 보건시스템을 강화하기 위하여 제약조건들을 완화하는 것 간의 구분이 필요하다고 보았다. 또한 WHO의 6 building blocks에 대하여 보건의료체계의 지원과 강화도 중요하지만, 대상 국가의 상황과 우선순위에 따른 blocks간 균형도 필요하다고 지적하였다.

① **재정적 위험 보호**(Financial risk protection)

갑작스러운 질병, 취약한 보건의료서비스 이용으로 인해 사람들은 빈곤에 처할 수 있다. 이러한 재정적 위험에서 사람들을 보호하는 동시에 필요한 보건의료에 대한 접근성을 제공하기 위하여 보건의료 비용에 대한 다양한 기전을 수립하고 강화하기 위해 수원국 정부와 수원국 내 기관을 보조한다. 이러한 기전에는 의료보험, 지역 기반 선불제도, 바우처 프로그램, 조건부 현금지급 등이 포함된다.

② **자원 추적**(Resource tracking)

수원국 정부와 국제 개발 파트너들은 보건의료 정책과 프로그램의 성과에 대한 평가와 함께 향후 예산 결정과 전략 기획을 위하여서 그 시기의, 정확한 지출데이터를 이용한다. 보건의료 자원 추적의 국가 제도화를 위하여서 USAID의 “Health system 20/20”은 역량 계발(capacity building)를 강조한다. 즉 보건의료 자원 추적 연구를 수행하기 위해 수원국의 팀에게 기술적 훈련과 보조를 제공한다. 또한 정기적인 자원추적을 위한 지속가능한 체계를 수립하고, 정책 분석과 커뮤니케이션을 위하여 보건의료 지출에 대한 자료를 적용한다.

③ **성과기반 인센티브**(Performance-based incentives)

이것은 성과에 기반한 비용 지급을 의미하는 것으로써 환자, 보건의료 기관, 지역 보건의료 팀이 재정적 유인에 대해 우호적인 반응을 보인다는 뜻이다. 즉 환자들에게 제공하는 보건의료를 개선하거나 그들 자신의 건강을 향상시키기 위한 행동의 변화를 재정적 유인을 통하여 유도할 수 있다는 의미이다. 성과기반 인센티브, 또는 성과연동지불제도(pay-for-performance, P4P)는 더 나은 건강결과를 직접적으로 유도할 수 있는 전략이 될 것이다.

④ **보건 거버넌스**(Health governance)

보건의료의 거버넌스는 보건의료체계의 목표를 달성하기 위해 시행되는 많은 규칙과 규제를 포함한다. 그러나 보건의료체계에 영향을 주는 거버넌스는 문제는 종종 모호하게 정의되어 거의 이해하기 어렵다. "Health system 20/20"에서는 그러한 문제를 진단하고, 선택사항을 평가하고 장기적인 해결방안을 개발하기 위한 도구와 전략을 제공한다. 해결방안은 거버넌스의 수요와 공급 측면 모두에 대한 것으로써 수요 측면에서는 시민과 함께 활동하면서 그들의 필요와 책임성 보장을 주장하기 위한 능력을 증대하기 위한 정부 안팎의 요소들을 감독한다. 공급 측면에서의 개입방법은 정보를 공유하고 외부와 협력하고 성과를 달성하기 위한 보건부와 다른 보건의료 부문 행위자의 인센티브를 강화하는 것이다.

⑤ **비용산출 및 지속가능한 기획**(Costing and sustainability planning)

재정, 모니터링, 평가에 관련된 데이터는 보건의료 프로그램을 위해 수집되지만, 대개는 분리되어 각각 나타나고 사용된다. "Health system 20/20"에서는 이해당사자들이 특정한 보건의료서비스를 제공하기 위해 소요되는 비용의 정도를 결정할 수 있도록 도와주고, 이를 통해 한정된 자원을 배분하고 서비스 제공을 개선할 수 있도록 한다.

⑥ **보건의료 인적자원**(Human resources for health)

많은 국가에서 보건의료서비스 제공자의 부족은 양질의 HIV 예방, 치료, 관리와

다른 감염병, 비감염성 질병 관리에 대한 서비스 제공을 심각하게 제한시킨다. “Health system 20/20”은 파트너들과 함께 3가지 핵심 보건의료 인력 요소 -인력 기획, 인력 개발, 인력 관리-를 강화시키기 위해 노력한다.

⑦ **역량 계발**(Capacity building)

보건의료체계 개선을 위해 필수적인 특정 조직을 강화시키는 것에 집중한다. “Health system 20/20”은 이러한 조직을 강화하기 위한 접근법으로 “whole of system”을 따른다. 이것은 국가 AIDS 위원회나, 연구 기관, 국가 수준의 NGOs 같은 핵심 정부 조직들을 강화하기 위한 것이다. 포괄적인 접근법을 통한 “Health system 20/20”은 리더십과 관리, 자원 동원, 조직적 거버넌스, 조화, 관리 시스템, 기술적 전문성을 포함한 조직 기능의 모든 부분을 개선시킨다. 이러한 포괄적 접근법은 지속가능성과 향상된 조직 성과를 달성하고, 궁극적으로는 더 강화된 보건의료체계를 위한 오너십을 수립한다.

⑧ **보건의료체계 성과 측정 및 모니터링**(Measuring and monitoring health systems performance)

보건의료체계 성과를 평가할 때 가장 큰 문제점은 정보의 부족이다. 동시에 너무나 많은 여러 정보원으로부터의 불완전하고 표준화되지 않은 정보 또한 문제가 된다. “Health system 20/20”은 표준화된 측정법을 통해 확정적이고 혁신적인 도구의 사용을 제공하고 그것을 극대화시킨다.

3. 중요성(HSS 논의가 시작된 역사적 맥락)

보건의료체계를 발전시키기 위한 기존의 전통적인 접근 방식은 해외 원조 자체를 늘리는 것이었지만, 결과적으로 저소득 국가에서 보건 서비스의 지속가능성을 높이기 위해 이 접근 방식을 사용했던 대부분의 사례들은 실패로 드러났다.

수직적 프로그램(vertical program)은 1950년대 중반과 1960년대에 과학의 발달과

함께 말라리아, 천연두와 같은 질병들을 통제하는 데에 있어서는 상당히 성공적이었다(Oliveira-Cruz, Kurowski et al. 2003). 하지만 이후 에이즈 치료의 경우, 수직적 접근 방식은 잠시 동안 성과를 냈지만, HIV 유병률이 특히 높은 국가들에 있어서, 이와 같은 방식이 불충분한 보건 인력과 제 기능을 하지 못하는 보건의료체계 등과 같은 문제점들을 해결하기에는 역부족이었다(Oliveira-Cruz, Kurowski & Mills, 2003). 수직적 접근방식이 단기간 내의 특정 질병 퇴치에는 효과적이지만, 장기간 동안 체계적인 관리가 필요한 측면에서는 한계가 있는 것이다. 따라서 보다 근본적인 해결책의 차원에서 보건의료체계에 대한 논의가 시작된 역사적 맥락을 살펴보면, 학계마다 다양한 의견이 존재하고, 국가마다 보건의료체계가 중요해지게 된 배경은 다르지만(Birn et al., 2009) 국제사회에서 보건의료체계강화가 중요해진 배경은 크게 두 가지 맥락에서 살펴볼 수 있다.

첫 번째는 WHO가 일차보건의료를 위한 정책에 주목하면서 보편적 보장성, 인간중심의 접근, 일차보건의료의 효율적 전달에 집중하게 되었던 현실을 주요 원인으로 꼽을 수 있다. 1980년대와 1990년대에 정부가 보건의료체계에서 할 수 있는 역할이 무엇인지에 대한 논의가 국제적으로 이루어지기 시작함과 더불어, 이 시기에 사회주의 국가들이 시장경제 기조를 채택하면서, 시장의 힘이 보건의료부문에 미치는 영향이 급속도로 커졌다(Saltman and Figueras, 1997). 따라서 의약품을 포함한 전반적인 보건의료부문에 시장의 영역(private sector)이 확대됨에 따라 국가가 국민의 의료보장성을 위해 무엇을 우선순위로 선정해야 하는지 고민을 하게 되었고, WHO를 중심으로 일차보건의료를 강화하자는 의견이 나오기 시작했다. 이후 의료보장성을 확대하기 위한 국가의 역할에 주목하면서 보건의료체계에서도 일차보건의료에 초점을 맞춘 정책이 증가하게 되었다(Merson, Black, & Mills, 2012). 1978년에 발표된 알마아타 선언(Alma Ata conference)은 상명하달식의 보건의료체계가 아닌 다부문 협력을 통한 보건의료체계(Multisectoral approach to health system)를 만드는 것이 중요하다고 강조했다(Reich et al., 2008). 이러한 정책기조가 세계적으로 증가하게 되면서 일차보건의료를 포함한 전체적인 보건의료체계에 초점을 맞춘 접근이 필요함을 국제사회에서 깨닫기 시작한 것이다. 제 65차 유엔총회에서 모자보건을 향상하기 위해서는 HIV/AIDS와 같은 특정 질환 퇴치뿐만 아니라 국제적 파트너십으로 보건의

료체계를 강화해야 한다는 논의가 나왔고, G8 정상회담에서 보건의료체계 강화에 대한 논의가 나온 것(Hafner & Shiffman, 2012)도이러한 맥락에서 나타난 것이라 할 수 있다.

두 번째는 국제사회에서 보건의료분야를 포함한 공적개발원조/국제개발협력에 관심이 많아진 현재 상황에서 살펴볼 수 있다. 21세기에 들어서는 보건의료부문에 대한 공적개발원조가 증가하면서 UN MDGs에도 보건의료 부문 목표 네 가지가 포함이 되면서 게이츠 재단(Bill and Melinda Gates Foundation)을 비롯한 여러 기관이 재정 지원을 시작했다. 이러한 재정 지원은 위에서도 언급했듯이, 과거에 비해 보건의료 부문에 대한 지원이 일차보건의료보다는 특정 질환(말라리아, HIV 등)에 초점을 맞추는 경향이 강하다. 특정 질환 통제 프로그램이나 개입에 있어서 재정적 지원이 많이 이루어지는 이유는, 수직적 프로그램들은 단기적일 뿐만 아니라 그 목표가 뚜렷하고, 특정 과학 기술이나 약품만 지원된다면 정해진 시간 내에 거의 완벽하게 질병을 퇴치할 수 있기 때문이다. 반면, 수평적 접근은 장기적이며, 한 번의 투자로 효과를 볼 수 있는 수직적 접근과는 달리, 지속적이고 정규적인 예산 자원을 필요로 하기 때문에 재정적 지원을 하는 입장에서는 수평적 접근의 결과는 투자에 비해 성과가 미비하고, 더 많은 요구를 필요로만 하는 것으로 보이게 된다(Oliveira-Cruz et al. 2003).

그럼에도 불구하고, 보다 체계적이고 근본적인 방식으로 국제적인 보건 문제를 해결하려는 차원에 있어서는 보건의료체계 강화가 기반이 될 수 밖에 없고, 아무리 재정이 충분하다 하더라도, 재정 지출이 효율적이지 못한 것은 결국 보건의료체계의 문제임을 세계보건기구에서도 지적한 바 있다(Alliance for Health Policy and Systems Research, 2004). 또한 제한된 환경일수록 역량 강화의 과정이 무엇보다 중요하고, 수직적 프로그램이 할 수 있는 기능도 있지만, 보건의료체계의 역량을 강화하고 개발시킬 방법을 측정해야 한다는 점 또한 절대 간과되어서는 안 된다. 즉, 보건의료체계의 각 수준에 걸쳐 제한점이 많을수록, 보건 서비스 및 국가의 제도 또는 거버넌스 틀이 약해지는 것을 의미하고, 이는 수평적 접근 하에 광범위한 건강 개입이 이루어져야 함을 뜻한다.(Oliveira-Cruz et al., 2003).

그 결과 특정 질환을 치료하기 위해서 현지 국가의 보건의료체계 강화가 필수 조

건임을 국제사회에서 판단하기 시작(Taskforce on Innovative International Financing for Health Systems 2009)하였지만, 이와 같이 전반적으로 보건의료체계를 강화하는 것이 중요함에도 불구하고, 기존의 수직적 프로그램으로부터 크게 벗어나고 있지 못하는 데에는 여러 가지 현실적 문제들이 존재한다. 지속가능성을 강조하는 보건의료체계 강화 차원의 접근은 결과를 도출하기까지 시간이 상당히 오래 걸릴 뿐만 아니라, 재정이나 인적자원 및 거버넌스와 같이 보건의료체계의 각각의 구성요소들에만 초점을 맞춰서는 안 된다는 것이다. 각각의 요소들이 어떻게 가장 적합한 방법으로 조합될 수 있는지 이외에 다른 요인, 심지어 보건 분야 밖에서도 보건의료 체계에 영향을 미치는 영향들까지도 고려해야 하기 때문이다(Thomas et al. 2007).

최근에는 국제기구와 다양한 공적 원조기관 및 대형 기금 등을 통해서 보건의료체계 강화에 대한 다양한 논의와 실질적인 사업 지원이 이루어지고 있으며, 기존의 수직적 보건사업의 접근과 단계별 보건의료 체계 강화 등을 통한 수평적 접근간의 통합적인 접근을 통하여 통합적인 동반상승효과를 추구하고자 하는 사선적 접근(diagonal approach) 등의 중요성이 대두되고 있다(한국국제보건의료재단, 2011). 예를 들어 예방접종 프로그램에 있어 예방접종률 향상 및 예방접종 대상전염성의 감소를 추진하는 것과 더불어, 예방접종 사업을 추진하는 지역별 보건인력과 시설강화를 추진하여, 예방접종 대상전염병 진단 실험실 체계 및 전염성 질환 감시체계 강화, 예방접종 관련 정책 수립의 역량 강화가 이루어진 사례 등을 들 수 있다. 이를 통해 수직적 사업의 추진과정에서 수직적 체계 각 단계의 전반적인 강화가 이루어지며 향후 수직적 사업과 수평적 체계강화의 통합적인 추진의 가능성이 제시되고 있다.

제2절 추세 및 동향

1. 보건의료체계와 HSS 논의의 배경과 흐름

수년간 GAVI, Global Fund, USAID, WHO와 같은 국제기구는 물론이고 Bongiovanni, Roberts, Shakarkshvili, Sundewall 등은 보건의료체계와 HSS에 대하여 합의된 개념과 원칙이 없다는 점을 지적하고, 이것이 국가적 혼란을 야기하고 무엇보다 보건관련 MDGs 달성을 어렵게 한다고 지적하고 있다. 이에 따라 각 구성요소는 무엇이며 이를 달성하기 위한 프레임은 무엇인지에 대한 합의된 결론을 도출하고자 노력해왔다.

이러한 논의가 시작된 배경으로 Shakarkshvili 등(2010)은 2000년대 초반 MDGs를 설정하고 Global Health Initiatives(GHIs)가 등장하여 인구의 건강과 주요 질병을 줄이는 것을 목적으로 하였으나, 오히려 보건의료체계의 역량을 감소시키는 등의 의도하지 않은 부작용이 나타나 결과적으로 보건개발 아젠다에 HSS를 부각시켰다고 하였다.

Balabanova 등(2010)은 다양한 개발기구를 통해서 국제보건에 투입되는 재원의 양이 증가하였으나 기본적으로 저소득국가의 보건의료체계 취약으로 인하여 재원을 활용할 능력이 제한됨에 따라 체계의 강화가 필요하게 되었다 하였다.

Marchal 등(2009)은 국제보건의 아젠다가 특정 질병에 대한 접근에서 HSS에 대한 것으로 강조의 초점이 변화되고 있음을 지적하면서, 수직적 접근에서 수평적 접근으로 전환되고 있는 시점에서 특정 질병의 퇴치와 HSS가 보다 효과적으로 상호지지 할 수 있도록 하는 이 두 가지 접근간의 균형이 필요하다고 하였으나, 이를 효과적으로 달성하는 것이 어렵다고 하였다.

위와 같은 배경 속에서 보건의료체계와 HSS에 대한 합의된 개념 내지 원칙의 필요성에 대하여는 다음과 같은 논의가 이어져 왔다.

Roberts 등(2010)은 HSS의 필요성에 대한 인식이 확대되고 있음에도 불구하고 정책·집행·평가에 필요한 전략적인 프레임에 대한 일반적인 정의와 원칙은 부족하다고 지적하며, 합의된 원칙이 없다면 정책・집행・평가의 틀은 불명확하고, 협소하고,

일관성이 없어져 집합적인 학습・혁신・향상의 역량을 제한하게 된다고 하였다.

Sundewall 등(2010) 역시 HSS의 의미와 어떻게 이를 실행하고 평가해야 하는가에 대한 합의가 없어 결과적으로 HSS에 대한 시도가 단편적이었다는 점과 보건의료체계가 국가와 지역에 따라 다양한 건강 문제와 욕구에 대응하는 고도의 맥락성을 지니고 있다는 점에 주목하였다.

보건의료체계에 대한 수십 년간의 논의에 대하여 Shakarishvili 등(2010)은 다양한 개념적 프레임들이 보건의료체계의 정의・기술・설명에 기여하고 있다고 보았으며, 이러한 보건의료체계 프레임은 국가별로 다양한 도전과제에 적절한 접근법을 확인시켜주는 기회가 되었다고 하였다. 그러나 그와 동시에 보건의료체계의 프레임의 다양성은 HSS 개입을 설계하기 위한 개념 모형을 설정하는데 있어 국가의 혼란을 야기함은 물론, 이러한 논쟁은 HSS를 위한 집합적 행동이라는 실질적 접근보다는 보건의료체계의 목적, 기능, 성과측정에 초점을 두었다는 점을 지적하였다.

USAID(2012)는 단일지역 혹은 단일질병, 국가의 보건시스템 수요 자체를 목표로 하는 것보다는 보건의료체계 전반을 강화하는 것이 필요하다는 인식이 증가하였으나, 전반적인 HSS에 대한 동의가 없는 상태에서 보건과 관련된 3개의 MDGs의 달성은 어려워 보인다고 지적하였다.

이후 Bongiovanni와 Bradley 등(2010)은 HSS 원칙에 대한 합의의 필요성을 강조하면서, 보건 영역에서의 모든 시스템 구성·과정·관계를 동시에 고려하고, 보건 영역의 행위자간 장기적이고 동등한 파트너십을 개발하는 통합적이고 총체적인 접근을 권고하였다.

Shakarishvili 등(2010)은 위와 같은 보건의료체계와 HSS의 개념 내지 원칙의 필요성과 그 자체에 대한 논의와 함께 실제 보건의료체계와 HSS를 위한 활동을 검토하고 활동지침을 마련하고자 시도하였다. 그에 따르면 국제보건파트너들은 HSS의 중요성에 대한 인식 증가로 HSS에 대한 전념을 더욱 공고히 하였고, 특히 제26회 세계보건회의(World Health Assembly)는 국제정치 아젠다에 일차보건의료에 기반한 HSS를 권고하였다. 국제기구에 대하여 2007년 World Bank가 보건, 영양, 인구 전략에 HSS를 최우선 전략으로 하였고, DFID 역시 국가보건계획에 대한 다자간 지원을 HSS를 가능한 지속하도록 새로운 보건전략을 수립하였다. 또한 Global Fund도

HSS에 대한 재정지원 프레임을 개선하였고, 2008년 GAVI는 HSS의 지원과정, 재정지원 프레임, 메커니즘을 향상시킬 수 있도록 실행가능하고 근거에 기반한 권고를 목적으로 하는 HSS 경험 분석을 주문하였다. USAID는 HSS 우선순위를 개괄하는 HSS 보고서를 의회에 제출하였으며, HSS에 대한 국제보건커뮤니티의 관심 증가로 G8은 보건전문가그룹 보고서를 통해 전염병 확산 투쟁과 HSS에 대한 프레임을 제공하였고, 향후 5년 이상 보건과 질병관리프로그램에 USD 600억 투자를 강조하였다. 보건의료체계를 위한 혁신적인 국제 재정지원을 위한 최고위 Taskforce도 2008년 추가 자원 동원, 보건재정에 효율성 증대, 재원의 효과적 활용 강화 등을 통해 국가재정의 격차 완화에 기여하였으며, 2009년 초 GFATM과 GAVI의 최고경영자는 G8 Taskforce에 HSS를 위한 GAVI와 GRATM의 자원을 공동으로 편성하겠다는 의지를 표명하였다. 2009년 3월 GFATM, GAVI, World Bank는 WHO의 기술지원으로 HSS 재원 프레임을 공동 보건의료체계 재원과 프로그래밍을 위한 메커니즘 개발에 맞추어 조정하는 관계기관 간 협의체를 도입하였다.

2. 보건의료체계와 HSS에 대한 최근의 노력

HSS에 대한 최근의 노력으로 언급할 수 있는 주요 계획과 자원으로는 다음과 같은 것들이 있다.

- HSS의 범위에 대한 개념화와 추적 투자에 대한 공통 접근 개발에 대하여 관계기관 간 협의가 진행 중이다(World Bank).
- WHO와 World Bank는 HSS를 평가하기 위한 toolkits을 개발하였다(WHO).
- Alliance for Health Policy and Systems Research가 존재한다(Savigny et al., 2009).
- 혁신적인 보건의료체계 국제 재원 TF(Taskforce on Innovative International Financing for Health Systems)는 HSS에 대한 재원 증대를 권고하였다(Fryatt et al., 2010).

- HSS의 합의에 기여하는 국제보건전문가와 현장전문가(practitioners)가 증가하고 있다(http://ghsia.wordpress.com/).
- 몽트뢰(Montreux) 심포지엄을 통해 이해관계자들은 증거를 공유하고, 심각한 지식 격차를 확인하였으며, 연구 아젠다를 형성하였다(http://www.hsr-symposium.org).

Shakarishvili(2010)는 보건의료체계 프레임의 수렴을 제안하면서 개발도상국에서의 HSS를 위한 더 나은 집합적 행동을 위하여 그림 2-7(A translational frame-works-to-actions roadmap for HSS)과 같이 'concepts-to-actions roadmap'을 제시하였다.

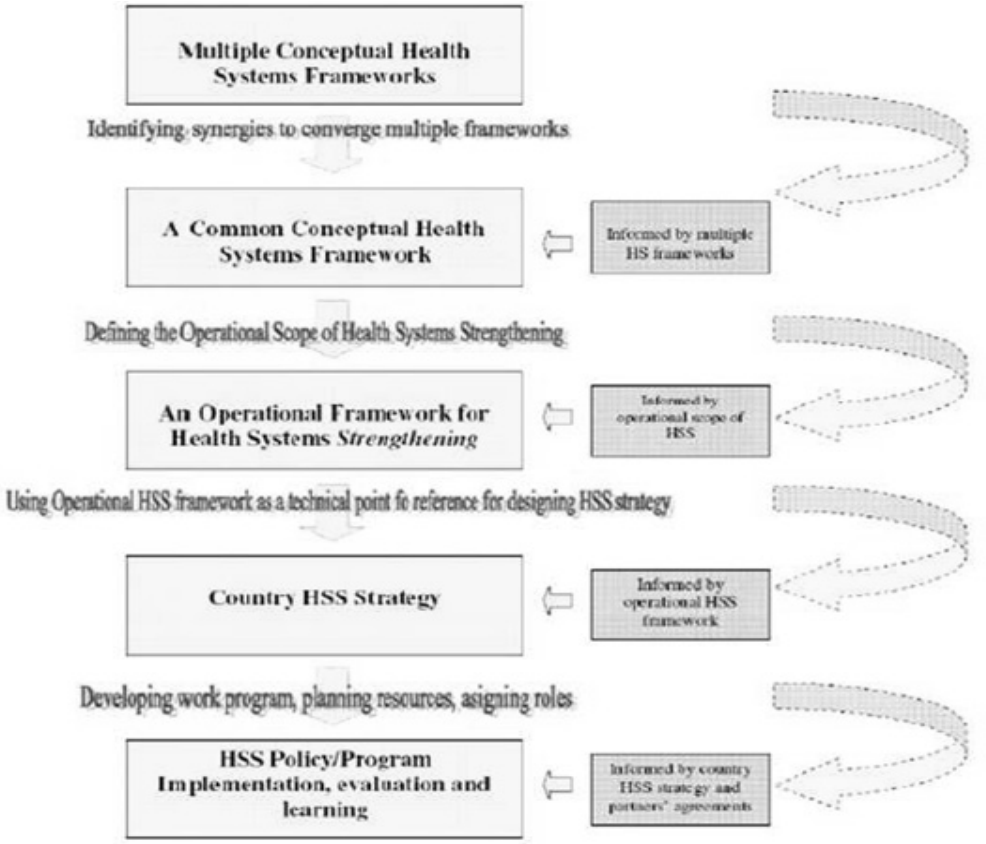


그림 2-7. A translational frameworks-to-actions roadmap for HSS

제시된 지침의 적용을 위해서는 기술적, 분석적 도구를 개발하고 공유할 것과 각 행위자들의 HSS 접근, 조직적 과정, 프로그램, 재정적 체계의 정렬과 조정과정을 위하여 국내외 파트너들의 공동노력을 수반하게 되어 있다. 이러한 시도 역시 행동에 기반한 HSS 전략을 마련하는 과정에서 실용적 이용으로 전환해 나가는 첫 걸음이 될 것이라고 언급하고 있다.

제3절 HSS 원리와 분석틀

앞부분(제2장)에서 보건의료체계와 HSS의 차이점을 언급하였지만, 실천적으로 HSS를 어떻게 정의하고 이해하며 실행으로 옮길 것인지는 여전히 모호하다. 보건의료체계를 건강에 영향을 미치는 사회 전체적 요소들의 조감도라고 한다면, HSS는 이러한 체계가 일정 목표/목적을 만족하도록 전체 기능을 강화하는 행동 과정을 개괄하는 개념이라 할 수 있다.

그렇지만 HSS가 그 대상으로 하는 것이 보건의료체계라고 할 때, 보건의료체계를 '지원(support)'하는 것과 '강화(strengthen)'하는 것은 명확히 구분하여야 한다 (Chee et al, 2012). 보건의료체계 지원의 개념에는 전달되는 서비스 활동을 향상시키는 모든 행위들이 포함되며, 주로 투입요소(input)를 늘림으로써 결과를 향상시키는데 초점을 맞춘다. 반면 HSS는 정책, 제도, 구조 등 보다 포괄적인 변화를 통해 성과에 영향을 미친다. 구체적으로 HSS는 (보건의료)체계가 보다 잘 작동하도록 하는 장기적 차원의 접근이며, 단지 체계의 부족한 부분을 보완해 단기적 효과를 기대하는 것과는 구분해야 한다. 보건의료체계의 지지와 강화 모두 필요하고 중요한 행위이나, 이 둘의 구분이 중요한 것은 실제 사업의 설계와 시행, 평가 전 과정에서 기대와 결과의 부조화를 노출할 수 있기 때문이다.

Chee 등(2012)은 HSS의 만족요건(criteria)으로 다음 네 가지를 제시하며, 이 모두를 만족하는 개입(intervention)을 HSS로 정의한다.

- 개입이 단일 질환을 넘어 cross-cutting 효과를 가지는가?
- 개입이 building block들 간 관계 강화 또는 정책/구조적 제약을 겨냥하는가?
- 개입이 한 프로젝트 범위를 넘어 체계 전체적인 영향(impact)을 가질 것인가?
- 개입은 대상 국가의 명확한 역할규정 아래 정책환경(기회, 제한들)의 영향을 충분히 반영하는가?

2따라서 개념의 모호함이나 규정 틀에 대한 합의 부족을 전제하더라도, HSS는 장기적, 전체적 영향을 목적으로 하고 보건의료체계 요소 간 관계를 고려하며 대상 국가(또는 지역)의 주도 하에 이해관계자들의 협의와 조화를 강조하는 전략임을 알 수 있다.

제3장 HSS의 국제적 동향과 평가

수원국의 HSS 전략은 파리 선언에 기초하여 수원국에서 기존에 활동하고 있는 여러 기구, 단체의 보건부문의 원조 전략, 프로그램과 조화를 이루어야 한다. 따라서 주요한 개발 기구의 HSS 전략을 파악하고, 그에 따른 약점과 강점을 평가하는 과정이 필요하다. 이 장에서는 여러 국가에서 HSS 프로그램을 시행하고 있는 다자간, 양자 간 기구와 소규모 지역사회를 중심으로 지역 개발 활동을 진행하는 국내외 NGOs의 전략을 파악한다.

다자간 기구에는 World Bank, Global Fund, GAVI, 양자간 기구에는 USAID, DFID, GIZ, JICA, 국제 NGO의 HSS 전략을 파악한 이후 국내외 기관의 보건의료 체계에 대한 분석과 평가를 시행하였다. 그 결과, 앞 장에서 보았듯이 HSS에 대한 동의된 분석틀과 개념이 없기 때문에 각 기관의 목적과 기관의 사업 구성 체계, 수원국 상황에 따라서 시행되는 HSS 프로그램의 시행 방법에서 차이가 있음을 확인할 수 있다.

제1절 개 요

2000년대 초반부터 기존의 공여자 입장에서의 원조에서 수원국의 주인의식을 강화하고 지속 가능한 원조를 위한 새로운 접근법들, 특히 HSS를 통한 통합적인 원조에 대한 요구가 강화되면서 여러 국제보건기구들의 원조사업에서도 원칙과 접근법의 변화가 진행되었다. 2005년 파리 선언 이후 그 원칙에 따라 보다 조화로운 지원을 위한 방법으로 프로그램형 접근법(Programme-based Approach: 이하 PBA)이나 섹터별 접근법(Sector wide approach: 이하 SWAp) 등에 대한 관심도 강화되었다. 2009

년 MDG 달성과 자원의 효과적인 사용을 위해 더 포괄적이고 통합적인 방식의 다부문적 개입(multi-sectorial intervention)에 대한 필요를 논의하기 위한 'Technical workshop for HSS'가 열렸다. 이 워크숍에서는 보건의료체계의 성과향상 목표로 HSS에 대한 좀 더 명확한 개념을 정립하고 공통적인 개념틀과 운영틀이 제시될 필요성을 제기하였다.

최근의 추세를 보면 저개발국가의 보건의료체계 강화를 위해 가장 크고 광범위한 원조를 시행하는 기관인 World bank, GFATM, GAVI 에서는 HSS에 대한 주목과 전반적인 원조의 확대가 이루어지고 있다. 특정 질병의 예방과 치료를 목적으로 하는 수직적 프로그램의 일부분으로 HSS에 대한 고려를 하던 것이 기존의 방식이었다면 2000년대 중반부터는 원조 기획 단계에서부터 HSS적 접근을 통해서 기존의 목표(예를 들어 목표 예방접종율의 달성, HIV/AIDS, TB, Malaria의 예방과 치료 등) 달성할 수 있도록 효율성 제고를 꾀하는 방식으로 변화가 이루어 졌다(Atun, 2009).

위에서 현재까지 제시되었던 보건의료체계와 HSS에 대한 다양한 개념 정의와 여러 가지 접근 방법을 살펴보았듯이 이번에는 현실에서 HSS를 위해 전 세계에서 사업을 수행하고 있는 국제 보건관련 기구(Global health initiatives)들이 어떤 식으로 HSS에 대한 접근을 실행하고 있는지, 그리고 그 사례를 중심으로 살펴보고자 한다. HSS에 대한 실무적인 접근과 지원의 방법과 사례를 살펴봄으로 해서 거꾸로 HSS에 대한 개념과 이해가 현실적으로 어떻게 이해, 적용되고 있는지에 대해서 살펴볼 수 있는 기회가 될 것이다.

제2절 WHO

회원국의 HSS를 지원에 대하여 WHO는 국제적 역할을 가지고 있다고 밝히고 있다. 국제보건환경이 점점 복잡해지고 있기 때문에, WHO는 세 가지의 주요한 방향을 제시하고 있다. 먼저 WHO는 국제적인 가치, 기준과 가이드 생산을 계속한다. 이것에는 보건의료체계의 개념, 방법, 측정 기준과 무엇이 작동하고 왜 작동하는지에 대한 정보를 결합·공유하고, 미래를 위한 계획을 수립하는 것이 포함되어 있다. 두 번째 방향은 건강에 영향을 주는 국제 체계를 형성하고 세우는 것에 대한 고려이다. 여기에는 전염병 발병이나 긴급상황에 대한 대응과 식별을 위한 체계와 네트워크가 포함된다. 또한 이는 보건의료체계에 영향을 주는 원조 형태에 영향력을 행사하는 주 행위자로써 WHO의 역할에 해당하는 것이기도 하다. 마지막 방향은 HSS를 지원하는 다른 국제 파트너와 좀 더 직접적으로 협력하는 방향이다. 여기에는 Global Fund, GAVI, 여러 원조단체, World Bank와 지역 개발 은행, 양자 기구, NGOs 같은 global health partnership(GHPs)을 통해 이루어질 수 있다.

이러한 방향성 아래 WHO는 HSS 지원을 진행하고 있으며, 2000년과 2007년 보건의료체계에 대한 프레임을 발표하면서 각 국가의 보건의료체계의 기능에 중점을 두고 있음을 밝히고 있다. 하지만 HSS에 대한 구체적인 원칙을 제시하는 것보다는 각 국가의 상황에 맞는 우선순위 가이드를 제공하고 있다.

WHO가 추구하는 HSS는 기본적으로 2007년 발표된 6 building block의 기능적 요소를 강화함으로써 전체 보건의료체계를 강화시키는 전략을 사용하고 있음을 알 수 있다. 앞에서 언급했듯이 HSS를 위한 정의된 프레임으로 지원을 하는 것이 아닌 보건의료체계를 구성하는 각 요소들의 기능을 강화함으로써 HSS를 달성하려고 하는데, HSS를 다음의 요소들의 문제를 해결하는 것을 의미한다고 밝히고 있다.

- 보건의료인력
- 인프라
- 의료 기자재(약품, 의료장비 등)

- 보건 행정
- 효과적인 재정
- 발전과정 추적(tracking progress)

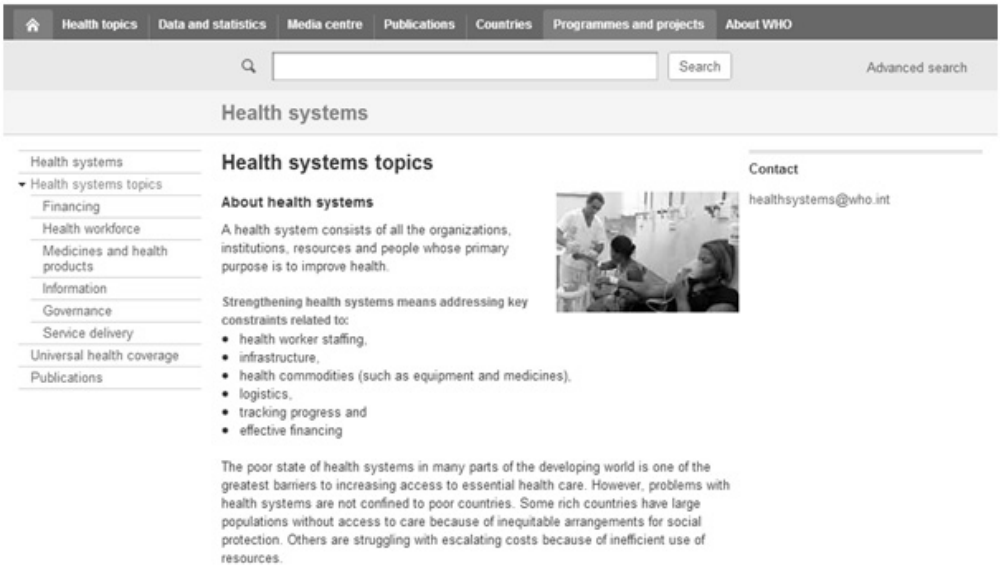


그림 3-1. WHO의 보건의료체계 프레임

제3절 World Bank

WB는 빈곤 퇴치를 위한 전 세계적 지식, 학습, 혁신의 연결자(connector)이다. 최신의 기술적 지식을 사용함으로써 WB의 보건의료체계 사업(Health System Practice)은 보건의료 활동가 간의 남-남(South-South) 지식 교환을 위한 플랫폼을 형성하고, 개발 공동체를 지원한다. 이것은 활동가들이 풀기 힘든 정책 과제에 대한 자신들의 해결책과 혁신적인 접근방법을 구성하고 적용하는 것 돕기 위한 지원방안이다. WB는 각 국가들이 보건의료체계의 문제 해결 방안에 대한 지식을 형성하고, 리더십 기술과 합의를 이끌어 냄으로써 전향적인 변화를 이룰 수 있도록 돕는다. 이를 위해 국제, 지역, 국가 기반의 여러 기관들과 활동가 네트워크와 협력한다. 즉 국제적 연결이 지역(local)에서 이어질 수 있도록 돕는다. WB의 'Health System Strengthening Program'을 통하여서 1996년 이후 52개국, 약 19,000명의 사람들이 교육을 받았다. 이들 중에는 국회의원, 보건의료 관리자, NGOs, 학계의 연구자, 민간 부문, 원조 기관, 개발업체, 훈련 기관, 언론, 시민 사회, 공공과 민간의 보건의료 인력, 그리고 WB 직원들이 포함되어 있다. 현재 WB는 18개국 이상에서 HSS 프로그램을 가지고 있으며 그 목적은 다음과 같다.

- 보건의료체계, 특히 재정과 보상, 서비스 전달, 제도 조직, 규제, 거버넌스에 대한 최신의 기술적 지식과 건강결과와 전략적 기획에 대한 지식의 전달과 적용을 촉진함
- 파트너 기관의 지역 네트워크의 역량을 개발함
- 국가들의 지식과 경험의 교환의 장을 마련함
- 리더십과 협의 기술을 개발함으로써 전향적인 변화가 일어나도록 국가들을 도움
- 유사한 정책 개혁 목표를 가지는 활동가들의 네트워크를 형성하고 양성함

HSS는 WB의 보건, 영양, 인구(Health, Nutrition, and Population, HNP)의 핵심전략이기 때문에 이를 위해 WB는 하나의 질병이나 상황이 아닌 보건 분야 전반에 대한 개입을 통하여 건강을 증진시키는 전략을 수행하고 있다. 또한 보건분야를 넘

어 건강에 영향을 미치는 모든 영역, 즉 교육, 인프라, 물(식수와 수질), 위생, 교통 분야에도 투자 한다.

WB의 건강 개발 전략(Healthy Development Strategy)의 핵심 방법 중 하나는 결과에 기반한 재정 지원(result-based financing)이다. 이것은 재정 지원과 결과를 연계시킴으로써 최빈국의 보건의료서비스 질과 접근성 확대를 위한 혁신적인 재정전략이다.

또한 WB MDGs 위원회의 영향으로 인해, HSS 프로그램은 실제적으로 특정 프로그램과 연계되어 수행된다. 즉 생식보건의 접근성 확대, 유아기 영양지원 확대, HIV/AIDS 등 전염성 질환의 예방에 초점을 두고 보건전략이 수행되고 있다. 예를 들어 사하라 이남 아프리카 지역의 HSS는 보건의료인력, 의약품, 재정, 거버넌스와 서비스 전달, 인프라 구축과 정보통신 기술 같은 HSS의 기술적 분석적 지원과 전문지식을 지원하는데, 이것은 WB 단독 사업이 아닌 GAVI, 영국 및 노르웨이 정부의 공동재원으로 운영되는 것이다. 이 아프리카 지역의 "성과를 위한 보건의료체계(Health System for Outcomes)" 전략 아젠다의 한 부분으로 HSS가 수행되고 있다. WB는 2007년 이후 Health performance theme에서 다루어지는 프로젝트의 절반 이상이 HSS에 대한 것이라고 분류하고 있다.

HSS는 WB의 보건, 영양, 인구에 관한 핵심전략이다. 이를 위해 WB는 건강 증진을 위하여 하나의 질병이나 상황에 초점을 두는 것이 아니라, 건강 전반을 살핀다.

WB는 재정, 최신 분석, 정책 자문 등을 통해 질 좋은 보건의료를 적절한 가격으로 접근할 수 있도록 하며, 이로써 질병으로 빈곤해지거나 빈곤이 더 악화되는 것을 방지하고, 재정적으로 지속가능한 방법으로 보건의료의 보편적 접근성을 획득하고자 한다. 따라서 World Bank는 건강에 영향을 미치는 모든 영역, 즉 교육, 인프라, 물, 위생, 교통 등에 투자한다.

건강한 개발 전략(Healthy Development strategy)을 실현하기 위한 핵심 방법 중 하나는 결과에 기반한 재정지원이다. 이는 재정지원과 결과를 연결함으로써 최빈국의 보건의료서비스의 질과 접근성을 확대하기 위한 혁신적인 재정전략이다.

WB MDGs 위원회의 영향으로 보건전략은 생식보건 접근성 확대, 유아기 영양지원 확대, HIV/AIDS 등 전염성 질환 예방에 초점을 두고 있다. 예를 들어 사하라 이남

지역 아프리카의 HSS는 World Bank, GAVI, 영국 및 노르웨이 정부의 재원으로 운영된다. 워싱턴, 다카르, 나이로비 등 3개 지역의 1팀으로써 기능하며, 보건의료인력, 제약, 재정, 거버넌스 및 서비스전달, 그리고 인프라 구축 및 정보통신기술과 같은 HSS에 대한 기술적•분석적 지원과 전문지식을 지원한다. HSS는 아프리카 지역의 "성과를 위한 보건의료체계(Health Systems for Outcomes)" 전략 아젠다의 한 부분이다. 2007년 이후 Health system performance theme에서 다뤄지는 프로젝트의 절반 이상이 HSS에 대한 것이었다.

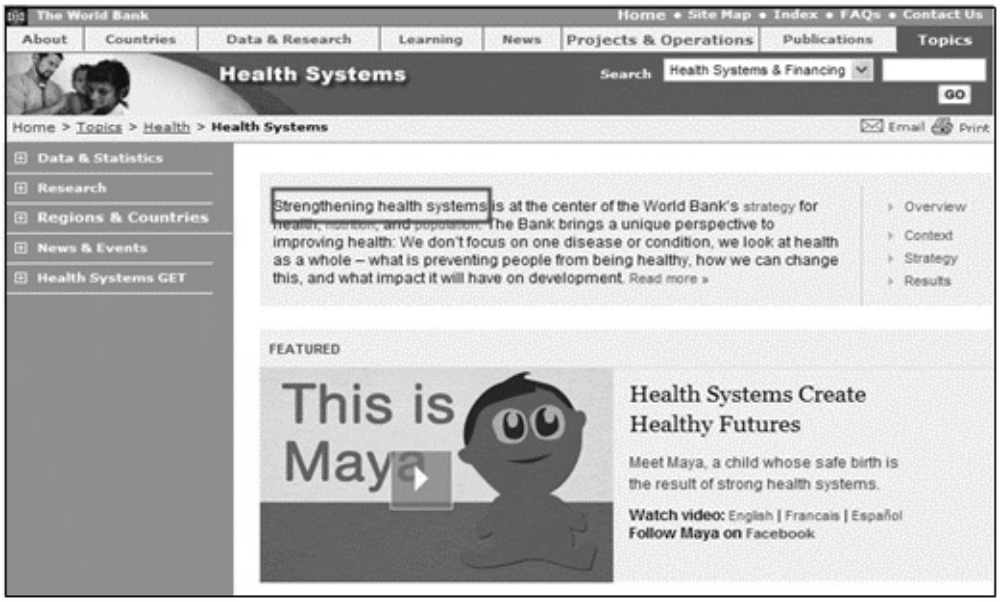


그림 3-2. World Bank의 HSS 전략

제4절 USAID, DFID, GIZ, JICA

1. USAID

제대로 작동하는 보건의료체계를 만들기 위해 USAID는 국가 오너십과 지속가능성에 초점을 두고 있다. USAID의 HSS 프로그램은 개도국의 보건의료체계가 효과적·효율적·반응적·형평적일 수 있도록 지원한다.

HSS를 위한 목표는 2015년까지 개도국의 높은 자기부담금 지출 해결을 위한 개입방법의 활용을 확대하는 것이며, 개도국의 핵심 보건의료체계의 장애를 해결할 수 있는 전략 논의하는 것이다. 또한 HSS를 측정하는 명확한 방법을 개발하고자 한다.



그림 3-3. Health System 20/20이 진행된 국가들

USAID는 “Health System 20/20"을 통하여 재정, 거버넌스, 운영의 기술적 지원과 역량을 계발하고자 하며, 국제적 리더십을 가지고 질병과 서비스에 초점을 둔 투자를 진행하고자 하였다.

수요자 측면의 프로젝트로 51개국에서 250개 이상의 활동 수행, 총 비용 USD 125million에 육박하고, 미국 정부가 아닌 다른 공여자를 통해 USD 7.7 million를 동원하였다. 또한 수요자 측면의 프로젝트로 구성된다는 특징으로 “Health System 20/20”은 USAID의 51개 수원 국가와 이해 당사자들이 국가의 특수한 문제와 보건

우선순위 해결을 위해 개발한 프로그램에 따라 사업이 결정된다.

역사적으로 보면 “Health System 20/20"은 1989-1995년의 Health financing and Sustainability project(USD 16.5 million), 1995-2000년의 Partnerships for health reform project(USD 65million), 2000-2006년의 Partners for Health Reform Plus project(USD 98million)에 이은 프로젝트이다.

2005년의 파리 선언(원조효과성; 개도국 오너십, 조화, 원조일치, 결과, 상호 책임성)과 같은 선상에서 USAID의 미션과 관계자들의 유연하고 책임 있는 프로젝트 수행이 기본이다.

프로젝트의 4가지 중간 결과(IRs)를 최대한 달성할 수 있는 다양한 전략을 동원하였는데, 4가지 중간 결과는 취약계층을 우선순위로 하는 보건의료서비스의 접근성과 이용에 장애가 되는 재원, 거버넌스, 운영, 역량의 문제를 해결하는 것이다.

프로젝트의 기술적 접근은 이 4가지 영역이 중첩되고 국가 수준의 원조는 가능한 언제든지 통합적이어야만 한다는 인식하에 수행된다. 예를 들어 프로젝트 팀은 국민보건계정(National Health Accounts)의 지출 데이터를 이용하고, 국민보건계정은 이해관계자의 투명성과 협력을 요구하기 때문에 사실상 거버넌스에 대한 개입방법으로도 활용된다.

2008년 말, 프로젝트를 HSS를 위한 8개의 특정 전략으로 결정하면서 전체 접근법을 재개념화하였다. 이 전략은 궁극적으로 서비스 이용에 한정된 우선순위 보건의료서비스의 형평성, 효율성, 질, 효과성을 저해하는 문제들을 해결하기 위한 것이다. 프로젝트가 진행되면서 전략들은 더욱 개선되면서 방법론적으로 견고해지고 지역에서 책임을 지고 수행되는 경우가 많아졌다.

표 3-1. USAID의 중간결과와 그에 따른 프로젝트 전략

중간결과	프로젝트전략
PHN 우선수위 서비스를 위한 재정 개선	financial risk protection
	resource tracking
	performance-based incentives
효과적인 보건의료 거버넌스	health governance
	costing and sustainability
	measuring and monitoring of health system performance
보건의료체계 예산과 효과적인 우선순위 프로그램의 실시	human resources for health
질병 조절 노력을 지원하기 위한 기술, 지식, 보건 재정을 위한 도구, 거버넌스, 오퍼레이션	capacity building

USAID는 보건의료체계를 위한 사업들의 목표를 다음과 같이 규정하고 있다[1].

- 건강 성과(Health outcome)을 개선시킴
- 시민들을 과부담 의료비 사용으로 인한 빈곤의 위협으로부터 보호
- 형평성과 효율성, 지속가능성을 고려하면서 소비자들의 만족도를 보장
- 반응성 있는 제공자-환자 상호관계를 통해서 적절한 양의 서비스를 적절하게 분포시킴
- 지역사회와 지방, 국가 수준에서 각각 활동

개발도상국에서 보건의료체계의 기능을 강화하는 것은 사업의 영향을 장기적으로 지속하게 하는 데에 필수적이다. 제대로 기능하는 보건의료체계의 조건을 만들기 위

1) http://www.usaid.gov/what-we-do/global-health/health-systems

해서 USAID는 국가가 자체적인 주인의식과 지속가능성을 갖출 수 있도록 기술적 조언을 제공한다.

USAID의 보건의료체계 강화 프로그램은 개발도상국에서의 보건의료체계가 더욱 효과적이고 효율적이며 형평적일 수 있도록 돕고 있으며 이는 곧 효율적인 보건의료서비스의 광범위한 제공에 매우 주요한 역할을 하게 된다.

USAID가 생각하는 보건의료체계 강화는 공공과 민간 모두에서 사람과 기관에 집중하여 보건의료체계의 주요 기능들이 상호 보완적인 방식(mutually enhancing way)으로 작동할 수 있게 하는 것이다.

■ USAID의 HSS목표

- 2015년까지 높은 수준의 본인부담금(Out-of-pocket money)을 줄이기 위한 중재를 확장할 것이다. 이것은 보건의료 관리자들의 기술 향상과 관련된 의사결정과 정보 생성의 질을 향상시키고 주요 보건의료체계 개혁 과정에서 더 조화로운 인센티브를 제공하는 것을 포함한다.
- 2015년까지 USAID는 주된 보건의료체계의 병목지점에 대응하기 위한 국가 별 숙고 전략을 만들 수 있도록 할 것이다.
- 2015년까지 보건의료체계 강화의 성과를 어떻게 측정할 수 있을 것인지에 대한 명확한 이해를 개발할 것이다.

더 나은 건강을 위한 더 나은 보건의료체계 위해서 USAID는 2006년 Health systems 20/20 프로젝트를 발족하였다. 이 프로젝트는 51개 국가에서 250개 이상의 사업을 포함하는 포괄적인 flagship 프로젝트이다. 이들은 HIV/AIDS, 결핵, 말라리아, 모자생식보건의료 서비스의 제공을 저해하는 장애물들을 없애기 위해 보건의료체계적 접근을 시도하였다.

이 프로젝트에서는 보건의료서비스 전달을 저해하는 제약요소들로 재정과 거버넌스, 전략과 역량 제약들에 대해서 다루었고 프로젝트를 수행하는 동안 우선적인 보건의료서비스의 전달을 위한 형평성과 효율성, 질과 효율성을 고려해 제약을 해결하기 위한 8가지 전략이 개발되었다.

Health system 20/20은 수원국가 정부와 함께 국가별로 특수한 보건의료 문제를 다루기 위한 프로그램을 디자인했다. 이 과정에서 프로젝트는 국가 보건의료예산(NHA) 툴과 보건의료체계접근(Health System Assessment) 툴, HIV/AIDS 프로그램 지속가능성 분석 툴(HAPSAT), 개별적인 보건의료체계를 강화하기 위한 접근의 증거를 개발할 수 있는 방법론 등을 개발하였다. 이들의 성과와 결과는 http://www.health-systems2020.org의 홈페이지에서 공개되어 있다. 아래는 이들이 보건의료체계 강화를 통해 목표로 하는 부분들에 대한 내용이다[2].

① **역량 강화**(Capacity Building)

자원을 동원하고 조직을 개발하며 기술적인 지원을 하고, 교육 훈련을 담당하며 거버넌스를 조직화하고 시스템을 관리하는 등의 주요 부문들에 대해서 역량을 강화할 수 있도록 포괄적인 시각을 가지고 지원함

② **계획의 비용과 지속가능성**(Costing and Sustainability Planning)

Health system 20/20은 HIVAIDS 지속가능성 분석 툴을 비롯한 여러가지 툴들을 이용해서 수원국 정부가 전략을 집행하는 데에 필요한 현실적인 비용을 분석할 수 있도록 함

③ **거버넌스**(Governance)

아래에서부터의 목소리를 반영하기 위해서 시민들과 함께 일하고 수원국의 보건부를 비롯 보건의료부문의 제공자들을 강화시키기 위해 이들의 참여를 촉진함

④ **의료보험**(Health Insurance)

더욱 투명하고 반응성 있는 전국민 의료보장을 통해서 지속가능한 방식으로 사람들의 의료비로 인한 경제적 위험을 덜어주고자 함

2) http://www.healthsystems2020.org/section/topics/

⑤ **보건의료인력**

Health system 2020은 보건의료인력의 유지와 생산성 증진, 질적 재고를 위한 성과에 기반한 급여(pay-for performance)방식 등의 인센티브, 보건의료인력 정보시스템, 의료인력 계획 등을 더욱 포괄적인 보건의료체계 강화의 전략으로 제시함

⑥ **보건의료체계 성과의 측정**(Measuring health system performance)

보건의료체계 성과를 평가함으로서 표준화된 방식으로 성과를 측정할 수 있는 혁신적인 툴을 개발하고자 하는 노력을 하고 있음

⑦ **성과기반 인센티브**(Performance-based Incentives)

PBI는 보건의료제공자들이 규정된 정도의 수준의 성과를 급여와 연결 짓게 만든다. Health systems 20/20은 국제원조기관이나 기술적인 원조자 및 국가 정책 지도자들이 PBI접근 방법을 이용할 것을 추천함

⑧ **자원 추적**(Resource tracking)

전반적인 공공과 민간 부문의 보건의료비 지출을 측정하기 위한 국가 보건의료 예산 툴(National health account tool)이 만들어져 있어서 정책결정자들과 계획자들은 이 툴을 이용해서 국가의 보건의료재정을 이해하고 분석하며 다른 나라들과 비교 가능함. Health system 20/20은 이 NHA 툴을 정부의 매년 감사 과정 등에 삽입, 제도화할 수 있도록 노력함.

2. DFID(Department for International Development)

DFID는 보건 관련 프로그램과 프로젝트에 HSS가 별도로 구분되어 있으며, 그 밖에도 보건의료 접근성, 생식 및 모자보건, 아동보건, 말라리아, HIV/AIDS, TB, 면역, 잘 알려지지 않은 열대성 질환, 비전염성 질환 등을 보건영역의 사업으로 구분하고 있다. 모자보건의 중요성 인식과 함께 치료와 예방이 가능한 질병으로 인한 사망

의 문제를 해결하기 위하여, 단일질병에 대한 접근이 건강결과 내지는 보건의료체계 기능에 그렇게 적합하지 않다는 점에 주목하여 장기간 시스템을 강화하는 접근을 시도하였다.

DFID의 HSS 의지는 2010년 사업계획비전으로 “보건의료체계와 가족계획시설을 강화하여 여성들로 하여금 스스로 가정을 계획하고 자녀출산 전과정에서 치료를 받을 수 있도록 하는 것”으로 나타난 바 있다. 또한 HSS와 보건의료체계에 대하여 다음과 같이 개념화하고 있다는 것을 특징으로 한다.

1) HSS 전략

DFID는 HSS전략를 국가 수준과 전지구적 수준으로 나누어 살펴보고 있다.

첫째, 국가 수준으로는 정부와 보건의료종사자의 역량을 개발하기 위한 양질의 기술 지원을 한다. 보건서비스에 직접 재정 지원을 위해 협력 정부와 직접적으로 일한다. 보건서비스가 필요한 최빈층이 접근에 대한 성과 모니터링과 자문 등 정책 자문을 제공한다. 이러한 자문은 희박한 자원을 최대한 활용할 수 있는 방법으로 개발도상국의 보건 우선순위를 지원하는 역할을 한다.

둘째, 전지구적 수준으로는 신약과 백신 등을 포함한 보건공공재 개발을 통한 혁신을 지원한다. 국가가 가용할 수 있는 자원을 가지고 최상의 건강을 얻는 방법에 대한 어려운 결정을 하는 것을 지원할 수 있도록 근거를 마련하고 합리적이고 건전한 정책을 도모한다. 국제보건 파트너십(International Health Partnership)과 같은 메커니즘을 통해 공여자 및 다국적 조직 등이 효율적으로 활동할 수 있도록 글로벌 아키텍처(global architecture)에 영향을 준다. 다국적 조직의 보다 향상된 성과를 기대한다.

2) 보건의료체계

DFID가 정의한 보건의료체계를 구성요소는 첫째, 근거에 기반한 정책(Policy)으로 취약계층의 건강 결과의 극대화와 열악한 건강의 근본적 원인을 다루고자 한다. 둘째, 기능적 인력(Functioning health facilities with staffing)으로 활용가능하고 책

임질 수 있는 적합하게 훈련되고 지원받는 보건의료종사자를 말한다. 셋째, 의약품 및 보건재료(Medicine and health supplies)로 필수의약품, 백신, 피임약, 진단재료, 기본장비 등 가격이 적당하고 적합한 재료이다. 넷째, 재정(Financing)으로 필요로 하는 서비스를 받을 수 있도록 적절한 재정을 마련하고, 과부담 의료비지출로부터 보호하는 건전한 보건 재정 시스템을 말한다. 다섯째, 정보관리(Information management)로 지역보건시스템에 필수적이며 예산, 기획, 의사결정을 위해 필요하다. 신뢰할 수 있는 정보는 희소한 자원을 효율적으로 활용하는데 확실한 차이를 만든다. 여섯째, 리더십과 거버넌스(Leadership and governance)로 정치는 예방, 극빈층의 건강, 자원의 효율적 사용에 우선순위를 둘 것이다.

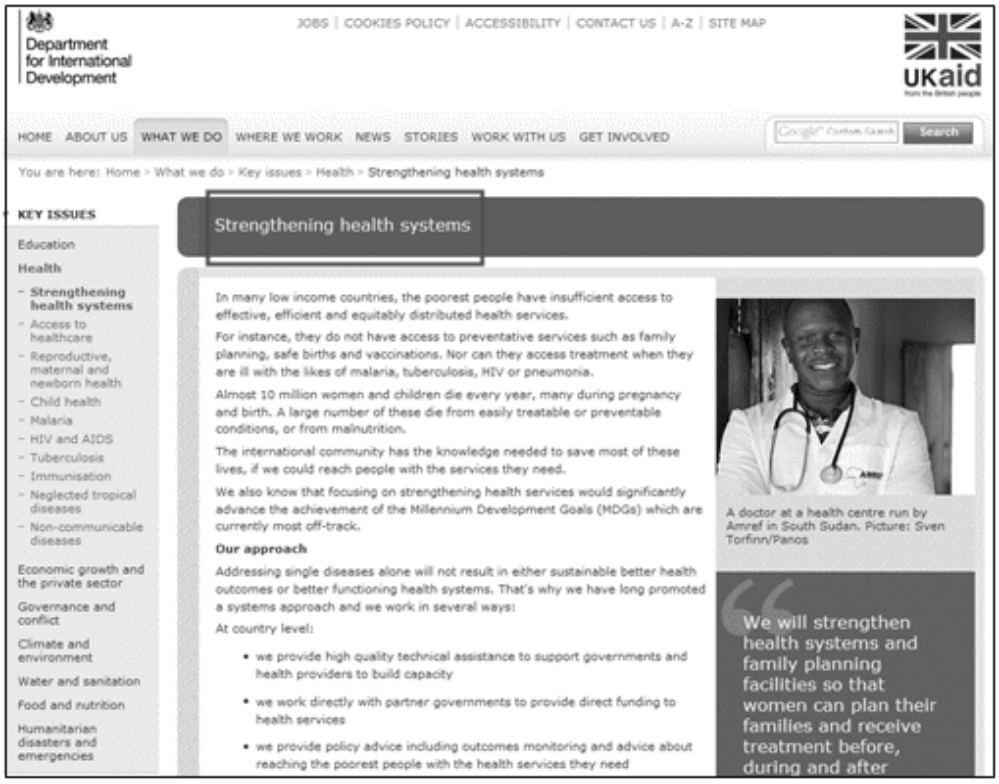


그림 3-4. DFID의 HSS 전략

3. GIZ(Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit)

GIZ는 에너지, 기후변화, 인프라구축, 물 등과 함께 보건에 우선순위를 두고 국제사업을 진행하고 있으며 주요 프로젝트를 관리 서비스, 지역개발, 지속가능한 인프라 구축, 안전보장과 재건 및 평화, 사회개발, 거버넌스와 민주주의, 경제개발과 고용 등 7개 분야로 나누어 관리하고 있다. 이중 주로 사회개발이 보건 및 HSS와 관련되어 있는 분야이다.

사회개발 중 보건에 대하여 GIZ는 적절한 보건의료체계는 적합하고, 수용가능하며, 효과적인 보건의료에 대한 접근성을 제공하는 것이라고 보고, HSS를 위하여 개혁과정과 인적·조직적·제도적 역량 개발을 지원한다. 이를 위하여 국가 내외의 전문 기관과의 네트워크를 통해 의료시설, 지방정부, 보건부 등의 효율성을 강화하고자 한다.

첫째, 보건정책 개발, 입법, 보건영역 규제, 보건 프로그램 및 재정 기획과 실행할 수 있도록 보건부를 지원한다. 둘째, 보건서비스의 기획, 관리, 감시와 관련된 지방 보건국 역량을 강화하고자 한다. 셋째, HIV, TB, 말라리아, 대유행질환과 같은 상황에서 HSS를 위한 국제적 재원에 접근하고 이용할 수 있도록 지원한다. 넷째, 보건시설 및 행정부의 보건정보시스템을 향상하고 e-health 기술을 도입할 수 있도록 조언한다. 다섯째, 사회적으로 공정하고 지속가능한 보건의료재정과 치료의 효과성과 효율성을 향상시킬 수 있는 제공자 지불제도를 도모한다. 여섯째, 질 관리 및 평가 체계의 도입을 조언한다. 일곱째, 보건의료시설을 위한 현대적 관리 기법 도입을 지원한다. 여덟째, 인사정책과 인적자원 기획·훈련·전문성개발을 통해 인적자원과 조직의 개발을 강화하고자 한다. 아홉째, 보건의료전달의 공공, 민간, 종교 및 기타 비정부 행위자가 협력할 수 있도록 지원하며, 이러한 네트워크를 강화하고자 한다.

이러한 일련의 GIZ 프로젝트 및 프로그램은 독일 정부가 프로젝트 등을 실행함에 있어 해당 국가 정부의 직접 집행(lead executing agency)을 유도함은 물론 보건뿐만 아니라 다른 사업분야들도 이미 기존에 해당 국가가 가지고 있는 기본적인 전체

국가 시스템을 고려한다는 점과 사업기간이 매우 길다는 것이 기본 특징이라 할 수 있다.

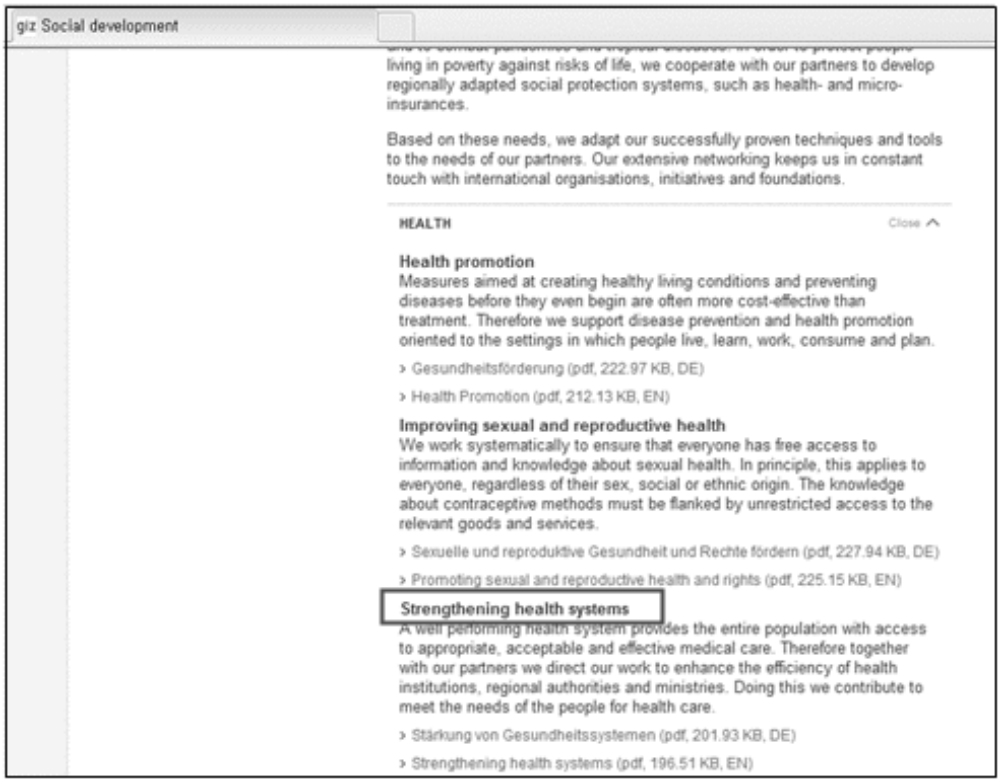


그림 3-5. GIZ의 HSS 전략

4. JICA(Japan International Cooperation Agency)

JICA의 보건 관련 프로그램과 프로젝트는 모자보건(MNCH), HIV/AIDS, TB, 기타 전염성질환, 그리고 HSS로 나누어 관리하고 있다.

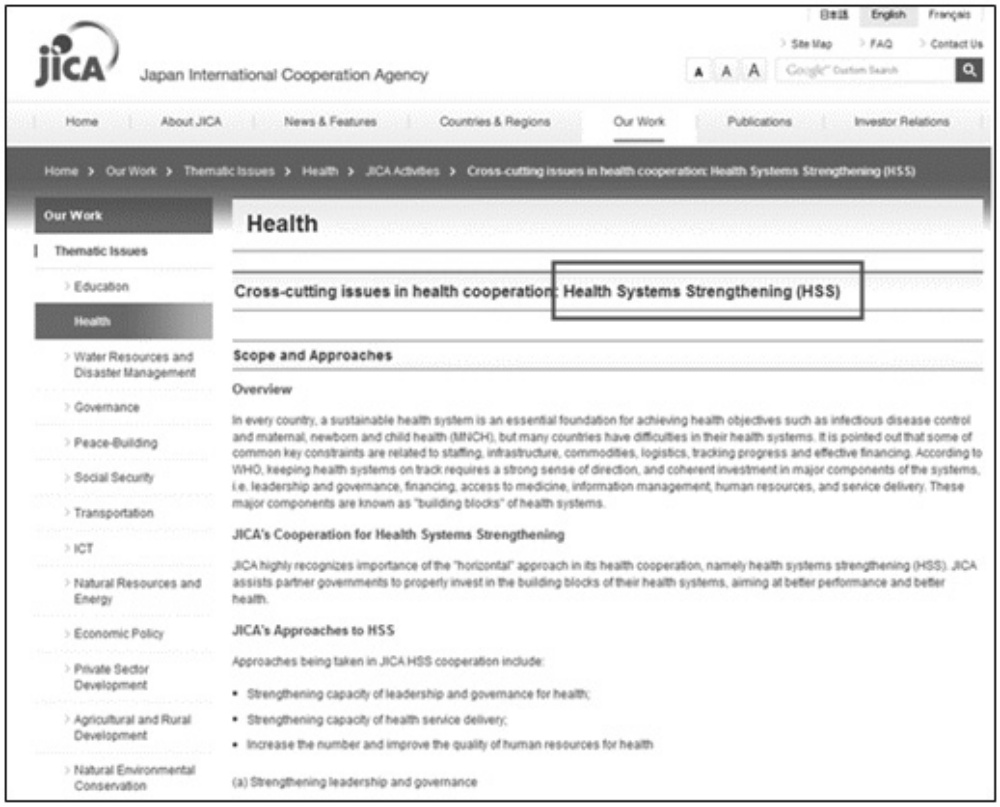


그림 3-6. JICA의 HSS 전략

이 중 HSS에 대한 논의는 WHO의 개념틀을 바탕으로, 많은 국가들이 보건의료체계에 대하여 인력, 인프라, 입원시설, 물류, 과정 추적, 효과적 재정 등에 어려움을 가지고 있음을 지적하였다. 이에 따라 보건협력에서 "수평적" 접근의 중요성을 인식하고 이를 HSS로 보았으며, 성과와 건강 향상을 목표로 보건의료체계의 6 building blocks에 적절하게 투자할 수 있도록 협력국가를 돕고자 하였다. 특히 JICA는 HSS를 위하여 6 building blocks 중 리더십과 거버넌스 역량 강화, 보건의료서비스 전

달체계 역량 강화, 보건인력의 수 증가 및 질적 향상을 위한 접근에 초점을 두고 있다. 현재 JICA가 HSS와 관련된 프로젝트 및 프로그램을 실시하고 있는 국가들로는 필리핀, 파키스탄, 피지, 통가, 바누아투, 아프리카, 가나, 탄자니아, 남수단이 있다.

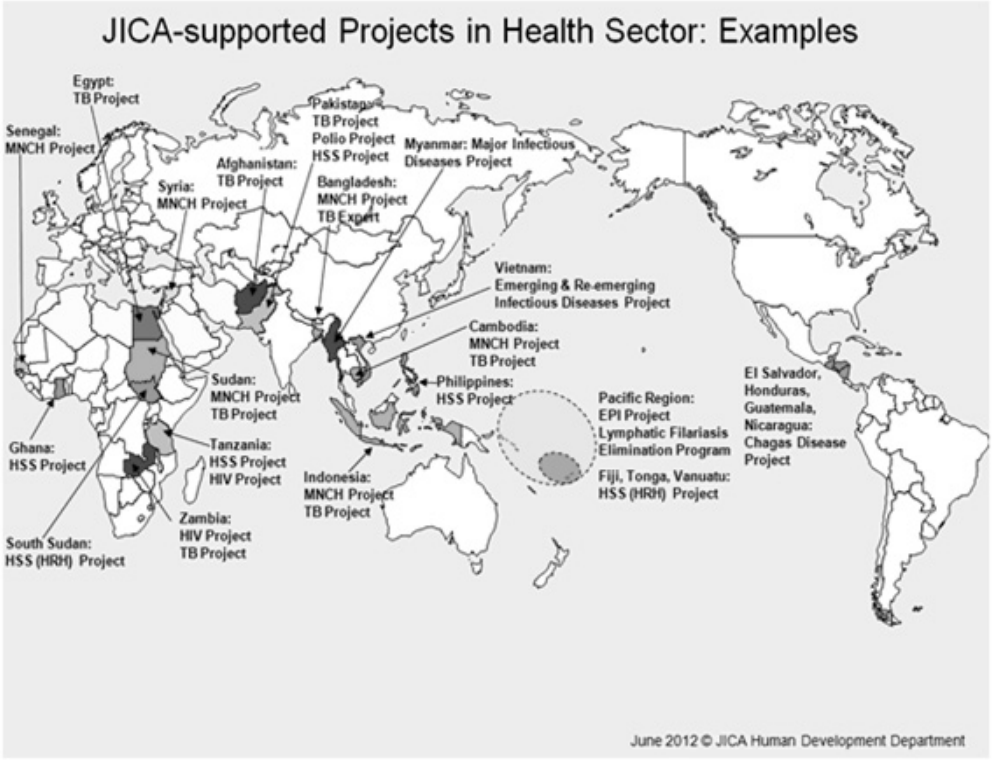


그림 3-7. JICA의 보건프로젝트 현황

1) 리더십과 거버넌스 강화

JICA는 한정된 인적·물적 자원으로부터 가능한 성과를 극대화하기 위하여 민감한 기획, 적절한 예산, 적합한 모니터링 등의 행정 및 관리 역량이 중요하다고 판단하였다. 개발도상국의 국가 및 현장에서 보건관련 종사자들이 행정 및 관리 능력을 확대할 수 있을만한 기회가 제한되어 실용적인 보건 계획, 필요한 예산 확보, 프로그램 실행 관리, 활동 모니터링 등에 어려움을 겪고 있으며, 그 결과 보건 영역에 투입되는 자원과 노력에도 불구하고 기대되는 양과 질의 보건의료서비스를 생산하지 못하

고 있으며, 향상된 건강결과를 유도하지 못하고 있다는 현실에 주목하였다. 이에 따라 JICA는 중앙정부와 지방정부 전 단계의 정부가 보건 영역의 행정 및 관리 역량을 강화할 수 있도록 보조한다.

중앙정부에서 개발한 보건정책과 프로그램이 국가의 실제 수요와 상황을 적절하게 반영하기 위해서는 정부 담당자가 정확한 데이터와 현장 보건의료종사자들의 의견을 얻을 수 있는 시스템 마련이 필요하다고 보았으며, 개발 및 수정된 다양한 보건 정책, 규제, 가이드라인 등에 대하여 정부와 현장 간 협력을 지원한다. 또한 공공보건 자원이 효과적으로 관리·활용될 수 있도록 하는 보건영역 투자계획이 만들어질 수 있도록 하는 sector-wide 접근 등을 지원한다. sub-national level에서는 보건의료서비스 제공자와 지역사회 커뮤니티와 시범사업을 통해 효과적인 보건의료서비스 전달을 위한 관리역량을 개발하고 강화하기 위하여 지역의 보건당국과 협력한다.

2) 보건의료서비스 역량 강화

JICA는 보건의료서비스 역량 강화를 위하여 보건의료시설에 대한 지원을 실시한다. 첫째, 시골지역의 의료서비스 강화를 위하여 일반적인 치료, 단순한 수술, 입원환자 치료 등 기본의료서비스를 제공하는 일차보건의료시설을 개선하고자 한다. 둘째, 원거리 시골지역의 보건활동을 강화하기 위하여 면역, 영양교육, 산전진찰, 감염질환 검사 등 예방적·촉진적 지역사회 보건의료서비스를 제공하는 보건소 기능을 강화하고자 한다. 셋째, 심각하고 복잡한 환자를 위한 지역거점병원과 상급위탁병원의 의료시설을 향상하고자 한다. 넷째, 5S(Sort, Set, Shine, Standardize, and Sustain), KAIZEN(Continuous Quality Improvement) and TQM (Total Quality Management)과 같은 일본의 관리기법을 바탕으로 시설관리역량을 강화하고자 한다. 다섯째, 지역보건소와 상급병원 간 의뢰시스템 및 지역보건소 보건행정으로부터 기술적 지도를 제공하기 위한 시스템을 강화하고자 한다.

이러한 노력은 특히 건강증진, 위생, 일반적인 건강 향상을 위한 지지 등 지역사회 활동이 중요하므로, 지역사회 조직이 확대될 수 있도록 돕고자 한다.

3) 보건의료인력 수 증가 및 질 향상

JICA는 많은 개발도상국이 직면한 보건의료인력에 관한 어려움으로 양질의 보건의료인력을 생산하기 위한 전문교육시설 및 교육자 역량의 한계, 국가 내 도시와 농촌 간 불평등, 타국가로 인력 누수, 부적합한 인력에 의한 보건관련서비스 제공 등을 들고 있다.

이러한 보건의료 인력의 문제점을 극복하기 위하여 첫째, 전문가교육 시설 및 자료 확충, 커리큘럼 개발을 비롯한 교육 질 향상, 보건서비스를 지속하기 위한 근무환경개선 등 보건관련 인적 자원의 수 증가를 위한 시도를 한다. 둘째, 연수교육 및 관리 개선을 통해 기존 보건인적자원의 질과 성과를 향상시키고자 한다. 셋째, 교육과 훈련을 위한 정책 및 시스템 형성, 인적자원 데이터베이스 개발 등 관리시스템을 설치하고자 한다.

위와 같은 보건의료인력 문제해결에 지역사회의 참여를 촉진하기 위하여 인적자원의 부족한 지역사회 내에서 활동하며, 지역사회의 보건의료종사자 및 자원봉사자들의 훈련을 돕고, 조산사와 지역사회 자원봉사자들의 연계를 강화하고자 한다.

제5절 Global Fund, GAVI

1. The Global Fund

Global fund는 Malaria, AIDS/HIV, TB의 박멸과 국민들에게 양질의 의료 서비스를 공급하기 위해 보건의료체계를 강화하는 데에 목적을 두고 있다. Global Fund는 정부, 시민사회조직, 민간 조직 등과 협약관계를 맺어 재정적 지원을 시행하는데 국가의 오너십을 고취하고 성과에 기반한 재정지원을 통해 국가가 Global fund가 제시하는 일정 양식을 충족한다면 각국의 맥락에 적절하게 자유롭게 재정을 사용할 수 있도록 한다.

Global Fund는 2005년의 Round5 이후 HSS를 위한 지원의 창구가 별도로 마련하였으며 HSS 보조금 제안서의 예산 기획에 의하면 포괄적인 HSS 예산은 주로 사회기반시설과 의료관련 장비 마련(27%), 인적자원 개발(23%)과 훈련(19%)등에 신청되었다(Atun 2009).

Global fund의 홈페이지에 제시되는 원조 포트폴리오에는 원조 국가, 목표(분류는 Malaria, AIDS, TBc, others 네 가지), 원조 지원 연도 별로 프로그램들을 나열하는데 웹상에서 프로그램이 담당하는 분야를 제시하고 이에 대한 성과 지표를 제시한다. 또한 관련된 문건으로 Original proposal과 Implementation letter, Grant performance Report, Disbursement request, Grant score card 등 공식적 문헌들이 지정된 양식에 맞춰서 게시되어 있다.

Global Fund가 자체적으로 구분한 HSS 재원에서 6개의 building별로 투자 현황을 프로그램 수로 분류하면 아래와 같다.

표 3-2. 영역별 프로그램 수

Program Areas	Number of programs
Financing	6
Workforce	86
Information System	73
Leadership and Governance	16
Medical products, Vaccines and Technology	35
HSS Total	**159**

표 3-3. 연도별 프로그램 수

Round	Number of programs
10	10
9	76
8	43
7	11
6	8
5	4

이와는 별개로 프로그램 검색에서 질병항목에서 HIV/AIDS, TB, Malaria가 아닌 “others” 항목을 검색하면 HSS가 대신 나타나고 이에 대한 항목은 Round9에 다섯 개, Round5에 두 개가 검색되었다.

하지만 궁극적으로는 Global fund의 목표는 세 가지 질병의 박멸이며 따라서 이들은 수직적 프로그램을 수행하는 동시에 특정 보건의료체계의 구성요소를 고려하여 강화하는 데에 중심을 둔다는 점에서 총체적인 보건의료체계 강화적 접근이라기보다는 사선적 접근을 하고 있는 데에 중심을 둔다고 볼 수 있다.

2012년 연간 보고서에서 제시된 Fund 사용 분류에서도 AIDS/TB/MALARIA로 분류되어 있을 뿐 HSS를 별도의 재원 투입원으로 고려하지 않는다. 어디까지나 HSS에

대한 재원은 이것이 기존의 질병중심사업에서 난관이 되는 보건의료체계의 부족을 어떻게 개선하여 궁극적으로 질병에 대한 효과를 개선시킬 지에 대한 것에 초점이 집중된다.

다만 본래의 제안서에는 지역보건의료체계, 국가 오너십, 거버넌스와 함께 HSS에 대한 고려에 대해 제시하는 항목이 포함되어 있으므로 모든 사업의 proposal 검토에서 HSS에 대한 고려가 사업승인 여부에 영향을 준다고 생각할 수 있다.

2. GAVI(Global Alliance for Vaccines and Immunization)

백신 접종 달성이 보건의료체계의 견고함에 달려있다는 것을 인지하고 GAVI Alliance Board는 2005년부터 HSS 지원으로 방향을 넓히기 시작하였으며, 2010년까지 USD 568million 을 들여 53개국을 지원하였다. 기본적으로 모자보건, 백신사업이 주요 사업이고, The Bill& Melinda Gates Foundation, UNICEF, WHO, The World Bank Group 등 다양한 국제 및 국가기구들과 주로 통합적 재정을 이루어 지원하며, 프로그램 시행에 수원국의 정부 재정이 포함되기도 한다.

GAVI는 예방접종 및 면역력 확대를 위해 세 가지 방식으로 지원을 수행하며 그 중 한 부문이 HSS이다. 이러한 체계적 재정(System funding)은 각 국가가 주체가 되어 지원하도록 되어 있으며 정부가 직접 해당 의료체계의 취약점(bottleneck)을 파악하여 이를 극복하고 궁극적으로는 백신접종 및 모자보건 강화를 위한 기반이 될 수 있도록 하는 것이 목적이다.

GAVI가 추천, 규정하고 있는 GAVI HSS 재정의 사용처는 다음과 같다(WHO 2007).

- 의료 보건 인력의 동원과 분포, 동기유발: 지역 수준 혹은 그 이하 수준에서 예방접종과 관련된 사업 및 여타 의료 서비스와 관련된 인력들에 집중
- 의료 서비스의 조직과 관리: 특히 지역수준(District level)과 그 이하에서, 여기에는 재정적 관리도 포함

- 의약품, 장비, 사회기반시설들의 공급과 분포, 유지 체계: 특히 일차보건의료측면에서

특히 GAVI의 HSS는 원조 자금 요청의 주체가 국가로 되어있는 것과는 다르게 지역(sub-national) 수준에서의 서비스 전달과 영향에 대해 초점을 맞추고 있어 제안서기준(예산 집행 기준이 아니라는 한계가 존재) GAVI HSS 사업의 83%는 작전단위로 지역수준 이하의 수준에서 사용되도록 되어 있다. 하지만 지역수준의 백신 접종률 향상 및 의료 서비스 공급을 위해서 기본이 되는 국가 차원에서의 보건의료체계의 개선을 위한 투자를 배제시키지는 않는다. 국가별 필요에 따라 인력, 정보, 인프라, 관리능력 등 초점이 달라지기는 하지만 주요한 보건의료체계 요소 몇 가지를 함께 시스템적 관점에서 강화시키려는 방식을 취한다.

특정한 도구를 사용하지는 않으나 순차적으로는 목표를 기준으로 국가 평가를 시행한 후 목표의 달성을 어렵게 하는 장애물과 권고사항을 설정하고 접근전략을 마련한다. 접근 방식으로는 인력 훈련 및 교육, 관련된 시설 보강, 서비스 전달을 위한 인프라 구축(용품, 장비, 전력 및 운송체계 등), 정보 관리체계, 성과관리, 지역사회 활성화를 통한 거버넌스 등 몇 가지 요소들의 조합을 통한 보다 포괄적인 개선을 지향한다.

GAVI는 홈페이지를 통해 국가별 HSS 사업을 진행하여 리뷰를 제공하고 있다. 21개국의 제안서를 포함한 실행계획, 그 중 6개국의 효과적인 HSS를 위한 기존 사업의 추적평가 보고서인 HSS 추적 연구가 공개되어 있다.

제6절 국제 NGO

1. Partners in Health

1) 배경 및 소개

PIH(Partners in Health)는 폴 파머, 짐 킴(현재 세계은행 총재), 오필리아 달이 함께 설립한 미국 국제보건단체로 계속해서 규모를 확장해나가고 있는 비정부 기구로 국제보건에서 가장 큰 주목일 받고 있는 기구 중 하나이다. 창시자 폴 파머(Keshavjee, Seung et al.)는 대학시절 외국인 노동자 문제로 아이티인을 만나게 되면서 아이티의 현실을 경험하게 되었고, 이후 하버드 의대에 진학한 후에도 지속적으로 해외의료봉사활동을 펼쳤다.

이후 아이티의 작은 마을 캉주에 장미라장테(크리올로 보건을 위한 파트너들)라는 병원을 설립해 현지 지역 모든 아동에게 예방접종을 실시하고 지역의 영양실조와 영아사망 발생률을 감소시켰다. 또한 글을 읽고 쓸 수 있도록 여성들을 교육하고 이를 통해 궁극적으로 에이즈예방교육을 실시하도록 했다. 아이티뿐만 아니라 여러 개발도상국으로 국제보건사업을 확대하고 있다.

현재 PIH는 페루, 멕시코, 아이티, 과테말라, 러시아 등 전체 12개 국가를 대상으로 국제보건사업을 시행하고 있으며 3만 여명의 환자가 결핵과 HIV 치료를 받도록 했다. 폴파머와 짐킴은 다른 국제보건활동가와는 결핵과 같은 질병을 바라보는 관점에서 차이가 있었다. 그들은 우선 PIH 가 활동하는 페루와 아이티에서 기부를 통해 마련한 재원으로 다제내성 결핵환자를 진단하고 치료하기 시작했으며 **지역사회에서 치료가 가능하다는 것**을 입증하기 시작했다. 이후 이 단체의 성과는 세계보건기구에도 큰 영향을 주었으며 개발도상국과 같이 자원이 부족한 환경에서는 고품질의 보건의료서비스 제공이 불가능하다는 회의론자들의 견해를 반증하는 사례가 되기도 했다.

2) 보건의료체계

보건의료체계는 환자에게 인권에 기반한 보건의료서비스를 제공하는 가장 강력한

수단이다. 새로운 보건의료체계를 만드는 것이 아니라, 정부와 함께 협력해 공공보건의료체계/인프라를 강화하는 것이 PIH의 주요활동이라 할 수 있다. 즉 PIH에게 보건의료체계는 저소득층의 건강 문제를 장기적 관점에서 해결할 수 있는 방안을 제공하고 역량을 강화하는 것이다. 이러한 인식에 기반하여 주로 중앙 보건부를 지원함으로써 공공보건의료체계를 강화하는 데에 초점을 맞추고 있으며 현재 클린턴 재단과 협력하여 아이티뿐만 아니라 르완다 보건부와 멕시코 보건부에 재정적 지원을 하고 있다.

PIH가 설립되고 난 이후 지금까지 주로 HIV/AIDS 결핵 등에 기반한 보건의료체계 강화에 집중하였다면 최근에는 개발도상국의 암에 대해서도 관심을 가지기 했다. 다른 질병과도 마찬가지이지만 암에 대한 치료의 접근성 역시 매우 열악하기 때문이다. 기존의 암 치료제 가격을 낮추고 환자에게 적시에 제공될 수 있는 방안을 강구하는 등의 노력을 보이면서 전체 보건의료체계 내에서 암 예방 진단 등의 전략을 세우고 있다(Keshavjee et al., 2007). 폴 파머는 단순히 서비스 접근성을 개선하는 기존의 NGO 및 국제기구의 방식을 비판하면서 빈곤과 질병의 악순환을 끊기 위해서는 보건의료 뿐만 아니라 교육, 경제 기회 확대 등 통합된 수평적 접근(Integrated horizontal primary system)이 필요하다고 주장한다(Keshavjee et al., 2007).

2. Program for Appropriate Technology(PATH2008)

1) 배경 및 소개

PATH는 비정부 국제보건단체로 미국 시애틀에 위치하고 있다. 전세계 70개국에서 사업을 시행하며 30개 이상 사무소와 900명의 직원이 근무하고 있다. Program for Appropriate Technology의 줄임말인 PATH란 이름에서 알 수 있듯, 이 단체의 활동은 '어떻게 하면 적정기술을 보건의료 ODA에 접목시켜 전세계인들의 건강을 증진시킬 것인가'에 중점을 둔다. PATH는 지속가능하고 문화적으로 연관된 보건의료 해결책들, 즉 주로 일차의료와 관련된 예방적 차원의 보건의료적 방법들을 추구한다. 이들의 미션은 기술을 발전시키고, 현지의 체계를 강화하며 건강한 행동양식을 격려함

으로써 전세계 사람들의 건강을 증진하는 데 있다.

다섯 가지 분야는 긴급구호(Emerging and epidemic diseases), 의료기술(Health technologies), 모자보건(Maternal and child health), 재생산보건(Reproductive health), 그리고 백신(Vaccine and immunization) 분야이다. 1977년 설립될 당시 주로 가족계획에 초점을 맞추었던 PATH는 보건의료기술, 모자보건, 백신, 전염성질환 등 전반적인 범위로 사업을 확대해 나가면서 국제적으로 큰 규모를 가진 단체로 자리매김해왔다. PATH는 전세계의 건강을 향상시키기 위해서는 기존의 보건의료기술 향상, 건강한 행동 장려, 보건의료체계 강화가 매우 중요한 요소임을 강조하고 있다.

2) 보건의료체계

PATH는 보건의료체계를 크게 6가지 요소로 보고 이에 맞추어 사업을 시행하고 있다.

(1) 서비스 관리

서비스를 효과적으로 전달하기 위해서는 보건전문가들이 재정, 시설, 기구, 그리고 환자까지 매우 체계적으로 관리해야 한다. 서비스는 반드시 좋은 질을 가지고 있어야 하며 형평성 있게 제공되면서 동시에 국제적 기준을 준수해야 한다. PATH는 포커스 그룹 인터뷰를 통해 사람들의 생각을 듣고 태도를 관찰하며 얼마나 자신들의 프로그램이 그들에게 효과가 있는지를 살펴보고 있다.

또한 서비스를 제공하는 과정에서 정확한 정보를 제공할 수 있도록 지속적으로 교육을 하고 있으며 이는 지역사회 기반으로 이루어지고 있다. 대표적인 예로, 인도네시아에서는 조산사의 업무능력 향상을 위해 가이드라인을 제공하고 관리감독을 시행한다. 또한 중앙 보건부와 협력해 향후 서비스가 어떻게 제공되면 좋을지에 대한 자문을 해준다.

(2) 정책

보건의료체계는 지속가능하고 형평성을 가져야 하는데 이 과정에서 효과적인 리더십이 필수이다. 근거에 기반해 정책을 결정할 수 있도록 질병 부담, 비용 효과 등의 정보를 이해당사자에게 제공한다. 정책은 앞서 PIH에서 제시한 제도적 발전 및 기관 구축을 통한 보건정책과 전략 계획 수립과 비슷한 맥락으로 결국 정책결정자들의 리더십에 따라 정책이 결정될 수 있기 때문에 리더십을 함양하는 것이 매우 중요함을 의미한다.

(3) 재정

모든 서비스를 제공하기 위해서 재정 지원은 필수이다. 투명하게 재정이 운영되기 위해서는 예산 계획도 매우 중요하다. PATH는 국 내 차원에서 어떻게 재정운영을 할 지 자문을 해주며 동시에 가장 핵심 서비스가 무엇인지를 선정한다. 동시에 재정 효과 분석을 시행한다. 얼마나 비용이 소요하고 더 싼 비용으로 서비스를 제공할 수 없는지를 분석하는 것이다. 나아가 개발도상국에 재정 지원을 할 수 있게 국제사회에 호소를 한다. 예를 들어 시장 기전이 부족해 생산되지 못하는 소외질환의 의약품을 생산할 수 있도록 제약시장에 호소를 함으로써 일부 성공을 거둔 바 있다.

(4) 공급 체계

모든 서비스는 필요로 하는 사람에 적절한 시기에 이용가능 할 수 있도록 해야 한다. 이는 생산부터 운송, 제공까지 모든 과정을 일컫는다. 지역사회 내 공급체계에서 일하는 사람들에게 훈련을 하고 때로는 직접 서비스를 생산하거나 공급함으로써 협력하기도 한다. 또한 보건의료서비스를 이용가능 할 수 있도록 국가들과 협력해 가격 하락을 촉구하기도 한다.

(5) 인적 자원

개발도상국은 보건의료인적자원이 부족해 서비스 제공에 장애가 되기도 한다. 이를 위해 PATH는 Task force 팀을 구성하여 인력을 파견하기도 하며 기존 지역사회

인력에 대한 훈련을 진행하기도 한다. 서비스 전달부터 공급 감독, 임상 기술 까지 보건의료체계 전반적인 인력 양성에 집중하고 있다.

(6) 정보 및 모니터링 체계

정보 자체가 부족해 어떤 프로그램을 시행해야 할 지 모르는 국가들이 효과적으로 정보를 수집하고 정보에 기반한 평가를 시행할 수 있도록 프로토콜을 제작해주고 정보를 저장하고 관리하는 최신식 장비를 제공한다.

3) 사례-의약품 조달을 통한 보건의료체계 강화(PATH, 2008)

앞서 살펴보았듯이 PATH는 적정기술이란 개념을 보건의료분야에 활용함으로써 국제개발에 시행하고 있다. 지난 20년 동안 의약품 공급 및 조달을 위해 공공부문 프로그램을 지원해주는 프로그램을 시행해왔다. 의약품을 적절한 곳에 조달하고 공급하기 위해 생산부터 모니터링까지 전반적인 의약품 체계를 지원했다. 일부 국가에서는 PATH의 프로그램이 성과를 거두어 합리적인 가격에 의약품을 공급할 수 있었다. 예를 들어 2006년 PATH는 USAID의 지원을 받아 요르단에 전문인력을 파견해 콘돔을 조달할 수 있도록 했다. 이 과정에서 PATH 직원은 국가 내 다양한 인력과 협력했으며 국가의 콘돔 관리 시스템을 강화할 수 있는 정책제언을 했다. 이 과정에서 인력훈련을 위해 지속적인 교육과 가이드라인을 제공하기도 했다. 나아가 현지수준의 기술을 활용해 콘돔을 생산할 수 있도록 기술 자문을 제공함으로써 지속가능한 보건의료체계 지원을 했다.

3. Oxfam International

1) 배경 및 소개

오늘은 98개국에서 불우 이웃과 사회 정의를 위해 긴급구호와 장기적 활동을 하는 15개 비영리 단체로 구성된 세계적인 자선단체연합이다. 옥스팜은 19 4 2년 그리스 전쟁 당시 기아구호를 목적으로 영국 옥스포드에서 시회 운동가들과 지식인들이 설립한 시민단체인 기아구호를 위한 옥스포드 위원회에서 유래했으며 옥스팜의 운영과 사명은 보통 3가지 측면인 장기적 지속가능한 개발 프로젝트와 중요한 사항에 대한 캠페인 인도적 구호활동이 있다. 옥스팜 활동의 핵심인 개발사업은 빈곤층의 삶을 혁신적이고 장기적으로 개선하는 방법을 찾는 것이다. 단체의 성공 사례로 아프리카 사헬과 동남아, 인도에서 작물 수확량을 증가시키는 벼증산 시스템이라는 새 경작기술의 보급했고 어울락(베트남)에서 옥스팜은 벼증산 시스템 농법을 통해 영세농들이 기후변화를 완화하고 식량 안전을 강화하도록 지역 파트너와 협력했다.

옥스팜은 공정무역과 아름다운 가게라는 특화 사업도 하고 있다. 1950년대 후반 영국 옥스팜의 아름다운 가게에서 중국 피난민들이 만든 공예품을 판매한 것에서 유래하여 1958년 미국에서 첫 번째 공식 Fair Trade Shop을 오픈으로 시작된 공정무역. 제3세계 사람들을 노동력 착취로부터 보호하고 지속 가능한 생계를 돕는 한편, 소비자들로 하여금 착한 소비를 할 수 있는 기회를 제공하고 있다. 아름다운 가게 역시 옥스팜의 특화 사업이다. 현재 영국에서만 700여 개소에서 후원자들이 기증한 책과 음반, 의류 등을 판매하고 있으며, 전 세계적으로는 100여개 국가에서 3천 개 이상의 파트너와 단체로 운영되고 있다. 일련의 활동을 통한 기금으로 1994년에는 르완다 난민 80만 명에게 깨끗한 식수를 공급했고, 1995년 북한이 국제사회에 처음으로 원조를 요청했을 때 244t의 소독용 염소를 지원하였다. 2001년에는 AIDS 약품에 대한 특허권 소송에서 WTO를 상대로 투쟁하여 약값을 인하하는 등의 성과를 거두기도 했다.

2) 보건의료체계(Oxfam International, 2004)

2004년 옥스팜이 발간한 보고서에 따르면 남아프리카에서 약 천 오백만명의 성인과 아동이 HIV에 감염되었으며 70만명이 HIV에 감염한 것으로 나타났다. 이들의 HIV/AIDS 유병률이 높은 것은 하나로 귀결될 수 있다. 바로 지역사회의 열악한 보건의료체계이다. 공여국/국제기구들이 아무리 수많은 프로그램을 시행한다고 하더라도 효율적이고 접근가능한 그리고 통합적인 보건의료체계가 없으면 이들의 건강은 계속해서 악화될 수밖에 없는 것이다. 또한 같은 아프리카 국가라 하더라도 국가의 사회경제적 상태와 보건의료체계 발전 정도는 매우 상이하게 나타나므로 수원국들은 부족한 자원을 효율적으로 얼마나 투명성 있게 국가적 차원에서 이용해야 하는지를 심사숙고해야 한다. 옥스팜은 보건의료체계를 강화하기 위해 몇 가지 일련의 원칙을 제시했다.

(1) 충분한 정보에 기반한 선택을 할 수 있도록 보장

실제로 개발도상국의 국민들이 보건의료와 관련한 의사결정을 할 때 충분한 정보가 제공되지 못하는 경우가 많다. 국가들이 사회경제적으로 안정된 상태가 갖추어 있지 않아서 의사결정의 기준 자체가 부재한 것도 문제지만 이해당사자들의 책임을 물을 수 있는 메커니즘이 부재한 것도 이유 중 하나로 꼽힌다. 비단 개발도상국 정부뿐만 아니라 국가 내 비정부 기구, 관련 국제기구들이 정부가 올바른 선택을 하고 보건정책을 세울 수 있는 메커니즘을 세우는 것이 가장 우선시 되어야 할 요소 중 하나이다.

(2) 보건과 HIV/AIDS 계획의 결합

NGO와 국제기구가 특정 질환 프로그램을 시행할 때 대부분 개발도상국의 보건의료체계를 고려하지 않은 채 분리해서 시행하는 경우가 많다. 국가/지역적 수준에서 모니터링과 평가 프레임워크뿐만 아니라 프로그램을 시행하기 전에 전략을 세울 때에서 보건 정책이라는 큰 틀에서 치료 프로그램을 고려할 수 있어야 한다. 이를 위해서는 아래와 같은 우선순위를 고려해야 한다.

- 가장 먼저 보건의료체계 자체를 강화하는 데에 초점을 맞추어야 한다.
- 지역 사회 수준에서 가장 시급한 것이 무엇인지 살펴 본 뒤에 우선순위에 해당하는 사업을 먼저 시행한다.
- 치료 프로그램뿐만 아니라 전체 프로그램을 원활히 진행할 수 있기 위해서 적절한 인력이 배치되어 있어야 한다.
- 민간영역에서는 중앙 정부, 지역사회 정부가 프로그램을 잘 시행하고 있는지 체계적으로 감독을 해야 하며, 이 과정에서 재정지원을 얻기 위해 부적절한 감독을 해서는 안 된다.

옥스팜에서는 특정 질환을 치료하기 위한 보건의료체계적 접근으로 말라위 사업[3]을 예로 들었다. 다른 개발도상국도 마찬가지겠지만 말라위 역시 열악한 보건의료체계로 인해 질병이 발생한다 하더라도 치료조차 불가능한 상황이다. 옥스팜은 이러한 상황에서 질병을 사전에 예방하는 것이 최선임을 인정하고는 있으나 이미 많은 국민들이 질병을 가지고 있기 때문에 이 중요성이 현실에서는 적용되지 않는다. 그러므로 최악의 상황으로 가지 않도록 현 상황을 그대로 유지시키는 치료 정책(Treatment policy)이 필요하다. 치료를 통해 지역사회로부터 소외되는 낙인 효과도 방지할 수 있기 때문이다. 옥스팜은 HIV/AIDS라는 특정 질병에 관한 역학적 상황을 보건의료체계에서 어떻게 대응하는지를 분석했으며 이를 다시 형평성 측면에서 분석했다. 이러한 분석을 통해 현 상황을 좀 더 체계적으로 파악하고 보건의료체계의 다양한 요소 중에서도 빠진 것이 무엇인지 쉽게 알아낼 수 있었다.

3) 말라위 HIV/AIDS 사업에 대해서는 부록 4-2 참고

4. John Snow, Inc. and JSI Research & Training Institute, Inc.

1) 배경 및 소개

JSI(John Snow, Inc.)는 전세계적으로 개인 및 지역사회의 건강을 향상시키는데 기여하고자 하는 공중보건 행정 컨설팅과 리서치 조직이다. 이 기관은 공중 보건의 아버지라고 불리는 존 스노우(John Snow)가 1848년 광범위한 콜레라 발생의 원인이 오염된 식수로 인한 것임을 밝혀 공중보건과 역학에 큰 기여를 했던 정신을 이어나가고자, 연구와 작업을 진행해나가고 있다. 30여년 넘게, 전세계적으로 공중보건 프로그램들에 기술적이고 관리적인 도움을 지원하고 있으며, 106개의 나라에 프로젝트를 실행하고, 현재는 미국 보스톤을 본부로 81개의 국제지부를 두고 있다. JSI는 정부 기구, 민간 부문, 지역 비영리 단체들과 협력하여 보건의료체계의 질과 접근성 및 형평성을 향상시키기 위해 노력하고 있다.

JSI의 설립자인 조엘 램스타인(Joel Lamstein)은 그의 파트너 노버트 허슈혼(Nobert Hirschhorn)과 1978년 John Snow, Inc를 설립하고 비영리 부속인 JSI Research & Training Institute, Inc.를 설립하였다. 조엘은 1973년 Management Sciences for Health의 공동 설립자이자, 하버드 보건대학의 부교수이기도 하며, 공중보건 관리 문제의 세계적인 이슈들에 관해 다양한 프로그램들을 조언하는 역할을 하고 있다. JSI의 스텝은 약 2,100명 이상이며, 공중 보건, 경영 관리, 보건 관리, 공공 정책, 경제학, 교육학, 역학 등의 분야에서 박사 학위를 받은 다양한 전문가들 또한 포함한다.

JSI는 미국 내의 보건 문제뿐만 아니라, 국제보건 문제에도 관여를 하고 있으므로, 다양한 기관 및 대학과 제휴를 맺고 있으며, 고객으로는 미국 연방 정부 기관, 국가 정부, 국제 조직, 비영리 및 민간 조직, 대학 및 재단이 있다. 미국 연방 정부 기관에는 미국 국제개발처(United States Agency for International Development, USAID), 미국 보건후생성(U.S. Department of Health and Human Services, DHHS) 등이 있고, 국가 정부에는 라이베리아와 말라위 정부 우즈베키스탄 결핵 프

로그램 정부 등이 있다. 국제 조직에는 세계백신면역연합(The Global Alliance for Vaccines and Immunisation, GAVI)와 아시아개발은행(Asian Development Bank, ADB) 등이 있다. JSI는 이 고객들로부터 의뢰를 받아, 연합하여 프로젝트를 진행하는 방식으로 사업을 구성해나가고 있다.

2) 보건의료체계

JSI는 국제보건 분야에서 성공적인 공중보건 프로그램을 실행하기 위해 파트너들의 역량을 구축하는 것에 항상 초점을 맞춘다. 그 분야로는 보건의료체계 강화, 보건의료 재정, 면역, 인적 자원 관리, 모자 보건, 모니터링 및 평가 등이 있다.

보건의료체계 강화 분야에서는 WHO에서 강력한 체계를 만들기 위한 빌딩 블록들을 제시하였고(서비스 제공, 보건 인력, 정보 시스템, 의약품 및 백신과 기술, 재정, 리더십 및 거버넌스), JSI는 그 각각의 블록에 해당하는 영역에서, 그리고 보건의료체계의 각 수준에서 서비스가 어떻게 전달될지를 개선시키기 위해 노력하고 있다.

JSI 대부분의 대규모적 다국가 프로그램들과 2개 국가 간의 프로젝트는 다양한 예방적이고 치료적인 보건 서비스를 강화하고, 지역 건강 계획과 관리 역량을 구축하고, 민간 부문과의 파트너십을 통해 지속성을 증가시키고, 보건 정보 시스템 및 공급 시스템을 향상시키고, 근거에 기반한 의사결정을 장려해 적용 연구를 수행하는 것에 초점을 맞춘다.

또한 보건의료체계의 핵심이 되는 인적 자원을 구축하는 훈련을 통해, 보건의료 근로자들을 보유하고 그들의 생산성을 향상시킬 수 있도록 한다. 뿐만 아니라, JSI는 파트너들과 협력하여, 보건 시스템을 강화할 수 있는 효과적인 도구 및 방법들을 개발하고 있다.

3) 사례

(1) 지부티의 보건 정보 시스템 강화

국가 보건 정보 시스템의 전반적인 발달에도 불구하고, 이러한 시스템이 여전히 부족하여 아프리카의 많은 국가들이 이 부분에 대한 수요가 가장 큰 상태다. 보건

정보 시스템이 존재하는 국가들에서도, 정보를 충분히 숙지한 상태에서의 공중 보건 정책관련 의사결정을 내리기 위해 시스템을 어떻게 효율적으로 사용할 것인지에 관한 지식이 부족하기 때문에 시스템이 제대로 활용되지 못하는 경우가 많다.

이러한 상황에서, 아프리카 동부의 공화국의 수도인 지부티에서는 공중보건 계획의 여러 수준에서 이뤄지는 의사결정 과정에서 필요한 정보를 통합하는 과정에 있어서, 국가 보건 정보 시스템이 사용되고 있지 않았다. 따라서 JSI는 이 프로젝트의 고객이었던 UNICEF와의 연합을 통해, 공중 보건 부문에서 사용 가능한 정보를 만들고자 국가 시스템을 향상시키기 위해 기술적인 지원을 제공하였다. 이 프로젝트는 구체적인 지표들을 생성하고 업데이트하고, 주변부와 중심 센터 사이의 데이터간의 의사소통 및 이동을 활성화시키고, 국가 보건 정보 시스템으로부터 모은 자료들과 정보에 기반한 공중 보건 정책이 만들어지는 구조를 개발할 수 있도록 하였다.

(2) 북부 우간다 말라리아, 에이즈, 결핵(Northern Uganda Malaria AIDS & Tuberculosis, NUMAT) 프로그램

북부 우간다는 무력 전쟁의 역사를 가지고 있는 나라로, 수천 명의 아이들이 죽고, 많은 사람들이 집을 떠나 캠프로 이동해야만 했고 현재까지 그곳에서 살고 있다. 프로젝트가 시작되었을 때, 북부 지역의 HIV 유병률은 9.1%로 여전히 높았고, 북부의 모든 지역에서 HIV/AIDS 서비스가 가능했으나, 그 질이 각기 달랐고, 마을과 지방자치제에 국한되어 있었다.

NUMAT은 고객인 USAID로부터 재정적 지원을 받아, 2006년 8월부터 2012년 6월까지 6년동안 시행된 프로그램으로써, 보건당국, 우간다 AIDS 위원회, 국제기구들, 비정부 조직들, 지역사회 기반 조직들과 HIV/AIDS 네트워크에 연관된 사람들의 자문을 통해 고안되었다. 프로그램의 목적은 HIV, 결핵, 말라리아의 예방・치료・케어 및 지지 활동을 활용하고 접근성을 높이기 위한 것이었다. 또한 NUMAT 프로그램은 지역 정부의 대응을 강화하고, 실행 및 모니터링 활동을 계획하는데 있어 지역사회의 역할을 확장하고, 기존의 네트워크를 구축하는 방법들을 통해, 지역적으로 보장범위를 넓히고 서비스를 받을 수 있는 인구의 수를 늘리고자 했다.

이러한 차원에서 NUMAT이 가지고 있던 5가지 목표는 다음과 같다.

- HIV/AIDS와 결핵에 대한 대응의 조화를 향상시키는 것
- HIV/AIDS와 말라리아의 예방, 케어, 치료 서비스의 질을 보장하고 접근성을 향상시키는 것
- HIV와 다른 감염성 질환에 취약한 특정 집단의 수를 감소시키는 것
- HIV에 걸린 환자 및 환자와 함께 살아가는 가족들이 서비스에 접근하기 용이하도록 하는 것
- 전략적 정보의 사용을 향상시키는 것

위의 목표를 달성하기 위한 전략들은 다음과 같은 사항들을 포함한다.

- HIV, 결핵, 말라리아의 예방부터 치료, 케어 서비스까지의 연속선상의 서비스를 지원해주는 네트워크 파트너와 지역 정부에 의해 현재 실행되는 성공 사례를 재빠르게 반영함
- 통합된 서비스 제공을 지원하고, 구축하고 강화함
- 요구를 할 수 있는 문화를 형성함
- 기존의 지역 기관들이 새로운 서비스와 통합할 수 있도록 강화하고, 지역사회의 기대와 공중보건 시스템에 의해 제공되는 서비스와의 격차를 줄임
- 여성과 HIV를 가진 사람들의 목소리를 높이기 위해 지역의 파트너들과 함께 일함
- 혁신적인 접근법이나 인센티브를 통해 인적자원에 대한 중요한 요구를 짚어낼 수 있도록 함

기술적 지원과 역량 강화, 자원 조달 및 지원과 같은 방식들의 조합을 통해서, NUMAT은 지역의 보건 관리인들이 HIV를 평가하고, 계획하고 감시하고 평가할 수 있도록 중요한 지원을 하였다. 프로젝트는 특히 전략적 계획과 역량강화에 중점을 두었는데, 지역사회에 기반한 개입을 통해서 보건 서비스를 탈중앙집권화 시킬 수 있도록 기여하였다. NUMAT은 15개의 지역에 NGO 파트너들도 지원을 해서 그들이

스스로 통합적인 HIV 서비스를 계획하고, 실행하고 모니터링 할 능력을 강화할 수 있도록 지원하였다.

프로그램 시행 결과, 결핵 치료 성공률이 85% 증가하고, HIV 진료소 케어 대상자가 기존에 약 16,000명 정도에서, 5만명 이상의 남성, 여성 및 아이들에게 프로그램을 제공할 수 있도록 확대하는 등 상당한 성과를 거두었다. 전반적으로 봤을 때, NUMAT이 성공적인 프로그램이 될 수 있었던 가장 큰 원인으로는 실행 팀, 지역 보건 관리인, 우간다 보건당국, USAID 사이에 연합 활동이 잘 이루어졌다는 점이 있다.

5. Management sciences for health

1) 배경 및 소개

1962년 네팔에서 의료봉사를 하던 RON O'Conner 은 다년간 아시아의 지역 주민 건강증진 사업을 진행한 일본의 Dr. Noboru Lwamura를 만났는데 Dr. Lawamula의 지역사회 주민들이 자발적으로 자신들의 건강에 관심을 가지고 자신의 건강과 생활환경을 개선하는 계획을 수립하고 실행하도록 돕는다는 이념에서 계시를 받았다. 미국에 돌아온 Ron O'Conner은 1971년 Management sciences for health(MSH)라는 민간 비영리 단체를 창설하였다. MSH는 개발도상국에 공공보건관리기술과 지식을 지원함으로써 개발도상국의 지역주민들을 도와 그들 스스로 가족계획 프로젝트, 산모와 어린이 건강프로젝트 등을 계획하고 실행하고 관리하여 지역사회 보건사업의 자체발전을 실현하는 것을 목표로 하고 있다. 현재 MSH는 전 세계적으로 에이즈, 말라리아 결핵 등 전염성 질병에 대한 예방과 치료, 개발도상국 정부와 보건부문의 관리능력 강화, 보건의료 관리시스템구축 등 100여 개의 프로젝트를 진행하고 있다.

2) 보건의료체계강화

(1) 리더십, 거버넌스와 관리

MSH는 보건의료 관리자의 리더십과 관리시스템을 보건의료체계강화사업의 가장

중요한 요소로 생각하고 있다. MSH는 정부와 지방당국 관리자들의 리더십, 거버넌스, 공공조직, 다부문협력, 시민조직에 대한 관리능력을 향상하여 지속 가능한 발전과 보건서비스의 질 향상을 실현하려고 한다. 그들은 WHO의 building blocks framework를 참고하여 사람을 중심으로 하는 보건의료체계강화 프레임워크를 만들어 냈다.

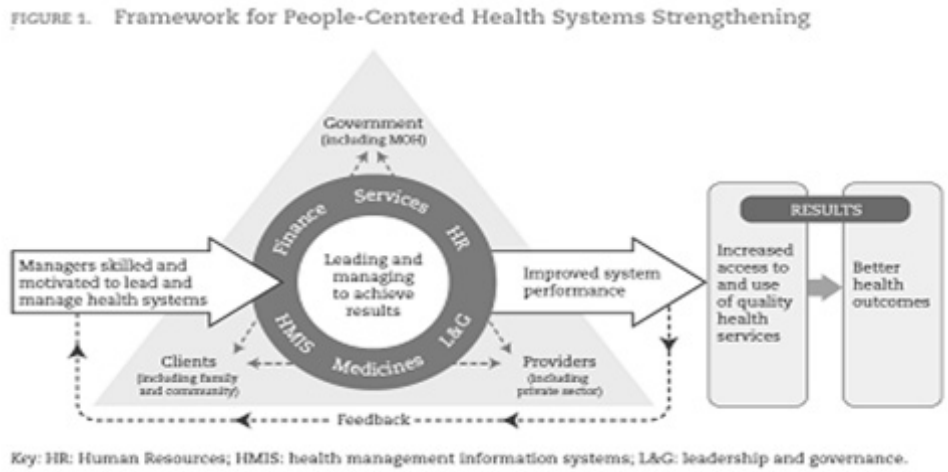


그림 3-8. Framework for people-centered health system strenthening

그림과 같이 MSH는 보건의료서비스에 대한 접근과 사용 및 보건의료서비스의 품질을 재고하고 나아가서 지역사회 주민들의 건강을 증진함에 있어서 가장 중요한 것은 정부와 지방 조직단체의 관리자들의 리더십과 관리능력이라고 생각한다. 그들은 관리자의 리더십과 관리능력을 프레임워크의 가장 중간에 위치에 놓고 보건의료체계의 여섯 개 요소에서 제시한 보건의료서비스의 전달, 보건의료정보, 보건의료 재원, 인적자원, 의약품 백신 의료기술 등에 대한 관리를 통합하여 전반 보건의료사업의 질을 놓이고 보건의료체계강화를 실현하려고 한다. 또한 이들은 정부, 보건의료서비스 제공자, 환자, 지역사회간의 상호작용의 초점이기도 하다. 이 모든 요소들은 반드시 공동으로 작용해야만 보건의료서비스에 대한 접근성과 사용 효과성을 높을 수 있고 결과적으로는 건강을 달성할 수 있다. 사람을 중심으로 하는 보건의료체계강화

프레임워크는 보건의료인력(관리자, 보건의료서비스 제공자, 환자)을 보건체계강화사업에서의 하나의 중요한 구성요소로 보고 사람이 보건의료체계강화사업에서의 작용에 대해 고민하고 보건체계강화사업의 성과에 미치는 영향, 나아가서 전반 보건사업의 산출에 미치는 영향에 대해 강조한다.

(2) 서비스 전달

보건의료서비스 전달방면에서 MSH는 환자와 보건의료서비스제공자 수요에 근거하여 양질의, 통합적인 보건의료서비스를 제공하는 것을 중요하게 생각한다. 그들은 지역의 파트너와의 교류를 통해 지역사회에서 수요하는 보건의료서비스에 대해 요해하고 이에 근거하여 환자와 보건의료서비스 제공자들에게 장기적으로 지속 가능한 서비스를 제공하다. MSH는 장기간 에이즈, 결핵, 산모 신생아 어린이 건강, 가족계획과 모자 건강 및 전염성질병의 예방 및 치료 등 다섯 개 방면의 일련의 프로그램을 실시하고 있다.

MSH는 또 정부와 지방당국을 도와 보건 정책계획 가이드라인을 제정하고 실행하였고 지역사회의 파트너와 함께 지역사회에 대한 조사를 진행하고 지역사회 주민들이 보건의료서비스에 대해 수요를 요해하고 지역의 여러 분야의 관계자들과 협동하여 보건프로그램을 실시하고 보건의료서비스를 전달하며, 에이즈 예방프로그램 결핵치료프로그램, 가족계획, 산모 및 어린이 건강 프로그램들을 하나로 통합하여 보건의료서비스의 비용을 절감하고 보건의료서비스의 보급, 보건의료서비스에 대한 접근, 보건의료서비스의 효과성 등을 제고한다.

(3) 보건 인적자원

MSH는 개발도상국 정부를 도와 보건인적자원을 관리하는 정책과 계획을 제정하고 인적자원관리 시스템을 강화하며 전문적인 인적 자원 관리자를 배양하여 의료인력과 보건의료서비스 전달 등에 대해 관리한다. MSH는 많은 나라에서 보건의료서비스제공자들에게 서비스 전후 교육을 진행하였고 또 수천 명의 지역사회 자원봉사자들에게 기본적인 보건교육을 진행하여 지역사회보건사업을 증진하였다. MSH는

pre-service 교육기관을 설립하여 보건의료서비스제공자들에 대한 재교육을 통해 그들의 역량을 강화하였고 부단히 새로운 치료기술을 습득하게 하였다. MSH는 또한 후원자, 공공과 민간분야의 단체들, 보건부와 기타 여러 지역사회조직들을 통합하여 인적자원위기에 대한 대책을 마련하고 지속적인 발전을 촉진한다.

(4) 의약품관리

현재 개발도상국에서는 아직도 수백만의 사람들이 열악한 기초의료시설과 전염성 질병을 예방하고 치료하는 백신, 약품 등에 대한 접근이 어려움으로 인해 적절한 치료를 받지 못하는 상황이다. MSH는 개발도상국의 필수 의약품에 대한 접근성을 높이고 의약품의 품질과 의약품관리의 질을 높이기 위하여 MSH's Center for Pharmaceutical Management(CPM) 프로그램을 실시하였다. CPM은 의약품의 실험실 연구, 의약품의 판매, 보관, 조달, 사용 등 의약품의 연구개발에서부터 생산 소비까지 모든 절차에 관여하고 있다. CPM은 MSH가 의약품과 실험실서비스업 분야에서 실행하고 있는 모든 프로젝트를 포함하고 있는데 그 주요 내용은 다음과 같다.

- 약학 진단에 대한 평가(pharmaceutical diagnostic assessments)
- 약학관리 지표의 설계 및 사용(design and use of pharmaceutical management indicators)
- 새로운 기술의 보급(diffusion of emerging technologies)
- 정책의 분석과 토론(policy analysis and dialogue)
- 약품의 조달과 물품목록에 대한 관리(procurement and inventory management)
- 약품관리 정보시스템 (pharmaceutical management information systems)
- 약품에 대한 규제와 제품의 품질에 대한 보장(pharmaceutical regulation an product quality)
- 재원과 보건의료 개혁(finance and health reform)

- 임상약학 실험(laboratory services)
- 의약품의 합리적인 사용(rational use of reform)
- 민관협력 계획(public-private initiatives)
- 능력 배양과 트레이닝(capacity building and training)
- 정보 개발과 보급(information development and dissemination)
- 응용연구(applied research)

(5) 보건의료 재정

MSH는 정부와 NGO 단체들을 도와 현재 그들의 재정 상황과 재정시스템에 대해 평가하고 서비스 비용에 대해 분석하고 비용사용에 대한 이해를 도우며 기존에 있는 자원을 이용하여 보다 효과적이고 추가 수익을 창출할 수 있는 보건계획을 수립하였다.

(6) 보건의료 정보

정확하고 적시적인 보건 정보는 국가가 보건의체계의 경향을 모니터링하고, 부족한 보건의료의 수요에 대해 확인하고, 중요한 보건의료서비스 개선 프로그램에 투자할 때 가장 기본적으로 쓰이는 근거 자료로 되고 있다. MSH에서는 주, 지역, 의료시설 수준에서 모두 사용 가능한 데이터 분석과 사용 강화프로그램을 개발하였다. 전 세계적으로 실천을 통한 학습을 강조하면서 MSH 지역활동팀은 데이터 분석을 통해 지역사회의 보건의료서비스에 대해 평가하였고 지역사회의 보건의료체계에 존재하는 문제점을 인식하였고 이에 근거하여 해결방안을 설계하고 실시하여 서비스전달에 대한 관리를 개선하였다. MSH는 또 세계보건기구(WHO)와 함께 보건정보시스템의 성능을 개선하는 종합적인 접근법을 개발하기도 하였다.

(7) 결핵치료

지난 30년 동안 MSH는 국제, 국내, 지역 수준의 파트너들과 함께 보건의료시스템을 강화하고 결핵을 예방하고 치료하는 프로그램을 개발하고 실시하였는데 프로그램의 주요 내용은 다음과 같다.

- 결핵치료 강화 및 치료범위 확대(Expanding and strengthening TB care and treatment)
- 결핵 약물내성 관리(Managing drug-resistant TB)
- 결핵과 에이즈의 치료에 대한 통합(Integrating TB and HIV care and treatment)
- 의약품 관리 개선(Improving pharmaceutical management)
- 실험실시스템 강화(strengthening the laboratory systems)
- 인적자원 배양(Building human resources)
- 보건의료관리시스템 강화(Strengthening health and management systems)
- 결핵의 감염에 대한 공제(Improving TB infection control)

(8) 공공보건강화 사업에서의 리더십과 관리- 나라별 사례연구

MSH는 아프가니스탄 공공보건부와 함께 13개 성의 1800명의 보건 관리자를 대상으로 조사를 진행하였고 그들에게 공공보건의 관리자와 리더로서의 역할에 대해 강조하였다. 또한 백신의 보급률과 가족서비스계획에 대한 접근을 제고하고 아동과 산모의 건강을 향상시키는 프로그램을 실행하여 보건시설에서의 출산을 70%까지 제고시켰고 가족계획에 대한 상담 차수 역시 28% 증가하였다.

브라질의 Ceara지역 보건사무국에서는 공무원이 관리직으로 이직하기 전에 반드시 리더십 트레이닝을 받아야 한다고 규정하여 장기간 지속되었던 자동 승진의 틀을 타파하였다. 이러한 개혁이 보건분야에서 아주 큰 성과를 거두었는데, 한 개 지역에서

의 영아사망률은 1000명당 26명에서부터 1000명당 11명으로 감소하였고 출산 전 간호를 받는 여성은 전체의 50%에서부터 80%까지 증가하였다. 그 외에도 25개 지역에서 70%가 되는 관리자들이 리더십강화 프로그램에 참여하였고 이로 인해 신생아사망률은 기존의 50%으로 감소하였다.

탄자니아에서는 많은 시골지역 사람들이 의약품을 소매점에서 구입하는 상황이었는데 이를 개변하기 위하여 MSH와 탄자니아 정부가 연합하여Accredited Drug Dispensing Outlet (ADDO) program을 실시하였다. 이 프로그램을 실사하기 전에 진행한 조사에 의하면 많은 소매점들에서 불법으로 처방약을 판매하였고 약품 판매자 대부분이 자격증이 없고 전문적인 트레이닝도 받지 않았다. 프로그램을 실시한 후 다시 진행한 조사에 의하면 ADDO프로그램에서 트레이닝을 받은 약품 판매자 들이 잘못된 약품을 판매하는 차수가 14%로 나타나 탄자니아 전국 평균수치인 39%보다 훨씬 낮았다.

제4장. 한국 ODA에서 HSS 현황과 평가

4장에서는 현재까지 한국에서 진행된 보건의료분야 ODA를 중심으로 HSS ODA의 현황을 파악하고 분석하고자 한다. 무상원조기관인 KOICA는 1991년부터 보건의료분야의 원조를 지속적으로 양적, 질적으로 증가시켜 왔다. 이를 통해 수원국의 보건의료 발전에 기여한 면이 크지만, 한 편으로는 단편화된 인프라 구축 사업이 보건의료분야 사업의 대다수를 차지하고 있어서 HSS 프로그램을 체계적으로 발전시켜야 함을 보여주고 있다. KOICA 이외에도 공적 기관으로 KOFIH, ECDF의 기관에서도 보건의료분야의 ODA를 실시하고 있다. 하지만 여러 기관에서 진행된 HSS ODA 프로그램의 차이점이 크지 않아서 우리나라의 원조기관과 프로그램이 조화되어야 함을 보여준다. 비정부기관인 월드비전은 보건의료 관련 사업으로 모자보건과 에이즈 예방에 초점을 두고 있는데, 이는 직접적인 HSS라기보다는 주로 치료프로그램인 것을 알 수 있다.

제1절 한국의 보건의료체계강화(HSS) 현황

한국의 공적개발원조는 크게 무상원조 와 유상원조로 나눌 수 있는데 KOICA은 무상원조를 담당하며 유상원조는 경제개발협력기금(EDCF: Economic development Cooperation Fund)이 담당하고 있다. KOICA이 담당하는 무상원조에서 보건의료분야는 주로 보건의료 인적 역량강화, 제도적 역량강화 및 서비스 접근성 강화를 통한 개도국의 보건의료 체계 강화 지원을 담당하고 모자보건 및 가족계획 향상, 전염성 질병예방 및 관리강화 등 취약 계층의 질병 치료지원 강화를 예로 들 수 있다. 반면 유상원조는 단순 시공보다는 개발계획, 병원건설, 기초 의약품 공급, 의료진 교육, 유지관리를 연계하는 총체적 시스템(Total System) 구축에 초점을 맞추고 있다.

제2절 KOICA의 HSS 지원현황

1. 전반적인 지원 현황

1991년부터 2010년까지 KOICA가 시행한 보건의료사업은 총 143개로 전체사업비와 보건의료 분야 사업비가 동반 상승했으며 2012년도 예산(4,974 억) 중 481억 원으로 약 9.73%수준에 달한다. KOICA는 보건의료지원전략(2011-2015)을 통해 파트너 국가에 보건의료 ODA 지원의 기본 방향을 수립했다. 보건의료사업을 보건의료 서비스 접근성 강화, 모자보건 및 가족계획, 전염성 질병 관리, 보건의료 제도적 역량강화, 보건의료 인적 역량 강화, 안전한 식수 공급으로 나누어 시행하고 있으며 궁극적으로 개발도상국 주민의 건강한 삶을 실현하고 지속가능한 발전에 기여하는 것을 목표로 한다. 이 중에서 보건의료 서비스 접근성 강화 관련 사업이 제일 큰 비중을 차지하고 있으며 하드웨어 중심의 병원 건립사업에서 소프트웨어 중심의 체계 강화사업으로 방향을 전환하는 시도를 보이고 있다.

표 4-1. KOICA 보건의료 분야별 사업

보건의료 서비스 접근성 강화	보건소 및 병원 건축 등 보건의료 시설개선을 통한 서비스 접근성 강화 지원
모자보건 및 가족계획	가족계획 보급, 산전관리, 출산관리, 신생아 관리, 영유아 예방접종 사업 등의 지원
전염성 질병 관리	기생충 관련 질환이나 AIDS, 말라리아, 결핵과 같은 전염성 질병의 관리나 퇴치를 지원
보건의료 제도적 역량강화	의료 보험 및 보건의료 정책과 같은 개발도상국 보건의료 제도 구축 및 실행역량강화를 지원
보건의료 인적 역량강화	보건의료 시스템의 필수 구성요소인 의사, 간호사, 조산사, 기초 보건의료인력의 인적 역량강화를 지원
안전한 식수 공급	보건의료 서비스에 필수적인 안전한 식수를 공급하기 위한 식수개발 및 보급 지원

표 4-2. 2012년 보건의료분야 추진사업 목록

구 분	단위 (백만원)	비교
보건의료 서비스 접근성 강화		
캄보디아 국립소아병원 기능개선사업(2012-2013/400만불)	0	신규
파키스탄 물탄지역 종합병원 건립사업(12-14/350만불)	403	신규
필리핀 일로일로주 공중보건 역량강화사업(2012-2014/460만불)	0	신규
네팔 티카풀지역 보건의료 환경개선사업(2011-2014/550만불)	220	계속
베트남 중부지역 종합병원 건립사업(2006-2012/3,500만불)	1,757	계속
캄보디아 바티에이 병원 기능강화사업(2011-2014/350만불)	500	계속
캄보디아 시엠립 주립병원 역량강화사업(2010-2012/330만불)	700	계속
캄보디아 안과 전문병원 설립사업(2011-2013/550만불)	450	계속
파푸아뉴기니 지역보건의료체계 강화 지원사업(2010-2013/550만불)	1,500	계속
세네갈 Dahra Djolof 병원건립사업 (2012-2013/300만불)	0	신규
에티오피아 라스데스타 병원 현대화사업 (2012-2013/150만불)	0	신규
카메룬 야운데 국립긴급의료센터 건립사업(2010-2012/300만불)	2,065	계속
볼리비아 뜨리니다드 지역 종합병원 건립사업(2012-2014/1,500만불)	0	계속
볼리비아 엘알또 한국병원 3차 사업(증축 및 기자재 지원) (2012-2013/200만불)	0	계속
엘살바도르 한-엘 우정병원 건립사업(2012-2014/500만불)	0	계속
콜롬비아 한-콜 우호재활센터 2차 사업 (2012-2015/100만불)	0	계속
페루 리마 북부 및 까야오지역 건강증진 프로그램 (2012-2017/750만불)	0	계속
콜롬비아 한-콜 우호 재활센터 건립사업(2007-2012/1,150만불)	3,439	신규
페루 리마 인디펜덴시아구 따우안띤수요병원 건립사업(2011-2013/570만불)	400	신규
페루 UNSAAC 대학 치과 역량강화사업 (2010-2012/200만불)	1,220	신규
이라크 알카임시 보건소 건립사업(2012-2013/130만불)	0	계속

구 분	단위 (백만원)	비교
팔레스타인 국립 약물중독 및 정신적 외상치료센터 건립사업 (2012-2013/320만불)	0	계속
아프간 파르완 지역 의료지원 건립사업	6,836	계속
모자보건 및 가족계획		
라오스 소아과 의료인력 교육 및 지역보건소 역량강화사업 (2012-2014/950만불)	0	신규
방글라데시 가정방문 중심의 산모 및 신생아 보건증진사업 (UNICEF) (2010-2013/200만불)	575	계속
에티오피아 연방 가족계획사업 (2012-2014/600만불)	0	신규
에티오피아 아르시 가족계획2차사업 (2011-2013/200만불)	584	계속
코트디부아르 UNFPA 중북부-서부지역 누관치료사업 (2010-2012/170만불)	1,380	계속
DR콩고 기초면역 강화사업(UNICEF)(2010-2012/200만불)	0	계속
볼리비아 꼬비하 지역 모자병원 건립사업(2012-2014/500만불)	0	신규
파라과이 산빠블로 모자병원 역량강화사업(2012-2016/500만불)	0	신규
페루 보건소 모자보건인력 역량강화사업(2012-2015/700만불)	500	신규
과테말라 모자보건 향상 사업(2010-2012/150만불)	767	계속
과테말라 웨웨떼낭고주 국립병원 모자보건 역량강화사업 (2011-2015/270만불)	550	계속
페루 리마 꼬마스 제2 한-페 모자보건센터 개선사업 (2011-2013/250만불)	1,000	계속
전염병 역량강화		
미얀마 전염병 연구소 역량강화사업(2011-2014/300만불)	400	계속
필리핀 카비테 공중보건 및 결핵관리 역량강화사업 (2010-2012/300만불)	1,845	계속
DR콩고 말라리아 퇴치 및 보건소 역량강화사업(2012-2014/400만불)	805	신규
가나 볼타지역 수인성질병 관리사업(2011-2013/400만불)	500	계속
수단 주혈흡충 2차 퇴치사업(2011-2013/180만불)	400	계속

구 분	단위 (백만원)	비교
에티오피아 아디스아바바 결핵예방 및 퇴치사업(2011-2013/280만불)	1,100	계속
보건의료 제도적 역량강화		
인도네시아 의약품안전정보시스템(KiFDA) 보급(2012-2014/100만불)	0	신규
네팔 의료보험제도 도입 타당성 조사 사업(2010-2012/100만불)	1,130	계속
베트남 의료보험법 제정 지원사업(2011-2013/80만불)	460	계속
이라크 의료정보시스템 구축사업(2012-2014/500만불)	0	신규
보건의료 인적 역량강화		
방글라데시 간호전문인력 양성기관 설립사업(2012-2015/1,200만불)	200	신규
베트남 산업안전보건 훈련센터 개발역량 강화사업(12-14/340만불)	0	신규
라오스 주립 및 군립병원 역량강화(20명)	150	초청연수
미얀마 보건의료 양성(5명)	115	초청연수
방글라데시 결핵관리 및 모자보건 증진(15명)	78	초청연수
베트남 지역의료보건 발전(15명)	78	초청연수
필리핀 결핵관리 역량강화(10명)	52	초청연수
필리핀 지방공중보건 역량강화(12명)	62	초청연수
가나 가족계획 및 모자보건 향상(20명)	128	초청연수
르완다 보건의료정책 및 프로그램 관리(15명)	120	초청연수
에티오피아 보건의료정책 및 프로그램관리(15명)	100	초청연수
카메룬 결핵관리 역량 강화	80	초청연수
DR콩고 보건의료정책(20명)	115	초청연수
볼리비아 오루로 보건의료시스템 향상 및 의료인력 역량강화사업(2010-2016/1,000만불)	1,227	초청연수
파라과이 보건의료정책 및 프로그램 관리(15명)	83	초청연수
페루 모자보건 정책 및 제도(15명)	83	초청연수

구 분	단위 (백만원)	비교
안전한 식수 공급		
라오스 우돔사이주 싸이군 식수공급사업(12-13/300만불)	0	신규
라오스 캄무안주 세방파이군 상수도공급 및 위생개선사업 (2010-2012/150만불)	575	계속
파키스탄 펀잡 식수공급사업(2011-2012/400만불)	3,458	계속
에티오피아 SNNPR주 수자원 공급 및 위생시설 개선사업 (2012-2013/450만불)	0	신규
케냐 나코욘초 지역 식수개발사업(2012-2014/300만불)	0	신규
DR콩고 이디오파 식수개발사업(2012-2014/300만불)	575	신규
세네갈 식수개발 사업(2010-2012/550만불)	939	계속
케냐 아웬도지역 식수개발사업 (2010-2013/290만불)	0	계속
과테말라 끼체주 네바흐시 식수공급 사업(2012-2013/80만불)	0	신규
과테말라 웨웨떼낭고주 식수공급 확대사업(2011-2012/109만불)	360	계속
볼리비아 과라요스 지역 상수도 시설 구축사업(2010-2012/ 350만불)	2,369	계속
아프간 카불시 식수개발사업(2012-2013/300만불)	0	신규
이라크 알카임시 식수공급사업(2012-2013/120만불)	0	신규
이라크 도훅 식수공급 개선사업(2011-2013/300만불)	1,000	계속

2. KOICA의 HSS에 대한 사례와 평가

보건의료체계강화를 위한 KOICA의 사업들로는 볼리비아와 네팔의 사례 등이 진행되고 있다. 볼리비아에서는 보건의료체계 강화를 위하여 한국국제협력기구(KOICA)에서는 볼리비아 베니주에 3차 종합병원건립 및 사업을 진행하고 베니주 트리니다드의 통합 보건네트워크 강화사업 및 베니주 목호스 산이그냐시오 2차 병원 건립 및 보건네트워크 강화 사업을 진행하고 있으며(대외경제정책연구원 2012) 네팔 보건의료체계 강화를 위해 HIT프로젝트에서는 상주 PM 및 단기파견 전문가를 파견하여 인적자원관리, 재정관리, 의료기자재 및 의약품관리, 시설관리에 대한 자문을 실시하고 관

련 매뉴얼을 개발하며 관리자 국내 초청교육 및 현지 임상인력 실무향상 연수를 진행하고 있다[4].

KOICA의 보건의료서비스 접근성 강화 프로그램들에서는 현지 지역에 존재하고 있는 병원의 환경을 개선하거나 보건의료서비스의 접근성을 개선하기 위해 병원을 새로 짓는 사업이 대다수를 차지하고 있었다. 대부분의 개발도상국이 일차의료조차 제대로 제공이 되지 않는 상황에서 최신식의 병원이 유용할 수도 있으나 한편으로는 오히려 질병 수요에 기반한 의료시설이 지어지지 않을 경우 병원이 무용지물이 될 우려도 존재한다. 모자보건 및 가족계획에서는 현지 지역의 모자보건의 보건의료서비스 접근성을 개선하기 위한 병원 신설 및 증축이 주를 이루고 있어 보건의료 서비스 접근성 강화와 뚜렷한 차이를 보이지 못하고 있으나 최근에는 소프트웨어와 하드웨어 중심 사업을 동시에 결합한 보건의료체계 강화 쪽으로의 방향 전환을 시도하는 노력을 보이고 있다. 모자보건 인력 역량강화에는 현지 주민을 대상으로 다양한 내용을 교육하는 것이 있겠지만 실제로 장기적으로 교육이 이루어지지 않으면 일회성에 그칠 수밖에 없다. 또한 인력 양성 후에 인력이 유출되는 현상 역시 KOICA 내부에서 우려하고 있는 문제이다. 이는 전염병 역랑강화에서도 마찬가지이다. 대부분 사업에 역량강화가 목표로 되어 있으나 인력 유출의 문제로 해결방안을 내부에서 모색하고 있으며 방안 중 하나로 교육 전에 다른 곳으로 이동하지 않도록 사전계약을 하는 방법이 나오고 있다.

보건의료 제도적 역량강화에서는 제도 자체를 개선하려고 했다는 데에서 주목할 만하다. 물론 한국의 제도 자체를 완벽히 수원국에 도입을 할 수는 없으나 실제 열악한 체계와 제도에 한국의 장점을 적용한다면 발전할 가능성이 클 수 있다는 점에서 의미가 있다. 현지 질병/건강상태에 대한 역학 정보가 없는 상태에서 보건의료서비스는 무의미하므로 정보 시스템을 구축하는 것은 매우 시급한 사업이기도 하다. 안전한 식수 공급은 비용은 많이 소모되지만 지속적으로 관리가 된다면 수인성 질병이 만연한 수원국 국민의 건강 상태를 개선하는데 에 큰 역할을 할 수 있다. 현재 KOICA에서는 14개의 식수공급사업을 시행하고 있는데, 실질적으로 어떤 성과를 보일지는 장기적인 추적관찰과 관심이 필요할 것이다.

4) 볼리비아와 네팔에서 보건의료체계 강화 프로그램진행과 관련된 상세 내용에 대해서는 부록 3-3을 참고

3. KOICA 직원 포커스 그룹 인터뷰

KOICA 직원의 포커스 그룹 인터뷰(Focus Group Interview)를 통해 사업의 현황을 알아본 내용을 소개하면 아래와 같다. 2012년 12월 4일 오후 2시부터 진행된 포커스 그룹 인터뷰는 KOICA 직원 10여명을 대상으로 진행하였으며 현지 사업에 대한 소개와 보건의료사업의 문제를 직접 들을 수 있었다[5].

전반적으로 KOICA의 보건의료 관련 사업은 명목상으로는 분류를 했으나 사업이 중복되는 경우가 매우 많고 큰 목표와 맞지 않는 경우가 많다. 예를 들어 역량강화라고 목표를 명시해 두기는 했지만 실제로는 시설 건립에만 초점을 맞춘 것은 목표를 간과한 사례라고 할 수 있다. 역량강화는 21세기의 개발협력의 중심의제가 되어 왔는데 이는 개발협력이 공여국 중심에서 수원국 중심으로 변화하는 과정에 있다는 것을 단적으로 보여주는 예 중에 하나이기도 하다(이종무, 김태균, 송정호, 2011).

역량강화에 대한 기존의 패러다임은 수원국의 주인인식에 대한 이해가 부족하고 이미 선진국이 갖고 있는 정책과 제도를 수원국에 이식하는 것에 머물러 있었다면 이제는 수원국의 주인의식과 리더십에 기초한 역량강화가 중요해지고 있다. 이러한 패러다임의 변화는 역량구축과 역량발전에 대한 구분을 수반했다. 역량구축은 역량이 목적을 이루기 위한 수단일 뿐이므로 역량을 형성하는 자체의 초기 단계에만 초점을 맞추었다. 즉, 역량 구축은 외부 행위자가 도움을 주는 것에 대한 관점에서 기술협력, 훈련, 기술 이전 등에 중심을 두고 이러한 작업은 단기간 혹은 일회성에 그치는 것으로 설정했다. 반면 역량발전은 역량이 수단이자 목적이기도 하다. 그러므로 역량발전은 역량 구축뿐만 아니라 역량 이용, 관리, 유지 지속가능성 모두를 아우르는 것이라 할 수 있다. 그러므로 역량발전은 역량구축보다 더욱 포괄적인 개념이라고 할 수 있다. 그러므로 공여국과 국제기구는 개발도상국이 지식에 접근하는 것을 촉진하고 역량 발전의 장애물을 제거하기 위해 가능한 환경을 만들어주는 것이라 할 수 있다.

이러한 역량 강화에 대한 의미와 중요성을 고려한다면 수원국 현지인력 및 주민의 역량을 강화하기 위해서는 병원을 건설하는 것뿐만 아니라 주민의 역량을 발휘하는 데 있어서의 장애물을 제거하는 데에도 초점을 맞추어야 한다. 보건의료분야에서는

5) KOICA 포커스 그룹 인터뷰를 통한 보건의료사업에서 직원들의 지역별 사업에 대한 의견은 부록 A-7 참고

사회경제적 수준을 향상시키는 것, 그리고 인식 개선을 위한 교육이 방법 중 하나가 될 수 있을 것이다.

또한 포커스 그룹 인터뷰를 통해 현재 진행되는 보건의료사업의 문제를 파악할 수 있었다. 이후 보건의료 ODA의 문제점 분석에서도 살펴보겠지만 기본적으로 현지 주민의 수요를 반영해야 하며, 누구를 파트너로 선정하는지에 대한 단계에서부터 직원의 고민이 많았다. 주민이 원하는 것과 정부 관료가 원하는 것의 괴리는 항상 존재하기 때문이다. 이는 결국 '하향식(bottom up)'이냐 '상향식(top down)' 이냐의 고민과도 함께하는 문제이다. 실제 사업 조사를 가보아도 요청한 사업들이 주민의 상황과는 맞지 않는 경우가 존재한다. 그러므로 사업을 어떤 방식으로 어떤 내용으로 시행할 지에 대한 모듈이 있어야만 사업을 선정하는 데에도 의견의 불일치가 없다.

표 4-3. 포커스 그룹 인터뷰에서 제시된 보건의료사업의 문제점

문제점	구체적 내용	해결방안
Top down vs. Bottom up	취약계층 위주로 보면 bottom up으로 해야 하지만, 주정부에서 사업을 요청할 때에는 Top Down을 원하는 경우가 많다. 왜 Bottom up으로 가야하는지에 대한 근거가 부족하다.	KOICA 사업을 구체적으로 시행할 수 있는 모듈이 필요하다. 직원 내부에서도 오해할 소지가 적도록 사업을 시행하는 것이 필요하다.
Ownership	정부를 파트너로 할지 지역사회 주민을 파트너로 정해야 할지에 대한 고민과 얼마만큼 지역주민의 의견을 반영할지를 고민할 지가 필요하다.	실제 KOICA 내부에서 작성한 연구 및 보고서가 이미 충분하므로 KOICA 모든 이해당사자가 이해할 수 있는 지침이 필요하다.
Workforce	실제 인력을 하고도 사업 후에 더 나은 직장으로 이동하는 경우가 빈번하다.	사업 종료 후에도 지속적인 평가 및 모니터링을 시행하거나 사업을 시행하기 전에 조건 및 계약을 통해 일정 기간 동안 근무를 하도록 한다.
사업 형태	대부분의 사업이 기존 KOICA 사업 내용에 얽매여서 새로운 사업을 시도하려는 경우를 찾아보기 힘들다.	KOICA 뿐만 아니라 USAID와 같이 현지 지역에서 사업을 진행하고 있는 기관과 함께 논의를 하고 보건의료전문가가 현지 사업을 직접 발굴하는 것이 중요하다.

다음으로 보건의료인력 강화 사업은 사업 종료 후에 인력이 다른 곳으로 유출되는 현상이 발생하는 점에 대해서 직원들이 우려를 표했다. 충분한 재정 지원을 통해 사업을 시행하고 인적 역량이 강해진다고 하더라도 인력이 다른 곳으로 이동하면 사업은 아무 의미가 없어진다. 이를 해결하기 위해서는 인력에 대한 충분한 인센티브를 지급하면서 사업 이후에도 지속적이 평가와 모니터링 체계가 필요하다는 의견을 제시하였다.

제3절 국내 다른 기관들의 HSS(KOFIH, EDCF)

1. 경제개발협력기금(EDCF: Economic development Cooperation Fund)

경제개발협력기금의 2011년 통계에 따르면 차관 분야별 승인현황 교통 29.1% 에너지 18.2% 수자원과 위생 15.1% 보건 10.6%로 이후 살펴볼 무상원조와는 달리 보건분야가 3위를 차지하고 있었다. 이는 교통과 에너지가 앞서 제시한 유상원조의 특징과 같이 총체적 시스템 구축에 유리하기 때문이다. 또한 경제협력기금은 기후변화와 환경파괴에 대한 국제사회의 우려에 대응하고 협력대상국의 수요에 부응하고자 재원의 상당부분을 환경과 농업 분야에 배분할 계획이라고 발표했으며 보건분야가 중요분야로 차지는 하겠지만 의료기자재 공급과 시설 건립 등으로 그칠 것으로 보인다. 특히 무상원조와 유상원조의 분절화 된 시스템은 한국의 보건의료 ODA에서도 매우 중요한 문제로서 총리실, 외교통상부, 기획재정부, 보건복지부 등 14개 부처가 시행기관으로 각자의 사업을 진행하고 있어 주체 사이에서도 역할 분담 및 협력이 이뤄지지 않아 동일한 사업에 집중되는 등의 사업 중복과 분절화가 심함을 알 수 있다(국제개발협력시민사회포럼, 2011). 이는 이후 접근 분석에서 자세히 다루기로 한다.

표 4-4. DECF 분야별 승인 및 집행현황

승인		집행	
교통	29.1%	교통	51.1%
에너지	18.2%	교육	12.3%
수자원, 위생	15.1%	수자원, 위생	10.2%
보건	10.6%	보건	9.7%
공공행정	9.5%	에너지	6.6%
농수임	7.1%	통신	4.4%
교육	6.3%	농수임	2.6%
통신	4.1%	공공행정	2.0%

현재 경제개발협력기금이 시행한 보건의료분야 유상원조로는 몽골의 국립의료원 건립사업과 베트남 일부 지역의 의료기자재 공급이 있다(경제개발협력기금, 2011).

1) 몽골 국립의료원 건립 사업

몽골 수도 울란바타르에 현대화된 국립의료원을 건립함으로써 양질의 의료 환경 제공 및 국민보건 향상에 기여를 목적 636억을 투입한 사업이다. 경제개발협력기금은 입찰을 통해 사업을 시행할 기관을 모집해 사업을 시작했으나 몽골의 한파로 사업이 중단되면서 차질을 빚기도 했다.

2) 베트남 의료기자재 공급 사업

무상원조로도 상당 금액의 자금을 투입하는 베트남은 유상원조로 의료기자재 공급 사업을 하고 있다. 2008년 1월, 베트남 기획투자부(Ministry of Planning and Investment:MPI)와 우리나라 기획 재정부와의 정책협의 시 중기('08~'10년) 연동계획(Rolling Plan)에 2008년 지원 사업으로 등재되었으며, 2008년 6월 베트남 지아라이성의 사업타당성조사(F/S)를 완료하였고 2008년 7월 베트남 정부는 우리나라에 EDCF 지원을 요청해왔다.

EDCF는 현지 지역 병원에 레이저 안과수술 시스템, 대장 내시경, 칼라 초음파 등의 의료기자재를 제공함과 동시에 의료인력과 기술인력을 대상으로 의료기자재 사용법과 유지보수 교육을 실시했다. 이는 경제개발협력기금의 유상원조 목적인 보건의료분야의 사회 인프라를 제공함으로써 의료서비스의 수요공급 불균형을 해소하는 데 기여함은 물론 양질의 의료서비스를 제공하여 지역주민의 보건 향상을 도모하는데 기여하고자 했다.

2. 한국국제보건의료재단(KOFIH: Korea Foundation for International Healthcare)

한국국제보건의료재단은 KOICA와 함께 보건의료 무상원조를 시행하고 있는 기관이다. 故이종욱 WHO 사무총장의 업적을 기리고자 2004년 설립되면서 2005년에 재단법이 별도로 재정되었다. 사업은 크게 개발도상국 보건의료 지원사업, 북한 보건의료 지원사업, 외국인 근로자 보건의료 지원사업, 재외동포 보건의료 지원사업, 해외재난 긴급구호 사업, 이종욱 사무총장 기념사업, 의료기기 지원사업을 시행하고 있다. 한국국제보건의료재단의 경우 2010년에 자체적으로 ODA 중장기 발전계획을 수립해 이를 바탕으로 2011년에 모자보건, 결핵, 기생충 관리 ODA 사업모델을 개발했다. 이 기관의 주무부처인 보건복지부에서 밝히는 모자보건 사업의 기본전략은 한국의 모자보건사업 경험 교류하는 큰 틀에서 바라본다.

2010년 결산 기준으로 보건분야 가장 큰 규모의 원조를 집행하는 기관은 KOICA 다음으로 889억 5천 8백만원으로 한국국제보건의료재단이 차지했다. 특히 이종욱 펠로우십은 보건의료체계가 열악한 개발도상국의 인력을 직접 한국에 초청하여 전반적인 보건의료내용을 습득하도록 교육함으로써 개발도상국의 의료체계를 강화시키고자 지원하는 사업의 일환이라 할 수 있다.

1) 보건의료 지원사업

보건의료지원 사업은 저소득국가에 모자보건 증진사업, 결핵관리 역량강화사업, 기생충관리사업, 응급의료 기능강화사업, 사후관리사업, WHO 협력사업이 있다. 보건의료 지원사업이 내용상으로는 위와 같이 분류가 되어있지만 실제로는 보건의료시설을 지어주거나 의료기기/물품 등을 보급하는데에 초점을 맞추고 있다. 대표적으로 2009년 3월 스리랑카 아비사웰라 지역병원에 응급의료센터를 설립해 무상기증한 사례가 있다. 2004년 12월 당시 쓰나미가 발생하면서 인도네시아, 스리랑카, 인도 등지에서 30만 명이 사망하고 실종되고 이재민이 발생했다. 대한적십자사는 성금 활용 방안에 대해 관계 기관과 협의해 2005년 2월, 10억 원을 스리랑카·인도네시아 보건

의료지원 사업비로 재단에 배분했다. 같은 해 8월 스리랑카 국회부의장이 한국을 방문해 아비사웰라 지역병원의 보건의료 지원을 요청하면서 응급의료센터(Primary Care Unit, 이하 PCU) 건립 논의가 본격적으로 시작되었다.

아비사웰라 지역병원은 쓰나미 발생 당시 주변 지역병원의 피해로 환자 치료에 핵심적 역할을 수행하였으나 응급실이 없어 치료에 어려움이 많았다. 아비사웰라를 중심으로 두 개의 주도로가 지나는 지리적 특성상 교통사고와 관련된 외상이나 응급환자도 크게 늘었고, 주변 지역이 산업 단지로 변화함에 따라 산업 재해 사고도 증가 추세였다. 그럼에도 불구하고 마땅한 응급 의료 시설이 없어 많은 사람들이 적절한 치료를 받지 못한 채 생명을 잃고 있었다. 응급실이 없다보니 불필요한 입원이 늘어 병원 침상 점유율이 높은 것도 문제점이었다. 당시 아비사웰라 지역병원의 연간 입원 환자 수는 5만 명에 달했고, 외래 환자는 35만 명을 넘어서고 있었다. 따라서 PCU를 설립하면 재해 발생시 지역 보건 의료의 중추적인 역할을 수행할 수 있고, 입원 환자 수를 크게 줄일 수 있으며, 병원을 찾은 환자의 24시간 내 사망률을 감소시켜 지역보건의료의 질적 향상을 기대할 수 있다는 것이 아비사웰라 지역병원 PCU 지원의 배경이었다.

재단은 신설된 PCU에 처치, 부목, 봉합, 기도 유지에 필요한 소모품을 지원했고 재단이 이미 지원한 환자감시장치, 인공호흡기, 흡입기, 심전도기 등의 의료기기들을 제대로 사용할 수 있도록 의료진에 대한 실습 교육도 진행했다. 의료기기 소독과 관련한 간호사 위생 교육을 실시했으며 재단이 지원한 전기 수술기의 설치 및 사용을 위한 교육을 실시했다. 초음파 기기 사용 방법을 시연하고, 판독방법 등을 교육시키는 등 운영에 차질이 없도록 철저하게 준비하고 교육했다. 응급의학과, 성형외과, 심장내·외과 등 스리랑카에서 기술적으로 부족한 진료과목에 대해서는 한국의 의사들을 아비사웰라 병원으로 파견해 기술을 전수했다. 2009년에는 자매결연을 맺은 인하대병원 사회봉사팀이 병원을 방문, 구순구개열 어린이들을 무료로 수술해주기도 했다.

이와 같이 주로 단기간에 병원과 의료기기를 설립하거나 제공하는 것이 보건의료 지원 사업의 주된 내용이다. 하지만 다른 기관의 사업과 마찬가지로 일시적인 사업의 한계가 부각이 되면서 실질적으로 보건의료체계 강화에 도움이 되는 사업으로 이종욱 펠로우십 사업을 진행하게 되었다.

2) 이종욱 펠로우십

개발도상국가의 건강증진과 보건의료체계 강화에서 필수 요소 중 하나는 보건의료 인력의 적정 수급과 역량 강화이다. 개발도상국가의 경우, 숙련된 보건의료인력의 수가 절대적으로 부족하고 지역적 측면이나 의료 전달 체계 안에서 불균형한 인력 분포를 보이고 있어 의료 인력의 가용성(Availability)이 매우 떨어지는 실정이다. 필요한 의료시설이나 장비도 부족하지만 의학 지식과 기술 수준도 낮은 형편이다. 이종욱 펠로우십은 이와 같은 개발도상국가의 보건의료인력 현실에 주목, 국제사회 보건의료 인력 수급 및 양성 필요에 동참하려는 의도에서 그리고 고 이종욱 박사의 보건의료인력 교육 훈련 프로그램 육성 의지 및 정신을 계승하는 차원에서 개발도상국가 보건의료인력의 역량강화를 목적으로 재단이 2007년부터 시작한 교육 사업이다. 특히, 과거 우리나라가 받은 '미네소타 프로젝트[6]' 경험을 되살려 한 국가 및 기관에 대해 집중적인 중장기적 교육을 실시함으로써 교육 효과를 높이게끔 고안된 교육 원조 프로그램이다.



그림 4-1. 이종욱 펠로우십 참여국가 및 인원현황(2007년-2012년도)

6) 1955~1961년까지 7년간, 이종욱 박사가 졸업한 서울의대는 미국 정부 산하 국제협력단(International Cooperation Administration)이 주관한 개발도상국가 고등 교육 원조 프로그램의 수혜기관이었다. 사업시행자가 미국 미네소타 대학교였으므로 한국에서는 흔히 이를 '미네소타 프로젝트'라고 부른다. 총 1,000만 달러의 지원규모를 지닌 '미네소타 프로젝트'는 서울대학교 의과대학, 공과대학, 농과 대학 등 3개 단과대학 교원에 대한 교육 및 기술 지원(약 350만 달러), 시설투자 지원(약 350만 달러), 기자재 및 도서관 투자 등의 장비지원(약 300만 달러)을 통해 한국전쟁 후의 서울대학교 재건을 지원하였다.

2007년, 우즈베키스탄 11명의 의료 인력에 대해 1~4주 단기 국내 초청 연수로 시작했던 이종욱 펠로우십은 올해로 시행 5주년을 맞게 되었다. 이종욱 펠로우십을 통해 2007년부터 2012년까지 아프리카, 아시아, 중남미에 분포한 22개 개발도상국가 318명의 보건 의료 인력이 국내 초청 연수를 받거나 혹은 현지에서 교육을 받았다. 사업 초기에 이종욱 펠로우십은 재단이 지원하는 의료사업과 연계한 국내 초청, 단기 임상 연수 형태로 진행되었으나 점차 교육 기간이 장기화 되었고(최소 3개월 이상), 국내초청 연수뿐 아니라 초청 연수를 전후한 현지에서의 사전 준비 교육 및 사후 보수 교육 첨가 등 연속 교육 모듈 채택, 단순한 임상위주의 교육에서 나아가 한국의료문화 이해 및 보건관리교육 등을 포함하는 포괄적 교육과정 실시, 재단 시행 원조사업 뿐 아니라 타 정부부처(외교통상부-KOICA, 기획재정부-EDCF, 행정안전부)가 시행하는 유·무상 원조 사업과 연계 실시 등 그 규모와 범위, 내용 면에서 변화를 거듭하여 왔다. 또한 사전 준비교육 → 본 교육(국내초청연수) → 사후 보수 교육 → 재교육과 같은 연속 교육 모듈을 시행하여 교육 효과를 극대화 한다(한국국제보건의료재단, 2012).

3) 1차 시범 사업

2010년 11월, 재단의 지원 하에 서울의대가 라오스 유일의 의대인 라오스 국립의과대학 교수요원의 역량강화 및 교육체계개선을 위해 시작한 '이종욱-서울 프로젝트'는 이종욱 펠로우십 중장기 교육사업의 제 1차 시범사업이라고 할 수 있다. 이종욱-서울 프로젝트는 과거 서울의대가 수원기관으로서 경험한 '미네소타 프로젝트'의 의미와 교훈을 라오스 국립의대와 공유하는 사업이기도 하다. 서울의대와 라오스 국립의대는 라오스 국립의대(UHS) 및 대학병원 교수 요원의 역량 강화와 교육체계 개선을 위해 최소 5년간 양 대학 간의 인적 교류를 통한 중장기 교육을 시행한다.

라오스 국립의대 교수 중 한국에 와서 1년간 교육에 참여할 대상을 서울의대 교수진이 직접 선발한 후, 1차로 선발된 연수교수들(약 8명)은 한국에 오기 전 현지에서 한국어 교육 등 연수에 대비한 사전 교육을 받게 된다. 한국에서는 일정 기간의 오리엔테이션을 거쳐 각자 임상 전공 분야에서 지도교수를 정하고 임상교육을 받게 된

다. 아울러 의과대학 교육자 및 연구자, 보건정책 지도자로서 필요한 기초 공통 과목을 이수한다. 1년간의 연수를 마치고 본 국으로 귀국할 때는 필요한 교육기자재를 제공하여 연수결과의 현업 적용을 도모하고, 서울의대 자문관을 현지에 파견하여 보수교육이나 컨설팅을 시도한다. 의과대학 교수요원 역량강화 및 교육 체계 개선을 위한 교육 사업은 라오스 전체 보건의료인력 양성을 위해 중요한 사업이다.

의과대학 및 대학병원 교수가 교육·연구·진료·정책 지도자로서의 역량을 키워나감으로써 이들을 통해 차세대 보건의료 인력이 양성되고, 현지 1차 의료기관이나 지역사회 보건요원들의 역량강화를 위한 교육훈련이 이루어 질 수 있기 때문이다. 이들은 또한 자국의 보건의료 정책과 제도 개선 과정의 의사결정자, 오피니언 리더로서 기여할 가능성이 높은 핵심 인물이기도 하다. 이종욱-서울 프로젝트는 라오스 국립의과대학뿐만 아니라 KOICA가 신축한 아동전문병원의 인력교육도 함께 지원함으로서 라오스 국립의대의 대학병원(Teaching hospital)역할 정립과 역량 강화에 기여 중이다.

향후 5년간 이종욱 펠로우십은 개발도상국가 보건의료체계강화 중심의 보건의료인력 역량강화 중장기 교육 사업으로서 체제 정비와 내실화, 질적 강화에 주력하고 이를 통해 개발도상국가 보건의료인력 역량강화를 위한 교육사업 모형을 제시하고자 한다. 이를 위해서는 대상국가 보건부 및 재외공관, 대상 기관, 연수대상자, 연수를 맡아 진행하는 연수의료기관, 그리고 재단과 같은 연수 주관 기관, 관계 부처 간의 상호협력 및 참여적 연수 진행이 필요하다. 물론 정부의 예산 지원이 반드시 뒷받침되어야 한다.

제4절 NGO의 HSS

1. 월드비전

1) 배경 및 소개

한국전쟁으로 부모를 잃은 어린이를 위한 사업의 일환으로 시설지원 사업을 시작한 월드비전은 이후 한국뿐만 아니라 여러 국가를 대상으로 지원 사업을 시행하고 있다. 한국에서는 1950년 한국전쟁 당시 시설지원을 시작으로 무료 의료지원, 복지관 설립, 농어촌 개발 등 다양한 분야의 사업을 진행하고 있다. 특히 2000년 들어서는 현물지원의 한계를 느끼고 프로그램 중심의 지원이 증가하고 있다. 몽골, 미얀마, 인도 등의 아시아 국가를 포함해 에티오피아, 가나 등 아프리카 국가까지 48개 국가 191개 사업장을 대상으로 시행하고 있으며 북한에서는 주민이 스스로 식량공급을 할 수 있도록 씨감자 생산을 지원하고 있다.



그림 4-2. 월드비전의 사업 흐름도

2) 보건의료체계

월드비전에서는 보건의료 관련 사업으로 주로 모자보건과 에이즈 예방에 초점을 두고 있다. 월드비전에서도 UN MDGs를 달성하기에는 보건의료체계가 너무 열악한 개발도상국의 현실을 지적하면서(World Vision International, 2011) 모자보건 중심의 사업으로 하되 국가의 보건의료체계가 지역사회 수준에서 직접 시행될 수 있도록 하는 것이 중요하다고 강조한 바 있다. 어느 국가이든 간에 보건프로그램이 시행되

기 위해서는 현지 인력과 자원을 포함한 보건의료체계가 체계적이어야 하는데, 현실적으로 지역사회 수준에서도 열악하므로 국가 차원의 노력이 필요한 것이다. 그러므로 공여국은 공적개발원조 예산 중 적어도 10%는 보건의료체계 강화에 지원해야 한다고 월드비전은 주장한다(World Vision International, 2009).

월드비전 중앙 본부의 지부 형태이므로 독자적으로 사업을 진행하기 보다는 국제적인 사업을 지원해주는 형식을 취하고 있다. 에이즈 예방 사업은 주로 에이즈 관련 교육을 시행하거나 에이즈 감염인을 대상으로 치료를 제공하고 있다. 모자보건 역시 에이즈 예방사업과 마찬가지로 치료서비스가 주된 내용이다. 대표적인 사업의 예는 부록으로 첨부한다[7].

7) 부록 3-4를 참고

〈보론〉 한국에서의 HSS 경험
– 한국의 농어촌 의료서비스 개선사업 경험과 평가

1) 서론

개발도상국은 건강요구에 비해 보건의료 공급의 격차가 심각한 것으로 알려져 있다. UN에 따르면 아시아와 아프리카의 농촌 인구 비율은 2007년 59.2%, 61.3%이고 특히 개발도상국은 공통적으로 도시-농촌 발전격차, 농촌빈곤, 인구집중에 따른 도시지역의 사회정치적 불안 등의 일반적 문제를 안고 있다. 교통, 통신, 교육 등 제반 환경이 도시에 비해 불리해서 개도국 내에서도 보건의료 격차가 크다.

그 동안 개발도상국의 이러한 농어촌 보건의료문제 해결을 위한 투자가 지속적으로 있어왔지만 지역요구에 기반하여 통합적으로 투자가 되는 것이 아니라 특정 보건의료문제를 단편적으로 해결하는 투자가 진행되어 투자에 비해 효과적인 성과를 내지 못하였다.

이러한 문제는 과거 한국도 겪었던 문제였다. 하지만 약 30년 동안 지속적인 농어촌보건의료서비스 개선 노력으로 인해 상당한 효과를 거두었다. 특히 지역보건의료계획 작성과 평가 그리고 이를 통한 경쟁과 등급에 따른 예산지원 체계는 지역현실에 기반한 투자 및 주민과 지방자치단체의 참여형 사업을 이끌어냈다.

이러한 정책효과는 그 동안 수차례 국내의 평가에서 그 실효성을 인정받아 지금도 진행 중이며 더욱 완성되어 가고 있다. 따라서 그동안 축적된 과거 농어촌보건의료 투자 경험과 지금도 계속되는 현재의 도전은 개발도상국에게도 유용한 시사점을 줄 수 있을 것으로 기대된다.

2) 국내 농어촌 보건의료 개선사업 추진 배경

(1) 도입 당시의 농어촌 보건의료 환경 및 제도의 문제점

한국의 농어촌의료서비스 개선사업은 1980년 농어촌보건의료를 위한 특별법 제정을 계기로 비약적인 발전을 거듭해왔으며 약 30년 동안 공중보건의사 및 보건진료원 제도 도입으로 무의면 해소, 1989년 전국민의료보험제도 도입으로 경제적 의료이용

장벽완화, 1995년 농어촌특별세 도입과 지역보건의료계획 제도 도입으로 인한 지역 현실에 기반하면서도 주민 및 지방자치단체의 참여를 통한 투자 체계의 도입, 2004년 농어촌주민의 보건복지증진을 위한 특별법 제정을 통한 부처 간 통합 투자 기반 마련 등의 제도 발전으로 점차 안정적인 농어촌보건의료 투자 체계를 구축해왔다.

기존의 공중보건의사 및 보건진료원 공급 제도화 등 인력중심의 보건기관 진료기능 강화 정책은 일방적인 진료서비스 제공 강화에 그쳤고 만성질환 관리 등 더욱 복합적인 지역사회 현안 건강문제 해결에 주민 및 지방정부의 참여는 더디기만 했다. 특히 낙후한 보건기관 시설 및 장비로 인해 보건기관 공무원들의 사기가 낮은 상태였다.

이러한 가운데 1995년 농어촌특별세 도입과 지역보건의료계획 수립 및 평가제도 도입은 이러한 시설 및 장비 낙후를 극복하면서도 지역현실에 어울리는 새로운 보건사업 추진의 동력을 만들면서도 부서 간 협력 및 주민 참여를 이끌어낼 수 있는 중요한 계기가 될 수 있었다.

즉, 낙후한 보건기관 시설 및 장비 현대화를 위해 대대적인 투자를 시행하였고 이를 지역보건의료계획 수립 및 평가체계와 결합하여 단순한 필요 기반 투자가 아니라 “필요+경쟁(참여)” 기반 투자가 되도록 하여 보건기관 인력의 질 및 만족도 향상을 함께 달성하고자 하였다.

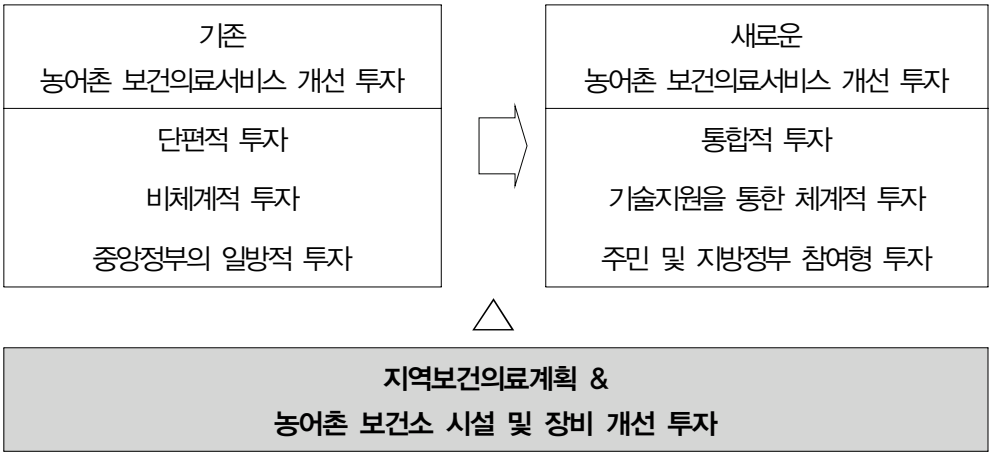


그림 4-3. 새로운 농어촌 보건의료서비스 개선 투자 개념 모형

(2) 도입 주요 계기 및 근거

농어촌 보건의료는 대부분 공공보건기관에 의해 운영되고 있으며 이들 공공보건기관은 보건소, 보건지소, 보건진료소로 구성되어 있다. 그런데 특히 단순히 진료만 제공하는 보건지소나 보건진료소와 달리 보건소는 보건의료서비스 기획을 담당할 뿐 아니라 각종 진료 및 예방서비스를 지원하는 기능을 하고 있어 전략적으로 보건소의 현대화 및 기능강화가 중요한 의미를 차지하고 있었다.

또한 한국의 농어촌의료서비스 문제는 시설과 장비 낙후 문제가 공무원의 낮은 사기와 연결되어 있었고 지역현실에 적합성이 낮은 천편일률적인 보건사업 수행 등으로 인해 기존의 부족한 인력과 예산도 협력적이지 않은 업무 추진으로 비효율성을 보이고 있었다.

따라서 이러한 문제를 해결하기 위해서는 악순환 고리를 끊는 체계적인 사업 추진이 필요했었고 이를 해결하기 위해 시설과 장비 현대화 투자 및 지역보건의료계획 작성에 따른 평가를 시행하고 시설장비 투자와 이 평가결과를 연동하는 노력이 필요하였다.

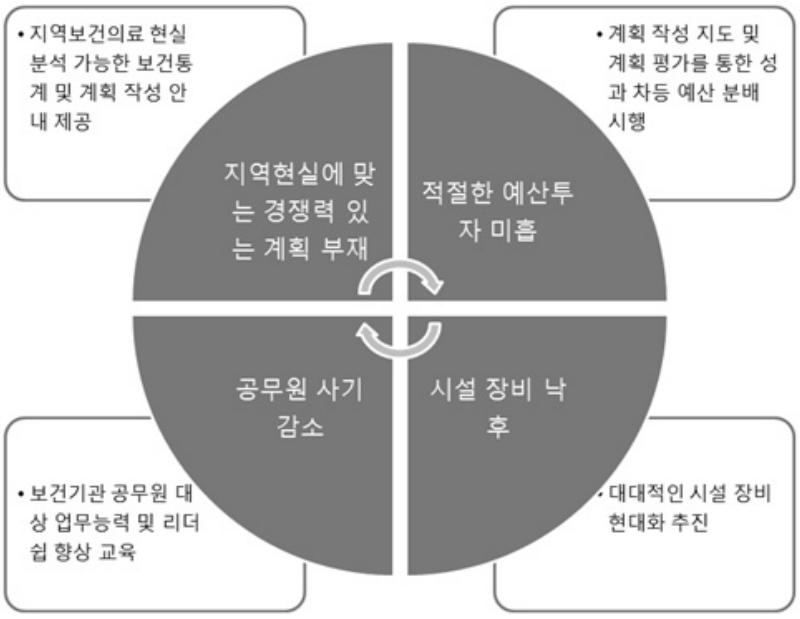


그림 4-4. 농어촌 보건의료서비스 문제 악순환 고리와 이의 해결대안으로서 입체적 접근모형

(3) 당시의 정책 목표 및 정책 결정과정 검토

마침 당시 우루과이라운드 협정 체결로 인해 농어업의 침체가 예상되는 시점에서 농어업 경쟁력 강화와 농어촌 활성화라는 두 가지 목적을 달성하기 위해 농어촌특별세 제도가 시행되게 되었다. 그리고 이 세금으로 형성된 예산 가운데 일부를 농어촌 보건의료 활성화에 투자하였다. 이때의 사업 목적은 "농어촌 보건의료기관의 시설 및 장비를 보강함으로써 양질의 1, 2차 의료서비스를 제공하고 농어촌 지역주민의 지리적, 경제적 의료접근도를 제고하며, 도농 간 의료서비스의 질적 격차를 완화함"으로 분명히 하였다.

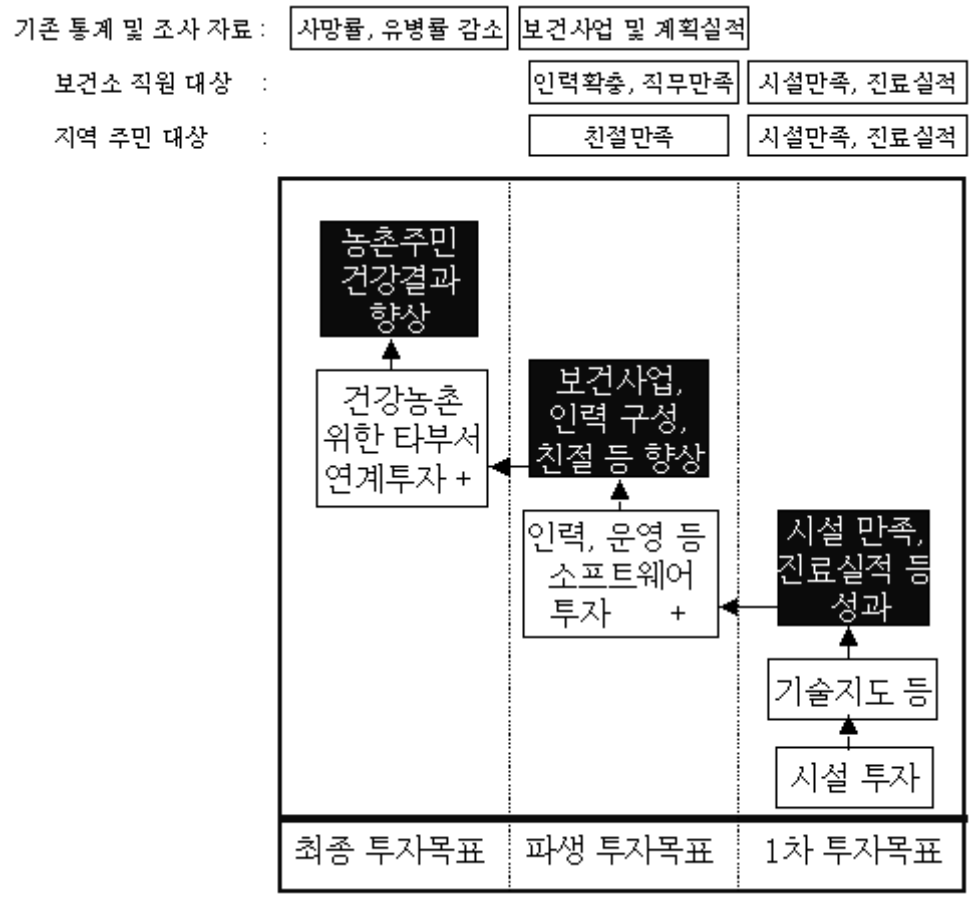


그림 4-5. 당시 농어촌 의료서비스 개선사업 목표 계층화 개념

이를 다시 투입, 과정, 결과의 틀로 맞추어 다시 정리하면 아래 그림과 같다.

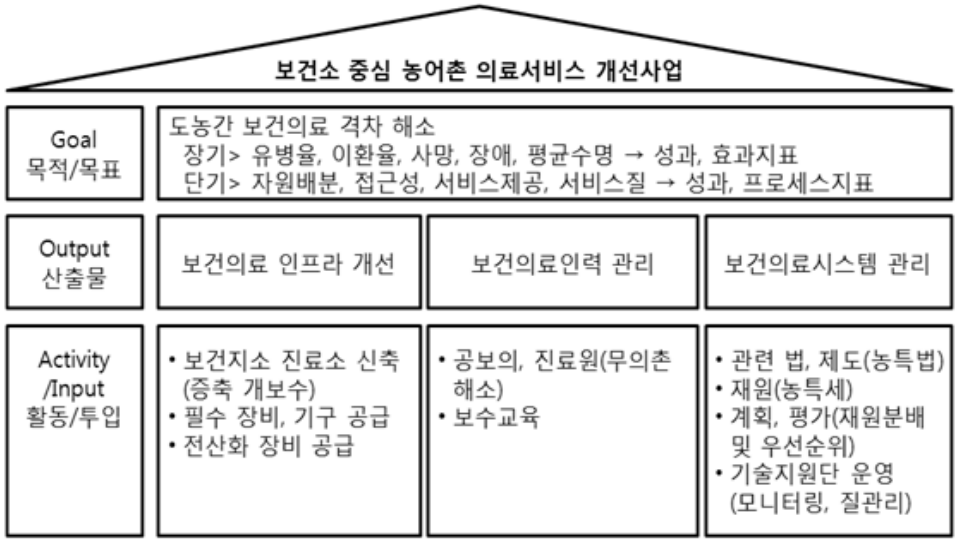


그림 4-6. 농어촌 의료서비스 개선사업 투입 과정 결과 지표 모형

프로젝트의 최종 목적(Goal)은 도농간 보건의료 격차를 해소하는 것으로 구체적인 목표(Object)는 보건소 중심 농어촌의료서비스 기능 강화를 위한 체계 구축으로 설정할 수 있다. 즉, 지역보건의료계획 수립 및 평가 체계를 구축하는 것이며 동시에 이를 위한 중앙정부의 예산 지원 및 기술지원체계와 인력을 훈련 준비하는 것이다.

프로젝트의 산출물(Output)은 시설 및 장비의 현대화, 지역보건의료계획 등 선진화된 보건행정 교육 훈련을 받은 보건소 공무원의 숫자를 늘리고 실제적인 보건의료계획 수립 및 평가체계, 예산지원 및 기술지원체계를 구축하는 것이다.

프로젝트의 투입(Input) 및 활동(Activity)은 예산의 투입 및 보건소 신축 및 장비지원, 기술지원체계를 위한 법 및 제도의 보완, 교육훈련예산 투입 등이 된다.

3) 농어촌 보건의료 개선사업의 주요 내용

(1) 사업 추진의 역사적 과정

농어촌의료서비스개선사업은 우루과이라운드 협상 타결이후 수입농산물의 증대로

인한 국내 농가 소득의 정체 및 도·농 간 소득격차 우려에 따른 농림수산업의 경쟁력 강화와 농어촌생활환경개선 및 농어민의 후생복지를 위하여 설립된 농어촌특별세(이하 '농특세')에 기반하고 있다.

본격적인 농어촌의료서비스개선사업은 1994년 농특세 도입 및 1995년 지역보건법 개정으로 인해 시작되었지만 1980년부터 공중보건의사 및 보건진료원 제도 도입부터 그 연원을 따지는 것이 타당하다.

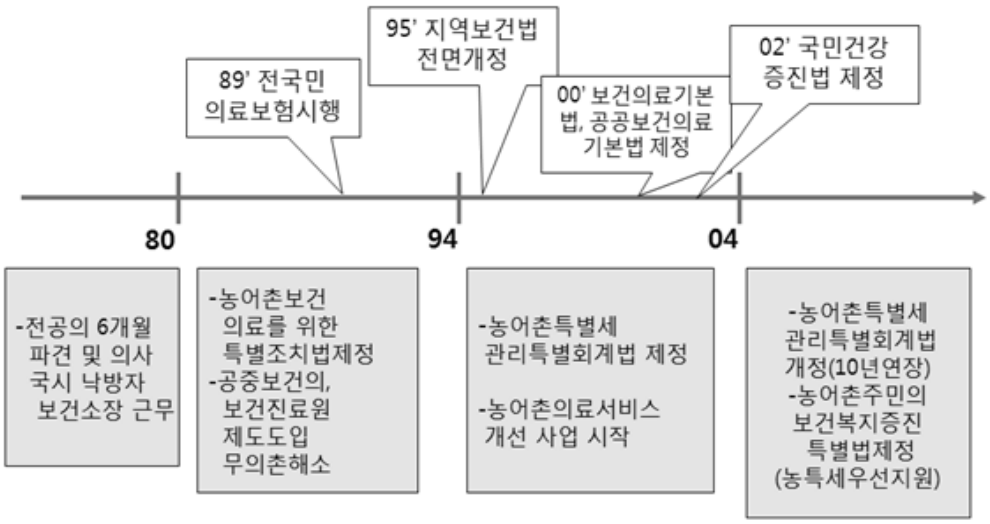


그림 4-7. 농어촌 의료서비스 관련 주요 법령 및 제도 변화

즉 무의면이 많아 농어촌주민의 일차의료접근성이 현저하게 낮은 현실을 극복하기 위해 도입된 공중보건의사 및 보건진료원 제도는 획기적인 농어촌 보건의료 발전을 도모할 수 있게 되었지만 체계적인 투자의 부족으로 인해 농어촌 보건의료의 발전은 더디기만 하였다.

이를 극복하기 위해 당시 도입된 농특세 제도를 활용하여 농어촌 공공보건기관의 시설 및 장비 현대화 사업이 본격화 되었다. 하지만 단순한 농어촌 보건의료시설 투자가 되는 것을 방지하기 위해 지역보건의료 필요 측정 및 지역보건의료 발전 도모 전략 개발과 이에 따른 목적의식적인 시설 및 장비 현대화 사업이 추진되도록 하였다. 특히 지역보건의료에서 중추적인 역할을 수행하고 있는 보건소를 먼저 투자하여

향후 농촌지역의 자립적인 지역보건의료 발전을 도모할 수 있도록 하였다.

동시에 형식적인 계획 수립에 그치지 않도록 하기 위해 지역보건의료계획 수립 및 평가, 그리고 시설 및 장비의 지역현실에 맞는 규모와 사양이 되도록 하기 위한 기술지원 체계가 수립되었고 이러한 과정을 통해 평가된 결과를 토대로 예산의 차등지원 체계를 시행하여 공무원들의 적극성을 발휘하도록 하였다.

(2) 보건의료 시설, 장비 인프라 구축 및 개선

1994년부터 농어촌지역 보건소등 지역보건기관의 시설·장비 기능보강사업이 추진되었고 2010년까지 총 9,282억원이 투자되었다(시설8,463억원, 의료장비 521억원, 전산장비 141억원, 차량 등 158억원). 보건소 등은 약 80%의 시설개선율을 보이고 있지만 보건지소는 이보다 약간 낮으며 보건진료소는 50%에 미치지 못하고 있는 실정이다.

표 4-5. 2010년 농어촌 보건의료 인프라 개선 현황

구분	대상기관수(개소)	지원현황(개소)	개선율(%)	비고
보건소	149	118	79.2	신축(이전신축) 지원 받은 경우만 포함
보건지소	1,252	906	72.4	
보건진료소	1,876	859	45.8	
전 체	3,277	1,883	57.5	

이러한 시설 및 장비 등 지원은 즉흥적으로 지원되는 것이 아니라 건축학 및 의학, 간호학, 보건학을 전공한 연구원 및 학계 전문가 등이 시설 및 장비에 대한 표준을 정립하고 필요한 지역에 적절한 규모와 사양이 들어갈 수 있도록 지속적인 심의와 현장 평가를 시행하여 그 결과를 현실에 반영하는 절차를 밟았다.

(3) 인적 자원 등 보건시스템 인프라 구축

농어촌 보건기관 업무 담당자는 기본적으로 공무원 신분이며 법에 의해 근무기간

및 복지혜택을 보장받고 있다. 1980년부터는 공중보건의사 및 보건진료원의 광범위한 농어촌 보건의료 현장 투입으로 인해 이들에 대한 교육이 강조되었다.

기존 보건소 직원에 대한 교육 및 공중보건의사 등에 대한 교육은 모두 임상병리 검사 및 결핵 검진 등에 도움이 되는 기술적 문제에 대한 교육에 그치는 문제가 있었으나 지역보건법 수립 및 평가체계의 도입 이후부터는 리더십, 멤버십 등 교육을 시행하였고 동시에 지역보건의료계획 수립 방법에 대한 최신의 보건행정 방법에 대한 교육을 시행하였다. 또한 주요 업무별 인력투입현황에 대한 평가를 시행하여 최소한의 법적 기준을 갖추지 못한 곳 등에 대한 압력을 행사하여 기본 인프라 확보를 유도하였다.

하지만 최근 비정규직 인력이 대폭 확대되어 안정적 인력 운영의 한계가 나타나고 있으며 또한 공중보건의사 등의 의료의 질에 대한 요구도 커지고 있지만 이를 모니터링하고 개선하는 정책적 대안이 부족한 실정이다.

(4) 예산 및 법, 조직 체계

예산은 농특세 회계에 주로 의존하고 있으나 공중보건의사 급여 등은 중앙정부 예산에 의해 집행되고 있으며 일선 지역보건기관의 예산은 모두 기초자치단체에서 지급하고 있는 실정이다.

농어촌의료서비스 개선과 관련된 법령은 농어촌특별세 관리 회계에 관한 법률, 농어촌 등 보건의료를 위한 특별법, 지역보건법 등이 있는데 이들이 밀접히 작동하며 농어촌 보건의료에 유기적인 영향을 미친다.

4) 농어촌 보건의료 개선사업 지원 체계

(1) 관련 제도 및 예산

- **농특세 예산체계 및 농어촌 보건의료 관련 법 및 조직, 계획 등 제도 체계**
  - 농어촌 등 보건의료를 위한 특별법(공중보건의사 및 보건진료원 등 인력 문제, 기술지원단 구성 및 운영 근거)

- 농특세 회계 특별법(예산 근거)
- 지역보건법(지역보건의료계획 작성 근거)
- 농어촌 주민의 보건복지 증진을 위한 특별법(예산 통합 추진 근거)

(2) 사업 관리 및 기술지원단 구성 및 운영 체계

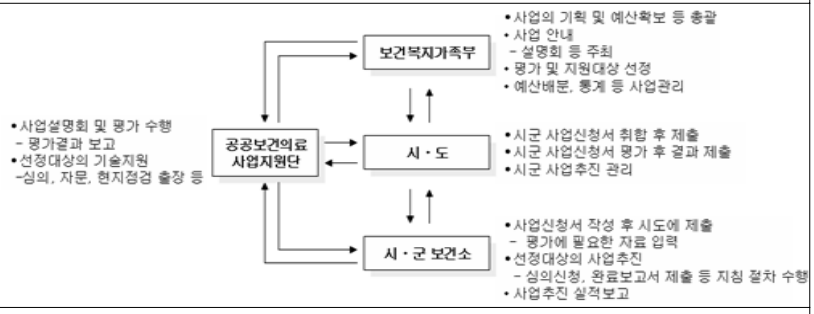
▪ 농어촌보건의료인력 처우 및 급여수준, 교육 훈련 체계

- 공무원으로 채용되어 있으며 이들의 처우 및 급여 수준은 일반적으로 사회의 중간보다 약간 더 높은 수준으로 안정되어 있음.
- 농어촌 보건기관 공무원 교육은 주로 단기 기획에 의한 보수교육에 의존하고 있음.
- 중앙정부의 교육은 크게 두 가지로 이원화 되어 있음. 기술 관련 교육은 상대적으로 안정되어 있고 역사적으로 오래되어 있으며, 보건복지인력개발원에서 시행. 행정 관련 교육은 시기에 따라 자주 내용이 달라지며 기술지원 조직에서 주로 시행함.
- 지방정부의 교육은 지방공무원교육원에서 시행하지만 보건기관 공무원은 교육 수요에 비해 공급이 매우 적은 실정이고 최근 대학 등에 위탁하여 행정 및 일부 기술 교육을 시행하고 있음.

▪ 농어촌 보건의료인력 업무 성과 측정 및 피드백

- 기술지원 체계를 통한 농어촌 보건의료인력 업무 지침 개발 제시 및 이에 대한 평가지표 제시
- 기술지원 체계를 통한 직접 농어촌 보건의료인력 업무 성과평가 및 자가평가 유도 그리고 농어촌 보건기관 주민참여 및 부서간 협력 업무성과 평가

표 4-6. 농어촌 의료서비스 기술지원 체계

법체계	농특세 회계 특별법(예산 근거) 지역보건법(지역보건의료계획 작성 근거) 농특법(기술지원단 구성 및 운영 근거) 농어촌 주민의 보건복지 증진을 위한 특별법(업무 및 예산 통합 추진 근거)
예산체계	부동산 거래 ⇒ 농특세 ⇒ 농특세 회계 ⇒ 보건분야 예산으로 복지부 할당(※국회와 예산부서 역할 정리 필요) ⇒ 복지부의 지자체 평가 ⇒ 예산 할당 결정 ⇒ 지자체로 예산 분배
계획 작성 및 평가 체계	1. 일선 지방자치단체 현지 지역보건의료계획 수립 체계 : 계획 작성팀 구성 ⇒ 지역보건의료 환경 및 정책 방향 분석 ⇒ 지역보건의료 비젼 수립 ⇒ 지역건강수준 조사 및 분석을 통한 지역건강문제도출 ⇒ 주민 참여와 평가 통한 지역건강문제 도출 ⇒ 주민참여를 통한 사업 우선순위 선정 ⇒ 전략 수립 ⇒ 예산 및 인력, 조직, 시설 장비 현대화 계획 수립 2. 전국 단위 중앙정부와 지방정부의 지역보건의료계획 수립 체계 : 중앙정부의 보건의료기본계획(5년마다 수립) 및 건강증진 2020 계획 ⇒ 지방정부의 지역보건의료계획 수립 ⇒ 중앙정부에 제출 ⇒ 중앙정부의 평가 ⇒ 지방정부에 차등화된 예산 배분(등급을 나누되 너무 큰 차이가 나지 않도록 하며 계속 성적이 낮은 지자체에는 기술지원 체계를 통한 집중 지도 시행)
조직체계	
기술지원 체계	**두 가지 기술지원체계 병행** 1. 지역보건의료계획 지침 수립 개발 ⇒ 지역보건의료 일부 통계 산출 및 통계산출 방법 개발 ⇒ 지역의 의료필요 산출 및 우선순위 선정 등 방법 정립 ⇒ 일선 지자체 공무원 소집 및 집단 교육 시행(조별 토론 및 실습 병행) 2. 시설 및 장비 현대화 원칙 개발 ⇒ 시설 기준 및 장비 표준 목록 개발 ⇒ 일선에서 시설 건립 및 장비 구매 계획 작성 및 제출 ⇒ 평가 및 기술지도 ⇒ 예산 투자 집행 결정
효과성, 형평성 있는 사업 집행 체계	사업 추진 중간 평가 및 결과 반영 지역사회 현장 의견 청취 및 전문가 자문회의 개최 해외 사례 조사 및 반영

5) 평가

전체적으로 도농간 사망률 격차가 줄어들었으며, 특히 일차의료 영역의 치료 경험율 등은 도시보다 오히려 높았다.



그림 4-8. 농어촌 보건소 개선

시설과 장비 현대화에서 뚜렷한 성과가 있었으며 특히 장비의 활용성은 매우 높았다.

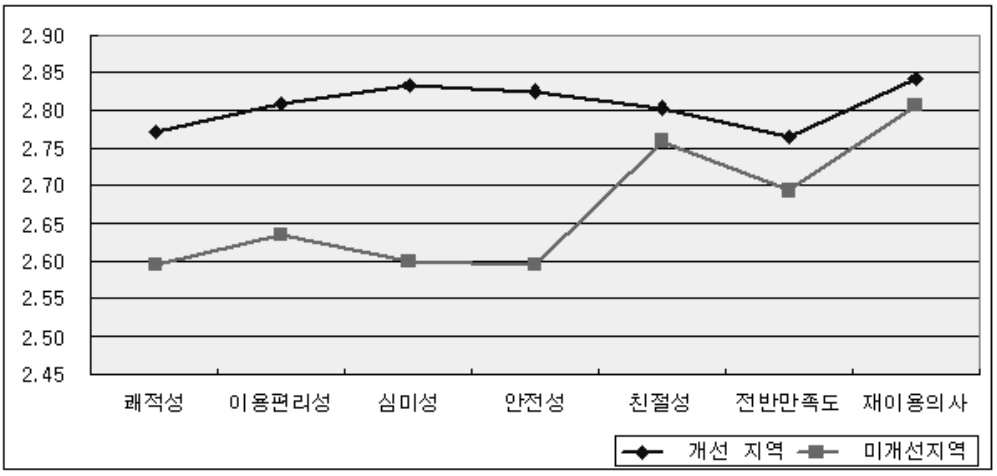


그림 4-9. 갤럽설문조사를 통해 개선지역과 미개선지역 보건소 인근 주민의 보건소 이용 만족도 조사 결과

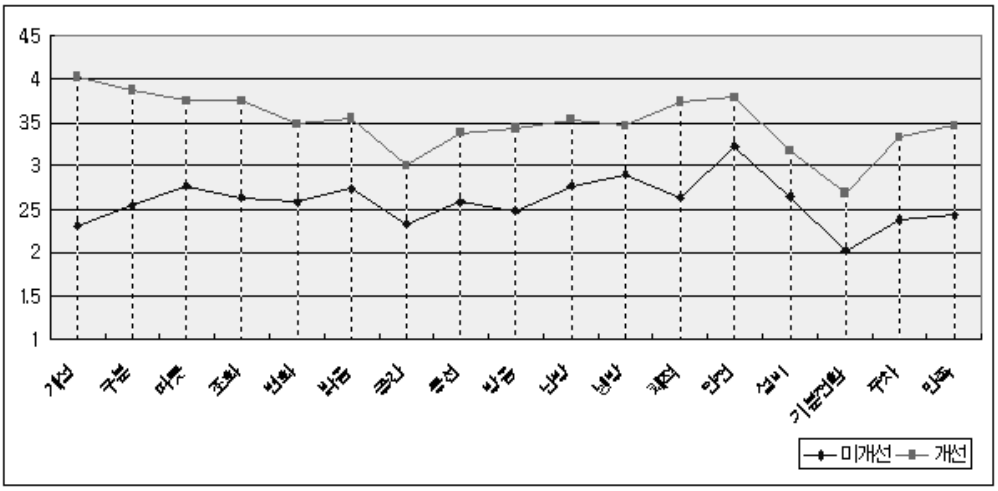


그림 4-10. 개선여부별 보건소 시설의 내 외부 만족도

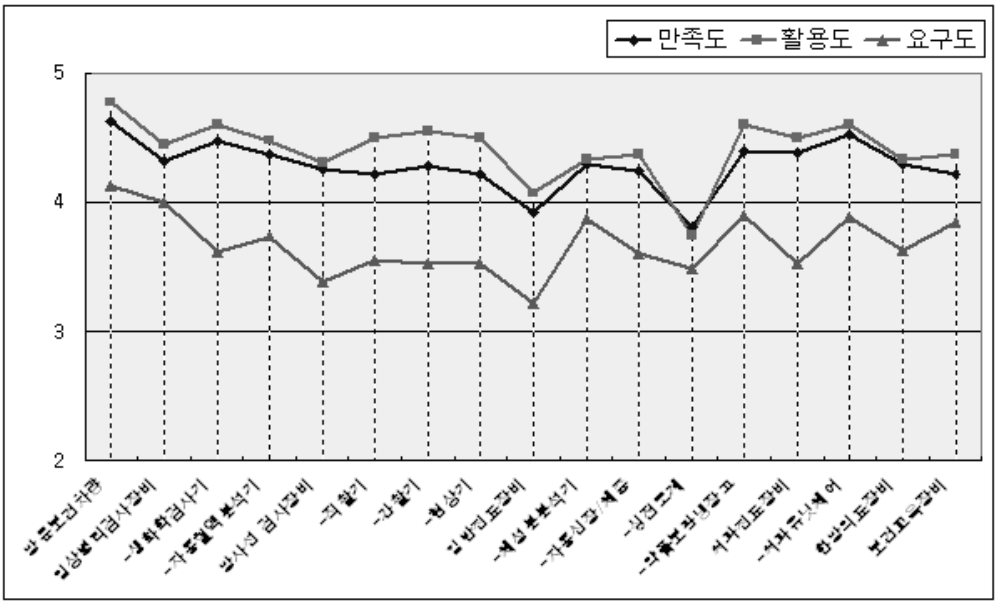


그림 4-11. 농어촌 의료서비스 개선을 위한 지원 장비별 만족도, 활용도, 요구도

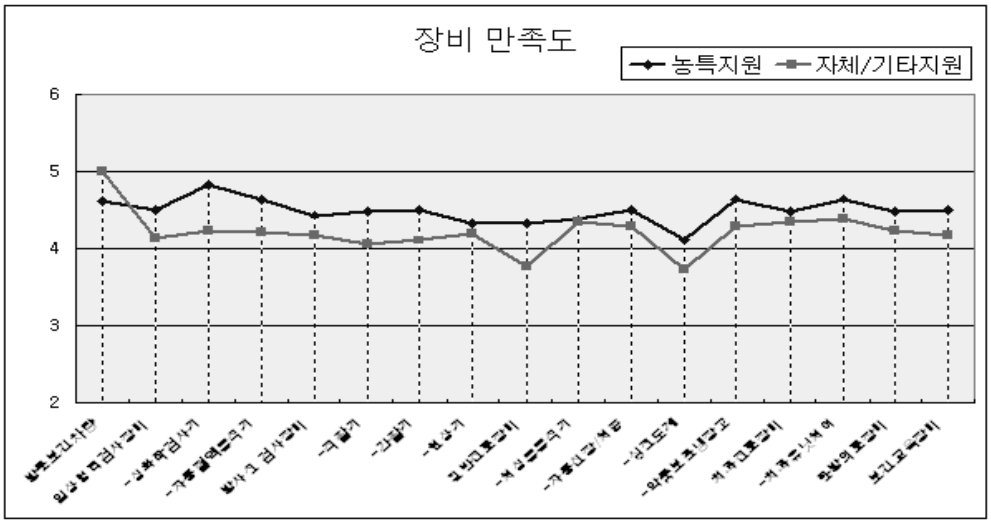


그림 4-12. 농어촌 의료서비스 개선사업 지원여부에 따른 장비 만족도

이는 낭비적 예산집행을 줄이도록 하기 위해 지역현실에 기반하여 우선순위를 선정한 지역보건의료계획 작성의 효과라고 할 수 있다. 더 나아가 지방자치단체 간 경쟁을 유도하고 우수한 지자체에 더 많은 예산배정을 주어 인센티브 개념으로 진행함으로써 보건기관 인력의 적극성 향상과 자부심 고취를 얻어낸 효과를 거두었다.

표 4-7. 개선사업 수행의 보건소 기획능력 향상 효과에 대한 보건소장 및 보건소 직원 의견

	보건소 기획능력 향상 효과	빈도	백분율
보건소장	지속적으로 기획능력 향상	60	65.9
	초기에는 향상되었으나 점차 형식화 됨	28	30.8
	전혀 향상되지 않음	3	3.3
	계	**91**	**100.0**
담당자	지속적으로 기획능력 향상	65	65.0
	초기에는 향상되었으나 점차 형식화 됨	31	31.0
	전혀 향상되지 않음	4	4.0
	계	**100**	**100.0**

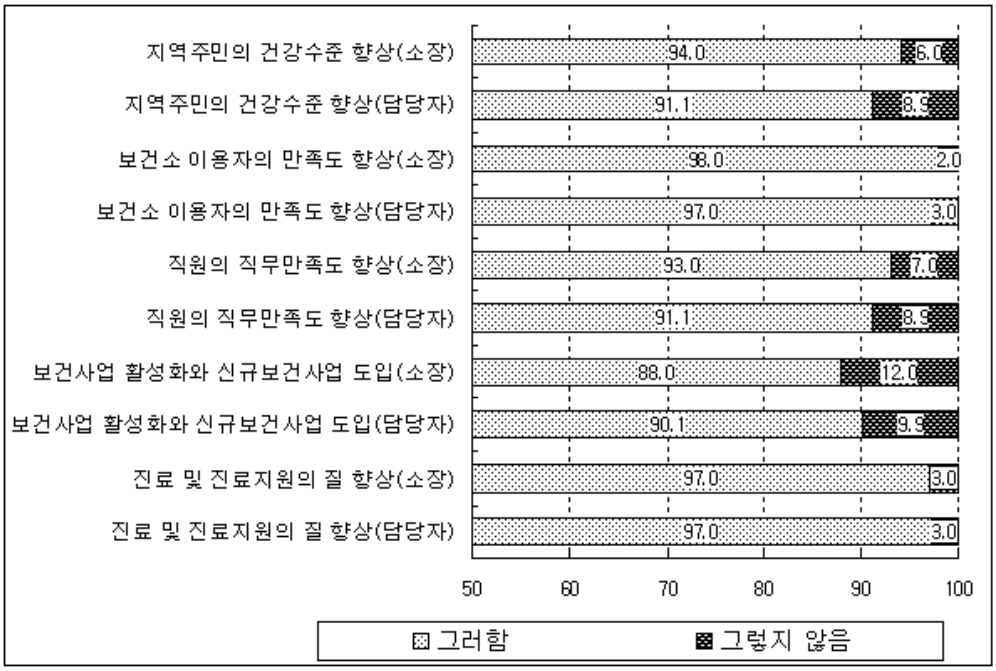


그림 4-13. 보건소 소장 및 담당자가 진술한 농어촌 의료서비스 개선사업 지원 효과

이는 기존의 농어촌보건의료서비스 개선을 위한 투자가 주로 시설 장비 개선이나 환경개선 등 단편적인 투자에 그치는 것을 극복하고 지역보건의료계획 작성 유도 및 경쟁을 통한 차등 지원을 결합함으로써 농어촌 보건의료 예산 투자의 비효율성을 극복할 뿐 아니라 주민 참여, 부서 간 협력, 중앙정부와 지방정부의 의사소통을 높여 보다 효과적인 농어촌 보건의료서비스 개선사업을 가능하게 할 수 있다.

2004년 농어촌 주민의 보건복지증진을 위한 특별법 제정이후 중앙정부의 농어촌 보건의료 관련 종합 계획 수립을 제도화 하였고 이를 바탕으로 지방정부의 농어촌 보건의료발전계획 수립 및 지역보건의료계획 수립에 통합하도록 하는 일련의 노력은 중앙정부 차원의 각종 농어촌 보건의료 지원 프로젝트를 통합적으로 수행할 수 있도록 도와주어 효과적인 농어촌 보건의료 투자를 가능하게 하고 있다.

또한 지역보건의료계획 작성을 위한 보건통계체계의 발전 및 일선 지방 보건기관 공무원의 기획능력 향상은 단순히 기술적인 문제의 극복뿐 아니라 행정능력의 향상

을 가져와 부족한 여건을 스스로 극복하고 주변의 가능한 보건의료 자원 활용을 활성화 시킬 수 있도록 하고 있다.

중앙정부 차원에서도 농어촌의료서비스 개선사업은 농특세 집행 영역 가운데 가장 집행실적이 우수한 분야로 평가 받고 있으며 중앙정부와 지방정부의 계획 수립과 평가 체계 역시 형식적이 아닌 살아있는 계획 및 평가, 집행 체계로 평가 받고 있어 예산 집행과 계획 및 평가 체계의 결합의 우수성이 입증되고 있다.

하지만 농어촌 고령화에 따른 만성질환 증가에 대해 효과적인 보건의료서비스 제공 문제 및 의료의 질 향상 문제는 아직도 해결해야 할 영역이며 특히 전산망 등을 활용한 전문의사 진료 자문 등 체계를 구축하는 문제는 최근 농어촌 보건의료의 새로운 도전으로 등장하고 있다.

6) 시사점

이러한 한국의 농어촌의료서비스 개선사업 경험은 한국이 상대적으로 개발도상국이던 시절 성공적으로 농어촌의료서비스 개선을 추진했던 경험이고 이러한 방식은 향후 해외 개발도상국의 농어촌의료서비스 격차해소에 많은 교훈을 줄 수 있다고 판단된다.

특히 ① 시설 장비 현대화, ② 인력 공급과 관리 및 교육 훈련의 제공, ③ 지역보건의료계획 수립 및 평가 체계 구축 ④ 관련 법체계 및 기술지원 체계의 구축 등 4가지의 균형적인 추진은 한국 농어촌 보건의료서비스 향상 뿐 아니라 해외 개발도상국 보건의료서비스 향상에도 긍정적인 영향을 미칠 것으로 판단된다.

하지만 시군 단위의 기초자치정부의 보건소 수준 개선사업은 활발하게 하였으나 광역 단위의 자치정부인 시도 수준의 지역거점병원에 대한 사업은 간과되었다. 이는 지역보건의료체계 관점에서 보면 큰 맹점이라고 할 수 있다. 또한 주민참여에 대한 기전을 고려하지 않았던 점도 문제라고 할 수 있다. 아울러 보건의료인력의 성과지표 개발 및 성과평가체계를 만들지 못하고 이와 관련된 교육훈련체계를 수립하지 못한 것도 개선이 되어야 할 과제이다. 또한 지방정부의 리더쉽 향상 및 거버넌스 구축 측면에서도 형식은 갖추었지만 내용은 미흡한 것으로 판단된다. 크게 보아 농어

촌 의료서비스 개선사업은 종합적 보건의료체계 접근 관점을 결여한 것으로 조심스럽게 결론내릴 수 있다.

그럼에도 불구하고 그동안 시설 및 장비 지원에 따른 시설 및 장비 활용도 및 만족도가 높고 시설 및 장비 지원과 연계된 계획 수립 및 프로그램 접근을 강화하려는 노력을 수행한 것은 긍정적이라고 판단된다. 이는 형식적이지만 리더쉽을 강화하기 위해 노력했고 중앙과 지방정부를 이어줄 수 있는 기술지원체계를 수립하였으며 지속적으로 시설 장비 만족도 모니터링 및 피드백을 시행한 것이 주요하게 영향을 미친 것으로 분석된다.

제5절 국내외 기관 보건의료체계 접근 분석 및 평가

표 4-8. 국내기관/국제기관 보건의료체계 접근

기관	현재 진행 사업	보건의료체계 구성요소
KOICA	인력 파견, 기기 제공 및 시설 건립	체계적 접근 부족 및 중복되는 부분이 많음
경제개발 협력기금	의료기기 제공 및 시설 건립	
한국국제 보건의료재단	인력 교육, 기기 제공	
월드비전	모자보건 사업, 에이즈 예방사업(인력파견, 서비스 제공 중심)	특정 질환보다 보건의료체계 강화가 더 중요
Partners In Health	결핵/HIV 치료사업 (최근에 암까지 확대)	보건정책 및 전략 수립, 재정 자원 확보, 인력 자원 확보, 질병 진단, 서비스 전달 및 관리, 의약품 공급 및 관리, 데이터 및 정보 관리
PATH	모자보건, 의료기술 보급	서비스 관리, 정책, 재정, 공급체계, 인적 자원, 정보 및 모니터링 체계
Oxfam International	충분한 정보에 기반한 선택을 할 수 있도록 보장	보건의료체계와 HIV/AIDS의 결합

한국 정부도 예전에 비해 보건의료 분야 공적개발원조의 비중을 증가시키면서 국제개발협력에 지속적인 관심을 보여왔다. 하지만 보건의료 분야 분만 아니라 전반적인 공적개발원조에서의 원조분절화는 효율성을 저해시키는 요소 중 하나로 손꼽히고 있다. 한국은 모자보건분야 원조액을 늘려가는 긍정적인 움직임에도 불구하고 총리실, 외교통상부, 기획재정부, 보건복지부 등 14개 부처가 시행기관으로 각자의 사업을 진행하고 있으며 다양한 주체들 사이에 체계적 역할 분담 및 협력이 이뤄지지 않아 유상, 무상 보건원조가 모두 의료인프라 구축, 수질개선이라는 동일한 사업에 집중되는 등 사업 중복과 분절화가 심하다.

예를 들어 라오스라는 특정 국가를 대상으로 한 사업의 경우, KOICA에서는 아동병원 건립사업과 소아 인력 역량강화사업을 시행한 바 있다. 한국국제보건의료재단

역시 라오스 모자보건 증진사업을 시행하고 있다. 큰 목표는 라오스 모자보건증진으로 두 기관 모두 같으면서 내용 역시 같은 사업을 추진한다. 이는 두 기관의 문제뿐만이 아니라 한국의 여러 기관이 직면한 문제이기도 하다. 물론 기관에 따라 우선순위는 다르고 중점분야 및 전문성에도 차이가 있지만 하고자 하는 방향은 동일하다. 통합 국가협력 전략이 존재하고 이 내부에 보건분야가 편입되어 운영되는 체계라면 이원화된 전략을 사전에 방지할 수 있을 것이다. 또한 한 국가의 모자보건 환경을 개선한다고 하더라도 WHO가 제시한 6가지 빌딩 블록(6 building blocks for health system strengthening) 뿐만 아니라 다양한 요소를 총체적으로 고려하지 않으면 보건 사업이 아무리 시행된다 하더라도 개선을 기대하기는 어렵다. 단기 연수생 초청과 해외 봉사단 파견 사업, 그리고 의료기기 제공 및 시설 설립 등으로 이루어진 두 기관의 사업은 보건의료체계를 바라보는 관점에 대해 합의를 보고 이를 기반으로 할 필요가 있음을 드러낸다. 한국국제보건의료재단 역시 인력 교육 중심의 이종욱 펠로우십을 보건의료체계 강화 사업의 일환으로 보고 시행하고 있으나 인력만으로 개발도상국의 문제를 해결할 수 없다.

여러 국제보건 관련기구들의 HSS 접근을 검토해본 결과 HSS가 무엇을 의미하고 결과적으로 어떻게 행하고 평가해야 하는지에 대한 합의는 부족해 보인다. 이 이유는 보건의료체계가 매우 상황 의존적이고 문제와 필요가 국가와 지역에 따라 다양하여 각각에 대한 적절한 반응 자체가 쉽지 않기 때문이기도 하다. 즉, 모든 것을 다루는 하나의 해결책이 존재하는 것이 아니기 때문에 여러 국제기구들이 각기 자신들만의 HSS 전략을 각자의 자원과 목적에 따라 적용하고 있는 것으로 보인다. HSS 접근이 특히 2000년대 중반 이후 늘어나고 있는 것은 바람직해 보이지만 합의된 원칙과 프레임이 없이는 여전히 분절적이고 혼란을 야기할 수 있다는 점은 도전할 과제로 남아 있다.

한편, 자신의 보건의료체계에 대한 관점을 명확히 하고 국제보건사업을 시행한 기관들의 성과는 주목할 만하다. 이 기관들은 WHO가 제시한 6가지 빌딩블록 외에 기관이 중요하다고 생각하는 요소를 선정하고 이 요소에 기반하여 보건의료체계를 총체적으로 바라보도록 노력했다. PIH와 PATH 모두 열악한 보건의료체계를 개선시키기 위해 인력 파견과 서비스 관리 및 정보 시스템 강화 등을 총체적으로 동시에 시

행함으로써 현지 수준에서 최선의 보건의료체계를 세우는 데에 초점을 맞추었다. 또한 이 기관의 공통점은 지역사회 차원에서의 보건의료체계를 강화하는 데에도 집중을 했지만 동시에 정부 수준의 정책과 역량을 강화하기 위한 프로그램을 함께 시행했다.

표 4-9. 기획재정부, 외교통상부 사업의 비교(1990-2010)

구분	기획재정부 EDCF (1990-2010) 유상원조 담당			외교통상부 KOICA (1992-2008) 무상원조 담당		
의료 인프라 구축	병원 건립/개선 /현대화 사업	29	44%	의료인프라구축(병원건축, 의료시설 및 기자재 지원) 및 초청연수	47	87%
수질개선	상하수도, 폐수처리 시설 및 댐 건설 등	37	56%	상수도 및 식수 개발	6	11%
보건의료 인력강화	-	-	-	모자보건역량강화 사업	1	2%
총계	**66건, 100%**			**54건, 100%**		

출처: 기획재정부 수출입은행 정보공개청구 결정통지 내용 근거로 재작성

예를 들어 PIH는 클린턴 재단의 재정을 받으면서 아이티, 르완다, 멕시코 보건부 등에도 재정적 지원을 했는데, 이 지원이 지역사회와 정부 수준 정책에 동시에 사용하도록 권고했다. 이는 선행 연구에서도 살펴보았지만 결국 보건의료체계 강화를 위해서는 각각의 구성요소뿐만 아니라 여러 구성요소의 상관관계와 복잡성을 고려해야 함을 의미한다. 한 가지 프로그램을 시행하더라도 보건정책에서 프로그램의 의미를 고려하고, 재정, 자원을 어떻게 효율적으로 사용할 것인지 통합적인 시도를 했다. 단순히 서비스 접근성을 개선하는 것에서 벗어나 보건의료, 교육, 경제적 기회 확대를 함께 이루는 수평적 접근의 필요성을 강조하는 폴 파머(Paul Farmer)의 의견에서도 이 의미를 알 수 있다. 한국에 지부를 두고 있는 월드비전에서는 시행하고 있는 사업에서 보건의료체계를 명백히 중심에 둔 사업은 찾아보기 어려웠지만 문제점을 인식하고 보건의료체계의 중요성을 강조했다는 점에서는 의미가 있다.

제5장. KOICA의 HSS 전략

제1절 배경: KOICA 보건의료전략 2011-2015

"KOICA 보건의료전략 2011-2015"은 변화하는 국제사회의 보건의료 ODA 추세와 MDG 달성에 적극적으로 동참하기 위하여 수립되었다. 보건의료전략의 두 가지 추진 방향으로는 HSS와 취약계층, 취약질병 지원강화를 선정하고 있다(그림 5-1).

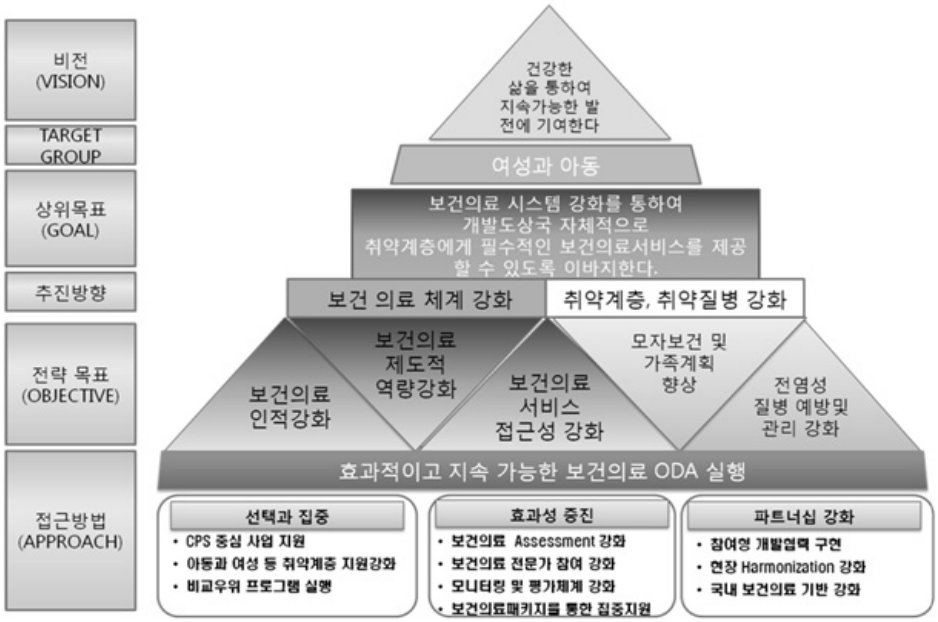


그림 5-1. KOICA의 보건의료전략 2011-2015

HSS를 위한 전략목표로는 보건의료 인적 역량강화, 보건의료 제도적 역량 강화, 보건의료 서비스 접근성 강화를 선정하고, 취약계층, 취약질병 지원 강화를 위해서는 모자보건 및 가족계획 향상과 전염성 질병 예방 및 관리 강화를 전략목표로 선정하

였다. 이는 최근 국제기구와 다양한 공적 원조기관이 고려하고 있는 기존의 수직적 보건사업의 접근과 단계별 HSS 등을 통한 수평적 접근 간의 통합적 접근을 통하여 통합적인 동반상승효과를 추구하고자 하는 사선적(diagonal approach) 접근을 도입한 것이라 할 수 있겠다. 그러나 HSS라는 추진방향과 보건의료 인적강화/제도적 역량강화/서비스 접근성 강화라는 전략목표에도 불구하고, 각각의 세부적 전략과 접근방법은 마련되지 않은 상태이며, 이번 연구는 이를 위한 것임을 이미 언급한 바 있다.

KOICA "보건의료전략 2011-2015"에서 보건의료 인적 역량강화, 보건의료 제도적 역량강화, 보건의료 서비스 접근성 강화의 세 가지 세부목표로 다음을 제시하였다.

BOX. 5-1 보건의료 서비스 접근성 강화의 세부목표

세부목표 1.
보건의료 인적 역량강화
국가 보건의료 정책인력 양성
의료 전문인력 양성
기초보건 의료인력 양성
세부목표 2.
보건의료 제도적 역량강화
의료보험 및 재정적 역량강화
보건의료 정보 체계 강화
보건의료 정책 역량 강화
세부목표 3.
보건의료 서비스 접근성 강화
필수 보건의료 서비스 수요증진
기초보건 및 의료 전달 시스템 강화

이들 세부목표에는 프로그램으로 만들 수 있는 형태로 되어 있다는 장점이 있지만, 전반적인 HSS 목표 안에서 통합적으로 접근이 어떻게 가능한지에 대해서 명확하게 제시되어 있지 않다. 따라서 본 연구에서는 이러한 '통합적 접근'을 염두에 둔 상태에서 한국 ODA의 상황(규모, 역량, 체계)을 고려하여 '지역사회' 의 수준을 중심으로 하여 몇 가지의 접근방향을 설정하였으며 각각의 접근전략과 지침은 이 보고서와 별권으로 된 '세부전략 매뉴얼'에 제시하였다.

제2절 원칙과 고려사항

보건의료체계강화라는 ODA 방향은 세계적인 추세이며 그 중요성은 본 보고서의 이론적 고찰 부분에서 충분히 제시한 바 있다. 그러나 그 중요성과 공감대에도 불구하고 무엇이 HSS이며 어떻게 하는 것이 HSS를 위한 행동, 사업, 프로그램인지에 대해서는 통일된 프레임이나 전략을 명확하게 내세우기가 어려운 상황이다. 이런 배경에서 Swanson(2010)은 체계적 문헌고찰과 실제 국가에서의 경험, 자문을 통하여 도출한 10가지의 HSS 원칙을 제시하고 있으며, 다소 불분명한 보건의료체계강화의 개념을 가지고 있는 현 상황에서 보건의료체계강화 프로그램을 진행하기 위해서는 이러한 원칙들을 충분히 고려하는 것이 도움이 될 것으로 여겨진다.

1. 전체론(Holism)

보건의료체계의 한 요소 또는 몇몇 요소를 강화시키는 것이 저절로 전체 시스템을 강화로 이어지지 못한다. 요소의 강화 이전에 전체에 대한 고려가 필요하다. 단기 목표를 달성하기 위한 분리된 행동은 전체 시스템을 약화시킬 수 있기 때문에 국제보건 사업 기획자는 그들의 활동이 보건의료체계의 모든 주요 요소, 과정, 관계에 영향을 준다는 점을 고려해야 한다.

2. 상황(Context)

HSS는 특수한 상황과 특정 시스템의 전체 설계에 대한 고려를 필요로 한다. 따라서 각각의 환경마다 건강에 대한 가정과 신념, 전달되는 서비스가 어떠해야 하는 가등이 국가와 지역마다 다를 수 있다. 따라서 이러한 중요한 비대칭성은 국가 또는 지역의 상황 내에서 이해되어야 한다.

3. 사회동원(Social mobilization)

HSS에 대한 노력은 사회동원과 정치적 변화에 매우 의존적이다. 왜냐하면 보건의료체계를 강화하는 것은 필연적으로 효과적인 보건의료분야의 개혁을 포함하는 것이기 때문이다. 이전의 경험을 비추어 볼 때, 많은 시민사회조직들이 자국에서 공적 보건의료시스템과 지역사회를 연결하기 위해 지역 단체들을 성공적으로 동원하였던 것을 알 수 있는데, 이러한 주민 동원, 참여는 보건의료체계의 기반에 중요한 기여를 할 수 있다.

4. 협력(Collaboration)

HSS는 복잡하고 중첩적인 과정이기 때문에 HSS의 국제적 노력은 지역사회, 수원국 정부와의 장기적 파트너십이 필요하다. 이러한 협동 관계는 국가 수준에서는 다양한 정부 부서와 지역 수준에서는 제공자와 프로그램 계획자, 실행자, 사용자 간에 구축된다. 효과적인 파트너십은 신뢰 관계를 형성하고 개인과 집단이 건강 개선에 능동적으로 기여할 수 있는 중요한 특성들을 파악할 수 있을 때 가능하다.

5. 역량 강화(Capacity enhancement)

개인, 가구 단위, 보건부 등 모든 수준에서의 오너십, 리더십, 관리, 제도 강화, 문제 해결 등 역량을 강화하는 것을 의미한다.

6. 효율성(Efficiency)

HSS의 효율성 증진을 위하여 필요한 요소는 인구집단의 보건의료 수요에 반응하기 위해 적절한 인력을 훈련하고 감독하는 것, 적합한 기술을 이용하는 것, 외부 원조와 활동을 조정하고 낭비를 최소화하는 것, 가장 필요한 곳에 재정을 분배하는 것 등이 포함된다.

7. 근거 기반 활동(Evidence-informed action)

HSS를 위한 활동을 계획할 때는 반드시 지역 단위에서 데이터를 수집·분석·적용하는 구조와 시스템 과정의 강화가 동반되어야 한다. 근거에 기반하여 행동을 결정하고 프로그램 과정을 모니터링 한 결과에 따라 행동을 수정한다. 이 과정에서 근거 산출에 대한 투명성과 책임성이 보장되어야 한다.

8. 형평성(Equity)

HSS 과정은 특히 취약계층을 우선적인 대상으로 설정한다. 특히 성평등을 강조하고 권리가 박탈된 사람에게는 권한을 부여함으로써 형평성을 달성할 수 있도록 한다. 사업의 효과성 판별을 위한 데이터 수집 시에는 취약 계층에 대한 효과를 추적하기 위하여 지표를 계층별로 나누어서 관찰해야 한다.

9. 재정적 보호(Financial protection)

정부나 지역사회에서 사업의 지속성이 보장할 수 있도록 자금의 흐름을 예측할 수 있어야 한다. 또한 보건의료비 지출로 인한 재정적 파탄으로부터 국민을 보호하기 위한 보험제도의 고려 역시 필요하다.

10. 만족도(Satisfaction)

HSS를 위한 사업설계 시 모든 이해관계자들의 수요와 고려 사항에 대하여 적절하게 반응하고, 주민들에 대한 책무를 다 해야 한다. 또한 보건의료 제공자/고객의 관계와 질을 측정하는 피드백 기전을 실시하고 반영해야 한다.

제3절 KOICA의 HSS 지원전략

1. 기존 HSS 지원 전략 현황과 문제점

세계보건기구가 Health System Strenghthening(이하 HSS)를 주창한 이후로 '서비스전달', '인력', '정보', '재정', '리더십/운영', '장비와 예방접종 및 기술' 등 6가지 Framework은 보건의료체계 혹은 보건의료체계강화의 동의어로 이해되어 왔다. 그러나 보건의료체계 강화는 이러한 각 하위체계들 간의 협력과 연계를 통한 더 나은 업무성과 향상을 목적으로 하고 있음을 분명히 할 필요가 있다.

세계적으로도 HSS를 주장하는 국가와 기구는 많지만 결국 이러한 하위 체계를 지원한다는 것으로 이해하는 경향이 많아서 문제이다. 보건의료체계 강화는 실제 근무하는 보건의료인들의 행동변화 및 자원의 효과적 활용을 위해 앞서 언급한 하위 체계들 간의 협력과 연계를 강화하도록 정책변화, 법률 제정 및 개정, 조직변화와 하위체계 간 관계 변화 등이 필요한데 이러한 과정이 간과되는 경향이 문제이다(Chee et al., 2012).

따라서 단순한 보건의료체계 지원은 시설의 업그레이드나 장비의 지원을 통해 단기적인 행동변화를 좁게 기대하거나 혹은 특정 질병을 대상으로 한 수직적인 프로그램 및 특정 하위 체계(예로 인력이나 재정 등)에 초점을 둔 프로그램이라 할 지라도 역시 서비스의 분절화를 결과할 수 있다. 이는 다시 말해 시스템 강화 접근과는 거리가 먼 것이 될 수도 있다. 혹은 보건의료체계 강화는 긴급한 보건의료 문제에 대해 단기적인 시설, 인력, 장비, 재정 지원이 아니라 장기적으로 체계의 연계 등 체계의 수정과 보완을 통해 달성할 수 있는데 단기적인 것만으로 장기적인 변화를 대체하려는 경향도 문제라고 할 수 있다.

또한 보건의료체계 지원 접근은 특정 질병에 대한 접근에서도 단순히 해당 질병 치료에 국한한 접근을 하지만 해당 주민이 가진 복합적인 문제에 대한 접근은 간과하는 경향이 있다. 특정 감염병 등 문제에 대해 인력과 시설, 장비, 재정을 동시에 접근한다 하더라도 마찬가지로 다른 만성질환 문제를 등한히 할 수 있으며 이러한 경향은 모두 진정한 시스템 강화 접근과는 일정한 거리가 있는 것이 사실이다.

2. KOICA의 HSS 지원 개선 전략

KOICA가 특정 개발도상국의 HSS 지원을 수행하는 것은 현실적으로 많은 제약이 있는 것이 사실이다. HSS 지원을 위한 많은 경험과 이론을 축적한 것도 아니고 이를 위한 풍부한 자원을 보유하였거나 투자 의지가 있는 것도 아니기 때문이다.

하지만 매번의 보건의료 투자에서 항상 HSS 접근을 고민하고 이를 위해 노력하며 무엇보다 이런 과정에서 평가와 그 교훈을 축적하는 것 그리고 해외의 유사한 고민을 하고 있는 국제 원조기구 및 국내 학계와 그 경험과 교훈을 교류하는 것이 중요하다 할 수 있다. 또한 HSS 접근에 따른 전략 수립과 기획 및 평가 등에 관한 일련의 접근 매뉴얼을 체계화 하여 이에 따른 사업 검토와 계획 수립이 요구된다.

개도국의 HSS 지원을 개선하기 위해서는 무엇보다 개도국의 보건의료 지원을 위한 문제 파악과 우선순위 선정 및 KOICA의 역할 인식 등 일련의 지원 과정에서 HSS 지원에 대한 고려가 자리잡도록 할 필요가 있다. 즉, 특정 기관 혹은 지역의 보건의료 인프라가 취약하다거나 혹은 어떤 국가의 특정 질환 사망률이나 유병율이 높아 지원이 필요하다고 할 때 앞서 언급한 문제는 어떤 보건의료체계의 문제점으로부터 비롯되는가 하는 분석이 일어나야 한다. 그리고 이러한 분석을 통해 파악한 다양한 보건의료체계 문제 가운데 가장 시급한 해결이 필요한 분야를 우선순위를 통해 정하는 작업이 필요하다. 이러한 분석에 토대하여 현상적 문제를 해결하는 도전과 더불어 HSS를 개선하는 계획이 함께 수립되도록 하는 것이 바람직하다. 나아가 그리고 KOICA 직원들과 이러한 HSS 지원 개념과 전략 및 최신 국제 경험 등을 토론하고 교육하는 기회가 정기적으로 주어져야 한다는 것이다. KOICA 투자 경험을 가진 학자와 기관들에게 그들의 경험을 정리하고 교훈을 찾도록 하는 일과 그 경험을 공유하는 자리를 체계적으로 가져야 한다. 이를 위해 KOICA 내에 “국제보건의료 HSS 개선 지원 경험과 성과”에 관한 워크숍이 정기적으로 개최되는 것이 바람직하고 이에 따라 기존 매뉴얼의 보완도 이루어지는 것을 권고한다. 그리고 이러한 사업 경험과 성과 등을 지역별, 과정별로 데이터베이스화 하여 이후 사업에 참여하는 사람들에게 참고가 될 수 있도록 하는 것도 필요한 사항이다.

이러한 과정에서 중요한 것은 개도국의 HSS 강화사업이기 때문에 개도국 보건의

료 전문가 및 담당자가 주도할 수 있는 지원사업이 되도록 유념해야 한다는 것이다. 특히 해당 개도국 혹은 해당 보건문제의 HSS 문제 분석과 해결을 위한 접근을 위해서는 수원국 및 지원국의 HSS 개선 지원에 관한 사회적 기반이 축적되는 것이 필요하다. 이를 위해서는 수원국 KOICA에 보건의료 전문가가 상주하여야 하고 지원국인 한국 KOICA 사무실에는 보건문제별 보건의료전문가가 근무하는 것이 바람직하다. 최근 KOICA가 최근 도입하려는 PBA(Programme-Based Approaches) 접근 및 섹터별접근법(Sector Wide Approach, SWAPs)은 이른바 보건의료 투자 효과성을 높이는 측면에서 긍정적으로 파악되는데 이를 위해서는 현재 각 지역별로 구성된 KOICA 프로젝트 팀에서 4-7년 단위 중기 원조계획을 수립하는 것이 필요하고 이의 통일적 계획 수립 및 집행을 위해 다양한 학계 및 NGO, 국제기구 전문가와 현지 국가 전문가의 참여가 필수적이다. 이러한 KOICA 프로젝트 팀은 핵심 담당자의 주도하에 해당 문제를 조사하였거나 경험한 국내외 및 학계 NGO 등 전문가와 개도국 담당자로 구성하되 어느 범위까지 참여를 할 것인지 그리고 어느 정도의 간격으로 만날 것인지에 대해서는 탄력적으로 운영하되 정기적인 워크숍 형태의 원격화상회의를 통해서도 운영이 가능할 것으로 판단된다.

제6장 결 론

제1절. 연구의 요약

세계적으로 국제개발협력, 특히 보건의료 공적개발원조(ODA) 측면에서 보건의료체계와 보건의료체계강화(HSS)는 단순 물자지원 사업을 보완하고 수원국의 역량강화를 이루어낼 수 있는 전략으로 주목 받고 있다. 그 간의 질병 중심적 접근이 갖는 한계, 천년개발목표(MDGs) 달성을 어렵게 하는 것이 취약한 보건의료체계라는 인식, 원조효과성에 대한 강조 등이 보건의료체계강화에 대한 국제적 대두의 배경에 자리 잡고 있다.

우리나라 역시 지속적으로 증가하고 있는 ODA 규모는 양적 성장뿐만 아니라 지속가능성에 대한 관심 증대로 이어져, 보건의료분야의 경우 HSS에 주목하게 되었다. KOICA의 2011-2015 보건의료전략도 효과적이고 지속가능한 보건의료 ODA 실행을 위해 HSS 강조하고 있으며, 이에 따라 HSS 목표 내에서 통합적 접근과 각 세부목표별 구체적 전략은 물론 보건의료 ODA 구상과 계획, 실행과 평가의 전 과정에 이르는 원리 마련의 필요성이 증가하였다.

이 연구는 'KOICA 보건의료체계 강화 세부전략 마련'이라는 목적을 가지면서, 동시에 '보건의료체계 및 HSS의 이해', 'KOICA 보건의료전략 세부목표 마련', '현실에 적용 가능한 사업지침 제시'라는 세부목표를 바탕으로 수행되었다. 2장은 보건의료체계와 HSS에 대한 이론적 논의를 정리하고 논의의 배경을 제시하였고, 3장과 4장은 국내외 ODA에서 HSS 접근에 대한 동향과 평가를 살펴보았다. 5장에서는 KOICA의 HSS 전략을 원칙과 개략적 관점에서 제시하였고, 6장에서는 보건의료체계의 평가방법을 먼저 제시한 후, KOICA와 한국의 규모와 상황을 고려한 HSS 전략을 여섯 가지 영역으로 나누어 각각 매뉴얼 형식으로 제시하여 비교적 유연성 있는 모듈로

사용할 수 있도록 하였다. 7장은 결론으로써 HSS의 전략 실행을 위한 정책제언을 통해 국내기반에 초점을 둔 과제를 제시하고자 한다.

세부적으로 살펴보면 다음과 같다.

2장에서는 이전의 국제보건 ODA 경험으로부터 나온 한계를 극복하기 위한 HSS에 대한 국제기구, 전문가 등의 보건의료체계와 HSS에 대한 다양한 프레임을 정리하였다. 다양한 보건의료체계에 대한 정의, 구성요소, 기능, 과정, 집중하고 있는 성과, 특징 등은 물론, 이러한 다양한 논의들의 공통점과 한계를 살펴보았다. 또한 이를 바탕으로 현재까지 HSS에 대한 개념, 원칙, 전략 등 논의의 흐름과 배경을 살펴보았다. 보건의료체계의 프레임은 보건의료체계의 목적, 구조, 조직적 요소, 기능, 과정 등을 설명함에 반하여, HSS의 프레임은 행동지향적으로 시스템의 목적, 기능, 과정 등의 강화를 위한 것과 시스템 전체의 성과의 강화를 위한 과정 등으로 나타나고 있다.

3장에서는 WHO, World Bank, USAID, DFID, GIZ, JICA, Global Fund, GAVI를 비롯하여 Partners in Helaht, PATH 2008 등 국제 NGO의 HSS의 국제적 동향에 대해 살펴보았다. HSS를 위한 전략 원칙들도 전문가, 국제기구에 따라 다양한 논의의 흐름을 살펴볼 수 있었다. 최근 국제적 노력과 계획들을 살펴보면 공동 접근 개발을 위한 관계기관 간 협의, 재원 증대를 위한 노력, 이해관계자간 근거 공유 및 지식 격차 확인 등이 있다. 접근방식, 실무방향 등은 매우 상황 의존적으로 국가나 지역이 처한 상황에 따라 달라질 수밖에 없었다. 이는 공여자 중심이 아니라, 지역의 이해당사자가 각자의 정치・사회・문화적 상황에 따라 주도하여야 하기 때문이다. 이와 같이 여전히 보건의료체계와 HSS의 개념과 구분이 모호함에도 불구하고, HSS 전략 원칙을 제시하고자 노력하고 있었다.

4장에서는 우리나라의 HSS 중심의 접근 노력을 하고 있는 한국국제보건의료재단, EDCF 등의 보건의료사업을 검토하였다. 또한 KOICA 내부 직원 포커스 그룹 인터뷰를 통해 사업담당자로서의 고민을 살펴볼 수 있었다. 그 외 국제 NGO로써 월드비전에서도 보건의료체계에 대한 중요성을 인식하고 사업을 적용시키는 노력을 살펴볼 수 있었다.

5장에서는 KOICA 보건의료전략 2011-2015를 비롯한 HSS 전략을 검토해 보았다.

보건의료 인적 역량 강화, 보건의료 제도적 역량 강화 보건의료 서비스 접근성 강화 등 HSS를 위한 세부 전략목표를 제시하고, 이에 대한 사업 역시 증가될 것으로 예상되고 있으나, 이것들이 어떻게 통합적으로 접근 가능한지에 대한 제시는 명확하지 않아, 본 연구는 이 부분에 대하여 '통합적 접근'을 염두에 두고 한국의 ODA 상황을 고려하여 '지역사회' 중심으로 하는 접근방향을 설정하여 보았다.

별권인 HSS 세부전략 매뉴얼은 KOICA 본부, 현지사무소, 사업 형성 등 실무자들에게 HSS 사업 시도함에 있어 도움이 되고자 제작하였다. 다만 HSS 사업은 국가나 지역의 맥락과 환경에 따라 다양하게 구성될 수밖에 없으므로, 일률적인 형태일 수는 없다. 따라서 본 보고서에서는 맥락과 환경을 고려하여 국가 수준에서의 요소별 강화전략-시스템적 접근, 수직-수평 중간전략, 지역보건의료체계 전 부문 강화, 일차보건의료를 통한 보건의료체계 강화 전략, 지역보건의료체계 강화 접근, 섹터별 접근법(SWAp)의 6가지 HSS 전략을 제시하였다.

첫째, 국가수준에서의 요소별 강화 전략은 기존에 KOICA가 수행하던 보건의료체계 개별 구성요소에 대한 사업을 시스템적 사고에 의한 접근을 적용함으로써 HSS 추구하고자 하는 것이다. 둘째, 수직-수평 중간전략은 사선적 접근이라고 불리기도 하며, 국가와 지역수준에서 모두 적용이 가능하며 GF, GAVI 등이 특정 질병 등에 사업을 함에 있어서도 전체 보건의료체계를 고려함으로써 HSS 접근을 추구하는 것이다. 셋째, 지역보건의료체계 전 부문 강화 전략으로 개발도상국의 도시화, 경제개발로 인한 지역간 격차에 따라 지역의 보건의료체계 전반을 강화하고자 하는 접근방법이다. 넷째, 일차보건의료에 기반한 보건의료체계 강화 전략으로 지역사회의 주민참여 활성화와 주민 역량 강화에 기반하고 있는 전략이다. 다섯째, 지역보건의료체계 강화 전략으로 지역이 낙후되어 있거나, 건강 문제가 심각한 경우 원조 효과성을 기대하기 어려울 때 이를 활용할 수 있다. 여섯째, 섹터별 접근법(SWAp)은 국가수준과 지역수준에서 모두 적용 가능한 것으로 수원국의 리더십 향상과 원조효율성 강화를 목적으로 하는 접근 전략이다.

이러한 개별 매뉴얼은 고정된 것이 아니라 수원국의 상황과 사업대상 지역의 상황은 물론 KOICA의 상황에 따라서 선택하여 수정 적용하는 것이 중요하다.

제2절 HSS 전략 실행을 위한 정책 제언

다른 모든 사업과 마찬가지로 HSS 전략이 원활하게 수행되기 위해서는 국내 기반이 충실해야 한다. 특히 HSS 전략은 대부분 새로운 전략에 속하므로 국내 기반이 더욱 중요하다. 여기서는 일반적인 사항은 생략하고 HSS와 특히 관련성이 높은 과제를 제시하고자 한다.

1. 역량 축적

HSS 전략 대부분은 인적 요소의 기술 역량에 크게 영향을 받는다. 표준 업무절차나 지침만으로 사업성과를 높이기 어려운 대표적 분야에 속한다. 그런 점에서 현재는 모든 분야, 모든 수준, 모든 영역에서 기술 역량을 보완할 필요가 있다.

특히 KOICA(KOICA)을 비롯한 공적개발원조 기관이 핵심적 역할을 해야 한다. 학계, NGO 등에서 교육훈련에 부분적으로 참여, 기여할 수 있으나, 속도가 느리고 초점이 분산되며 집중성이 떨어진다. 무엇보다, 민간부문은 기술 역량 축적을 위한 강력한 동기가 없는 상태이다.

따라서 KOICA를 중심으로 기술 역량 개발을 위한 명시적 목표를 수립하고 실천할 필요가 있다. HSS에 초점을 둔 단기과정 개설, 계약에 의한 위탁교육, R&D 지원 등을 고려할 수 있다. 현재 확대되고 있는 보건전문가 파견도 더욱 강화할 필요가 있을 것이다.

2. 전략의 구체화

HSS 전략은 매우 다양하고 복잡한 구조를 가지고 있고 구체적 사업 내용도 표준화가 불가능할 정도로 맥락에 따라 달라져야 할 것이다. 예를 들어 인력만 하더라도 의사, 간호사, 치과의사, 의료기사, 조산사 등 인력의 종류에 따라 접근이 다르고,

배출, 관리, 질 향상, 배치 등 초점도 다를 수 있다. 따라서 국가 차원의 전략은 기본원칙과 원리, 접근법 등 기초와 골격을 제시하는 수준에 머무르는 것이 당연하다.

그러나 공통적인 사항은 (일부 단계와 영역에 한정되더라도) 상세 수준의 전략을 개발하는 것이 실제 사업 수행에 도움이 될 수 있다. 예를 들어 보건의료재정을 사업 영역으로 하는 경우, 보건의료체계 분석, 수원국과 공여국의 전략 분석, 한국의 기본 전략 수립, 다른 보건의료체계 요소에 미칠 효과 평가 등에 필요한 과제와 접근방법을 정리할 수 있을 것이다[8].

3. 협력과 지지 기반 구축

점점 더 많은 이해당사자가 국제개발협력에 참여하고 있는 만큼, 내용과 원리로 통일성을 기할 수 있는 기반을 조성하는 것이 매우 중요하다. 이를 위해서는 HSS 전략을 위한 KOICA의 의지와 지향이 기회 있을 때마다 (다양한 통로로) 표현되어야 하며, 내부 고객(직원)의 동의와 동기를 높이기 위한 노력도 계속되어야 할 것이다. 이론과 원리도 더욱 체계적이고 지속적으로 제시될 필요가 있다.

전반적인 ODA 전략에 영향을 미칠 수 있는 정책결정 참여자를 대상으로 한 홍보, 의사소통, 설득, 소셜 마케팅도 매우 중요하다. 전반적으로 ODA의 기반이 충실하지 않은 가운데에서 HSS 전략은 이해하기 어렵고 따라서 수용성이 떨어질 가능성도 적지 않다. 쉽고 간명하며 사용자 친화적인 방식으로 전략의 대중적 기반을 넓히는 것이 필요하다.

4. 협력 활성화

보건분야 ODA 중 국제 파트너와의 협력이 불가피한 대표적 분야가 HSS 전략이다. 어느 국가에서 어떤 사업을 하더라도 HSS 전략 본래의 목표를 달성하기 위해서

8) 물론 이 경우에도 맥락에 따라 달라질 수밖에 없는 상세한 지침을 포함하는 것은 가능하지 않고 바람직하지도 않은 것은 마찬가지다.

는 국제 파트너와 긴밀하게 협력하지 않으면 안 된다. 특히 세계보건기구, UNICEF, 세계은행 등 다자협력기구의 중요성은 더욱 커질 것이다.

이는 수원국 내에서도 그렇지만, 한국 내에서도 마찬가지이다. 초청, 회의, 학술행사와 세미나, 비공식 관계, 공식 협력 등 모든 형식을 통해 HSS 전략에 초점을 맞춘 국제 협력이 강화되어야 할 것이다.

5. 사업수행의 틀 적정화

HSS 전략의 일부는 현행 국제개발원조의 구조와 적합성이 떨어질 수 있다. 예를 들어 HSS 전략은 대부분 다른 개별 사업보다 장기간의 시간이 필요하다. 또한 산출이나 결과도 다른 사업과 차별이 불가피한 경우가 적지 않다. 경우에 따라서는 결과나 성과가 명확하지 않아서 과정을 평가할 수밖에 없다.

우선 HSS 전략의 확대에 따라 조정되어야 할 단계별 계획과 사업방식을 선별하는 것이 필요하다(예를 들어 PDM 작성). 이후 일반적인 원칙(와 철학)을 유지하되 HSS 전략에 적정한 구조와 방식을 포함하는 것이 바람직하다.

참 고 문 헌

African Development Bank. (2004). Revised Guidelines for Bank Group Operations using SWAps.

Ahmed, H. M., Mitchell, M., & Hedt, B. (2010). National implementation of Integrated Management of Childhood Illness (IMCI): policy constraints and strategies. Health Policy, 96(2), 128-133. doi: 10.1016/j.healthpol.2010.01.013

Alliance for Health Policy and Systems Research. (2004). Strengthening health systems: the role and promise of policy and systems research. World Health Organization.

Alliance for Health Policy and Systems Research. (2009). Systems thinking for health systems strengthening. World Health Organization.

Asante, A. D., Negin, J., Hall, J., Dewdney, J., & Zwi, A. B. (2012). Analysis of policy implications and challenges of the Cuban health assistance program related to human resources for health in the Pacific. Hum Resour Health, 10(1), 10. doi: 10.1186/1478-4491-10-10

Atun, R. A., Lennox-Chhugani, N., Drobniewski, F., Samyshkin, Y. A., & Coker, R. J. (2004). A framework and toolkit for capturing the communicable disease programmes within health systems tuberculosis control as an illustrative example. The European Journal of Public Health, 14(3), 267-273.

Atun, R., de Jongh, T., Secci, F., Ohiri, K., & Adeyi, O. (2010a). A systematic review of the evidence on integration of targeted health interventions into health systems. Health policy and planning, 25(1), 1-14.

Atun, R., de Jongh, T., Secci, F., Ohiri, K., & Adeyi, O. (2010b). Integration of targeted health interventions into health systems: a conceptual framework for analysis. Health Policy and Planning, 25(2), 104-111.

Atun, R., Weil, D. E., Eang, M. T., & Mwakyusa, D. (2010). Health-system strengthening and tuberculosis control. The Lancet, 375(9732), 2169-2178.

Balabanova D, McKee M, Mills A, Walt G, Haines A (2010). RWevihewat can global health institutions do to help strengthen health systems in low income countries?. Health Research Policy and Systems 8(22).

Bam, N., Kahn, K., Nant'ulya, W., & O'ngayo, S. (1996). Primary Health Care in Mpumalanga: Guide to District-Based Action. Durban: Health Systems Trust.

Barker, C. E., Bird, C. E., Pradhan, A., & Shakya, G. (2007). Support to the Safe Motherhood Programme in Nepal: an integrated approach. Reprod Health Matters, 15(30), 81-90. doi: 10.1016/s0968-8080(07)30331-5

Bayntun, C., Rockenschaub, G., & Murray, V. (2012). Developing a health system approach to disaster management: A qualitative analysis of the core literature to complement the WHO Toolkit for assessing health-system capacity for crisis management. PLoS Curr, 4, e5028b6037259a. doi: 10.1371/5028b6037259a

Belay, M., Bjune, G., Ameni, G., & Abebe, F. (2012). Diagnostic and treatment delay among Tuberculosis patients in Afar Region, Ethiopia: a cross-sectional study. BMC Public Health, 12, 369. doi: 10.1186/1471-2458-12-369

Bennett, S., K. Hanson, et al. (2005). Working with the Non-State Sector to Achieve Public Health Goals. Making Health Systems Work: Working Paper No.2. Geneva, World Health Organization.

Beran, D., Silva Matos, C., & Yudkin, J. S. (2010). The Diabetes UK Mozambique Twinning Programme. Results of improvements in diabetes care in Mozambique: a reassessment 6 years later using the Rapid Assessment Protocol for Insulin Access. Diabet Med, 27(8), 855-861. doi: 10.1111/j.1464-5491.2010.03053.x

Berman, P. (2000). Organization of ambulatory care provision: a critical determinant of health system performance in developing countries.

BULLETIN-WORLD HEALTH ORGANIZATION, 78(6), 791-802.

Bigdeli, M., Jacobs, B., Tomson, G., Laing, R., Ghaffar, A., Dujardin, B., & Van Damme, W. (2012). Access to medicines from a health system perspective. Health Policy Plan. doi: 10.1093/heapol/czs108

Birn, A., Pillay, Y., & Holtz, T. H. (2009). Textbook of International Health: Global Health in a Dynamic World, Oxford University Press. New York.

Bjärås, G., Haglund, B. J., & Rifkin, S. B. (1991). A new approach to community participation assessment. Health Promotion International, 6(3), 199-206.

Blanchet, K., & Patel, D. (2012). Applying principles of health system strengthening to eye care. Indian J Ophthalmol, 60(5), 470-474. doi: 10.4103/0301-4738.100553

Bloland, P., Simone, P., Burkholder, B., Slutsker, L., & De Cock, K. M. (2012). The role of public health institutions in global health system strengthening efforts: the US CDC's perspective. PLoS Med, 9(4), e1001199. doi: 10.1371/journal.pmed.1001199

Bosch-Capblanch, X., Kelly, M., & Garner, P. (2011). Do existing research summaries on health systems match immunisation managers' needs in middle- and low-income countries? Analysis of GAVI health systems strengthening support. BMC Public Health, 11, 449.

Bossert, T. J. and J. C. Beauvais (2002). Decentralization of health systems in Ghana, Zambia, Uganda and the Philippines: a comparative analysis of decision space. Health policy and planning 17(1): 14-31.

Bradshaw, D., Chopra, M., Kerber, K., Lawn, J. E., Bamford, L., Moodley, J. Velaphi, S. (2008). Every death counts: use of mortality audit data for decision making to save the lives of mothers, babies, and children in South Africa. Lancet, 371(9620), 1294-1304. doi: 10.1016/s0140-6736(08)60564-4

Brinkerhoff, D.W., Fort, C., & Stratton, S. (2009). Good governance and health: assessing progress in Rwanda. TWUBAKANE Decentralization and

Health Program Rwanda Report.

Bucagu, M., Kagubare, J. M., Basinga, P., Ngabo, F., Timmons, B. K., & Lee, A. C. (2012). Impact of health systems strengthening on coverage of maternal health services in Rwanda, 2000–2010: a systematic review. Reprod Health Matters, 20(39), 50–61.

Cavalli, A., Bamba, S. I., Traore, M. N., Boelaert, M., Coulibaly, Y., Polman, K. Van Dormael, M. (2010). Interactions between Global Health Initiatives and country health systems: the case of a neglected tropical diseases control program in Mali. PLoS Negl Trop Dis, 4(8), e798. doi: 10.1371/journal.pntd.0000798

Chatora, R. and P. Tumusiime (2004). Health sector reform and district health systems. World Health Organization Regional Office for Africa: Brazzaville.

Chee, G., Pielemeier, N., Lion, A., & Connor, C. (2012). Why differentiating between health system support and health system strengthening is needed. Int J Health Plann Manage. doi: 10.1002/hpm.2122

Curry, L. A., Alpern, R., Webster, T. R., Byam, P., Zerihun, A., Tarakeshwar, N. Bradley, E. H. (2012). Community perspectives on roles and responsibilities for strengthening primary health care in rural Ethiopia. Glob Public Health, 7(9), 961–973. doi: 10.1080/17441692.2012.686114

de Maeseneer, J., Willems, S., De Sutter, A., Van de Geuchte, I., & Billings, M. (2007). Primary health care as a strategy for achieving equi–table care. Health Systems Knowledge Network of the World Health Organization's Commission on Social Determinants of Health.

de Roodenbeke, E., Lucas, S., Rouzaut, A., & Bana, F. (2010). Outreach services as a strategy to increase access to health workers in remote and rural areas. Ginebra, Organizaci n Mundial de la Salud, 91, 201–206.

de Savigny, D. and T. Adam (2009). Systems thinking for health systems strengthening, World Health Organization.

de Savigny, D., Kasale, H., & Mbuya, C. (2002). TEHIP Interventions: an overview. Tanzania essential health interventions project (No. 2). discussion paper.

de Savigny, D., Kasale, H., Mbuya, C., & Reid, G. (2008). In_focus: Fixing Health Systems.Desai, M., Rudge, J. W., Adisasmito, W., Mounier-Jack, S., & Coker, R. (2010). Critical interactions between Global Fund-supported programmes and health systems: a case study in Indonesia. Health Policy Plan, 25 Suppl 1, i43-47.

Doherty, T., Chopra, M., Tomlinson, M., Oliphant, N., Nsibande, D., & Mason, J. (2010). Moving from vertical to integrated child health programmes: experiences from a multi-country assessment of the Child Health Days approach in Africa. Trop Med Int Health, 15(3), 296-305. doi: 10.1111/j.1365-3156.2009.02454.x

Drager, S., Gedik, G., & Dal Poz, M. R. (2006). Health workforce issues and the Global Fund to fight AIDS, Tuberculosis and Malaria: an analytical review. Hum Resour Health, 4, 23. doi: 10.1186/1478-4491-4-23

Egger, Dominique, Travis, Phyllida, Dovlo, Delanyo, & Hawken, Laura. (2005). Strengthening Management in Low-Income Countries Making Health Systems Work: Working Paper No. 1. Geneva: WHO.

Ejaz, I., Shaikh, B.T., & Rizvi, N. (2011). NGOs and government partnership for health systems strengthening: A qualitative study presenting viewpoints of government, NGOs and donors in Pakistan. BMC health services research, 11(1), 122.

Ekouevi, D. K., Karcher, S., & Coffie, P. A. (2011). Strengthening health systems through HIV monitoring and evaluation in Sub-Saharan Africa. Curr Opin HIV AIDS, 6(4), 245-250.

Eliason, R. N. (1999). Towards sustainability in village healthcare in rural Cameroon, Oxford University Press.

Embrey, M., Hoos, D., & Quick, J. (2009). How AIDS funding strengthens health systems: progress in pharmaceutical management. J Acquir Immune Defic Syndr, 52 Suppl 1, S34-37.

European Commission. (2007). Guidelines for European Commission Support to Sector Programmes. Brussels: EC.

Evans, D.B., & Etienne, C. (2010). Health systems financing and the path to universal coverage. Bulletin of the World Health Organization, 88(6), 402-403.

Evans, R. G (1981). Incomplete Vertical Integration: The Distinctive Structure of the Health-Care industry. In J.J. van der Gaag and P.M(eds0 Health, economics, and health economics. Amsterdam: North Holland.

Lindsey, E. (2002). Community home-based care in resource-limited settings: a framework for action.

Fonjungo, P. N., Kebede, Y., Messele, T., Ayana, G., Tibesso, G., Abebe, A. Kenyon, T. (2012). Laboratory equipment maintenance: a critical bottleneck for strengthening health systems in sub-Saharan Africa? J Public Health Policy, 33(1), 34-45.

Franco, L. M., & Marquez, L. (2011). Effectiveness of collaborative improvement: evidence from 27 applications in 12 less-developed and middle-income countries. BMJ Qual Saf, 20(8), 658-665.

Freedman, L. (2007). Health system strengthening: new potential for public health and human rights collaboration. Reproductive Health Matters, 15(30), 219-220.

Frenk J. (1994). Dimensions of health system reform. Health Policy 27(1).

Frenk, J. (2010). The global health system: strengthening national health systems as the next step for global progress. PLoS medicine, 7(1), e1000089.

Fryatt R, Mills A (2010). Task force on Innovative International Financing for Health Systems: showing the way forward. Bull World Health Orga 88(6).

Gaumer, G., Hassan, N., & Murphy, M. (2008). A simple primary care information system featuring feedback to clinicians. The International journal of health planning and management, 23(3),

185-202.

George, A., Menotti, E.P., Rivera, D., Montes, I., Reyes, C.M., & Marsh, D.R. (2009). Community case management of childhood illness in Nicaragua: transforming health systems in underserved rural areas. Journal of Health Care for the Poor and Underserved, 20(4A), 99-115.

Global Fund (2011). MNCH Practical Guidance Tool. Strengthening support for maternal, newborn and child health within Global Fund proposals. GF.

Gloyd, S., Montoya, P., Floriano, F., Chadreque, M.C., Pfeiffer, J., & Gimbel-Sherr, K. (2007). Scaling up antenatal syphilis screening in Mozambique: transforming policy to action. Sexually transmitted diseases, 34(7), S31-S36.

Gonz lez-Block, M.A., Rouvier, M., Becerril, V., & Sesia, P. (2011). Mapping of health system functions to strengthen priority programs. The case of maternal health in Mexico. BMC public health, 11(1), 164.

Grundy, J., & Moodie, R. (2009). An approach to health system strengthening in the Democratic Peoples Republic of Korea (North Korea). Int J Health Plann Manage, 24(2), 113-129. doi: 10.1002/hpm.958

Grundy, J., Khut, Q.Y., Oum, S., Annear, P., & Ky, V. (2009). Health system strengthening in Cambodia—A case study of health policy response to social transition. Health policy, 92(2), 107-115.

Hafner, T., & Shiffman, J. (2012). The emergence of global attention to health systems strengthening. Health Policy Plan.

Harries, A. D., Zachariah, R., Tayler-Smith, K., Schouten, E. J., Chimbwandira, F., Van Damme, W., & El-Sadr, W. M. (2010). Keeping health facilities safe: one way of strengthening the interaction between disease-specific programmes and health systems. Trop Med Int Health, 15(12), 1407-1412.

Harrington, M. (2009). Community involvement in HIV and tuberculosis research. J Acquir Immune Defic Syndr, 52 Suppl 1, S63-66. doi: 10.1097/QAI.0b013e3181bbcc56

Helmut G rgen, Thomas Kirsch-Woik, Bergis Schmidt-Ehry (2004) The District Health System. Schriftenreihe der GTZ, Nr. 276. Wiesbaden, 2nd edition

Hsiao, W. C. (2003). What is a health system? Why should we care. Harvard School of Public Health, working paper.

Howe, L. D., Manu, A., Tawiah-Agyemang, C., Kirkwood, B. R., & Hill, Z. (2011). Developing a community-based neonatal care intervention: a health facility assessment to inform intervention design. Paediatr Perinat Epidemiol, 25(2), 192-200. doi: 10.1111/j.1365-3016.2010.01178.x

Hurst J. W. (1991). Reforming health care in seven European nations, Health Affairs(Millwood), 10(3):7-21

Islam, M. (2007). Health systems assessment approach: a how-to manual: Rational Pharmaceutical Management Plus.

Janovsky, K., Peters, D., Arur, A., & Sundaram, S. (2006). Improving health services and strengthening health systems: adopting and implementing innovative strategies. Department of Health Policy, Development and Services, Evidence and Information for Policy. Geneva: World Health Organization.(WHO/EPI/healthsystems/2006.2).

Jenkins, R., Baingana, F., Ahmad, R., McDaid, D., & Atun, R. (2011). How can mental health be integrated into health system strengthening? Ment Health Fam Med, 8(2), 115-117.

Kawonga, M., & Fonn, S. (2008). Achieving effective cervical screening coverage in South Africa through human resources and health systems development. Reprod Health Matters, 16(32), 32-40. doi: 10.1016/s0968-8080(08)32403-3

Kawonga, M., Blaauw, D., & Fonn, S. (2012). Aligning vertical interventions to health systems: a case study of the HIV monitoring and evaluation system in South Africa. Health Res Policy Syst, 10, 2. doi: 10.1186/1478-4505-10-2

Keshavjee, Salmaan, Seung, Kwonjune, Satti, Hind, Furin, Jennifer, farmer,

Paul, Kim, Jim Yong, & Beerra, Mercedes. (2007). Building Capacity for Multidrug-Resistant Tuberculosis Treatment A quarterly Jounal published by MIT Press : Innovations, 2(4), 87-106.

Khan, A. A., Khan, N. U., Bile, K. M., & Awan, H. (2010). Creating synergies for health systems strengthening through partnerships in Pakistan--a case study of the national eye health programme. East Mediterr Health J, 16 Suppl, S61-68.

Khan, M. Mahmud, & Hotchkiss, David. (2006). How Effective are Health Systems Strengthening Programs in Reaching the Poor? A Rapid Assessments Approach: USAID.

Kruk, M. E., Porignon, D., Rockers, P. C., & Van Lerberghe, W. (2010). The contribution of primary care to health and health systems in low- and middle-income countries: a critical review of major primary care initiatives. Soc Sci Med, 70(6), 904-911. doi: 10.1016/j.socscimed.2009.11.025

Kumar, S., & Preetha, GS. (2012). Health promotion: An effective tool for global health. Indian Journal of Community Medicine: Official Publication of Indian Association of Preventive & Social Medicine, 37(1), 5.

Lavergne, P.R., Alba, A. (2003). CIDA Primer on Program-Based Approaches.

Leatherman, S., Ferris, T.G., Berwick, D., Omaswa, F., & Crisp, N. (2010). The role of quality improvement in strengthening health systems in developing countries. International Journal for Quality in Health Care, 22(4), 237-243.

Liljestrand, J. (2006). Trends in maternal health/healthcare in low-income countries and the implications on neonatal health. Paper presented at the Seminars in Fetal and Neonatal Medicine.

Liljestrand, J., & Sambath, M.R. (2012). Socio-economic improvements and health system strengthening of maternity care are contributing to maternal mortality reduction in Cambodia. Reproductive Health Matters, 20(39), 62-72.

Litsios, S. (2004). World Health Organization's Primary Health Care Approach. American journal of public health. 94(11).

Local Government and Human Rights: Doing Good Service, (2005) International Council on Human Rights Policy. Versoix, Switzerland.

Maestad, O., Ferraz, O., Yamin, A. E., Norheim, O. F., & Gloppen, S. (2010). How does litigation affect health financing Health Systems Financing: The path to universal coverage. Geneva: World Health Organization.

Maher, D., Smeeth, L., & Sekajugo, J. (2010). Health transition in Africa: practical policy proposals for primary care. Bulletin of the World Health Organization, 88(12), 943-948.

Maluka, S. O. (2011). Strengthening fairness, transparency and accountability in health care priority setting at district level in Tanzania. Glob Health Action, 4. doi: 10.3402/gha.v4i0.7829

Mangham, L. J., & Hanson, K. (2010). Scaling up in international health: what are the key issues? Health Policy Plan, 25(2), 85-96. doi: 10.1093/heapol/czp066

Marchal, B., Cavalli, A., & Kegels, G. (2009). Global Health Actors Claim To Support Health System Strengthening—Is This Reality or Rhetoric? PLoS medicine, 6(4), e1000059.

Marchal, B., Van Dormael, M., Pirard, M., Cavalli, A., Kegels, G., & Polman, K. (2011). Neglected tropical disease (NTD) control in health systems: The interface between programmes and general health services. Acta tropica, 120, S177-S185.

Masanja, H., de Savigny, D., Smithson, P., Schellenberg, J., John, T., Mbuya, C., ... & Mshinda, H. (2008). Child survival gains in Tanzania: analysis of data from demographic and health surveys. The Lancet, 371(9620), 1276-1283.Mayers, J. (2005). Stakeholder power analysis. International Institute for Environment and Development.

McFarlane, A., & Wielgosz, A. (2009). Strengthening information systems for heart health in Canada. Can J Cardiol, 25(11), 631-634.

Merson, Michael H., Black, Robert E., & Mills, Anne J. (2012). Global Health: Diseases, Programs, Systems and Policies: Jones&Bartlett Learning.

Miller, V., Nwokike, J., & Stergachis, A. (2012). Pharmacovigilance and global HIV/AIDS. Current Opinion in HIV and AIDS, 7(4), 299-304.

Mills A, Ranson M (2001). The design of health systems. In: Black R, Merson M, Mills A, editors. International public health: diseases, programs, systems, and policies. Gaithersburg, Maryland: Aspen Publication.

Mills, A., Vaughan, J. P., Smith, D. L., & Tabibzadeh, I. (1990). Health system decentralization: concepts, issues and country experience/edited by Anne Mills...[et al.].

Mony, P.K., & Nagaraj, C. (2007). Health information management: an introduction to disease classification and coding. National Medical Journal of India, 20(6), 307.

Mounier-Jack, S., Rudge, J. W., Phetsouvanh, R., Chanthapadith, C., & Coker, R. (2010). Critical interactions between Global Fund-supported programmes and health systems: a case study in Lao People's Democratic Republic. Health Policy Plan, 25 Suppl 1, i37-42. doi: 10.1093/heapol/czq056

Mullan, F., Frehywot, S., Omaswa, F., Buch, E., Chen, C., Greysen, S.R. Boelen, C. (2011). Medical schools in sub-Saharan Africa. The Lancet, 377(9771), 1113-1121.

Mullan, F., Frehywot, S., Omaswa, F., Sewankambo, N., Talib, Z., Chen, C. Kiguli-Malwadde, E. (2012). The Medical Education Partnership Initiative: PEPFAR's Effort To Boost Health Worker Education To Strengthen Health Systems. Health Affairs, 31(7), 1561-1572.

Nash, D., Elul, B., Rabkin, M., Tun, M., Saito, S., Becker, M., & Nuwagaba-Biribonwoha, H. (2009). Strategies for more effective monitoring and evaluation systems in HIV programmatic scale-up in resource-limited settings: Implications for health systems strengthening. J Acquir Immune Defic Syndr, 52 Suppl 1, S58-62.

doi: 10.1097/QAI.0b013e3181bbcc45

Newbrander, W., Waldman, R., & Shepherd-Banigan, M. (2011). Rebuilding and strengthening health systems and providing basic health services in fragile states. Disasters, 35(4), 639-660.

Nixon, S., & Veenstra, N. (2008). The impact of ART (anti-retroviral treatment) scale-up on health systems de-strengthening in sub-Saharan Africa: justice and justification. Medicine and law, 27(3), 685.

NZAID. (2006). NZAID Sector Wide Approaches Guidelines.

OECD. (2006). Harmornising donor practices for effective aid delivery, volume 2. DAC Guidelines and Reference Series. Paris: OECD.

Oliveira-Cruz, V., Kurowski, C., & Mills, A. (2003). Delivery of priority health services: searching for synergies within the vertical versus horizontal debate. Journal of International Development, 15(1), 67-86.

Ooms, G., Van Damme, W., Baker, B.K., Zeitz, P., & Schrecker, T. (2008). The 'diagonal' approach to Global Fund financing: a cure for the broader malaise of health systems. Global Health, 4(6).

Oxfam International. (2004). Principles, Issues and Options for Strengthening Health systems for treatment access in Southern Africa.

Palen, J., El-Sadr, W., Phoya, A., Imtiaz, R., Einterz, R., Quain, E. Lion, A. (2012). PEPFAR, health system strengthening, and promoting sustainability and country ownership. J Acquir Immune Defic Syndr, 60 Suppl 3, S113-119. doi: 10.1097/QAI.0b013e31825d28d7

PATH. (2008a). PATH's experience in strenghening health systems.

PATH. (2008b). Strengthening health systems through procurement.

Pfeiffer, J., Montoya, P., Baptista, A.J., Karagianis, M., de Morais Pugas, M., Micek, M. Baird, S. (2010). Integration of HIV/AIDS services into African primary health care: lessons learned for health system strengthening in Mozambique-a case study. Journal of the International AIDS Society, 13(1), 3.

PHRplus/Albania (2005). Toolkits for Strengthening Primary Health Care.

USAID.

Ravindran, TK. (2010). Privatisation in reproductive health services in Pakistan: three case studies. Reproductive Health Matters, 18(36), 13-24.

Reich MR, Takemi K (2009). G8 and strengthening of health systems: follow-up to the Toyako summit. The Lancet 373.

Reich, M.R., Takemi, K., Roberts, M.J., & Hsiao, W.C. (2008). Global action on health systems: a proposal for the Toyako G8 summit. Lancet, 371(9615), 865-869.

Roberts M, Hsiao W, Berman P, Reich M (2004). Getting health reform right: a guide to improving performance and equity. New York: Oxford University Press.

Roemer, M. I. (1993). National health systems of the world (Vol. 2, p. 61). Oxford, UK: Oxford University Press.

Roodenbeke, E. D., S. Lucas, et al. (2011). Outreach Services as a Strategy to Increase Access to Health Workers in Remote and Rural Areas. Increasing access to health workers in rural and remote areas: Technical Report No.2. Geneva, World Health Organization.

Rudge, J. W., Phuanakoonon, S., Nema, K. H., Mounier-Jack, S., & Coker, R. (2010). Critical interactions between Global Fund-supported programmes and health systems: a case study in Papua New Guinea. Health Policy Plan, 25 Suppl 1, i48-52. doi: 10.1093/heapol/czq058

Saltman, R.B, & Figueras, J. (1997). European health care reform: Analysis of current strategies. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Samb, B., Desai, N., Nishtar, S., Mendis, S., Bekedam, H., Wright, A. Etienne, C. (2010). Prevention and management of chronic disease: a litmus test for health-systems strengthening in low-income and middle-income countries. Lancet, 376(9754), 1785-1797. doi: 10.1016/s0140-6736(10)61353-0

Sambo, L.G., Ki-Zerbo, G., & Kirigia, J.M. (2011). Malaria control in the

African Region: perceptions and viewspoints on proceedings of the Africa Leaders Malaria Alliance (ALMA). Paper presented at the BMC proceedings.

Sambo, Luis G., Chatora, Rufaro R., & Goosen, Simone. (2003). Tools for Assessing the Operationality of District Health Systems. Regional Office for Africa: World Health Organization.

Shakarishvili, G., Atun, R., Berman, P., Hsiao, W., Burgess, C., & Lansang, M. A. (2010). Converging health systems frameworks: towards a concepts-to-actions roadmap for health systems strengthening in low and middle income countries. Global Health Governance, 3(2).

Shipp, P.J. (1998). Workload indicators of staffing need (WISN): a manual for implementation: WHO Division of Human Resources Development and Capacity Building.

Siddiqi, S., Masud, T. I., Nishtar, S., Peters, D. H., Sabri, B., Bile, K. M., & Jama, M. A. (2009). Framework for assessing governance of the health system in developing countries: gateway to good governance. Health Policy, 90(1), 13-25. doi: 10.1016/j.healthpol.2008.08.005

Smith, P. C., Anell, A., Busse, R., Crivelli, L., Healy, J., Lindahl, A. K., Kene, T. (2012). Leadership and governance in seven developed health systems. Health Policy.

Soeters, R., Habineza, C., & Peerenboom, P.B. (2006). Performance-based financing and changing the district health system: experience from Rwanda. Bulletin of the World Health Organization, 84(11), 884-889.

Soeung, S., Grundy, J., Kamara, L., McArthur, A., & Samnang, C. (2007). Developments in immunization planning in Cambodia--rethinking the culture and organization of national program planning. Rural Remote Health, 7(2), 630.

Sundewall, Jesper, et al (2011). Health-systems strengthening: current and future activities. The Lancet 377.9773: 1222-1223.

Suzuki T. (2009). From sector wide approach to general budget support: The

impact of political shift in the education sector in Zambia. Journal of Internation Cooperation Studies, 17(1), 79-99.

Tandon, A., Murray, C. J. L., Lauer, J. A., & Evans, D. B. (2001). Measuring overall health system performance for 191 countries: World Health Organization.

Tanner, M. (2005). Strengthening district health systems. Bulletin of the World Health Organization 83(6): 403-403.

Tarantola, D., & Foster, S. O. (2011). From smallpox eradication to contemporary global health initiatives: enhancing human capacity towards a global public health goal. Vaccine, 29 Suppl 4, D135-140. doi: 10.1016/j.vaccine.2011.07.027

Tarimo, E. (1991). Towards a healthy district: organizing and managing district health systems based on primary health care/E. Tarimo.

Taskforce on Innovative International Financing for Health Systems. (2009). Constraints to Scaling up and costs. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

Thomas, S., Mooney, G., & Mbatsha, S. (2007). The MESH approach: strengthening public health systems for the MDGs. Health Policy, 83(2-3), 180-185. doi: 10.1016/j.healthpol.2007.01.002

Tin, N., Lwin, S., Kyaing, N. N., Htay, T. T., Grundy, J., Skold, M. Nirupam, S. (2010). An approach to health system strengthening in the Union of Myanmar. Health Policy, 95(2-3), 95-102.

UNFPA. (2005). Sector Wide Approaches: A Resource Document for UNFPA Staff. London: HLSP Institute.

USAID. (2012). Health System Assessment Approach: A How-to Manual Version 1.75.

USAID. (2012). The health System Assessment Approach: A How-to Manual.

van Olmen, J., Marchal, B., Van Damme, W., Kegels, G., & Hill, P.S. (2012). Health systems frameworks in their political context: framing divergent agendas. BMC Public Health, 12(1), 774.

Vitoria, M., Granich, R., Gilks, C. F., Gunneberg, C., Hosseini, M., Were, W.

De Cock, K. M. (2009). The global fight against HIV/AIDS, tuberculosis, and malaria: current status and future perspectives. Am J Clin Pathol, 131(6), 844-848. doi: 10.1309/ajcp5xhdb1pnaeyt

Waddington, C. and D. Egger (2008). Integrated Health Services - What and Why? Making Health Systems Work: Technical Brief No. 1. Geneva, World Health Organization.

Walford V. (2003). Defining and evaluating SWAps: A paper for the inter-agency group on SWAps and development cooperation. London: Institute for Health Sector Development.

Walley, J., Lawn, J. E., Tinker, A., De Francisco, A., Chopra, M., Rudan, I., Bhutta Z. A. & Black, R. E. (2008). Primary health care: making Alma-Ata a reality. The Lancet, 372(9642), 1001-1007.

World Health Organization Regional Office for Africa (2008). Implementing the reaching every district approach; a guide for district health management team.

World Health Organization Regional Office for Europe (2008). The Tallinn Charter: health systems for health and wealth.

World Health Organization Regional office for South-East Asia (2010). PrimaryHealthCare,Thebasisforhealthsystemstrengthening,WHO.

World Health Organization. (1978, September). Declaration of Alma-Ata. In International conference on primary health care, Alma-Ata, USSR (Vol. 6, p. 12).

World Health Organization. (1988). The Challenge of Implementation: District Health Systems for Primary Health Care. World Health Organization: Geneva.

World Health Organization. (2002). Community home-based care in resource-limited setting-A framework for action, World Health Organization, 2002.

World Health Organization. (2007a). Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action. World Health Organization.

World Health Organization. (2007b). The Global Fund Strategic Approach to Health Systems Strengthening. Report from WHO to The Global Fund Secretariat. WHO.

World Health Organization. (2008). Contributing to health system strengthening -guiding principles for national tuberculosis programmes. WHO.

World Health Organization. (2009a) Primary health care, including health system strengthening, World Health Organization, 2009.

World Health Organization. (2009b). Systems thinking for health systems strengthening. WHO.

World Health Organization. (2010a). Health Systems Financing (HSF). In W. H. Organization (Ed.), Health systems & services.

World Health Organization. (2010b). Innovative International Financing for Health Health Systems Financing: The path to universal coverage. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization. (2010c). Monitoring and evaluation of health systems strengthening: An operational framework World Health Organization.

World Health Organization. (2010d). Monitoring The Building Blocks of Health Systems: A Handbook of Indicators and Their Measurement Strategies.

World Health Organization. (2011a). Evidence-informed Human Resources for Health policies: the contribution of HRH Observatories Report of the Global Meeting of Human Resources for Health Observatories. Lisbon: WHO.

World Health Organization. (2011b). Transformative Scale Up of Health Professional Education. Health Systems and Services (HSS/HRH). Geneva, World Health Organization.

World Health Organization. (2012). Service Availability and Readiness Assessment (SARA): A methodology for measuring health systems strengthening. World Health Organization. Geneva.

World Vision International. (2009). Who's counting? 9.2 million children- the

cost of inaction on child health.

World Vision International. (2011). Integrating Maternal, Newborn and Child Health Interventions.

경제개발협력기금. (2011). 2011 EDCF 연차보고서. 한국수출입은행 경제협력기획본부.

국제개발협력시민사회포럼. (2011). 모자보건을 중심으로 바라본 보건 분야에서의 원조 효과성: 평가와 제언.

김정남, 신유선. (2011). 지역사회간호학. 수문사.

김창엽. (2012). 한국의 일차보건의료- 오랜 그리고 새로운. 건강정책과 정치. 비판과 대안을 위한 건강정책학회.

노화준. (2003). 정책분석론. 박영사.

대외경제정책연구원. (2012). 볼리비아 베니주 보건의료시스템 향상사업 예비타당성조사.

문상원. (2012). 개발협력 프로젝트의 이해. KOICA ODA 교육원

문옥륜, 조유향. (1995). 지역보건계획. 고려의학.

배상수. (2012). 보건사업기획. 계축문화사.

서울대학교 보건대학원. (2010). 보건의료분야 국제개발사업 수행체계 및 프로그램 개발. 보건복지가족부.

서울대학교 의과대학 의료관리학 교실 (2012). 지역사회의학과 일차보건의료.

오충현 이훈상 지나윤 & 한국국제협력단 (2011). 모자보건DA 프로그램모델연구 성남 한국국제협력단.

이정열, 강혜영, 김광숙, 김현리, 양경희, 이현경, 임재란, 한지영 외. (2011). 지역사회간호학. 현문사.

이종무, 김태균, 송정호. (2011). 수원국 역량발전을 위한 개발협력전략과 사례연구. 통일연구원.

이현주. (2010). 한국 ODA의 프로그램형 접근법(PBA) 도입방안. 한국국제협력단.

정우일 (1998). 일선관료의 직무관행에 관한 연구. A Study on the Patterns of Works of Street - Level Bureaucrats 17(-): 287-317.

한국국제보건의료재단. (2011). 보건의료 ODA 국제적 현황.

한국국제보건의료재단. (2012). 연간보고서 제24호.

부 록

부록 3-1 국내의 HSS 사례(1) _ 173
부록 3-2 국내의 HSS 사례(2) _ 177
부록 3-3 코이카의 HSS 사례 _ 182
부록 3-4 국내 NGO의 HSS 사례 _ 184
부록 4-1 국제 NGO의 사례(1) _ 185
부록 4-2 국제 NGO의 사례(2) _ 189
부록 6-1 WHO 보건의료체계 측정지표 _ 190
부록 6-2 USAID 보건의료체계 측정지표 _ 194
부록 6-3 European Community 보건의료체계 측정지표 _ 196
부록 6-4 키르키즈스탄의 SWAp 사례 _ 214
부록 A-1 국제보건 ODA 포럼 발표자료 : SNU _ 220
부록 A-2 국제보건 ODA 포럼 발표자료 : WB _ 228
부록 A-3 국제보건 ODA 포럼 발표자료 : WHO _ 238
부록 A-4 국제보건 ODA 포럼 발표자료 : GIZ _ 246
부록 A-5 국제보건 ODA 포럼 발표자료 : JICA _ 254
부록 A-6 국제보건 ODA 포럼 발표자료 : KOICA _ 258
부록 A-7 KOICA 내부 직원 Focus Group Interview _ 275
부록 A-8 전문가 자문회의 _ 279
부록 A-9 국외 출장 귀국보고서 (2012.10.25) _ 284
부록 A-10 국외 출장 귀국보고서 (2012.12.18) _ 292

부록 3-1 국내의 HSS 사례(1)

1. 볼리비아 보건의료체계 강화사업(대외경제정책연구원, 2012)

볼리비아의 보건의료체계 강화를 위하여 한국국제협력기구(KOICA)에서는 볼리비아 베니주에 3차 종합병원건립 및 사업을 진행하고 베니주 트리니다드의 통합 보건네트워크 강화사업 및 베니주 목호스 산이그냐시오 2차 병원 건립 및 보건네트워크 강화 사업을 진행하고 있다.

2. 베니주 보건의료체계 개요

베니주 보건의료 공급체계는 공공부문, 사회보험, 민간부문, 그리고 NGO 및 교회 등 4대 하위부문으로 세분화되어 있으나, 공공의료를 기본으로 국가보건의료체계를 따르고 있다. 2011년 기준으로 베니주의 보건의료체계는 주정부 인간개발사회복지보건국(SEDES, SDA-SAL) 산하 8개 보건망에 따라 202개 공공 및 민간의료시설로 구성되어 있다. 그 중 85%인 172개는 공공부문이고, 9%인 18개는 사회보험이 담당하고 있고, 민간부문은 2%인 4개, NGO는 3%인 5개, 그리고 2%인 3개는 교회가 관리하고 있다. 또한 95%인 195개는 1차 병원(보건소 및 보건지소), 4%인 9개는 2차 병원, 1개는 3차 병원(레르만 부쉬병원)이다. 보건의료 전문인력의 수준과 공급은 양호하지만, 관리 및 유지에 필요한 재원부족으로 서비스수준은 양적, 질적으로 미흡한 상황이다. 베니주 주도인 트리니다드시는 인구 10만의 도시로서 보건의료부문의 중심지역이지만, 농촌지역보다 상대적으로 양질의 서비스를 제공한다는 것 이외에 의료시설은 매우 열악한 상황이다. 베니주의 제2 보건망에 해당하는 목호스(Moxos)에는 San Ignacio시에 실질적으로는 1차 병원이면서도 2차 병원 역할을 하는 “Hospital 3 de Noviembre” 비롯한 33개의 의료시설이 있다. 전반적으로 이 지역의 보건의료체계는 다른 지자체와 동일하게 시의 관리능력과 재정지원 부족으로 정상적인 기능을 수행하는데 한계가 있는데 그 원인은 분권화되고 자치적인 관리가 적절하게 이루어지지 않은 결과인데, 보건망의 의료전달체계 및 의료정보체계도 매우 미흡한 것으로 나타났다.

3. 보건의료체계강화 사업범위

1) 베니주 3차 병원 신축과 보건의료기관 역량 강화

베니주의 고립성과 낙후성을 고려하여 3차 병원 신축을 시급히 추진하되 3차 병원의 기능과 역할 강화에 중심을 두어야 한다. 신축 병원에는 '매개체에 의한 열대 전염성 질환 관리센터', '혈액투석센터', '응급의료센터', '만성병 관리를 위한 지역사회 보건센터' 등 4개의 진료센터를 설치를 필요로 한다. 4개의 진료 센터는 베니주에서 설정한 2015년 보건의료 추진 전략 및 목표에 따라 정책우선 순위 및 지표를 통해 나타난 'Health impact'를 고려하고, 3차 병원의 공공성를 확보하기 위한 것이다.

2) 3차 병원과 지역 보건의료시스템과의 연대 확대

베니주 보건의료네트워크에서 3차병원은 보건의료 인력과 교육과 조사연구, 빈곤층에 대한 공공보건의료(community public service)를 제공한다. 특히 보건의료네트워크와 SAFCI를 강화할 수 있는데 3차 병원은 1,2 차 보건의료 인력의 능력배양프로그램 (capacity building program) 운영, SAFCI 인력 담당자에 대한 교육, 훈련에서도 중요한 역할을 한다,

3) 목호스 산이그냐시오 보건네트워크 지원

목호스지역(province)은 현재 인구 25,653명(원주민 63%)이고, 코차밤바로 연결되는 도로사업 추진시 인구급증이 예상되어 거점병원으로서 2차급 병원이 필요하다. 5개 보건지역으로 나뉘는 사이그냐시오 목호스 지역보건네트워크는 10개 보건소와 23개 보건지소가 있고, 1차 병원임에도 2차급 병원 역할을 하는 산이그냐시오 병원은 12개의 병상을 보유하고 있다.

4) 보건의료체계강화 사업방식

베니주 보건의료시스템 향상사업을 추진하기 위해서는 SEDES의 정책적 우선순위에 따라 3차 종합병원 설립 및 장비지원에 역점을 두되 전문가 파견, 인력훈련 등 3차 병원과 지역보건의료시스템의 연계사업을 강화하여야 한다. 건축사업은 신규부지가 확장 되는대로 노후화된 헤르만부시 병원을 이전할 수 있는 신축병원 사업계획을 수립하고, 기존 병원인

력과 장비를 최대한 활용한다. 의료기자재 장비는 기존 시설을 최대한 활용하고, 3차 병원으로서 기능과 역량을 강화하는데 필요한 장비를 제공한다. 신축 병원에 설치되는 열대 전염성 질환 관리센터, 혈액투석센터, 응급의료센터, 만성병 관리를 위한 지역사회 보건센터 등에 필요한 장비 제공에 우선 순위를 부여한다.

현재 베니 지역의 열대 전염성 질환은 매우 중대한 보건 현안이며, 주민에게 심각한 건강 위협으로 되고 있다. 특히 뎅기열과 말라리아에 대한 신속한 대응이 요구되므로 3차 병원 중점사업으로 추진해야 한다. SEDES는 베니 지역 보건의료체계의 자체 분석을 통해 열대 전염성 질환에 대한 진단 및 치료 기능이 매우 취약하다고 분석하고 있으며, 개선할 여지가 많아 지역 내 열대 전염성 질환의 진단 시설 및 치료 시설 지원을 강화하여야 한다. 열대 전염성 질환 관리 센터는 베니주 SEDES의 핵심 목표와 전략인 '전염성 질환 감시 시스템 구축'과도 부합하고, 개개인의 노력으로는 관리가 힘든 전염성 질환에 대한 국가 대응의 공공보건정책 강화와 부합된다. 열대 전염성 질환 관리 센터의 효과적 운영을 위해서는 1,2,3차 기관이 환자를 선별해 관리 및 처리 할 수 있는 전달체계 확립이 필수적이므로 'Technical support & training for infectious in Beni' 등의 프로그램이 필요한 것으로 판단된다.

① 혈액투석센터

현재 트리니다드에서는 혈액투석기가 오브레로 병원에 2대, 헤르만 부쉬병원에 4대, 총 6대가 운영되고 있다. 그러나 혈액투석을 위해 환자들이 비용을 지불하지 않고, 이용할 수 있는 공공서비스는 헤르만 부쉬 병원에서만 가능한 실정이다.

현지 의료진에 따르면 헤르만부쉬와 오브레로 병원에 총 35명의 환자가 등록되어 있는 상황이며, 향후 증가할 것으로 예상된다. 그러므로 신축병원에 약 15대 정도의 혈액투석기를 설치하여 내과 소속의 혈액투석센터를 설립할 필요가 있다고 판단된다.

② 응급의료센터

베니 지역에는 많은 중증 외상성 환자들이 3차수준의 의료서비스에 접근하지 못하고 있고, 응급 시에도 베니 지역 특성상 다른 지역으로의 이송도 불가능하므로 신축 병원에 응급의료센터가 반드시 포함되어야 한다. 응급의료센터는 구축비용이 높으므로 민간에서는 구축이 불가능한 의료영역임을 감안하면 병원의 공공성 확보를 위해서는 꼭 필요하다. 응급 의료 센터는 정형외과와 일반외과를 중심으로 운영을 시행할 것이다.

③ 만성질환 관리를 위한 지역사회 보건센터

베니 지역의 보건의료시스템 역량강화에는 지역사회 보건사업을 중점적으로 수행할 수 있는 센터가 반드시 필요하다.

고혈압 및 베니 지역에 만연한 만성질환에 대한 집중 관리 사업 및 조기검진 사업, 그리고 1차 보건의료 기관과의 연계 체계 구축을 통해 지역의 보건의료 지표 개선에 중추적인 역할을 수행 하도록 하여야 한다.

④ 현지 대학병원과 연계 강화

지역사회 보건사업 수행을 위해서는 공중보건학을 전공한 인력수급이 필수적으로 필요하다. 이러한 보건의료 인력의 역량강화의 핵심적인 내용이 베니주 자체적으로 전문적인 보건의료 인력의 양성과 훈련 체계를 갖추는 것이 적적하다고 판단되는데 이와 관련하여 트리니다드 자치대학'Universidad Autonoma de Beni' 에서는 향후 학부 내에 보건학 전공 프로그램과 학과를 설치하고 향후 베니주의 보건의료시스템 향상에 대하 사업 진행시 적극적으로 참여와 협조를 제공한다고 하였다.

부록 3-2 국내의 HSS 사례(2)

1. 네팔 보건의료체계 강화사업

네팔 보건의료체계 강화를 위해 HIT프로젝트에서 취한 전략은 상주 PM 및 단기파견 전문가를 파견하여 인적자원관리, 재정관리, 의료기자재 및 의약품관리, 시설관리에 대한 자문을 실시하고 관련 매뉴얼을 개발하며 관리자 국내 초청교육 및 현지 임상인력 실무향상 연수를 진행하고 있다.

2. 사업내용

1) 현지 상주 전문가 장기 파견

일차보건의료에 기초한 티카풀지역의 보건의료체계 강화 및 지역보건 환경을 개선함으로써 티카풀 지역주민의 의료서비스 접근성과 기초건강수준을 향상시켜 네팔의 보건분야 국가개발계획 및 2015년 MDG 달성을 목표로 하고 있다. 티카풀병원 내 상주 전문가의 사업 추진을 위해 HIT 사무실을 설치하고 현지에서 고용된 일부 인력을 포함한 조직체계 구축과 함께 역할을 분담해 실행하는데 현지 상주 전문가는 HIT프로젝트의 현지 책임자로서 현장에서 시행되는 제반 사업의 수행과 자문을 담당하며, 단기전문가의 활동을 지원하고, 건축과 기자재 지원사업의 지원과 조정, 사업간 연계성 확보, 성과관리, 홍보 등의 현장사업을 담당한다. 보건시스템 강화를 위해 중앙정부, 병원관계자, 지역보건행정기구 관계자와 협의 및 수시 자문활동을 수행하는데 그 주된 자문분야는 인적자원관리, 재정관리(수익증대 방안), 의료기자재 및 의약품관리, 시설관리 등이 있다. 현장 HIT사무소의 주요 활동내용은 보건시스템 강화 및 보건교육 활동, 보건프로그램 실시, 성과관리 지표 및 데이터관리, 현지 모니터링, 현장 사무소 운영 및 현장 예산 관리 등이 있는데 그 분기별 활동계획은 다음과 같다.

네팔 티카풀 분기별 활동 계획

기간 (년, 월)	사업내용
2012.10-12	여성자원봉사자 보건교육 1차 건축 관련 현장설명회 개최 라디오방송을 통한 주민홍보 5회 홈페이지 제작
2013.1-3	티카풀병원 의료인력 교육 1차 HP보건인력 보건교육 1차 지역주민 교육을 위한 건강캠페인 1차 의료장비 및 기자재 검수 라디오방송을 통한 주민홍보 5회
2013.4-6	티카풀병원 의료인력 교육 2차 HP보건인력 보건교육 2차 여성자원봉사자 보건교육 2차 라디오방송을 통한 주민홍보 5회
2013-7-9	여성자원봉사자 보건교육 3차 지역주민 교육을 위한 건강캠페인 2차 라디오방송을 통한 주민홍보 5회 중간보고회
2013-10-12	학교보건사업 지역주민 교육을 위한 건강행사 2차 라디오 방송을 통한 주민홍보 5회 건축자문
2014.1-3	HP보건인력 보건교육 3차 지역주민 교육을 위한 건강행사 2차 라디오 방송을 통한 주민홍보 5회 건축자문
2014.4-6	티카풀병원 의료인력 교육 3차 HP보건인력 보건교육 4차 라디오 방송을 통한 주민홍보 10회 건축자문
2014.7-9	학교보건사업 수행 라디오방송을 통한 주민홍보 5회 건축자문 종료보고회 및 평가회
2014.10-12	라디오방송을 통한 주민홍보 5회 사업평가

2) 국내 초청 연수 교육

네팔의 보건사업의 관리자를 국내에 초청하여 한국의 보건의료 시스템 견학, 보건의료 정책의 발전과정 병원 및 보건소 운영, 보건프로그램의 시행과 관련된 교육을 통해 네팔 측 사업관리 인력의 한국의 보건관리 시스템을 벤치마킹하고 인력의 관리능력 등 역량향상을 추진하기 위해서 이다. 국내 초청 연수 교육은 중앙정부 관리자 초청연수와 지방정부 관리자 초청연수 두 가지로 나눌 수 있는데 그 내용은 다음과 같다.

네팔 중앙 관리자 초청연수의 내용

모듈	강의 및 실습	현장견학
보건의료정책	한국의 질병관리정책의 변천 및 함의	질병관리본부
건강보험제도	한국의 건강보험제도 및 운용	국민건강보험공단
	종합병원의 운영현황 및 전망	원주기독병원
지역보건사업의 실행	한국의 건강도시 현황 및 전망 한국의 보건의료행정체계 현황 및 전망 한국의 지역보건프로그램	원주시청/보건소 태안군보건의료원(보건지소/보건진료소)
지식공유 시스템	빈곤퇴치를 위한 IPAID의 경험과 전망/HIT 사업 한국의 모자보건사업의 경험 및 전망	연세대 IPAID
한국의 이해	산업시찰 문화탐방	수원 삼성전자 아산 현대자동차 자유의 집/판문점 한국 전통시장 문화공연- 난타 서울시티 투어

네팔 지방정부 관리자 초청연수의 내용

구분		이론 강의	현장학습 및 토론	
전문분야	정책	한국의 보건의료정책	원주시보건소/강원도청	
	제도	한국의 건강보험제도 및 운용	국민건강보험공단 원주횡성지사	
	지역보건 프로그램의 실시	한국의 지역보건프로그램과 발전의 역사	원주시보건소/강원도청 (필요시 질병관리본부)	
		지역보건 프로그램의 수행	원주시보건소 및 평창군보건의료원/ 원주의료원 방문	
		모자보건 및 생식보건	원주시보건소/원주의료원	
		HIV/AIDS의 예방과 관리	원주시보건소/원주기독병원	
		결핵의 예방과 관리	원주시보건소/원주기독병원	
		기생충 감염관리와 예방	원주시보건소/ 원주의과대학	
		안전한 식수의 활용	원주시상화수도사업본부	
	보건 시스템	의료시설의 인력관리, 재정관리 및 의료기자재 관리	평창군보건의료원/원주의료원/ 원주기독병원 방문	

이와 같은 국내 네팔 중앙정부관리 및 지방정부관리의 국내 초청 연수를 통해 그들에게 한국의 보건관리 시스템 견학을 통한 개발경험을 전수하고 중앙정부 관리자와 유대를 강화하고 관리자의 병원 및 보건소의 관리 역량을 강화하여 결국적으로는 보건의료 체계를 강화하는 것을 목표로 한다.

3) 병원직원의 직무교육계획

현재 티카풀병원에 의사는 1명뿐이라 많은 외래 환자를 HA(Health Assistant), CMA(Clinical Medical Assistant)가 진료를 수행하는 실정이다. 향후 전문 인력의 부족이 장기간 지속될 것으로 예상되므로 보조의료인력의 임상능력 향상을 위한 전문적 교육을 실시하여 의료의 질적 향상을 가져와야 한다.

병원직원 현지 연수 실시 개요

구분	내용
목적	보건시스템 강화 임상능력 및 병원행정 실무능력 향상을 위한 직무교육
대상	티카풀 병원의 의료인력 및 행정인력 1. 임상능력 향상: 의사, 보조의료인력, 간호사, 임상병리사 등 2. 병원행정 실무능력 향상: 병원장, 행정인력 등
인원 및 기간	인원: 39 명 기간: 4회/10일간 실시하며 부서별 구분하여 교육
연수의 내용	임상의료의 질적 향상을 위한 의료 인력 훈련과 재훈련 업무별로 구분하여 교육 실시 환자 진료/ 간호/ 병원행정/ 진단검사
연수의 방식	임상 중에 있는 인력을 대상으로 하는 연수이므로 전문가의 방문 시 연수, 상급의료기관 방분 연수, 과업 후 여수 등 방식을 다양화 하게 실시

부록 3-3 코이카의 HSS 사례

1. 네팔 띠카풀 보건환경 개선 사업 및 의료보험사업

KOICA 예전 사업은 대부분 인프라, 2차급 병원을 중심으로 진행하였다면 최근에는 인프라 사업에 대한 비판을 받고 완성된 형태의 전달체계가 현지에서 이루어지기 어렵다는 현실을 직면하면서 체계화된 제도역량 및 인력 강화로 사업의 방향을 전환하게 되었다. 이러한 방향 전환의 사업의 예시가 바로 네팔 띠카풀 보건환경 개선사업과 의료보험 사업이라고 할 수 있다. 한국 역시 정부의 정책과 지원으로 인해 전국민건강의료보험이 성공적으로 정착할 수 있었지만 대부분의 많은 개발도상국에서는 정부가 그 역할을 해 줄 수가 없고 지역의 보건의료환경 개선이 시급하기 때문이 보건의료체계를 강화하고자 하는 목적에서 사업이 시작되었다. 네팔 보건부에서 요청한 사업이 바로 의료보험 사업인데, 기존에 WHO와 함께 사업을 시행하고 있었는데 시행 착오를 거치면서 한국 정부에 도움을 요청하고 의료보험을 하는 사업장의 NGO와 함께 연계가 되어 KOICA가 사업을 시작하게 되었다. 현지 지역에서 이미 중앙 정부 단위의 보건의료사업이 많이 시행되고 있고 국제사회에서도 MDG를 달성하기 위해 재정적 지원을 하고 있다. 하지만 네팔 교외지역에는 MDG 목표 안에 포함되는 질병 중심의 치료기기 및 시술은 많이 도입되어 있지만 이 외에 보건의료 인프라가 부족한 것이 현실이다. 그래서 KOICA는 열악한 기존의 보건환경을 개선하면서 동시에 의료보험 사업을 연계해서 특정 지역에 포커스를 맞추는 것이 KOICA 네팔 사업의 핵심이라 할 수 있다.

2. 파키스탄 물탄 병원 건립 사업

파키스탄 물탄 병원 건립 사업은 현재 KOICA가 나아가고자 하는 사업방향과는 반대의 사업이다. 2010년에 KOICA 현지 사무소가 파키스탄에 설립되기 전에도 이미 많은 공여국과 선진 기관들이 사업을 진행하고 있지만 지원은 여전히 부족했다. KOICA 내부에서도 어느 사업부터 시작을 할지 고민을 한 결과 현지 인프라를 구축하는 것이 가장 시급하다고 판단을 해서 병원 건립사업을 시작하게 되었다. 파키스탄 현지 지역이 흙먼지 등으로 안과 관련 질병이 많이 발생하고 있어서 특정 질병에 특화된 병원을 설립할 필요성을 절감했다. 물론 사업 이후의 병원의 지속가능성에 대해서도 우려가 제기되고 있지만 파키스탄의 지역 병원 형태로 기능을 유지할 수 있도록 지원할 예정이다.

3. 필리핀 일로일로주 지원 사업

현재 필리핀에서는 결핵퇴치 역량강화 사업을 종료하고 평가사업을 진행 중에 있다. 한페 친선 병원 1,2차 지원하고 현재는 3차 지원 단계 중에 있다. 내년에 신규사업으로 일로일로주 3개 지역의 보건의료역량강화 사업을 진행할 예정이며 아클란주에 응급의료체계 역량강화 사업을 내년에 신규로 진행할 예정이라 사전조사를 마친 상태이다.

4. 우즈베키스탄 전염성 질병 역량강화 사업

2009-2012년 3백만불, 2017년까지 1차사업 연장해서 6백만불을 지원하는 사업이다. 1차 사업은 주로 기자재 중심으로 진행하였고 진단 질병 매뉴얼을 개발하는 것도 사업 내용에 포함되었지만 큰 비중을 차지하지는 않았다. 이후 2차사업을 통해 크게 세가지 프로그램을 시행했는데, 1. 전염병 관리에서 가장 중요한 역학 조사 2. 전염병진단의 가장 핵심인 정확한 진단을 위한 인프라 및 진단 인력을 위한 교육 3. 특정 질병을 타켓팅해서 성과기반 사업이다. 우즈베키스탄에서는 전염병에 대한 뚜렷한 대응방안이 없기 때문에 가장 1차적으로는 시범사업을 통해 가장효율적으로 대처할 수 있는 것이 목표이고 2차적으로는 전염병이 여러가지가 있지만 근본적으로 관리감독체계가(reporting surveillance)가 같기 때문에 하나를 관리하는 방법을 알려줌으로써 다른 질병에 대해서도 같은 방식을 적용할 수 있는 가능성을 확대하고자 한다.

5. 동아프리카 결핵퇴치사업 및 모자보건사업 - 수단, 에티오피아

동아프리카에서 시행되는 대부분의 사업은 소프트웨어 측면의 사업이 많고 보건의료인력에 대한 교육을 통한 역량강화에 초점을 맞추고 있다. 모자보건사업 같은 경우에는 1차 사업에 대한 평가가 좋아서 현재 2차사업을 진행하고 있다. 특히 프라지콴텔(의약품)을 투여하는 사업은 1,2,차 모두 성과가 성공적이어서 발병률이 28%에서 18%로 급감했다. 하지만 사업 종료 후 약품 투여가 중단되면 발병률과 유병률은 다시 증가하기 때문에 보건의료사업은 특히 사후 관리가 매우 중요하다고 본다.

부록 3-4 국내 NGO의 HSS 사례

1. 티모르-레스떼(동티모르) 바우카우 영유아보건사업

티모르-레스떼(동티모르)의 바우카우지역에서는 영유아와 출산전후의 어머니들을 위한 보건사업을 시행하고 있다. 고정진료소와 이동진료소를 통하여 약 8천 여 회의 의료상담과 진료가 이루어졌으며 가정방문, 가족계획방법 교육 및 상담, 모유수유 교육 및 상담, 개인위생교육, 예방접종과 체중확인 등을 통한 건강상태확인, 질병치료, 비타민 A 섭취에 관한 교육을 실시했고 생후 6개월~5세까지의 아동 549명에게 비타민 A를 제공했다. 또한 지역 아동들의 건강한 발달을 장려하고 지역사회 보건의식 고취를 위한 우량아 선발대회를 개최하여 12명의 우량아들이 선발되었다.

2. 남아공 에이즈 예방 사업 및 남아공 에이즈 결손가정 지원사업

남아프리카공화국 에이즈 결손 가정의 생계 문제를 해결하고자 소득증대사업을 실시했다. 사업대상 가정은 원예농업 및 직업훈련, 농업용수 활용 훈련과 씨 종자 및 과일 묘목 등을 제공 받았다.

3. 잠비아 뭄브와 빈곤퇴치기금 모자보건사업

월드비전은 한국 정부와 함께 국제빈곤퇴치기여금 지원 사업의 일환으로 2009년 9월부터 2013년 까지(예산: 총 29억 원) 잠비아 뭄브와 지역의 여성과 아동을 위한 보건 환경 개선사업을 진행하고 있다. 이 사업은 열악한 보건 환경에서 아동들에게 흔히 발생하는 말라리아와 설사를 예방하고, 임산부 및 가임 연령의 여성들이 적절한 보건 서비스를 제공받을 수 있는 환경을 조성하여 직접적으로는 사업대상 지역의 5세 미만 아동 17,120명과 가임 연령 여성 17,680명의 건강과 영양상태를 향상시키고 이외 지역 주민 4만 5천여 명의 보건환경개선을 목표로 하고 있다.

부록 4-1 국제 NGO의 사례(1)

1. Partners in health의 사례- 레소토 결핵 퇴치 사업

1) PIH의 결핵퇴치 사업

남아프리카 국경에 위치한 레소토는 국제적으로도 HIV유병률이 높은 국가 중 하나이며 결핵 유병률 역시 세계4위이다. 결핵 프로그램을 시행하기 위해 PIH는 우선 보건의료체계에 집중했다. 우선 파일럿으로 시행하는 프로그램이 전국에 확대되는 것을 목표로 지역사회의 역량이 보건의료체계 내에서 구축되도록 했다. 시행한 절차와 내용은 아래와 같다.

제도적 발전 및 기관 구축을 통한 보건정책과 전략 계획 수립

레소토 보건부는 결핵 프로그램의 계획안이 가이드라인을 포함하고 궁극적으로 국가수준의 계획으로 시행되기를 희망했으며 PIH를 포함한 비정부 기관과 함께 국제 기준에 입각한 프로토콜을 완성하였다. 각 기관이 역할 분담을 명확히 해야 이 후 프로토콜 기반 프로그램을 책임지고 시행할 수 있기 때문이다. 특히 PIH는 개발도상국의 보건부에 재정만 지원하는 것이 아니라 어떻게 해야 리더십을 가지고 국민의 건강을 위해 정책을 시행하는지에 대한 역량을 강화하는데 초점을 맞추었다.

- 보건부의 정책 리더십 함양: 국가적 수준의 가이드라인을 시행하기 위해서는 정부차원의 노력이 필요하다. 물론 정부의 여러부서가 협력해야 하지만 국민의 건강을 책임지는 보건부의 의무와 역할은 매우 크다. 보건부는 자신의 부서에 해당하는 업무 뿐만 아니라 여러 부서들이 어떻게 업무를 연계시킬 수 있는지에 대해서도 고민해야 한다.

- PIH: 프로그램에 대한 기술자문과 재정적 지원을 주로 한다. PIH는 국가 기관에 비해 HIV/ TB 등 특정 질환 프로그램에 대한 전문적 기술이 뛰어나므로 여러 자문을 구할 수 있다.

- WHO: 국제, 국가, 지역 수준의 대표를 통한 정치적 지원을 한다. WHO는 국제기구이기는 하나 한 국가 내에서 강력한 영향력을 행사할 수 있는 권한이 부재한 것이 사실이다. 그러므로 WHO는 국제적 수준에서 개발도상국의 건강에 관심을 가질 것을 촉구하면서 동시에 국가/지역의 여러 대표를 만나 설득을 한다면 보건정책을 세우는 데에 일조할 수 있을 것이다.

① 재정 자원의 동원과 할당

PIH가 프로그램을 시행하기 위한 재정을 모으는 동안 세 기관이 재정을 모으는 데에 있어서 중요한 역할을 했다. 첫번째로 PIH는 국가 결핵 프로그램과 사전에 긴밀한 관계를 맺고 있어서 이 관계를 이용하여 코호트 연구를 할 수 있도록 Green Light Committee에 신청서를 제출했다. 신청서는 곧바로 WHO에 전달되어 기술적 지원을 받으면서 동시에 항 결핵 의약품이 제공될 수 있도록 했다. 또한 레소토는 저소득국가 중 하나이므로 국민이 의약품을 구매할 수 있는 상황이 보장되지 않았다. 앞서 제시한 Green Light Committee의 신청서로 UNITAID로부터 환자 100명을 치료할 수 있는 의약품을 공급받았다. 세번째로 일부 집단을 대상으로 파일럿 연구를 진행하기 위해서 Open Society Committee로부터 재정 지원을 받을 수 있었다. 이 기관의 재정 지원을 통해서 임상 실험실을 다시 건설하고 환자 치료실 역시 만들었다. 모든 프로그램은 재정이 충분하다고 해서 성공하는 것은 아니다. PIH는 혼자서만 감당할 수 없는 재정을 여러 기관으로부터 협조를 구할 뿐 만 아니라 구체적으로 어떤 식으로 사용되는지에 있어서도 재정 지원의 주체를 다양화해 사업을 진행하였다. 재정 지원으로 가장 긴급한 문제를 우선으로 해결한 후에 차선 문제들은 지역사회 내에서 스스로 해결할 수 있는 방안을 찾도록 한 것이다.

② 인적 자원 동원 및 할당

프로그램이 장기적으로 성과를 거두기 위해서 인적 자원은 필수적 요소이다. 레소토에서는 인적 역량강화와 개발의 일환으로 의사, 약사, 간호사, 간호조무사, 위생사 등이 고용되었으며 향후에 회계사, 지역사회코디네이터 등도 고용될 예정이다. 인적자원은 기존 레소토에서 근무하는 보건관련 인적 자원이다. 일반적으로 인력을 일정 기간 동안 파견하고 다시 철수하는 방식이 기존 국제보건사업에서 시행되는 방식인데 이런 경우 프로그램이 분절화되어 단기간 효과만 발휘할 뿐이다. 지역사회 기반 결핵 프로그램이 성공할 수 있었던 요인 중 하나는 치료 보조사 훈련(재정 지원을 통해 지속적으로 훈련)과 근무에 대한 적절한 보상이었다. 최고의 의학적 지식을 가지고 있지 않더라도 현재 상황에서 치료할 수 있는 최선의 지식을 전달하고 이에 상응하는 적절한 보상은 지역사회 건강증진의 바람직한 모습이기도 하다.

지역사회 주민들이 스스로 자신의 건강을 위해 그리고 지역사회 주민의 건강을 위해 할 수 있는 일을 찾아 이에 대한 책임을 부여 하면 지역사회의 역량이 강화될 뿐만 아니라 스스로 관리할 수 있는 체제가 만들어질 수 있다. 이러한 인력 훈련과 더불어 예산을 효

율적으로 사용할 수 있는 재정 관리인을 미국 질병관리본부를 통해 두 명 고용했다. 이들은 인터넷으로 심도있는 교육을 받았으며 임상적 지식이 없더라도 예산을 어떻게 관리하는지를 교육함으로써 향후 다른 기관에서도 근무를 할 수 있는 역량을 제공하는데에 초점을 맞추었다.

③ 질병 진단

질병 진단을 위해서는 임상 실험실 등 시설 및 기자재와 공간이 필요했다. 이를 위해 새로운 시설을 설립하지 않고 기존 시설을 보수 공사를 통해 활용했다. 이는 적정기술과도 비슷한 맥락에서 해석될 수 있다. 아무리 좋은 기계를 준다고 하더라도 기계를 다룰 수 있는 능력이 없으면 무용지물이 될 수 밖에 없다. 또한 대부분의 국가들이 저소득국가이기 때문에 시설과 기기를 구매하는 것 자체가 어렵다. 현지 지역에 버려진 기계와 시설을 보수 공사를 하는 것은 최고의 기술이 아닌 최선의 기술로 가능한 것이었다.

실험실은 두 공간을 가지고 있었다. 첫번째는 사무실이고 두번째는 대기실이었다. 컨설턴트의 자문을 구해서 사무실 공간이 만들어졌고 대기실은 임상실험실 5개로 분리했다. 5개의 공간에서는 현미경을 비치하거나, 여러 기기를 비치해 진단 및 검사를 할 수 있는 공간을 재창조했다.

2) PIH가 보건의료체계를 바라보는 관점 7가지

① 보건의료서비스 전달 및 관리

상당수의 결핵환자들이 치료 기간 동안 입원이 필요하지만 현지 상황에선 불가능했다. 현지 시스템이 열악할 뿐 만 아니라 치료에 상응하는 비용을 감당할 경제적 수준이 되지 않기 때문이다. 이는 결국 빈곤의 악순환이 건강의 악순환으로 이어지는 결과를 초래할 수 밖에 없다. 그래서 현 상황에서 문제를 해결할 수 있는 방안을 찾고자 했으며 지역 사회 수준에서 결핵 치료가 가능한 프로그램을 시행토록 했다. 우선 치료를 받는 모든 환자들이 치료 외에 의약품, 식자재 등 일정 부분을 공급받을 수 있도록 했으며 나아가 서비스를 받을 수 있는 운송수단까지 제공했다.

② 의약품 공급 관리

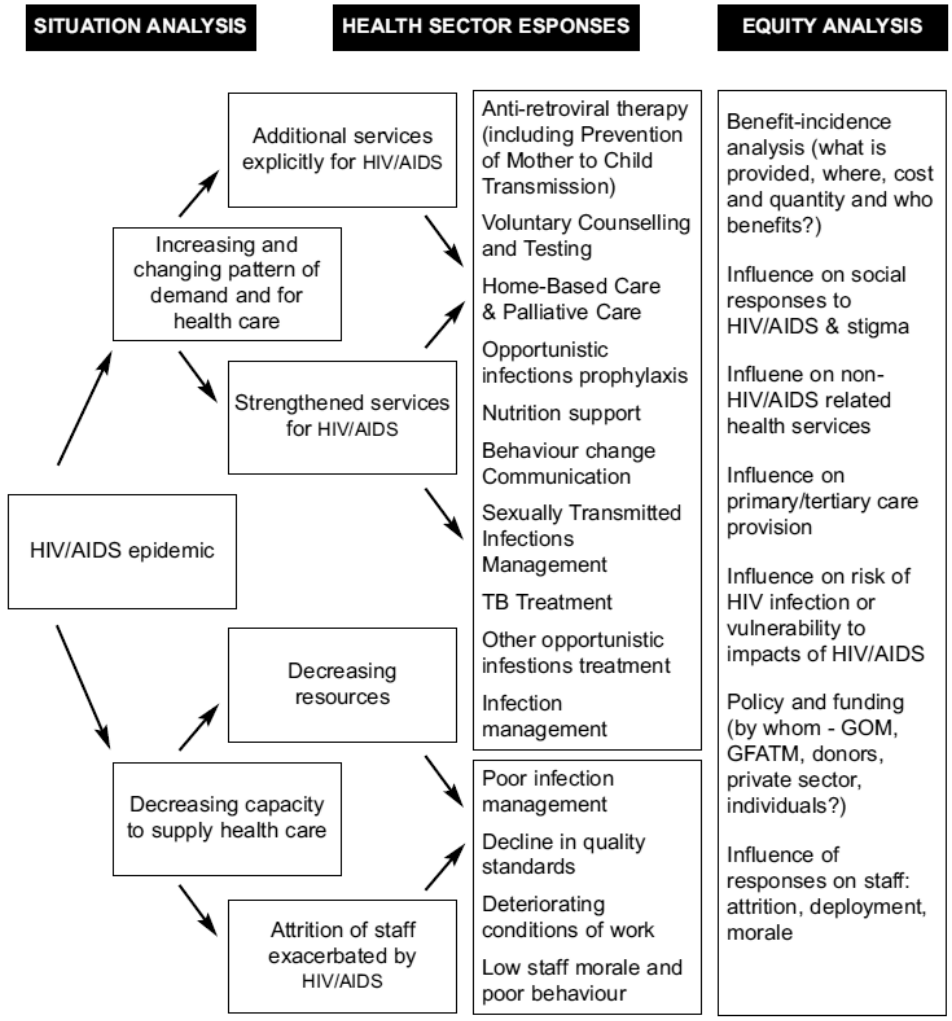
결핵 환자는 2년 동안 3-5가지의 의약품을 함께 복용해야 하기 때문에 약사의 철저한

관리가 필요하다. 국가 결핵 프로그램은 결핵 중앙 약국을 승인함으로써 이 약국이 결핵 관련 모든 의약품을 관리 및 공급하도록 허가했다. 특히 개발도상국은 결핵이 유병률이 높은 국가들이 대부분인데, 실제로 의약품이 존재한다 하더라도 공급이 제대로 되지 않아 환자의 손에 들어오지 않는 경우가 많다. 이러한 상황에서 중앙 정부 차원에서 결핵 중앙 약국을 승인함으로써 집중적으로 관리하는 것은 현 제도에서 최선의 방법이라 할 수 있다.

③ 데이터 및 정보 관리

PIH가 다른 개발도상국에서 성공했던 경험을 살려 필수 임상정보를 저장하는 전자 데이터베이스를 구축했다. PIH가 레소토의 결핵프로그램에서 성공할 수 있었던 배경은 새로운 것들을 추가하는 것이 아니라 기존의 상황을 개선시키는 데서 방법을 찾았다는 것이다. 나아가 결핵이라는 한 질병에만 초점을 맞춘 것이 아니라 이후 다른 질병을 치료하는 데에서 적용할 수 있는 토대를 구축했다는 점에서 의미가 있다. 데이터에 기반해 치료를 해야만 환자의 상태에 맞는 치료가 가능하기 때문이다.

부록 4-2 국제 NGO의 사례(2)



옥스팜의 말라위 HIV/AIDS 프로그램

부록 6-1 WHO 보건의료체계 측정지표

service delivery	general service delivery	Number and distribution of health facilities per 10 000 population
		Number and distribution of inpatient beds per 10 000 population
		Number of outpatient department visits per 10 000 population per year
	General service readiness	General service readiness score for health facilities
	Service-specific availability	Proportion of health facilities offering specific services
		Number and distribution of health facilities offering per 10 000 populationspecific services
	Service-specific readiness	Specific-services readiness score for health facilities
Health workforce	Number of health workers per 10 000 population	
	Distribution of health workers - by occupation/specialization, region, place of work and sex	
	Annual number of graduates of health professions	
	educational institutions per 100 000 population - by level and field of education	
Health information systems	Health surveys	Country has a 10-year costed survey plan that covers all priority health relevant data sourcestopics and takes into account other
		child mortality in the past five years
		maternal mortality in the past 10 years
		coverage of key health interventions in the past five years
		smoking and adult nutritional status in the past five years

	Birth and death registration	percentage of births registered
		percentage of deaths registered
		ICD−10 used in district hospitals and causes of death reported to national level
	census	Census completed within the past 10 years
		Population projections for districts and smaller administrative areas print and electronically, well documentedavailable for next 10 years, in
	Health facility reporting	Number of institutional deliveries available, by district, and published preceding year within 12 months of preceding year
		HIV prevalence for relevant surveillance populations published within 12 months of preceding year
		Country web site for health statistics, with latest report and data available to the general public
		Reporting of notifiable diseases makes use of modern communication technology, and reporting of statistics from district to national levels is web−based
		percentage of districts that submit timely, complete, accurate reports to national level
		Data quality assessments carried out and published within the past Assessment Framework (DQAF)agreed quality criteria such as the Data Quality three years, using internationally
		International Health Regulations (IHR) implemented according to international standards

	Health system resource tracking	At least one national health accounts exercise completed in the past five years
		National database with public and private sector health facilities and geocoding, available and updated within the past three years
		National database with health workers by district and main cadres updated within the past two years
		Annual data on availability of tracer medicines and commodities in public and private health facilities
	Capacity for analysis, synthesis and validation of health data	A designated and functioning institutional mechanism charged with analysis of health statistics, synthesis of data from different sources and validation of data from population−based and facility−based sources
		A national set of indicators with targets and annual reporting to inform annual health sector reviews and other planning cycles
		A national microdata archive for health surveys and census established and operational
		Survey data used to assess and adjust routine reports from health facility on vaccinations, with the results published within 12 months of the preceding year
		A burden of disease study conducted within the past five years, with a strong national contribution
		A health systems performance assessment carried out within the past five years, with a strong national contribution

Access to essential medicines	Average availability of 14 selected essential medicines in public and private health facilities
	Median consumer price ratio of 14 selected essential medicines in public and private health facilities
	Access to essential medicines/technologies as part of the fulfillment of the right to health, recognized in the constitution or national legislation
	Existence and year of last update of a published national medicines policy
	Existence and year of last update of a published national list of essential medicines
	Legal provisions to allow/encourage generic substitution in the private sector
	Public and private per capita expenditure on medicines
	Percentage of population covered by health insurance
	Percentage mark-up between manufacturers' and consumer prices
Health systems financing	Total expenditure on health
	The ratio of household out-of-pocket payments for health to total expenditure on health

부록 6-2 USAID 보건의료체계 측정지표

population dynamics	population total
	population growth(annual %)
	rural population(% of total) and urban population(% of total)
	population ages 65 and above(% of total)
	population ages 0-14(% of total)
income and inequality	GDP per capita(constant USD 2,000)
	GDP growth (annual%)
	Per capita total expenditure on health at international dollar rate
	private expenditure on health as % of total expenditure on health
	out-of-pocket expenditure as % of private expenditure on ehatlh
	GINI index
Education	Adult literacy Rate (%)
Reproductive health	contraceptive prevalence(% of women aged 15-49)
	unmet need for family planning
	fertility rate, total(births per women)
	pregnant women who received 1+ antenatal care visits(%)
	pregnant women who received 4+ antenatal care visits(%)
Mortality	Life expectancy at birth, total(years)
	Mortality rate, infant(per 1,000 live birth)
	Mortality rate, under age five(per 1,000)
	Maternal mortality ratio(per 100,000 live births)
Water and Sanitation	Populationwith sustainable access to improved drinking water sources(% of total)
	Diarrhea prevalence of children under five years old(%)
	Diarrhea treatment(%)
	Improved water resources(%)
	Proportion of population with access to improved sanitation

Nutrition	Percentage of children under age five with low height for age(stunting)
	percentage of children under age five with low weight for age(underweight)
HIV, TB and Malaria	Prevalence of HIV, total (% of population age 15-49)
	HIV prevalence among pregnant women age 15-24
	Pregnant women tested for HIV during ANC visit(%)
	Antiretroviral Therapy coverage among people with advance HIV infection
	TB prevalence, all forms(per 100,000 population)
	Proportion of TB cases detected and cured under DOTS
	prevalence and death rates associated with malaria
	children under five sleeping under insecticide-tested bed nets
Immunizations	measles coverage(proportion of one year old children immunized against measles)
	DTP3 immunization coverage: one year-olds immunized with three doses of diphtheria, tetanus toxoid and pertussis(%)

부록 6-3 European Community 보건의료체계 측정지표

DEMOGRAPHY AND SOCIO-ECONOMIC SITUATION		
Population	Population status	Population by gender/age
		Population by subnational region
		Population by urbanisation level
		Total population
	Population dynamics	Annual population change.
		Birth rate, crude
		Death rates
		Distribution of parity
		Induced abortions
		Maternal age at 1st birth
		Migration.
		Mother's age distribution (teenage pregnancies, aged mothers)
		Population up to 2050, by gender, age groups
Socio-economic factors	Education	% of 18-24-y old, not in education and with low qualifications.
		% children leaving school before statutory age
		% children with 'current mother' in each by gender, 5y age groups 〈 17.
		% of working age population participating in education and training.
		% of women delivering babies
		distribution of education levels of women delivering, as highest completed level or number of cmpleted years of education
	Employment	Children by household occupational class
		Employment of intellectually disabled
		Population by employment type
		Population by occupational class

		Total employment
		Total labour force
		Total unemployment
	Income dis–tribution	Children below poverty line
		Income distribution
		Income of intellectually disabled
		Population below poverty line
	Household situation	Children with single–parent
		Living arrangements of intellectually disabled
		Population by household situation
	Ethnic origin, citizenship	Children seeking asylum
		Mothers by country of origin
		Population by ethnic origin and/or citizenship
	General economics	GDP PPP
HEALTH STATUS		
Mortality	Life expectancy and related indicators	Chance of dying in age intervals.
		Life expectancy of intellectually disabled
		Life expectancy
	General mortality	Death rates (crude) by age
		Death rates (crude)
		Death rates standardised
		Death rates standardized
		Inequality in deaths
		potential years of life lost
	Infant and perinatal deaths	Causes of perinatal mortality
		Fetal mortality
		Infant mortality
		Neonatal mortality
		Postneonatal mortality.

Mortality, cause–specific	Infectious/ parasitic	Mortality AIDS
		Mortality meningitis
		Mortality all causes infectious/parasitic diseases
		Mortality tuberculosis
		Mortality viral hepatitis
	Neoplasms	Mortality all childhood cancers
		Mortality all neoplasms
		Mortality anorectal cancer
		Mortality bladder cancer
		Mortality brain/CNS cancer
		Mortality breast cancer
		Mortality cancer of head/neck
		Mortality cancer of lanynx/trachea/bronchus/lung
		Mortality cancer of the gallbladder
		Mortality cancer of the lip, mouth, pharynx
		Mortality cancer of the liver and intrahepatic bile ducts
		Mortality cancer of the lymphatic & haematopoietc tissue
		Mortality cervix cancer
		Mortality colon cancer
		Mortality Kaposi's sarcoma
		Mortality kidney cancer
		Mortality melanoma
		Mortality mesothelioma
		Mortality oesophagus cancer
		Mortality other uterus cancer
		Mortality ovary cancer
		Mortality pancreas cancer
		Mortality prostate cancer
		Mortality stomach cancer
		Mortality testis cancer

		Mortality thyroid cancer
	Blood/im-munology	Mortality all causes blood/immulology
	Endocrine	Mortality all causes endocrine, nutritional, metabolic diseases
		Mortality diabetes
	Mental/ behav-ioural	Mortality alcohol abuse
		Mortality all causes mental & behavioral disorders
		Mortality drug dependence
	Nervous system/ sense	Mortality all causes nervous system/sense diseases
		Mortality meningitis other than under infectious diseases
	Circula-tory system	Mortality acute coronary syndromes
		Mortality all causes circulatory system
		Mortality AMI (acute myocardial infarction)
		Mortality ischaemic heart disease
		Mortality other heart disease
		Mortality stroke
	Respira-tory system	Mortality all causes respiratory system
		Mortality asthma
		Mortality COPD
		Mortality influenza
		Mortality pneumonia
	Digestive system	Mortality all causes digestive system
		Mortality chronic liver disease
		Mortality ulcer of stomach, duodenum
	Skin	Mortality all causes skin diseases
	Musculo-skeletal system	Mortality all causes musculoskeletal system
		Mortality rheumatoid arthritis & osteoarthritis
	Genitourinary system	Mortality all causes genito-urinary system

	Pregnancy etc.	Mortality all causes pregnancy, childbirth, puerperium
		Mortality maternal
	Perinatal conditions	Mortality all causes conditions from perinatal period
	Congenital malfor-mations	Mortality all causes congenital malformations
		Mortality congenital malformations circulatory system
		Mortality congenital malformations nervous system
	Symptoms, ill-defined causes	Mortality sudden infant death syndrome
		Mortality symptoms, ill-defined causes
		Mortality unknown causes
	External causes	Mortality accidental falls
		Mortality accidental poisoning
		Mortality all external causes
		Mortality fatal accidents at work
		Mortality homicide, assault
		Mortality suicide & intentional self-harm
		Mortality transport accidents
		Mortality undetermined intent
	Certain specific (avoidable) causes	Alcohol-related deaths
		Drugs-related deaths
		Smoking-related deaths
		Temperature-associated mortality
Morbidity, disease-specific	Infectious/ parasitic	Creutzfeld-Jacob disease, incidence.
		Hepatitis B incidence.
		HIV seroprevalence in pregnant women
		HIV/AIDS
		Measles incidence
		Meningitis incidence
		Sexually transmitted diseases (esp. Chlamydia)
		Tuberculosis incidence
		Vaccination scheme diseases, incidence

	Neoplasms	Cancer colorectal, incidence
		Cancer melanoma, incidence
		Cancer of the mouth/pharynx/larynx, incidence
		Cancer of the bladder, incidence
		Cancer of the bladder, incidence
		Cancer of the bladder, incidence
		Cancer of the cervix uteri, incidence
		Cancer of the endometrium, incidence
		Cancer of the gall bladder, biliary tract, incidence
		Cancer of the kidney, incidence
		Cancer of the liver, incidence
		Cancer of the lung/larynx/trachea/bronchus, incidence
		Cancer of the oesophagus, incidence
		Cancer of the ovary, incidence
		Cancer of the pancreas
		Cancer of the prostate, incidence
		Cancer of the stomach, incidence
		Cancer of the testis, incidence
		Cancer of the thyroid, incidence
		Cancer total, incidence
		Cancer, Kaposi's sarcoma, incidence
		Cancer, leukemia, incidence
		Cancer, lymphomas, incidence
		Cancer, mesothelioma, incidence
		Cancer, multiple myeloma, incidence
		Cancers of the childhood, incidence
	Blood/immunology	
	Endocrine	Blindness in diabetics
		Nephropatry in diabetics
		Retinopathy in diabetics

	Mental/ behavioural	Alcohol-related disorders
		Anxiety disorder, generalized
		Dementia/Alzheimer
		Depression
		Intellectual disability
		Post-partum depression
		Suicide attempt
	Nervous system/ sense	Cataract
		Migraine or frequent headache
	Circulatory system	Acute coronary syndromes
		Acute myocardial infarction (AMI)
		Effort angina
		Heart failure
		Other heart disease (rheumatic, atherosclerosis)
		Stroke
	Respiratory system	Asthma
		COPD
	Digestive system	Dental health
		Gastric or duodenal ulcer
		Periodontal health
		Removable denture
		Water- and foodborne infections
	Skin	
	Musculo-skeletal system	Osteoarthritis
		Rheumatoid arthritis
	Genitourinary system	Erectile dysfunction
		Urinary incontinence
	Pregnancy etc.	Deliveries after ART (assisted reproductive technology)
		Fecal incontinence, chronic
		Problems in getting pregnant

		Severe maternal morbidity
		Trauma to perineum
	Perinatal conditions	APGAR score
		Birth weight (low)
		Cerebral palsy
		Hypoxic-ischemic encephalopathy
		Multiple birth rate
		Pre-term births
	Congenital malfor-mations	Downs syndrome
		Neural tube defects
	Symptoms, ill-defined causes	
	External causes	Alcohol-related traffic accidents
		Burns in children
		Hip fractures
		Injuries: home/leisure; violence
		Injuries: road traffic
		Injuries: workplace
		Long-bone fractures in children
		Poisoning in children
	Certain specific (avoidable) causes	Occupational disease
Perceived and functional health	Perceived health	Perceived general health
		Perceived sexual health
	Chronic disease general	Chronic illness or condition, general
		Chronic illness or condition, specified
		General musculoskeletal pain
	Functional limitations	Limitations in function by oral health problems
		Limitations of cognitive functions

		Limitations of physical functions
	Activity limitations	Limitations in household activities
		Limitations in school, work, leisure, social activities
		Limitations of activities due to circulatory disease
		Limitations of personal care
		Limitations of usual activities, past 6 months, health-related
	Short-term activity restrictions	Temporary limitation of usual activities
	General mental health	Happiness
		Psychological distress
		Psychological well-being
		Role limitations by emotional problems
	General quality of life	Asthma/COPD health outcomes
		Euroqol score
	Absenteism from work	Absenteeism from work (sickness absence)
		Work disability
	Appropriate inequality measure	
Composite health status measures	Health expectancies other	
	Health expectancy based on various parameters	
	Health expectancy, based on limitations of usual activities	
DETERMINANTS OF HEALTH		
Personal and biological factors	Biological risk factors	Asthma/COPD biological risk factors
		Blood pressure
		Body mass index
		Glucose tolerance
		Health-related fitness
		Nutritional status indicators

		Osteoporosis
		Risk factors in diabetics
		Sagittal abdominal diameter
		Serum cholesterol fractions
		Serum cholesterol total
		Waist/hip circumference
	Personal conditions	Awareness of elevated blood pressure or serum cholesterol
		Knowledge/attitudes on health issues
		Optimism
		Sense of mastery
Health behaviours	Substance use	Alcohol use in children
		Alcohol use with meals
		Alcohol use: non-drinkers
		Amount smoked
		Energy intake from alcohol
		Former smokers, never smokers
		Hazardous alcohol consumption
		Pregnant women smoking
		Regular smokers
		Smokers among diabetics
		Smoking exposure in asthma/COPD patients
		Total alcohol consumption
		Use of illicit drugs (including children)
	Nutrition	Consumption/availability of additional items: eggs, milk (products), pulses, potatoe
		(products), nuts, juices, added lipids, sugar (products), alcoholic, non-alcoholic
		beverages
		Consumption/availability of bread/cereals
		Consumption/availability of fish
		Consumption/availability of fruit excuding juice

		Consumption/availability of meat and meat products
		Consumption/availability of non−starch polysaccharides
		Consumption/availability of vegetables excl. potatoes and juice
		Energy % from protein
		Energy % from saturated fatty acids
		Energy % from total fat (lipids)
		Frequency of food and drink intake
		Intake of contaminants in food
		Intake of vitamin D, folate, iron, iodine, sodium
		Meals taken out of home
		Mineral content of typical diet
		Poly− and mono−unsaturated fatty acid content of typical diet
		Total energy intake
		Vitamin content of typical diet
	Other health−related behaviours	Breastfeeding
		Contraceptive use
		Daily toothbrushing
		Exposure to UV
		Participation in community action/development
		Physical activity
		Sexual behaviour: median age at 1st intercourse
		Sexual behaviour: partners, frequency
		Traffic behaviour
Living and working conditions	Physical environ−ment	Allergen exposure (with asthma)
		Drinking water quality
		Drinking water supply
		Environmental tobacco smoke exposure
		Housing conditions

		Housing hygiene
		Indoor dampness and mold growth
		Indoor radon exposure
		Noise exposure
		Outside air pollutants
		PM10 exposure
		Recreational water quality
		Sewage system
	Working conditions	Workplace exposure to inconvenient or damaging working positions
		Workplace exposure to mental stress factors
		Workplace exposure to physical/chemical factors
		Workplace exposure to tobacco smoke
		Workplace exposure to vibrations, noise
		Workplace-related asthma/COPD risk
		Work-related health risks/job quality
	Social & cultural environment	Children in (social) care
		Crime and perception of crime
		Life events
		Parental support for children
		Physical punishment in children
		Sexual abuse and violence
		Social isolation/participation
		Social support
HEALTH SYSTEMS		
Prevention, health protection and health promotion	Disease prevention	Antihypertensive drug treatment
		Blood pressure screening
		Breast cancer screening
		Cervical cancer screening
		Cholesterol screening
		Colorectal cancer screening
		Dental health screening

		Dental services in schools
		General preventive examination
		HIV testing among pregnant women
		Hormone replacement therapy (HRT)
		Integrated children's health monitoring
		Lipid lowering drug treatment
		Medical examinations in work environment
		Neonatal screening
		Osteoporosis prevention drug treatment
		Prenatal care attendance
		Prenatal screening
		Protective sealants
		Smoking counseling
		Testing for prevention of diabetes complications
		Vaccination coverage in children
		Vaccination coverage influenza
		Vaccination in intellectually disabled
	Health promotion	Anti-bullying policies in schools
		Health promotion funding
		Health promotion in schools
		Health promotion in the workplace
		Health promotion policy evaluation
		Health promotion policy formulation
		Health promotion policy implementation
		Health promotion work force and training
		Integrated programmes in settings: e.g. schools, workplaces
		Nutritional fortification
		Parenting skills support
		Physical punishment in children
		Policies and practices on healthy lifestyles
		Policies on healthy nutrition

	Health protection	Policies on chemical emergencies
		Policies to reduce ETS (environmental tobacco smoke) exposures
		Policies to reduce leisure noise exposure
		Radiation monitoring
		Regulations on air/water quality
		Regulations on alcohol and driving
		Regulations on food safety/quality
		Regulations on lead exposure
		Regulations on noise
		Regulations on occupational safety and health
		Regulations on safe transport of children
		Regulations on seat belts, cycle helmets
		Smoking advertisement restrictions
		Tobacco prices
Health care resources	Facilities	Hospital beds
		Pneumology and allergy units
		Primary Health Care Centres
		Stroke units
	Manpower	Ambulatory care employment
		Clinical psychologists
		Dentists employed
		Emergency services availability
		Employment in general health administration
		Employment in provision and administration of public health programmes
		Employment in retail sale and other providers of medical goods
		Health services employment
		Hospital staff ratio: acute care
		Hospitals employment
		Midwives employed

		Mobility of professionals
		Nurses employed
		Nurses staff ratio: acute care
		Nursing and residential care facilities employement
		Paramedical professions
		Personnel in occupational safety and health
		Pharmacists employed
		Physicians by specialty
		Physicians employed
		Satisfaction of dentists
		Shortage of medical personnel
		Unemployment in medical personnel
	Education	Dentists graduated
		Nurses/midwives graduated
		Pharmacists graduated
		Physicians graduated
		Physician's training for intellectual disabilities
	Technology	CT scans
		Haemodialysis stations
		Linear accelerators
		Lithotriptors
		Mammographs
		MRI units
		PET units
		Radiation equipment
Health care utilisation	In-patient care utilisation	Average length of stay, limited diagnoses
		Beddays acute care
		Hospital admissions asthma/COPD
		Hospital in-patient discharges, limited diagnoses
		Hospitalisation of intellectually disabled
		Hospitalisations in psychiatric services

		Long-stay psychiatric patients
		Occupancy rate, acute care
		Place of birth
	Out-patient care utilisation	Daycase-discharge ratio, limited diagnoses
		Dentist contacts
		Emergency services by diagnosis
		Emergency services high priority
		Emergency services utilisation
		General practitioner utilisation
		Hospital daycases, limited diagnoses
		Medical specialist contacts
		Occupational safety and health services use
		Orthodontic treatment
		Outpatient care to intellectually disabled
		Outpatient visits COPD
		Outpatient visits other
		Patient mobility
	Surgical operations and procedures	Births by mode of delivery
		Births without medical intervention; births attended by midwives
		CABG (Coronary Artery Bypass Grafting)
		Cancer palliative therapy
		Cancer treatments
		Cardiovascular operations other
		Cataract operation
		Deliveries after ART (assisted reproductive technology)
		Episiotomy
		Fertility treatment
		Heart transplant
		Hip replacement
		Hysterectomy

		Knee replacement
		Laser treatment in diabetics retinopathy
		Onset of labour
		PTCA surgery (Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty)
		Renal replacement in diabetics
		Surgical daycases
		Surgical in-patients
	Medicine use/medical aids	Medicine use, selected items
		Use of medical aids
Health expenditures and financing	Health care system	Distribution of household expenditures on health
		Insurance coverage
		Structure of national health system
	National expenditure on health	Expenditure on personal health care
		Expenditures on collective health care
		Total/public/ private expenditures on health
	Expenditure on medical services	Expenditure on home care
		Expenditure on in-patient care
		Expenditure on out-patient care
		Expenditures on ancillary services
	Medical goods dis-pensed to outpatients	Expenditure on pharmaceutical goods and other medical non-durables
		Expenditures on medical appliances/other durables
	Total health expenditure by age group	Expenditure by age group
		Expenditure by disease group
		Expenditures on occupational health and safety
	Health expenditure by fund source	Expenditures by fund source
		Financial equity/access indicator

Health care quality/ performance	Subjective indicators	Responsiveness of the health system
		Satisfaction of mothers with perinatal care
		Satisfaction with the health care system
	Health care process indicators	28-day emergency re-admission rate
		Access of care for children
		Asthma/COPD maintenance
		Compliance with good oncology practice
		Delay of cancer treatment
		Diabetes monitoring
		Emergency services response time
		Emergency services: advanced interventions
		Equity of access
		Femur fractures waiting time
		Health promotion in hospitals
		Parental accompaniment in hospitals
		Quality of blood products
		Retinal exams in diabetics
		Stage at cancer diagnosis
		Support to women in the perinatal period
		Very preterm births outside
		Waiting times
	Health outcomes	30-day mortality rate following AMI
		30-day mortality rate following CABG
		30-day mortality rate following stroke
		Antibiotic resistance
		Avoidable deaths
		Cancer survival rates: breast, cervix, colorectal
		Decubitus in nursing and elderly homes
		Iatrogenic disease/death
		Major amputations in diabetics
		Renal failure in diabetics
		Surgical wound infection

부록 6-4 키르키즈스탄의 SWAp 사례

1. 섹터별 접근법(Sector-Wide Approach)

섹터별 접근법(SWAp)은 1990년대 초반부터 유럽의 공여국들이 아프리카를 중심으로 한 나라들에서 시행해오던 특정 섹터에 대한 범국가적인 포괄적 개발전략이다(이현주 2010). 이런 원칙은 2005년 파리선언에서 궁극적으로 조화와 배치(alignment)의 원칙으로 거듭나게 되었다고 볼 수 있으며 국제적으로 더욱 큰 주목을 받으면서 확장 실행되었다고 볼 수 있다(Denise 2009). World Bank는 SWAp에 대해 "지역적으로 주도하는 일관적인 특정 부문에 대한 포괄적이고 조화로운 접근으로 국가 체계를 이용하는 방식의 원조 전략, 원조자와 수혜국 정부 사이의 관계와 행동에 있어서 초점의 변화, 즉 프로그램의 목표를 달성하기 위해 높은 수준의 원조자와 수혜국 협력을 요구하며 재정지원 방식에서 공동지원(pooled financing), 평행지원(parallel financing), 일반예산지원(General budgeting), 혹은 이들의 조합 방식을 이용하는 것" 이라고 하였다.

여기에서는 SWAp 방식의 접근으로 성공적인 의료개혁을 이끌어냈다는 평을 받고 있는 키르키즈스탄의 의료개혁(Manas Tallimi)에 대해서 살펴보고자 한다.

2. 키르키즈스탄의 사례

키르키즈스탄은 1991년 소련의 해체 이후 만들어진 비교적 젊은 국가로 이들의 열악한 지역적 특성은 인류 정착뿐 만 아니라 의료 서비스 전달을 비롯한 각종 기반시설 조성에도 매우 어려운 환경을 제공한다. 1900년대 초반 실업과 빈곤의 악화로 전반적인 삶의 질이 악화되었으나 2001년부터는 점차 경제가 성장하는 추세로 이는 보건부문의 개혁과 발전에도 긍정적인 기반을 제공한다. 현재 전체 인구는 약 560만명 정도로 이 중 2/3정도가 시골에 거주하고 있으며 2010년 기준 일인당 GDP는 2,372$ 이다.

키르키즈스탄의 공공보건 서비스는 위생과 역학적 감시 서비스(Sanitation and Epidemiologic Surveillance Service, 이후 SES)와 건강증진센터(Health Promotion Centers, 이후 HPCs)을 통해 이루어진다. SES는 예방적 의료, HPC는 건강증진 업무를 담당한다.

독립 이후 보건부문은 다른 부문들과 마찬가지로 소련 시대로부터 물려받은 과도한 3차 의료 시설과 특수성이 높은 서비스들의 집중으로 인한 재정 부족에 시달렸다. 소련의 보건

의료체계의 기본적인 원칙은 포괄적인 접근과 무상 의료였으나 보건의료체계는 매우 중앙집권화 된 관리와 관료주의의 경직성, 보건전달체계의 분절과 이중 투자, 재정 마련의 비효율성, 기반시설의 유지를 위한 과도한 비용 등 많은 장애물을 안고 있었고 이에 키르키즈스탄은 보건의료체계에 대한 적극적인 개혁을 계획한다.

1994년부터 1996년 사이 WHO의 지원 하에 첫 번째 국가 보건의료체계 개혁 프로그램인 Manas가 기획되어 1996~ 2006년 사이에 1차 보건의료개혁이 이루어졌다.

많은 재정적 지원은 World bank가 담당하였으며 일차 보건의료 전달과 의료시설들을 재건하고 의료제공자 보상 방법을 포함하는 재정적 관리방법을 개혁하는 것을 목표로 했다. 의료 서비스나 재정적 자원의 요구에 적합한 사회기반구조의 건설, 관리의 탈집중화, 의료 조직들의 개별적인 관리 권한을 강화와 함께 일차의료, 가족 의학, 가족 주치의의 자유로운 선택, 국가보장패키지(State-guaranteed Benefit Package)를 통한 보건의료접근성 보장 등을 우선시한 Manas program은 통합적이고 구조적인 의료개혁을 이루어 냈으며 몇몇 건강지표들의 상승과 형평성, 투명성,

접근성, 반응성의 향상이 있었다. 복잡한 경제적인 상황에도 불고하고 10년 간의 보건의료개혁은 WHO, WB, KfW, ADB, USAID, 일본과 스위스의 정부, GFATM, 여러 다른 NGO의 도움에 의해 키르키즈스탄의 의료체계를 구조적으로 개선시켰다.

2004년 키르키즈스탄의 MoH는 의료체계의 지속성을 확보하고 추가적인 발전과 개혁 전략들을 위해 WHO에 기술적인 지원을 요청했다. WHO와 DfID는 2006-2010 사이 2차 의료개혁 프로그램인 Manas Taalimi의 개발 과정을 도왔다. 이들은 먼저 첫 번째 의료개혁인 Manas 프로그램이 끝난 이후에 남아있는 주요 문제점(보건에 대한 낮은 수준의 공공 지출, 의료서비스 사용에 대한 가정들의 높은 재정적 부담, 의료서비스 전달의 낮은 질, 시민, 지역 주민과 NGO들의 미약한 개입, 보건의료인력에 대한 낮은 봉급, MDGs 달성을 위한 모자보건에 대한 집중 필요성)들을 밝혀냈다.

Manas Taalimi는 MoH와 개발 파트너들에 의해 주도된 SWAp이다. 이는 과거 소비에트 연방 국가 중에서 처음으로 시도된 대규모 SWAp로 개발 파트너들의 재정원조는 각 부문별로 World Bank, KfW, DfID, Swiss Agency for Development and Cooperation(SDC) and the Swedish International Development Cooperation Agency (SIDA)의 협조지원(joint financier)과 WHO, USAID, GFTMH 및 여타 NGO의 평행지원(Parallel financing)을 통해 이루어졌다.

정책결정 과정에 주목할만한 점으로 보건의료체계를 강화하기 위한 Health Summits이

봄과 가을에 두 번 열린다는 것이다. 여기에는 MoH와 모든 개발 파트너들이 모여 1주에서 2주정도의 기간 동안 joint Review를 시행하고 회담 자체에서 서로 정보를 공유하며 결론을 내린다. 회의의 전반적인 정책 대화 과정은 MoH의 지도자들이 이끌어 나가며 개발 계획, 기술적 개발과 적용 등에 대한 논의가 이루어진다. 이런 보건 정책 논의가 발전해 이내 HPC(Health policy council)와 ICC(Inter-sectoral Coordination Commission)가 발족하게 된다. HPC는 정기적으로 모임을 가져서 Manas Taalimi 의 집행과 관련된 일반적인 보건의료 정책과 관련 안건들에 대해 토론을 하고 국가적/지역적 사업 계획과 예산, 조달 계획을 승인한다.

2000년 12월 발족한 ICC는 국가적 예방접종사업의 기술적 조율을 위한 위원회로 만들어졌으며 보건부 차관(Deputy minister)이 의장을 맡는다. 이 위원회는 다양한 개발 파트너들의 대표자들이 포함되어 구성되며 1년에 4회 이상, 혹은 필요하다면 언제든 모임을 열어 전략회의를 진행한다.

3. 키르키즈스탄의 GAVI HSS Grant (Baktygul, Arnol et al. 2009)

2004년 각종 국제개발협력기구들의 대표자들과 키르키즈스탄의 복지부 이해당사자들은 오랜 기간의 합의와 작업 끝에 GAVI HSS Grant 에 제안서를 제출한다. 이 제안서는 먼저 ICC에서 논의를 거친 이후 여기서 선발된 소규모 실무진에 의해 만들어졌으며 MoH의 승인 후에 GAVI사무국에 제출되었다. 여기서 키르키즈스탄은 수직적이고 좁은 범위의 결과 달성보다는 전반적인 체계의 강화(VHC의 강화는 백신 접종만을 위한 것이 아닌 포괄적인 것이었음)에 집중하고자 하는 의지를 가지고 있었다.

전체 제안서의 두 가지 목표는 VHC(Village health committes)를 지원해 건강과 관련된 문제들에서 시민들의 개입/참여를 증진시키는 것과 예방접종 서비스를 수행하는 보건의료인력들에 대한 인센티브 봉급 지원이었다.

기존에 키르기즈스탄의 예방접종 사업을 원조하는 기구는 크게 네 군데였다. WHO는 기술적인 조언과 국가다연도계획(Country multi-year plan)을 위한 재정적 지원과 분석작업 등을 제공하였으며 Unicef는 안전한 예방접종 사업과 관련된 cold chain, 인력 교육 등의 부분에 재정적 지원을, USAID는 사람들이 예방접종에 대해서 인식할 수 있도록 하는 사업을 지원하고 있었다.

키르키즈스탄의 GAVI HSS Grant에서는 다섯 가지 구성요소를 통해 원조를 수행했다.

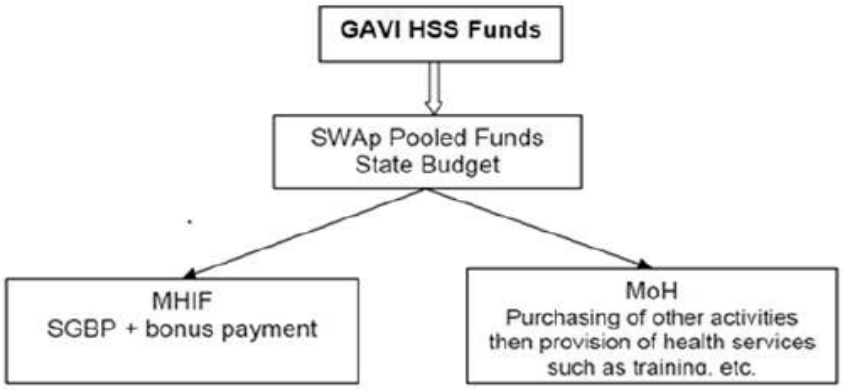
- 예방접종사업과 재정적 지속성을 위해 정치적 노력 강화
- 일차보건의료와 공공의료를 위한 기본적인 근로조건과 물리적 사회기반시설 개선
- 역량강화와 관리 개선, 경제적 인센티브의 도입을 통해 양질의 일차보건의료 접근성 개선
- 일차보건의료와 공공의료 수준에서 예방접종 사업과 보장범위에 대한 체계적인 모니터링 강화
- 건강 증진과 질병예방을 위해 지역 주민들 참여 및 사회 동원

Component	Budget(USD)
1. Strengthening political commitment to immunization and financial sustainability	41,328
2. Improving the physical infrastructure and working conditions of primary care and public health services	239,996
3. Improving access to high quality primary care through capacity building, improved management, and introduction of economic incentives	680,465
4. Strengthening routine monitoring of immunization activities and coverage at the level of primary care and public health	77,060
5. Social mobilization and active involvement of the population in prevention and health promotion	73,200
6. Administration, accounting, reporting	41,696
TOTAL	**1,153,745**

GAVI HSS 프로그램에서 정책에서 혁신적인 점은 기존의 전통적인 투자방식에 성과별 보상지불방식을 추가했다는 것이다. 이것은 키르기즈스탄의 보건부에서 제안한 방식이었는데 최근에 국가적 보건의료 인력난이 매우 심각해졌고 이는 특히 시골을 비롯한 주변지역에서 심각했기 때문에 정책적으로 이 부분에 집중할 필요를 반영한 것이다. 원래의 방식은 일차 보건의료제공자에 대해서는 인두제로 보상을 하고 병원서비스에 대해서는 건수당 지불을 하는 방식이었으나 지역 수준에서 면역접종 수준에 따라서 VHC에 성과별 보상지불

방식의 시행을 하기로 한 것이다. 그러나 이런 방식의 도입은 이전의 의료개혁의 성과로 의료정보기술이 발달하여 인센티브를 계산할 수 있을 정도의 시스템이 갖춰져 있었기 때문에 가능했다.

GAVI HSS 제안에서 가장 혁신적인 부문은 재정적 부분에서였다. GAVII의 원조는 키르키즈스탄의 국가 보건예산과 함께 SWAp로 지원되며 기존에 존재하는 키르기즈스탄의 조달, 할당 기전에 의해서 분배된다.



이러한 방식은 자연스럽게 GAVI HSS Grant가 manas taalimi의 매년 계획에 맞추어서 이용될 수 있게 하며 이 모든 것들에 대한 평가와 피드백은 한꺼번에 통합되어 상위차원의 건강회담(health summit)에서 확인할 수 있으며 여기서 정책적인 새로운 제안도 할 수 있게 된다. 또한 여러 기구들에 의한 재정적 지원들이 함께 섹터별 지원이 되기 때문에 어떤 측면에서 국제보건기구들은 원조에 대한 위험도가 희석되는 효과도 가진다. 또한 재정의 통합적인 관리는 전체적으로 거래비용을 감소시키고 이중 투자 및 비효율성을 억제할 수 있다는 장점을 가진다.

결과적으로 보았을 때 키르기즈스탄의 GAVI HSS grant 개발과 적용에 있어 모든 과정은 명백하게 키르키즈스탄 정부와 MoH에 의해서 주도되었다는 점이 중요하다.

주요 이해당사자들이 포함된 워킹그룹 실무진이 결성되어 키르키즈스탄의 보건의료체계의 발전을 억제하는 장애물들을 파악하고 HSS를 위한 제안을 개발하였으며 특히 그 안에서 중요하게 여겨야 하는 요소들을 강조할 수 있었다 (Kyrgyz 2007).

더 나아가 이런 모든 과정의 처음부터 끝까지 보건부 차장이 관여하여 이에 대한 강력

한 정치적인 지원을 할 수 있었다는 것이 중요하다. 이런 과정에서 ICC가 개입한 것이 매우 긍정적인 요소였으며 ICC의 다양한 회원들이 필요한 자원에 대한 인지를 하는 데에 도움을 주었다. 또한 기존에 SWAp에서 개발된 모니터링 시스템이 아주 작은 변형을 통해서 GAVI HSS 제안에 사용되어서 더욱 효과적이었다.

4. 교훈

개별 국가 보고서 외에도 SWAp가 이루어졌던 6개국에 대한 평가를 시행했던 독립적인 보고서에서도 키르키즈스탄의 사례는 가장 우수한 개혁으로 평가되었다. 이들은 SWAp에서 국가주도가 강력하고 국가의 역량을 강화시키는 원조를 추구하는 것이 가장 중요하다는 강한 합의를 이루어냈다고 하면서 성공적인 SWAp를 위해 다음의 결론을 내렸다.

첫째, 정부와의 협력적 관계와 강력한 오너십에만 의존하는 것은 충분하지 않으며 최소한의 질적 수준을 맞추기 위한 수혜국 정부와 원조자 간의 확실한 승인과정이 필요하다.

둘째, 통합적인 재정 지원 이전에 충분히 성과를 평가하고 관리할 수 있는 역량이 개발되어야 한다.

셋째, 부문 자원의 효과적이고 공평한 사용을 위해서는 중앙, 지역 수준에서 정보이용과 예측 등 관리 능력이 중요하다.

넷째, 지역수준에서의 SWAp의 성공을 위해서는 지역의 정치적 경제적 문화적 맥락을 고려하고 지역 수준의 의료기관 및 서비스 전달, 정책 결정 등 기술적 역량을 강화하는 데에 집중해야 한다.

또한 SWAp의 정의 역시 명확하지 않고, 매우 다양한 것들이 포함된 개념이므로 특정한 조건을 충족시켜야 한다기보다는 전반적인 의도와 방향에 의해 규정되어야 한다고 하였다(Denise, 2009).

SWAp은 원조프로그램 중에서도 보다 통합적이고 총체적인 접근방법의 하나로서 HSS를 위한 하나의 접근전략으로서 고려될 수 있을 것이라는 점에서 잘 수행된 사례를 살펴보는 작업이 의의를 갖는다. 궁극적으로 보건의료체계와 HSS에 대한 새로운 개념을 논의하고 적용한 이후에도 SWAp 전략이 적합한 방법으로서 제시될 수 있을지는 알 수 없지만 HSS의 재개념화에 대한 고민의 과정에서 충분히 살펴볼 만한 사례모형으로 여겨진다. 이 외에도 앞서 소개한 국제기구 및 해외 국제개발협력기구들이 시행한 다양한 HSS 사업 사례의 정리는 별도로 첨부하기로 한다.

HSS Strategy: A Korean Perspective

6th December, 2012

Chang-yup Kim
Seoul National University School of Public Health

Outlines

I. Korea's ODA Trend
II. Why HSS?
III. Opportunities and Strengths
IV. Challenges
V. Prospects and Options

Outlines

I. Korea's ODA Trend

II. Why HSS?

III. Opportunities and Strengths

IV. Challenges

V. Prospects and Options

- Significance of Health Sector

	Quantity(Mil $), 2008	%
Education	57.22	15.5
Communication	49.12	13.3
Health	40.19	10.9
Administrative cost	33.73	9.1
Humanitarian aid	23.71	6.4
Agriculture	15.73	4.3
Sanitation	10	2.7
NGO aid	9.1	2.5
Etc.	129.87	35.2

Source: KOICA, 2011

- **Weaknesses**
  - Still not big size: 9th in DAC countries (2009)
  - Too much loan: 36.3% vs. DAC average 12.6% (2008)
  - Low share of untied aid: 35.8% vs. DAC average 86.5% (2008)
  - Fragmented governance: at least 6 agencies involved in health ODA

Source: MoSF, 2012

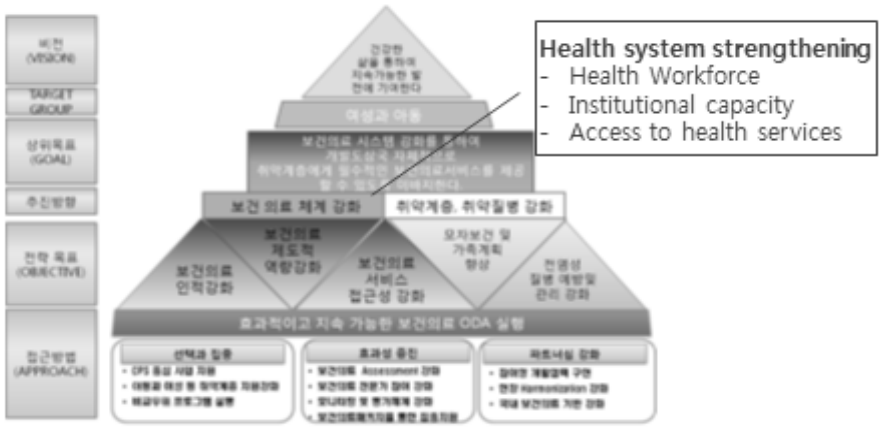
- **From HSS Perspective**
  - Main focus on individual elements of health system, including workforce, facility, and equipment
  - Not well interconnected to the whole system and/or other elements of the health system
  - Limited systematic thinking
  - HSS approach only recently highlighted

Ⅱ. Why HSS?

- **Global challenges**
  - Focusing on health system and HSS
  - Limitation of disease-specific approaches
  - Primary health care and universal health coverage
  - MDG and health system
  - Aid effectiveness

- **New framework of Korean Health ODA**
  - Expanding size
  - "Selection and concentration": County Partnership Strategy (CPS)
  - More concerns on aid effectiveness and sustainability
  - Global challenge
- **Institutional changes/responses**
  - The Law of International Development Aids
  - Health ODA Strategy of KOICA, 2011-2015
  - Change of evaluation scheme in ODA agencies

Health ODA strategy of KOICA, 2011-2015



Ⅲ. Opportunities and Strengths

- **Internal advocacy and commitment**
  - Government
  - ODA agencies
  - NGOs
  - Research agencies
- **Global support**
  - Partners
  - Global aid agencies
  - Multilateral

- **Formulating new frameworks**
  - Funding
  - Strategies and planning
  - Aid Process and management
  - Evaluation
  - Partnership

IV. Challenges

- **Contextual**
  - Still small size of fund
  - No much experience
  - No strong partnership, bilateral and multilateral
  - "Path dependence"
  - Need for "innovative" approach
- **Limited political/social commitment**
  - "Visibility" problem
  - Strategies not fully shared within the government
  - Poor public awareness and support
  - Related to accountability

- **ODA governance**
  - Fragmented
  - Leadership
  - Public-private partnership
- **Capacity building**
  - ODA agencies (HQ and offices), practitioners, and researchers
  - Strategies and planning, fieldwork, and management
  - Knowledge base

- **HSS strategy issues**
  - Conceptual ambiguity
  - Time horizon and goals
  - Feasibility of sectoral approach
  - Limited strategy and little agreement
  - Implementation
  - Assessment

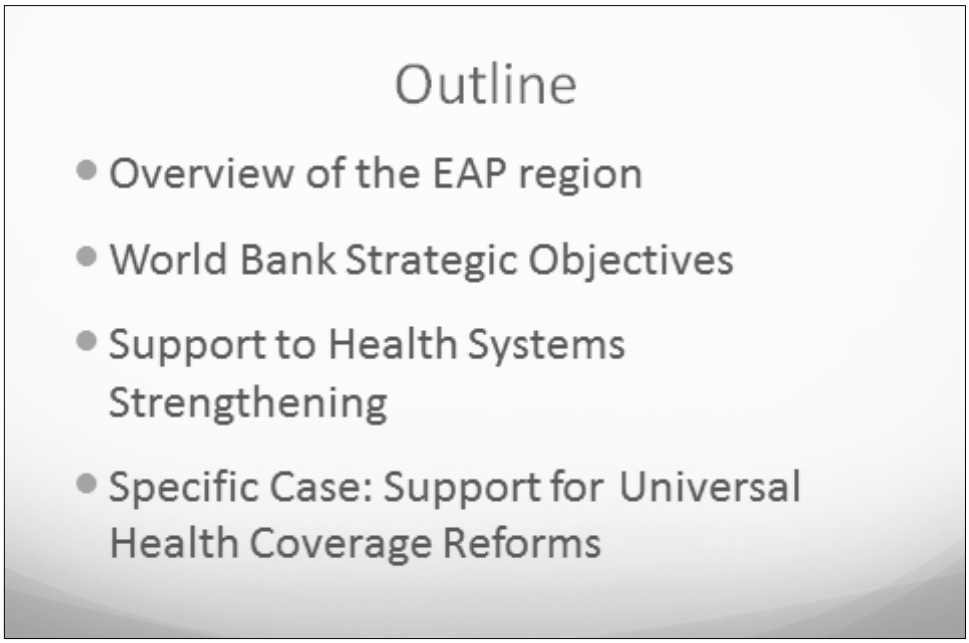
V. Prospects and Options

- **Principles of HSS Strategies**
  - HSS "mainstreaming" in all related activities
  - Linkage to existing project/programs for health system support, but with "system thinking"
  - "Diagonal" approach
  - Program-based approach and/or SWAp
  - Considering subnational focus
  - Strengthening bottom-up approach

- **What to do**
  - Improving ODA governance
  - More sound strategies
  - Capacity building and knowledge base
  - Mobilizing advocacy
  - Strengthening partnership, local and global

부록 A-2 국제보건 ODA 포럼 발표자료 : WB





Outline

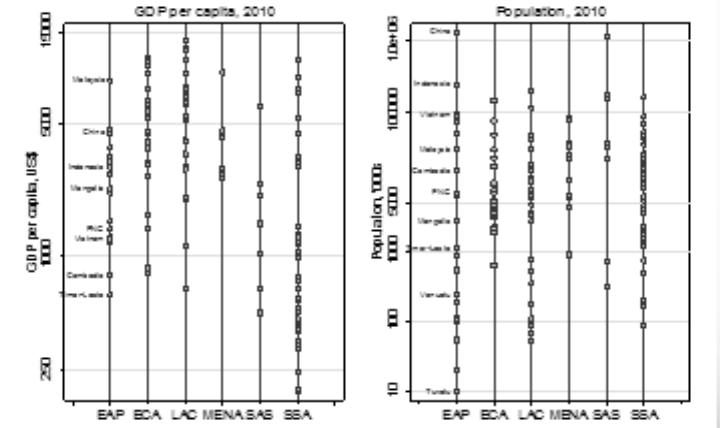
- Overview of the EAP region
- World Bank Strategic Objectives
- Support to Health Systems Strengthening
- Specific Case: Support for Universal Health Coverage Reforms

Diverse, dynamic and facing a myriad of health challenges

Overview of the EAP region

Diverse

Diversity in GDP per Capita and Population



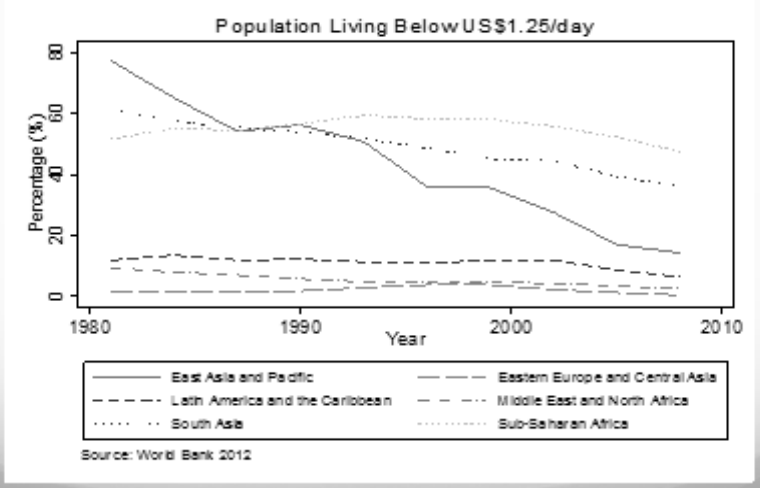
Source: WDI

From the Draft World Bank EAP Health, Nutrition and Population Strategy

4

Dynamic

% of population living below US$1.25 a day (in 2005 PPP)

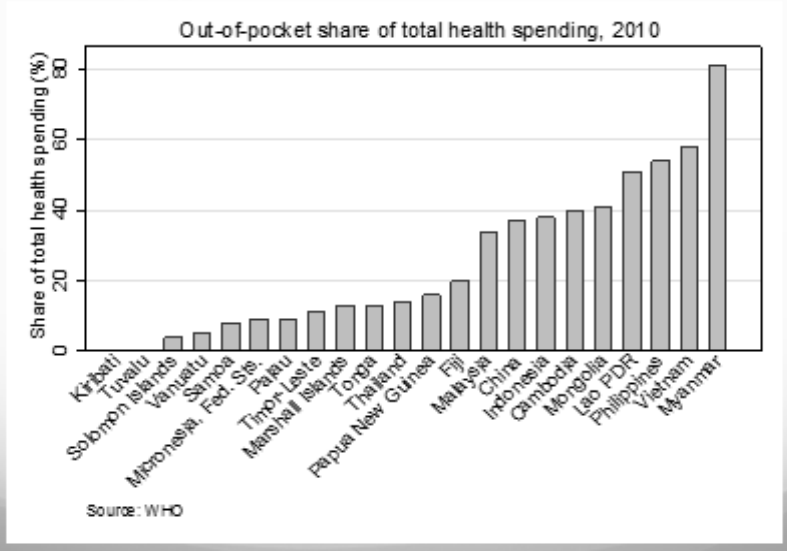


Source: World Bank 2012

From the Draft World Bank EAP Health, Nutrition and Population Strategy

5

Health Financing



7

Summary

- EAP region characterized by:
  - Rapid economic growth and poverty decline
  - High incidence of communicable diseases and poor maternal and child health indicators and non-communicable diseases
  - Ageing population
  - Heavy reliance on OOPs → catastrophic expenditures + impoverishment
- Diversity of rates of economic development, demographic and epidemiological transistions requires tailored response

8

Combining Health Systems Goals with Country Needs

World Bank Strategic Objectives

9

Strategic Objectives

- Objectives of the World Bank Health, Nutrition and Population (HNP) Strategy include:
  - increasing WB contributions to client-country efforts to strengthen health systems for HNP results
  - ensuring synergy between health system strengthening and priority programs and interventions, particularly in Low Income Countries
- In addition: poverty reduction and shared prosperity
- Just as important: country demands, needs and structures
  - As specified in the Country Partnership Strategies

Strengthening health service delivery and health financing

World Bank Support for Health Systems Strengthening

11

Strengthening health service delivery (1)

- Strengthening basic services: focus on MDGs
  - Cambodia, Laos
- Restructuring health service delivery: more integrated provision of primary health care services and coordination of care outside hospitals
  - Bring in lessons from Europe Central Asia and Latin America
  - China, Mongolia, Vietnam
- Improving health services delivery: management, efficiency, quality
  - China, Malaysia, Vietnam

Strengthening health service delivery (2)

- Addressing inequalities in access to health services
  - AAA* to help understand factors driving inequalities (Indonesia, Vietnam, PNG)
  - Capacity building to monitor inequalities (ADePT)
- Supply side (1): Health Workforce (HWF)
  - AAA* to assess the impact of supply-side incentives for health workers (Cambodia, Laos, Indonesia)
  - HWF skills agenda and investment in training (Cambodia, Indonesia, Laos, Vietnam)
- Supply side (2): Pharmaceuticals
  - TA and AAA*

* AAA = Analytical and Advisory Activities; TA = Technical Assistance

Strengthening health financing

- Analytical and advisory work (region-wide)
  - Fiscal space analysis
  - Public health expenditure reviews
  - Analysis of health financing options
  - Monitoring trends in out-of-pocket spending, impoverishment
- Results-Based Financing: pilots (Vietnam, Laos) and scale-up of coverage (Philippines)
- Instruments to provide financial protection (Cambodia, Laos) and free maternal health care (Laos)
- Insurance premium subsidies (Vietnam)

The Universal Health Coverage drive in Asia

World Bank support to UHC

15

Public policy commitments to achieve UHC

- Strong public commitment across EAP to achieve Universal Health Coverage
- Drive to achieve UHC in order to:
  - Improve health
  - Ensure **financial protection**
- Traditional EAP model of achieving UHC:
  - expansion of contributory social health insurance (Korea, Japan, Taiwan-China)
  - tax-financed NHS model (Hong Kong-China)
- Current EAP model is a little different

Emerging Consensus in Asia*

- Characteristics of the emerging consensus on reforms to achieve UHC in Asia:
  - Social health insurance model, in principle
  - Significantly greater role for tax financing,
  - Move away from contributory enrolment
  - Move towards strategic purchasing
  - Greater private provision

Wagstaff, 2011.

17

Key challenges (1): Ineffective coverage

- Shift away from contributory enrolment good for equity:
  - De-links entitlements from ability to pay
- Enrolment ≠ effective coverage
  - Benefit package is not comprehensive
  - Supply-side constraints, especially rural areas
  - Large co-payments and informal payments
  - Financial protection is still lacking for most of the population

18

Key challenges (2): Cost Control

- Separation of purchasing and provision does not always improve efficiency:
  - Requires strong purchasing capacity
  - Strongest under single purchaser
- Performance-based payments same:
  - May introduce perverse incentives
- OOP financing still large
  - private provision – incentives for supplier-induced demand

19

World Bank support to UHC

- Policy development:
  - Assessment of where countries are at present + policy support
- Implementation:
  - Technical Assistance in areas such as revenue-generation, provider-payment, benefit design, quality, poverty-targeting
- M&E:
  - Defining the institutional requirements for achieving UHC, and strengthening capacity for M&E
- Generating the evidence:
  - Documentation and synthesis of how countries are approaching UHC reforms

부록 A-3 국제보건 ODA 포럼 발표자료 : WHO

Health Challenges & Opportunities in a Rapidly Changing World; Integrating service delivery to attain Universal Health coverage

The Role of WHO

Sjoerd Postma
Team Leader Health Service Development
WHO/WPRO

Seoul, 8 December 2012

World Health Organization
Western Pacific Region

Outline

- Rapidly changing world
- Diseases and its threats
  - Infectious diseases, AMR and NCDs
- Health systems challenges
  - Poverty, health sector reforms, and health workforce
- International response
  - Development Aid and Aid effectiveness
  - International Health Partnership
- WHO and UN role
- The way forward: Universal health coverage and integrated service delivery

2

A rapidly changing world

- Industrialization:
  - Driving economic growth, but also threatening health
- Globalization and urbanization:
  - Introducing unhealthy & sedentary lifestyles, and fast food
  - Increasing access to goodies (fresh fruit year long, knowledge, drugs & vaccines) and bad-ies (cigarettes, alcohol, unhealthy food)
  - Increasing connectivity and spread of emerging diseases (SARS and AI)
- Demographic and epidemiological changes:
  - Ageing with low fertility rates in many countries (Rep of Korea – 1.22)
  - Getting healthier and sicker (increasing NCDs and decreasing mortality from infectious diseases)
  - Rising inequities: urban-rural, gender, income quintiles
- Powers are shifting
  - Economic crisis and upcoming of BRICS countries and Asia

3

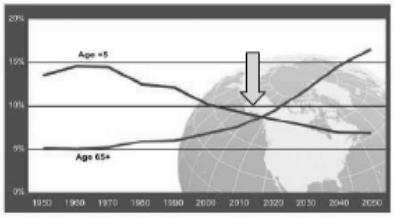
Aging

- Death is inevitable, but people are living longer
- If not died before age 5, you are most likely to die from Non-Communicable Diseases
- Populations around the world are rapidly aging; a success in dealing with childhood disease, maternal mortality and controlling fertility
- Between 2000 and 2050, the proportion of the world's population over 60 years will double from 11 to 22%; in numbers from 605 Million to 2 Billion; 80% living in Less-Developed Countries

4

World Population Characteristics

Young Children and Older People as a Percentage of Global Population: 1950-2050

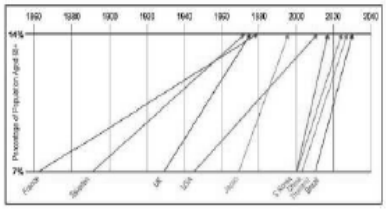


Source: United Nations. *World Population Prospects: The 2010 Revision*.
Available at: http://esa.un.org/unpd/wpp

5

Speed of Population Aging

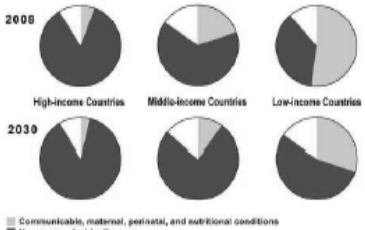
Time required or expected for percentage of population aged 65 and over to rise from 7 percent to 14 percent



Source: Kinsella K, He W. *An Aging World: 2008*. Washington, DC: National Institute on Aging and U.S. Census Bureau, 2009.

6

Burden of Non-Communicable Diseases

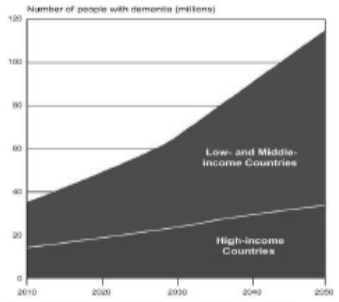


Source: World Health Organization, *Projections of Mortality and Burden of Disease, 2004-2030*. Available at: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/projections/en/index.html.

Disability

- Over 1 billion people have some form of disability; approximately 15% of which 3% severe disability!
- Aging has a major influence on disability; a third of the disabled people are the aged over 50 years of age
- The global increase in diabetes, cardiovascular diseases mental disorders, cancer, and respiratory illnesses, will have a profound effect on disability. They are estimated to account for 66.5% of all years lived with disability in low-income and middle-income countries
- Older and disabled populations belong to lower income groupings; even more so in developing countries

Mental Health: Dementia



Source: Alzheimer's Disease International, *World Alzheimer Report, 2010*. Available at: http://www.alz.co.uk/research/files/WorldAlzheimerReport2010.pdf.

Threats of infectious diseases Lessons Learned

- An infectious disease in one country is a threat to others
- Effective response requires political commitment
- The best chance to eradicate or contain a new or a re-emerging disease is when it surfaces. Key to timely response:
  - Early detection & response, reporting, information & samples sharing within countries and with the international community
  - Treating information, samples and products (vaccines, diagnostics, drug sensitivities) as a *global public good* throughout the process
- Market failures in public health: SARS a global wake-up call
  - Governments needs to invest in safety and security

Threats of infectious diseases

1. Current & emerging and re-emerging diseases
   - Global challenges: AIDS, tuberculosis, malaria, rabies, Avian influenza, etc.
   - One new human disease per year, of which 75% is of animal origin: zoonosis
   - Diseases can re-emerge after containment if reservoir of the virus still exists:
     - Ebola re-emerged after five years; SARS likely still reservoir in wild animals
2. Bio-terrorism
   - Anthrax in 2001 in the US reminded us that infectious diseases can also deliberately be introduced into society



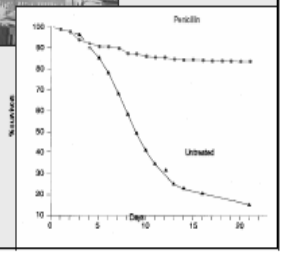
Threats of infectious diseases

3. Bio-safety lapses
   - 11 out of 15 SARS cases after 2003 major outbreak were linked to bio-safety lapses in 3 separate laboratories
   - In 2004 bio-safety lapses occurred with Ebola and inadequately inactivated anthrax in different countries with some deadly consequences
   - In 2005, live influenza A (H2N2), a strain that killed 4 million people in 1957, was mailed to 5,000 labs in 18 countries showed vulnerability current global practices
   - (2011 → H5N1 research .... bio-safety fear)
4. Antimicrobial Resistance (AMR)

Antimicrobial medicines changed the world for the better



Penicillin increased survival of patients with pneumonia and bacteria in blood from 10% to 90%



Adapted from Austrian *et al.* Ann. Int. Med 1964; 60, 759

Now facing a global public health crisis

Increasing resistance to antimicrobial medicines among many pathogens
- bacteria
- viruses
- parasites

Few new antimicrobial medicines in pipeline

Unavoidable reality: more we use antimicrobial drugs, the faster resistance develops

World Health Organization
Western Pacific Regional Office

Many other factors contributing to development of resistance

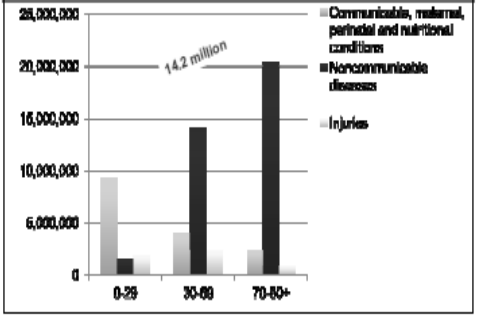
- Unrestricted sale & misuse of antimicrobial drugs in many settings
  - Clinical medicine, communities, agriculture
- Widely used in in food animals
  - Food considered most important vector for spread of resistance
  - Globalized distribution of food - requires international cooperation
- Inadequate systems for ensuring quality medicines
- Insufficient information on scope & key trends
  - Surveillance systems weak or absent
- Few countries have national plans to limit use
  - No clear accountability within countries

HSS Building Blocks

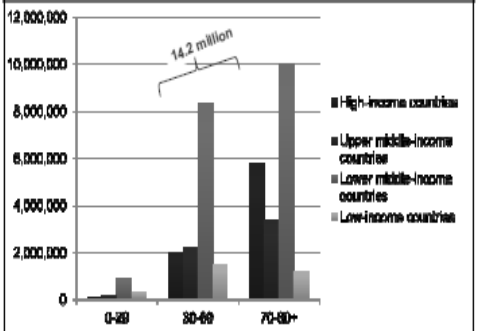
World Health Organization
Western Pacific Regional Office

It has taken long, but Non-Communicable Diseases (NCDs) are now on the agenda!

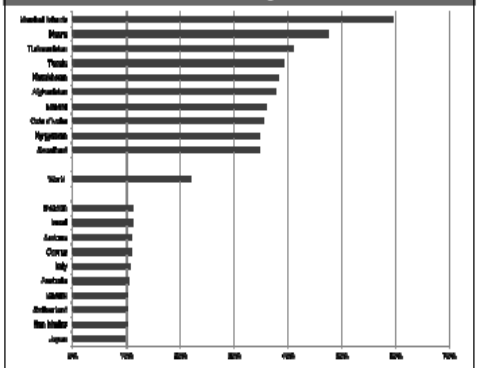
14.2 million people die every year from an NCD between the ages 30 and 69: Most of these premature deaths could have been prevented



More than 12 million (86%) people who die every year from an NCD between the ages 30 and 69 live in a developing country



Huge disparities exist across countries in relation to the probability of death from an NCD between the ages of 30-69



Health system challenges access and poverty



- Sickness causes poverty and poverty raises prospect of poor health
- High medical charges to patients (out-of-pocket payments - OOP) :
  - ✓ Low utilization of healthcare and/or
  - ✓ Financial hardship and impoverishment of households

Medicines or Food



19

Health sector reform and improving delivery of services

Many countries has included Universal Coverage central to their health reforms to:

- Increase government investment (>3-4% GDP) and reduce OOP
- Increase access to improved quality health services
- Control overall cost



All health systems elements (finance, information, druga, utilities, etc) have to come together to deliver services

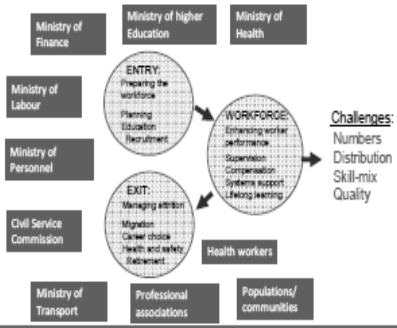


Health workforce slow to respond to changes and often *major bottle neck in improving services*

- *Getting things done takes time as many stakeholders are involved and training health workforce takes time*

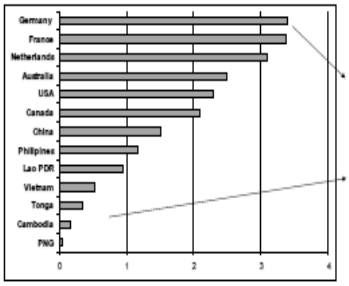
20

Many stakeholders involved in HR policies



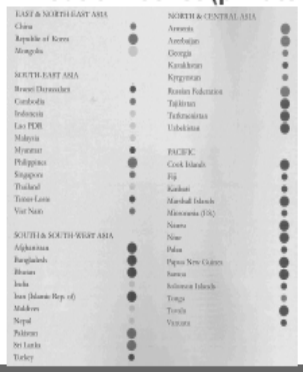
21

Human Resource Use



22

Out of Pocket (private financing)



Grey: low <65%)
Yellow: med 65-80%
Orange: high 80-90%
Red: very high>95%

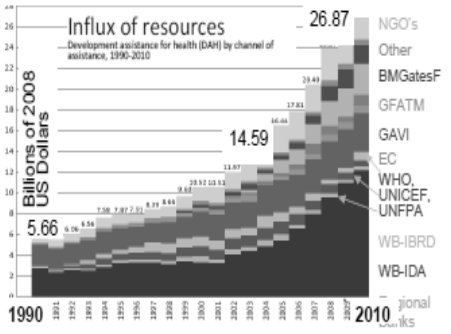
Small circle: negative Change, i.e. reduction

Large circle: zero or positive change, i.e. increase of OOP

23

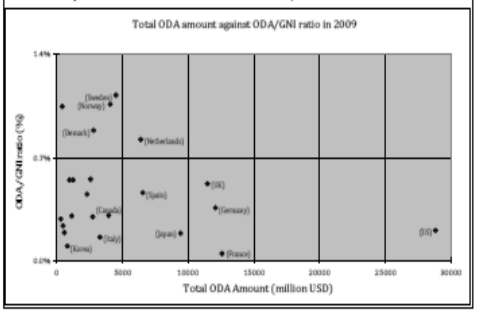
Health has never been given such attention in history

- *Health aid increased fourfold from 1990 to 2010 with main focus on three diseases (MDG 6) and immunization*



Gap between between aid goal and current level

- Total development assistance 0.25% GNI in 2003 far short of 0.7% Monterrey (2002)
- Total aid has yet to reach relative levels of the 1990s
- Few European countries still committed to 0.7% GNI, but economic crisis rethink



Health partnerships and Global Health Initiatives

Increased Health aid led to

- Scale up of cost-effective health interventions, esp for AIDS, TB, malaria and immunization
- Proliferation of Health Partners causing coordination challenges globally and for countries

Funds

- Global Fund for AIDS, Tuberculosis and Malaria (GF)
- Global Alliance for Vaccines and Immunisation (GAVI)

Private Foundation

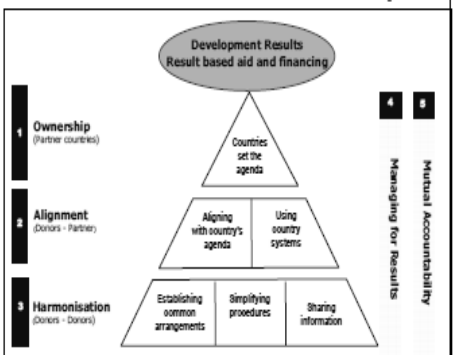
- Bill & Melinda Gates Foundation
- Clinton Foundation

Many other Health Partnerships over 100

Partners in Health ...



Paris Declaration on Aid Effectiveness: Principles



WHO's Core Functions

- **leadership** on matters critical to health and engaging in partnerships where joint action is needed;
- shaping the **research** agenda and stimulating the generation, translation and dissemination of valuable knowledge;
- setting **norms and standards** and promoting and monitoring their implementation;
- articulating ethical and **evidence-based policy** options;
- providing **technical support**, catalysing change, and building sustainable institutional capacity; and
- **monitoring** the health situation and assessing health trends.

WHO's roles in Global Health

- Raising awareness and getting public health and equity on the agenda by various means, including World Health Day (AMR), World Health Reports, etc.
- Facilitating agreement on milestones, indicators and targets
  - What gets measured, gets done!
- Bringing Health partners together (convening)
- Sharing information - like in disasters re- and emerging diseases (AI, HFMD)
- Building capacity and providing guidance in countries through guidelines, technical support, etc.
- Building the evidence with partners, including Universities – *Asia Pacific Observatory for Health Systems and Policies*

WHO's role in global Health

- Binding treaties within Health:
  - Framework Convention of Tobacco Control (FCTC)
  - International Health Regulation
- Indicator frameworks and targets
- Within United Nations to get global commitment at high political level, esp for multi-sectoral responses
  - AIDS
  - MDGs
  - Avian Influenza
  - NCDs
  - Cluster leader for health emergencies

WHO Framework Convention on Tobacco Control (WHO FCTC)



WHO FCTC

- First global health treaty negotiated by WHO
  - establishes tobacco control as a priority on public health agenda
  - provides an evidence-based tool for adoption of sound tobacco control measures
  - introduces a mechanism for firm country commitment and accountability
- 176 parties
- Entry into force 27 Feb 2005

International Health Regulations

- Need for increased global capacity and political commitment as *"The system is as strong as the weakest link in the chain"*
- Legally-binding global framework for preventing, protecting against, controlling and providing a public health response to the international spread of disease
- Sets out new obligations and agreed procedures for notification, verification, sharing of information, assessment of events and response to significant public health risks and emergencies



UN High-level Meeting on NCDs (New York, 19-20 September 2011)

High-level Meeting

- 113 Member States
- 34 Presidents and Prime Ministers
- 3 Vice-Presidents and Deputy Prime Ministers
- 51 Ministers of Foreign Affairs and Health
- 11 Heads of UN Agencies
- 100s of NGOs

Political Declaration

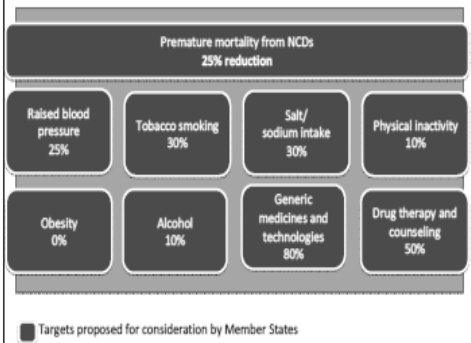
- Establish multisectoral national plans by 2013
- Integrate NCDs into health planning processes and the national development agenda
- Promote multisectoral action through health-in-all policies and whole of government approaches
- Build national capacity
- Increase domestic resources

What WHO is doing

- Develop a global monitoring framework and targets
- Develop a global implementation plan 2013-2020
- Provide technical support to developing countries
- Identify options for partnerships
- Coordinate work with other UN Agencies
- Measure results

World Health Assembly in May 2012:
Decided to adopt a global target of a 25% reduction in premature mortality from Non-communicable diseases by 2025

9 voluntary global targets for consideration by Member States after recent consultation



A health system ...

... involves and organises all these components



HSS Building Blocks

Primary Health Care



PHC values promoted through the Declaration, 1978:

- health as a human right
- universality and equity
- affordability and sustainability
- community protection
- evidence-based, appropriate and quality care
- people-centered care / responsive to needs
- individual and community participation
- self-determination

A health system based on the values of PHC …



- puts families and communities as the basis for planning and action
- emphasizes prevention and promotion, and assures first contact care
- provides comprehensive, integrated, and appropriate care over time
- aims for universal coverage and enhances equity

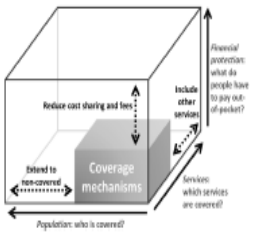


Now focus on: Universal Health Coverage

- **Everyone has access to needed high quality interventions**
- **No one should be exposed to financial hardship because of paying for these services**

1. Population Coverage
2. Benefit package, like outpatient services etc.
3. Reimbursement levels

Towards universal coverage

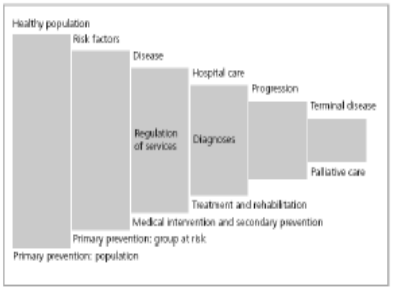


What are the Obstacles to Universal Coverage?

There are many obstacles, including:

1. Exclusion linked to factors outside the health system – inequalities in income, education and social exclusion associated with e.g. ethnicity, gender and migrant status
2. Weak health systems: Insufficient health workers, medicines and health technologies. Ineffective service delivery. Poor information systems and weak government leadership
3. Health financing systems that do not function. This is critical because the other parts of the health system cannot function if the financing system is weak

Life Course Approach: Continuum of Care



Source: adapted from Suhol et al. (16).

Integrated Service Delivery

- Service delivery aligned with whole Continuum of Care primary to tertiary, disease programs with health systems, but also integration of allopathic and traditional medicine
- Examples of practical implications:
  - Unique patient ID numbers to pass through the system
  - Unique insurance coverage to pass through the system
- Renewed focus on hospital services

Hospitals

- 40+% of health care funding (65% in China, 50% in Europe, 70% in former SU) goes to hospitals
- Increased burden (NCDs, ageing)
- More expensive burden, significant wastage (drugs, admission length) and more expensive procedures in public facilities, requiring efficiency measures
- Increase in iatrogenic episodes (issues of AMR, infection control and patient safety)
- Proliferation of hospitals both in public and private sector; medical tourism; Hospital service packages and financing for it vary widely
- Inadequate governance, financing and IT systems (drugs/HR mostly Ok but inappropriately used)
- Lack of adequate hospital/service management training capacity

Integrated Service Delivery Model

- **how** the community enters and interacts with the health system
- **what** types of **facilities** and **services** are available at each level
- **when** facilities or services are **open**, e.g. 24/7
- **who does what** - the **number** and **mix** of **staff** at each level, what they can and should do, and **how** they work together
- **Who pays** – OOP or **Insurance**?; **Pricing** of services
- **referral** system and **controls** on access to higher level services – **incentives** to providers and patients to comply
- **linkages** between levels of service, e.g. communication, transport, supervision, specialist visiting, financial linkages, etc.
- **non-state providers** role and how they interact with state services to support reaching national and local health goals

44

The 4 'A' Dimensions of Service Delivery Barriers

- (Geographic) Accessibility: service location (S), HH location (D), transport costs (D)
- Availability: Health workers, drugs, equipment (all S), service demand (D), waiting time (S), wages/ incentives (S), quality of staff (S), price of goods (S), Information on choices/providers (D), education (D)
- Affordability: costs and prices (S), HH resources and willingness to pay (D), informal fees (S) and opportunity costs (D)
- Acceptability: HW attitude and service provision (S), user/HH attitude and expectations (D), management of services and HR (S), technology (S), community and cultural preferences, attitudes and norms (D)

45

Improving Service delivery: A Sample Menu of Options

Demand Side:

- Mobilizing the Community: e.g.
  - info on availability of services,
  - involve community leaders, community groups, CSO,
  - addressing and controlling expectations
  - behavior change activities through community and population health education.
- Addressing Financial Barriers: e.g.
  - vouchers schemes for total package,
  - cost sharing or even fee exemption for selected groups
  - CCT or Emergency loan/ fund, fee exemption,
  - Social or community health insurance, pre-payment schemes,
  - other incentives (e.g. loss of income or transport).

Supply Side:

- Service Delivery: e.g.
  - more facilities with wider range of service package and staff availability,
  - attach to existing services, at appropriate levels
  - delegation to lower level staff (changing mindsets!)
  - 'conversion' of staff towards NCDs (Continuing and basic education)
  - collaboration with CSO and patient groups.
- Improving Management & Organization: e.g.
  - improve services (IMAI, quality, training supervision, audits),
  - cost efficient service packages (e.g. DRGs, clinical care pathways),
  - increase productivity (monetary incentives, performance based financing),
  - referral system with finance and information portability,
  - multi-sector involvement and national guiding policies and plans.

The Vision of global health development Universal Health Coverage

"Universal health coverage is the best way to cement the gains made during the previous decade. It is the ultimate expression of fairness. This is the anchor for the work of WHO as we move forward," said Dr. Chan.

'I believe in universal health coverage. I also believe that if we all join together we can save lives.' BAN Ki-moon, UN SG



"The impact of universal coverage goes beyond health. It is a vehicle to reduce poverty and to build social solidarity, national pride and trust in the Government." in a speech made by Dr SHIN Young-soo

47





Thank you!

Contributors:
Rodel Nodora
Xu Ke
Cherian Varghese
Kidong Park
Manju Rani
K Fukuda
Henk Bekedam

48

부록 A-4 국제보건 ODA 포럼 발표자료 : GIZ

giz

GIZ's approach on Health Systems Strengthening and Social Health Protection



Dr Matthias Rompel
Ute Jugert
Franziska Fuerst

Deutsche Gesellschaft für
Internationale Zusammenarbeit (GIZ) GmbH

giz **Structure of presentation**

- GIZ approach on Health & Social Protection
- 2 country examples: Nepal & Bangladesh
- 1 thematic example: Health Security and Health Systems Strengthening

giz

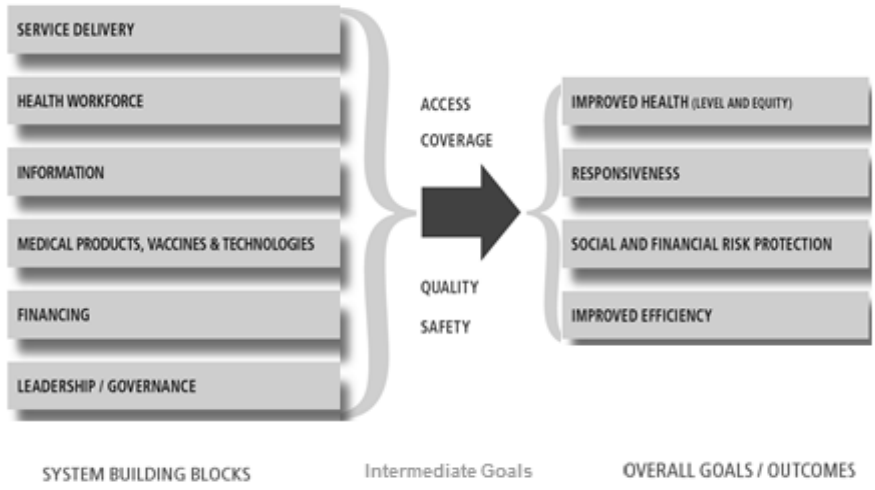
GIZ portfolio on health & social protection

(except global programmes)



giz

The systems approach (WHO 2007)



giz Health systems strengthening

"… is defined as improving these six health system building blocks *and managing their interactions in ways that achieve more equitable and sustained improvements across health services and health outcomes.* It requires both technical and political knowledge and action."

giz Building on the building blocks…





giz Putting a focus: Health Financing

Building block Health Financing

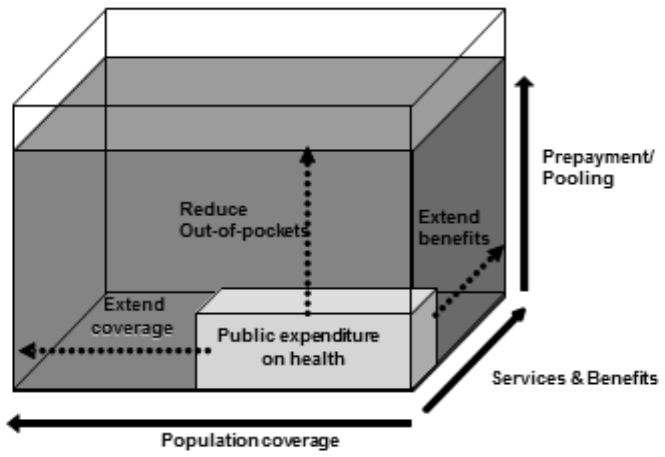
… as *the* strategic important building block

Universal Coverage / Social Health Protection

… as a value based way to organize health financing:

- Provide all people with access to needed health services (including prevention, promotion, treatment and rehabilitation) of sufficient quality to be effective;
- Ensure that the use of these services does not expose the user to financial hardship" (WHR, WHO 2010)

giz A *dynamic* concept



giz Background, modes & partnerships

Background for German engagement

- Germany as the country with the longest history in social health protection worldwide
- But: No blueprint, technical cooperation for systems tailored to the needs and preconditions of the partner country
- Value basis: Universal access, solidarity, fair financing, equity

Modes of delivery

- Policy advice, capacity development and technical cooperation through long-/short-term advisors, integrated experts, trainings and human capacity development, south-south exchange

Strong Partnerships

- 'P4H – Social Health Network' as international partnership of bi-/mulilateral actors (Germany, France, Switzerland, Spain, World Bank, WHO, ILO, AfDB and others)

P4H
Providing for Health
Social Health Protection Initiative

giz Country example: Bangladesh

Health Sector Development

Health Info Systems	Health Care Financing	Good Governance	Service Delivery
a) Governance	a) Policy advice for financing options (Social Health Protection)	a) Gender & Human Rights based approach	a) Health Promotion (demand side)
b) Capacity Building	b) Health Economics	b) Inter-ministerial coordination	b) Strengthen service delivery system
c) Systems Development & Implementation	c) Policy Dialogue	c) Promotion of PPP (private sector collaboration)	c) Capacity Dev. Of Midwives
d) Use of Information			

Knowledge Management

giz Country example: Nepal

- GDC: MoHP - GIZ Health Sector Support Programme
- KOICA: Insurance Models Activation and Leveling-up (HIMAL)
- Participation in EDP Technical Working Group Health Financing and MoHP Task Team Health Insurance



Common working areas:

- Support in health insurance policy formulation and implementation
- Capacity development in health insurance/health economics/health financing/hospital management



giz Health Security

- Public Health Security = core function of the state and its health system
- Framework International Health Regulations (IHR) 2005
- In 2009, the Government of Germany contributed 27.5 million EUR to support pandemic influenza preparedness in low- and middle income countries
- Pandemic Preparedness Initiative
  Strengthening resilience to public health emergencies in the context of health systems strengthening and multi-sectoral cooperation

giz Key areas of support

- Development of functional and integrated national influenza pandemic preparedness plans
- Strengthening surveillance systems
- Provision of effective communication strategies
- Health promotion (focusing on school health)
- Capacity strengthening health staff/ other relevant groups
- Improved supply of vaccines

giz Example: risk communication

- Country: Ghana
- Objective: Effective risk communication channels have been established at the entry points to the Western Region and in surrounding communities, so that the public can receive information about disease outbreaks and preventive behavior.
- Partners: National Disaster Management Organization (NADMO)
- Timeframe: 05/2011-03/2013
- Results:
  - Based on a detailed needs assessment, risk communication tools for pandemic preparedness use were developed
  - Already existent communication channels were strengthened and improved, e.g. the Elubo announcement center which is already well known as an information source among the communities
  - eHealth communication tools were developed - a text messages service for preventive health messages and a toll-free hotline that provides information on pandemic outbreaks

giz Example: Pandemic preparedness planning

- Country: Tajikistan
- Objective: Updating the National Pandemic Plan with regard to health hazards such as by natural disasters (climate change) and highly infectious diseases
- Partners: Ministry of Health of Tajikistan
- Timeframe: 10/2011 – 04/2013
- Results achieved so far
  - Inter-Ministry working group (12 international and national experts) was established in order to assess and review the plan
  - Round table talks in April 2012
  - Trainings were conducted in September and October 2012
  - A simulation exercises was carried out
  - Final draft of pandemic preparedness plan is under
  - Information campaign will inform citizens using different media

giz

Thanks for your attention!

More information …

Matthias.Rompel@giz.de

Ute.Jugert@giz.de

Franziska.Fuerst@giz.de

부록 A-5 국제보건 ODA 포럼 발표자료 : JICA

JICA's Development Assistance for HSS

Naoyuki Kobayashi
Japan International Cooperation Agency (JICA)

What is a system?... A thought

- A process
  - To clarify the overall frame;
  - To review the elements that make up the frame;
  - To identify the roles of the elements and their relationships and a structure.
- Two approaches:
  - Defining the whole and parts (as in computer programming)
  - Building a structure based on an analysis of relationships among different stakeholders

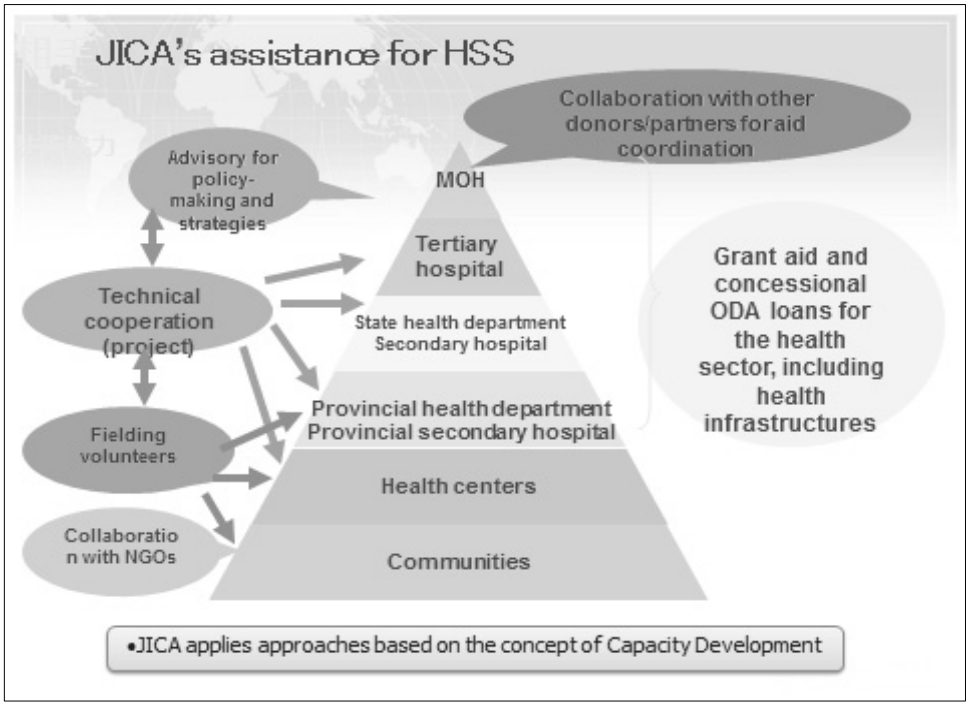
A health system is a set of inter-connected parts, that have to function together to be effective.

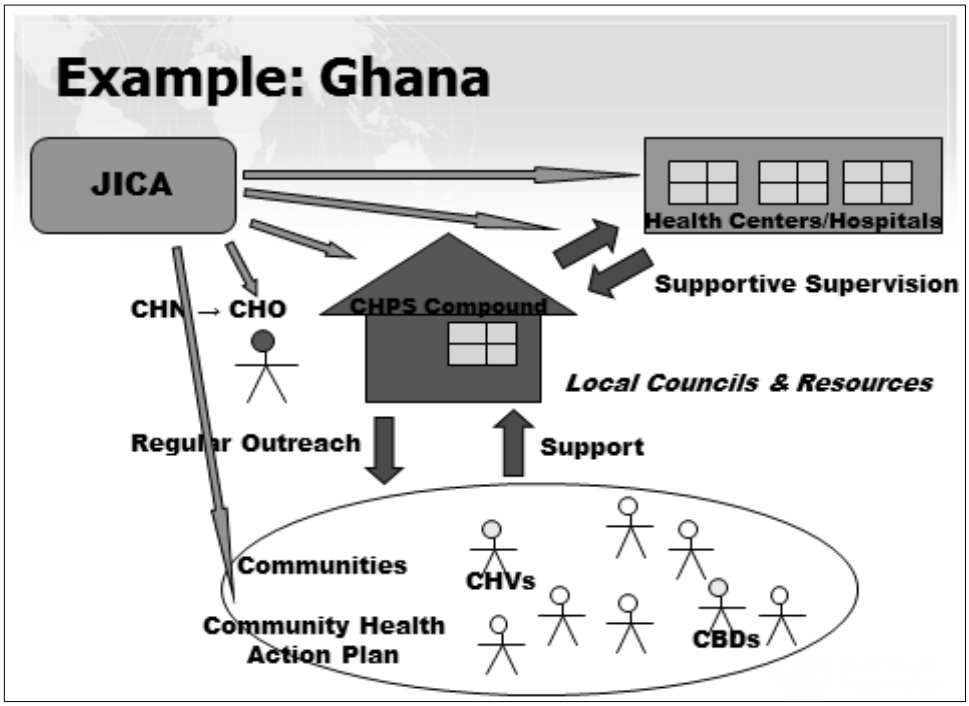


Health Systems



※For better health, health services, social services and environment will need to be improved.


JICA's assistance for HSS
Collaboration with other donors/partners for aid coordination
Advisory for policy-making and strategies
MOH
Tertiary hospital
Technical cooperation (project)
State health department Secondary hospital
Grant aid and concessional ODA loans for the health sector, including health infrastructures
Provincial health department Provincial secondary hospital
Fielding volunteers
Health centers
Collaboration with NGOs
Communities
•JICA applies approaches based on the concept of Capacity Development


Example: Ghana
JICA
Health Centers/Hospitals
Supportive Supervision
CHN → CHO
CHPS Compound
Local Councils & Resources
Regular Outreach
Support
Communities
CHVs
Community Health Action Plan
CBDs

HSS and Capacity Development

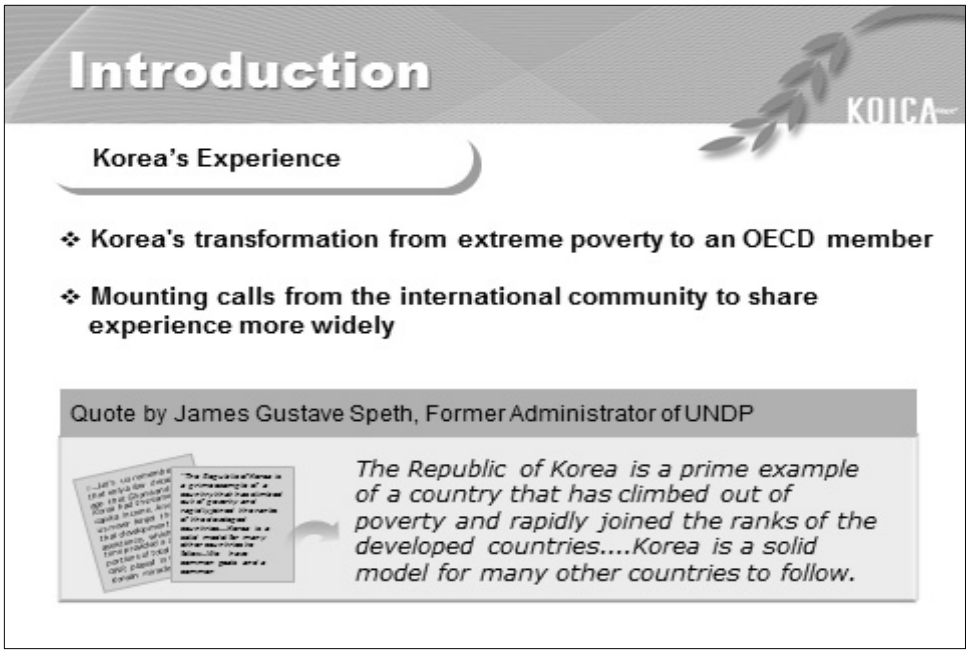
- Three-tier approaches: Society, institutions and individuals
- Enabling environment
  Policies, strategies and regulatory frameworks
- Core capacity
  Capacity to solve problems: practical executing capacity
- Technical capacity
  Technical knowledge and tacit knowledge

New issues at JICA: How?

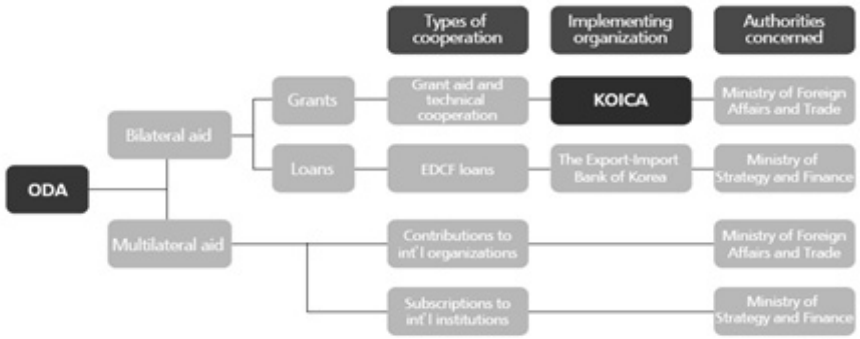
- UHC
  - Social and financial conditions vary from country to country
- Nutrition and multi-sectoral approach
  - Health systems are linked with people and community.
  - Nutrition can be strengthened through multi-sectoral approaches, containing rural and agricultural development.
- Coordination with HSS related activities funded by different resources.

부록 A-6 국제보건 ODA 포럼 발표자료 : KOICA





- **Established** on April 1,1991
- **Government Agency**
  under the authority of the Ministry of Foreign Affairs and Trade (MOFAT)



3

KOICA(vision)

- **Making a Better World Together**
  - Contribution to alleviate poverty and achieve the MDGs of partner countries
  - Assistance for sustainable socio-economic development of partner countries
  - Promote humanitarian assistance and human security

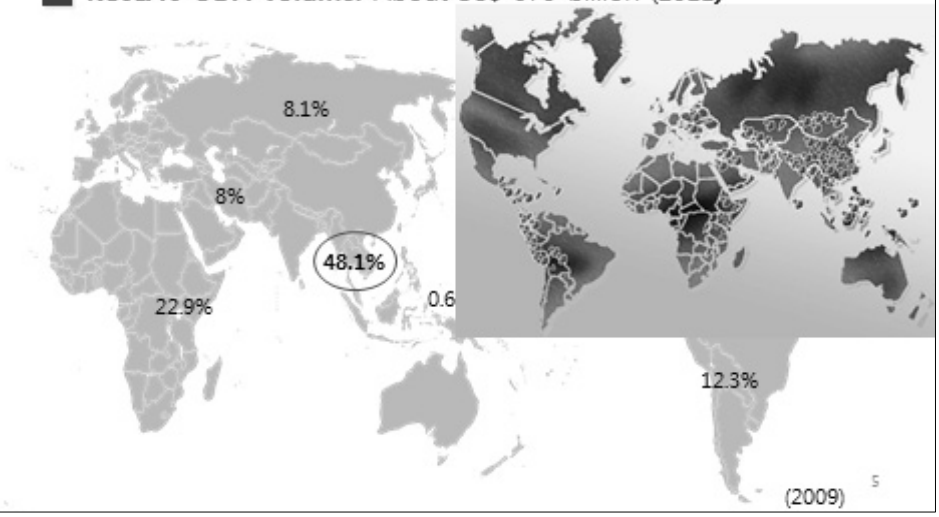
- **Main Strategy**
  - Sharing Korea's development experience
  - Respect development needs and ownership of partner countries
  - Promoting participation of Korean civil society as a partner in development

4

II. KOICA(Activity)

KOICA

KOICA's ODA Volume: About US$ 570 billion (2011)



III. KOICA Health strategy

KOICA

This is our Goal
. KOICA will contribute toward strengthening capacity **of developing countries to provide** essential health services **to those most in need.**

Our target group is ... Women and Children





KOICA
Health Assistance Strategy (2011~2015)



"Making a better world together"

Health System Framework

THE WHO HEALTH SYSTEM FRAMEWORK

SYSTEM BUILDING BLOCKS

- SERVICE DELIVERY
- HEALTH WORKFORCE
- INFORMATION
- MEDICAL PRODUCTS, VACCINES & TECHNOLOGIES
- FINANCING
- LEADERSHIP / GOVERNANCE

ACCESS
COVERAGE
QUALITY
SAFETY

OVERALL GOALS / OUTCOMES

- IMPROVED HEALTH (LEVEL AND EQUITY)
- RESPONSIVENESS
- SOCIAL AND FINANCIAL RISK PROTECTION
- IMPROVED EFFICIENCY

Health Human Resource

KOICA

> "Countries with the lowest relative need have the highest numbers of health workers"

Figure 1.2 Distribution of health workers by level of health expenditure and burden of disease, by WHO region

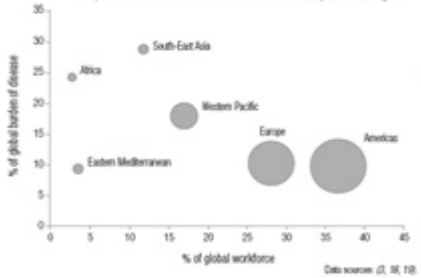


Figure 3 Countries with a critical shortage of health service providers (doctors, nurses and midwives)



> "conservatively estimated to be just over 59 million workers"

KOICA Health strategy

KOICA

VISION

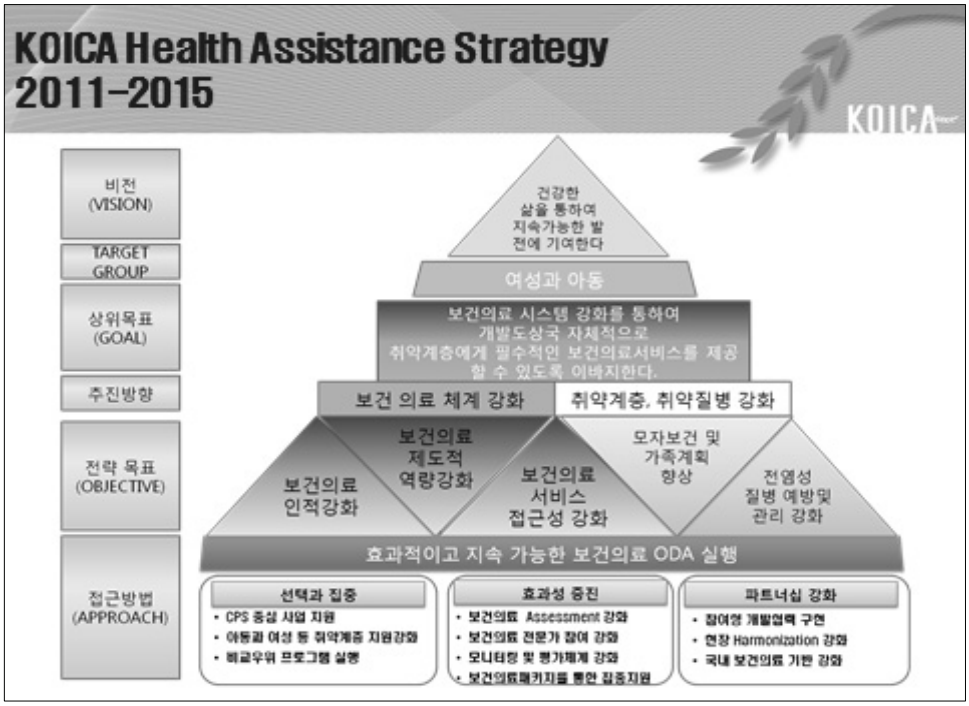
KOICA is to contribute to the realization of sustainable development through improving the access to adequate health provision for people in developing countries.

TARGET GROUP

Women and Children.

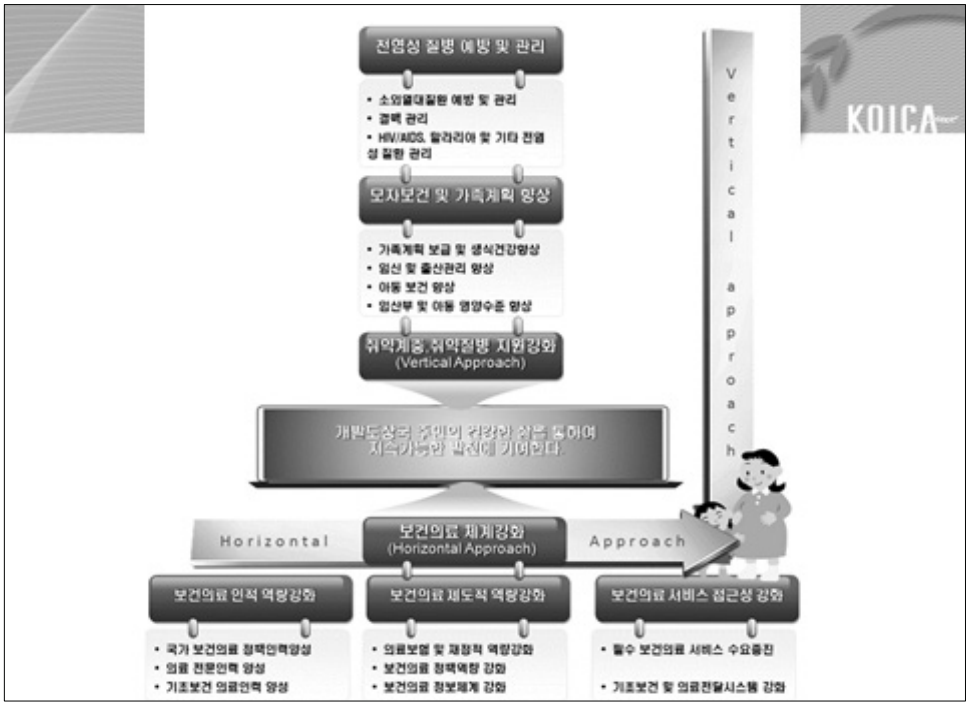
GOAL

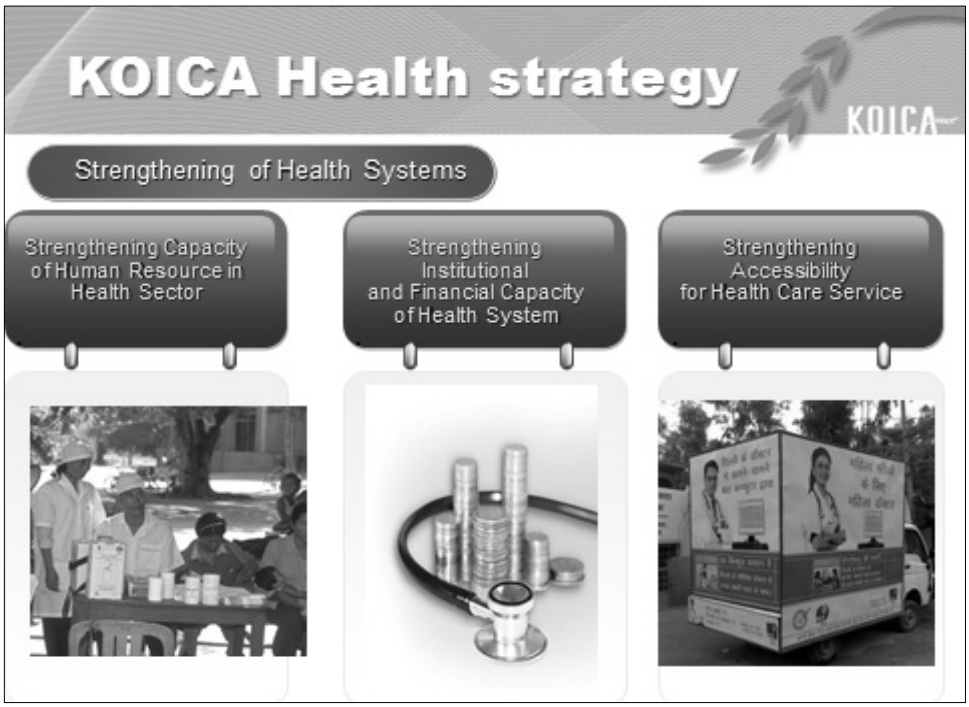
KOICA will contribute toward strengthening capacity of developing countries to provide essential health services to those most in need.



KOICA 보건의료 ODA 전략 2011-2015

비전 (Vision)	개발도상국 주민의 건강한 삶을 통하여 지속가능한 발전에 기여한다				
Target Group	여성과 아동				
상위목표 (Goal)	보건의료 시스템 강화를 통하여 개발도상국 자체적으로 취약계층에게 필수적인 보건의료서비스를 제공할 수 있도록 이바지 한다.				
추진방향	❑ 보건의료 체계 강화			❑ 취약계층, 취약질병 지원강화	
전략목표 (OBJECTIVE)	보건의료 인적 역량강화	보건의료 제도적 역량 강화	보건의료 서비스 접근성 강화	모자보건 및 가족계획 향상	전염성 질병 예방 및 관리 강화
중점 프로그램 (OUTPUT)	• 국가 보건의료 정책 인력 양성 • 의료 전문인력 양성 • 기초 보건의료 인력 양성	• 의료보험 및 재정적 역량강화 • 보건의료 정보체계 강화 • 보건의료 정책역량 강화	• 필수 보건의료 서비스 수요 증진 • 기초보건 & 의료전달시스템 강화	• 가족계획 보급 및 생식건강 향상 • 임신 및 출산 관리 향상 • 아동 보건 향상 • 임산부 및 아동 영양 수준 향상	• 소외열대질환 예방 및 관리 • 결핵 관리 • 에이즈, 말라리아 및 기타 전염성 질병 예방 및 관리
접근 방법 (APPROACH)	❑ 효과적이고 지속가능한 보건의료 ODA 실행				
	선택과 집중	효과성 증진		파트너십 강화	
	• 국가협력전략(CPS)중심 사업지원 • 아동과 여성 등 취약계층 지원강화 • 비교우위 프로그램실행	• 보건의료 Assessment 강화 • 보건의료 전문가 참여 강화 • 모니터링 및 평가체계 강화 • 필수 보건의료 서비스 패키지 집중 지원		• 참여형 개발협력 구현 • 현장 Harmonization 강화 • 국내 보건의료 기반 강화	


KOICA
전염성 질병 예방 및 관리
• 소외열대질환 예방 및 관리
• 결핵 관리
• HIV/AIDS, 말라리아 및 기타 전염성 질환 관리
모자보건 및 가족계획 향상
• 가족계획 보급 및 생식건강향상
• 임신 및 출산관리 향상
• 아동 보건 향상
• 임산부 및 아동 영양수준 향상
취약계층 취약질병 지원강화
(Vertical Approach)
Vertical approach
개발도상국 주민의 건강과 삶을 돕기에
지속가능한 발전에 기여한다.
Horizontal
보건의료 체계강화
(Horizontal Approach)
Approach
보건의료 인적 역량강화
보건의료 제도적 역량강화
보건의료 서비스 접근성 강화
• 국가 보건의료 정책인력양성
• 의료 전문인력 양성
• 기초보건 의료인력 양성
• 의료보험 및 재정적 역량강화
• 보건의료 정책역량 강화
• 보건의료 정보체계 강화
• 필수 보건의료 서비스 수요증진
• 기초보건 및 의료전달시스템 강화


KOICA Health strategy
KOICA
Strengthening of Health Systems
Strengthening Capacity of Human Resource in Health Sector
Strengthening Institutional and Financial Capacity of Health System
Strengthening Accessibility for Health Care Service

KOICA Health strategy

KOICA

Strengthening Assistance for Vulnerable Population and Disease

Improving Maternal and Child Health & Family Planning	Strengthening Prevention and Control of Communicable Diseases
	

Strategic Objectives and Core Programs

KOICA

Strengthening of Health Systems

Strengthening Capacity of Human Resource in Health Sector	∴ Training of Personnel for National Health Policy ∴ Training of Health Care Personnel for Clinical Health Service ∴ Training of Health Worker for Basic Health Service
Strengthening Institutional and Financial Capacity of Health System	∴ Strengthening Health Financing capacity including Health Insurance System ∴ Strengthening Health Information System ∴ Strengthening Health Policy Planning and Management Capacity
Strengthening Accessibility for Health Care Service	∴ Enhancement of Demand for Basic Health Service ∴ Strengthening Basic Health Service and Community Based Service ∴ Strengthening of Health Service Delivery System

Strategic Objectives and Core Programs

KOICA

Strengthening Assistance for the Vulnerable Population and the Disease Control Activities

Improving Maternal and Child Health & Family Planning	⁚ Improvement in family planning and reproductive health ⁚ Improvement of pregnancy and childbirth care ⁚ Improvement of child healthcare ⁚ Improvement of nutritional status of mother and children
Strengthening Prevention of the Control of Communicable Diseases	⁚ Prevention and control of neglected tropical diseases ⁚ Prevention and control of the tuberculosis ⁚ Prevention and control of HIV/AIDS, malaria and other communicable diseases

Strengthening Capacity of Human Resource in Health Sector

KOICA

- KOICA will actively contribute to the human resource development in health sector.
- KOICA will strive to develop national health policy personnel, specialized health care personnel, and basic health personnel of the developing countries.

Strengthening Institutional and Financial Capacity of Health System

- It is possible to obtain sustainability for the health program only when it is legally, functionary, and institutionally established and when it operates on its own capacity.
- KOICA will strive to contribute toward strengthening of primary health care based basic health service capacity, health policy planning and management capacity, and capacity of health financing and health insurance system.

Strengthening Accessibility for Health Care Service

- In order to guarantee this right to health, strengthening accessibility to quality health services is absolute necessity.
- KOICA will strive to improve demand for health service and strengthen basic health service and health service delivery system

Improving Maternal and Child Health & Family Planning

- KOICA will contribute to the reduction of curable deaths among women of child bearing age and children, and also KOICA will strive to improve reproductive health and population health.

- KOICA will strive to improve family planning and reproductive health, pregnancy and child birth management, new born and child health, and nutritional status of pregnant women and children.

Strengthening Prevention of the Control of Communicable Diseases

- KOICA will actvely respond to the prevention and control of Neglected Tropical disease, TB, Malaria and HIV/AIDS, which are causing great burden to developing countries.

- KOICA will place special effort to the prevention and control of Neglected Tropical disease and TB, and KOICA will also strive to contribute toward the prevention and control of HIV/AIDS, malaria, and other infectious diseases.

Making Health-related ODA Effective and Sustainable

KOICA

01 Choose and Focus

- Project support based on CPS(Country Partnership Strategy)
- Strengthen support for vulnerable population such as women and children
- Implement programs with comparative advantages

02 Improve Effectiveness

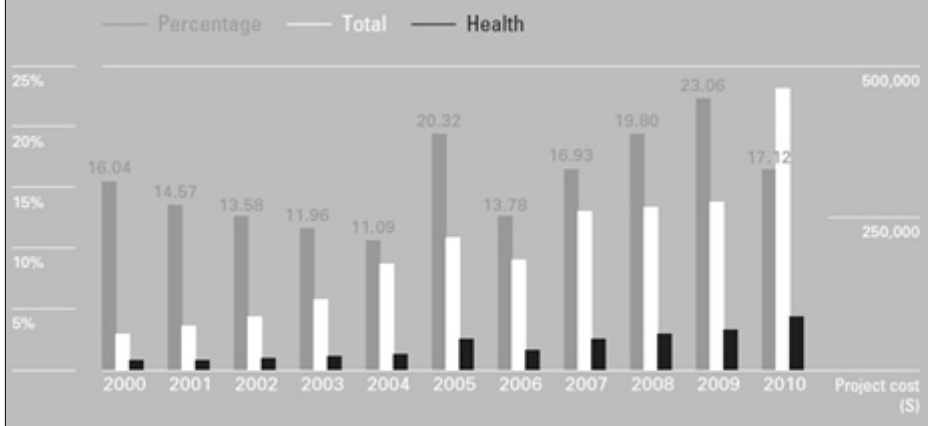
- Strengthen health program assessments
- Involve various health specialists in program plannig
- Strengthen monitoring and evaluation system
- Provide foccussed support for basic health service pakage

03 Strengthen Partnerships

- Realize participatory development and cooperation
- Increase participation to the Donor Coordinaton Committee
- Increase cooperation with health related organizations and aid agency of other countries
- Strengthen global health network

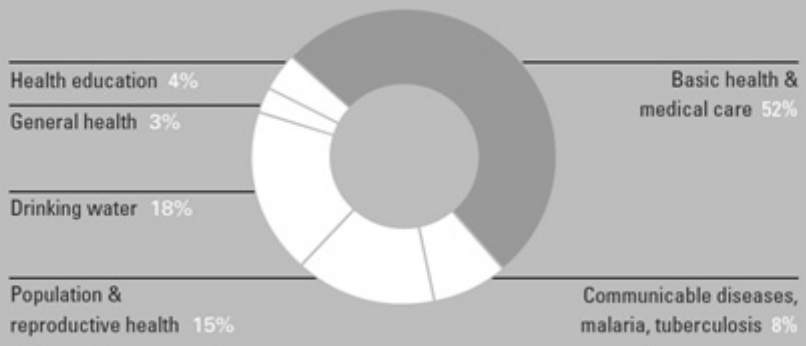
KOICA Health Sector Projects (2000-2010)

KOICA



From 2000 to 2010, KOICA continued to increase support in developing countries as well as support in the field of health. Health-related support represents 20 percent of KOICA's total budget, which in 2010 stood at about $80 million.

Breakdown of Health Sector Contribution (1991-2010)



According to OECD's Development Assistance Committee, 52 percent of the KOICA Health Program went to primary health and medical care, 18 percent to drinking water, 15 percent to population & reproductive health, and 8 percent to communicable diseases, including malaria and tuberculosis from 1991 to 2010.

KOICA's Current Project

Project for Family Planning & Maternal-Child Health in Arsi, Ethiopia



Project Background

Ethiopia has a population growth rate of 2.5 percent a year, with roughly 50 percent of women seeking contraception. However, the family planning participation rate is lower than 15 percent because of a lack of access to family planning services and related products.

KOICA's Current Project

KOICA

- Projects Concept

KOICA has provided education to health workers and residents through the provision of family planning training centers and has further organized and provided guidance to family planning committees.

- Major Achievements

KOICA has provided family planning services to people living in farming villages in Ethiopia and also helped people follow through on any advice given through the establishment and guidance of family planning committees.
As a result, the local communities' awareness-rate regarding family planning has improved, while its participation rate has increased by over 30 percent.

KOICA's Current Project

KOICA

Improving Accessibility to Health Services in Peru



- Project Background

There was a need to establish a healthcare system which could provide quality health services to the areas of most need within Peru where adequate healthcare services were otherwise not available.

KOICA's Current Project

KOICA

- Projects Concept

KOICA has provided support to existing health centers and hospitals that are already providing essential regional health services, and also provided its own high quality essential health care services as well.

- Major Achievements

KOICA has supported health services for mountainous area in the Andes (Hu ánuco), the Amazon jungle area (Iquitos), and urban areas (Callao, Comas, Piura) for almost 20 years.

KOICA's Current Project

KOICA



Health System Strengthening Program
Nepal – Health Insurance

KOICA

Nepal Community Based Health Insurance Project

- Purpose : Develop health insurance model appropriate for Nepal
- Project contents :
  - Establishing community health insurance model in 6 pilot area
  - Health Insurance personel strenthening
  - Health Insurance Capacity Building
- Project outcome : Establishing basis for national health insurance scale-up





"Making a better world together"

Health System Strengthening Program
Nepal – Health Insurance

KOICA

Nepal Community Based Health Insurance Project

Project Site (6 pilot areas)
• Bikalpa Health Trust in Kirtpur
• Primary Health care and Resource center, Chapaguan, in Lalitpur
• Primary Health Care Center in Tikapur, Kailali District
• Lamjung District Community Hospital
• Thimi Korea-Nepal Friendship Hospital
• 보건부 지정 resource-poor area



"Making a better world together"

Health System Strengthening Program

Philippines – Local Health System Strenthening

KOICA

- Newly Suggested Project Name
  - Iloilo GIDA Health System Strengthening Project (GIDA HSSP)
- Project Goal
  - Ensure equitable access to health services in GIDA
  - Strengthen of health referral system
  - Enhance health facility and health care services
- Project Component
  - Strengthening District Hospitals in 3 GIDA in Iloilo province (With CEmOC capacity building in a selected DH)
  - Strengthening RHU & BHS
  - Strengthening human resource for BEmOC
- Duration/Budget
  - 2012-2015/ 7 million USD

Health System Strengthening Program

KOICA

- Education & Training
  - CEmOC training for district hospital
  - BEmOC training for RHU & BHS personnel
  - Management training for LGU, CHD, Iloilo health personnel
- Participatory Program Support for RHU activity
  - Will support selected municipality (RHU) for RHU and BHS level activities with focus on MCH & Family Planning
  - In RHUs suggested and jointly decided together by PHO & KOICA
  - KOICA will provide a guideline for development of the program
- Health Information System development
  - Will support selected municipality (RHU) for RHU and BHS level activities with focus on MCH & Family Planning

부록 A-7 KOICA 내부 직원 Focus Group Interview

회 의 록					No.
회 의 주 제	보건의료체계 강화 세부전략 연구 KOICA 내부 직원 FGI				
일 시	2012년 12월 4일	**장 소**	한국국제협력단 본관 407호	**연구책임자**	김창엽
참 석 자	정혜주, 박금령, 서욱영, 서충원, 박유경, 이훈상, 도영아, 문상원, 김용정, 편신영, 이상미, 채정원, 김지언, 최정희			**참석인원**	14 명
회 의 목 적	보건의료체계 강화 세부전략 연구 용역 자문회의				

회의안건 및 내용

1. 참여자 각각 담당 업무 중 HSS와 관련하여 생각하는 것

1) 네팔 의료보험사업 담당, 티카풀 보건환경개선사업

- 정부가 역할을 할 수 없는 상황에서 지역보건의료 환경개선과 지역보건체계를 강화하자는 취지에서 지역중심 의료보험을 하게 되었음.
- 베트남이나 네팔에서 정부나 다른 NGO가 이미 시도했다가도 실패한 곳도 적지 않으며, 지역마다 각기 성공할 수 있는 모델을 개발하는 것이 필요함
- 코이카에서 지은 병원만 200여개임. 이 병원이 잘 되고 있을까가 사실 궁금함. 현재는 MDG 달성을 위해 불균형적으로 사업들이 진행되고 있지만 그 외의 것들이 구축되어 있지 않기 때문에, 지역에서 MDG를 포함한 전체적인 지역보건의료환경을 개선하는 것이 우리가 잘 할 수 있는 부분이라 생각함

2) 베트남 의료보험, Q-health 사업 담당

- 예전에는 인프라 위주의 사업이었고 주변에서 그 한계에 대한 비판이 있어왔음
- 보다 제도, 체계, 역량, 인력 쪽으로 눈을 돌리다 보니 재정 관련한 의료보험을 하게 되었고 인력 양성도 이제는 장기간으로
- 그러나 이도 근본적인 해결방안은 아니며, 그 나라의 의료기관을 지원해서 그 쪽을 통해 교육기관의 역량을 강화해 의료인력을 양성해야 함

3) 서남아시아, 파키스탄 담당

- 처음에 병원사업 요청이 와서 고민을 많이 했음, 물리적 환경을 보면 흙먼지가 많이 날리고 사람들 모여 사는 농촌지역이어서 안과 기능을 강화한 특화병원으로 인프라를 구축하려 함, 이 다음으로는 역량강화를 하고 싶다고 요청했음

4) 서남아시아, 중앙아시아 담당

- 중점협력대상국의 중장기 국가협력전략 만드는 작업을 진행함. 그 중에서도 보건분야는 많은 요소를 고려해 들어가야 함
- 특히 코이카 단독이 아니라 관련 부처들과 의견조율하여 합동문서를 만들어야 하는데 국가마다 관련 부처들의 관심이 다르고 원하는 것들이 서로 달라 힘듦
- 보건분야 중점으로 들어갈 때에도 다른 중점 협력분야와 연관고리를 가지려고 노력 중임

5) 필리핀 보건분야 담당

- 필로핀 일로일로 지역보건 역량강화 사업

6) 우즈벡 담당

- 전염병 관리 역량강화 사업을 2013~2017까지 2차사업 진행 예정임
- 1차는 기자재 중심이었고 진단매뉴얼을 개발했다면 2차 사업을 통해 3개 요소를 가진 프로그램으로 준비하려 함 (역학조사관 양성프로그램, 진단 인프라와 인력 교육, 특정질병 타겟팅 성과관리 사업)
- 전염병에도 여러 종류가 있지만 근본적인 보고, 감시 시스템이 같다는 전제 하에 다른 지역, 질병에 대해서도 같은 방식으로 진행하고자 함

7) 에티오피아, 수단 담당

- 대개 소프트웨어 측면 지원을 함(인력 교육을 통한 역량 강화)

2. 기존의 사업에 비해 전체적 체계와 연결하는 측면에서 어려움

1) 국내 현실의 어려움

- 우리는 늘 규모가 작다고 생각하기 때문에, 지금은 또 많이 달라지긴 했지만 그 동안 도너 그룹에 참여하여 전체적인 보건프로그램 안에서 참여하는 일이 그동안 별로 없었음. 따라서 우리가 어디에 위치해 있는지 잘 모름
- 지역마다 시스템 완성도 정도가 다 다르기 때문에 어떤 때에는 효과가 잘 맞아

떨어지기도 하고 어떤 때에는 안되기도 함. 따라서, 해당 국가의 보건의료체계가 어떻게 구성이 되어있는지 요소별로 파악이 우선 되어야 함. 그렇지 않는다면 일종의 운에 맡기는 셈일 것임

- 국내 개도국 보건의료 사업지원 인력풀이 제한적이어서 사업기획을 하더라도 누가 맡아서 할지가 우려됨. 소프트웨어로 갈수록 현지에 상주하면서 의사소통하고 이끌어나갈 장기파견인력이 필요한데 국내 대학이나 기관에서는 장기 파견에 대한 부담감이 늘 있어서 실제로 보건분야 사업 발주시 유찰되는 비율이 높음
- 성과관리의 지표를 무엇으로 설정해야 할지, 인프라가 아닌 이상 캠페인 횟수나 만족도 설문조사 등 다양하게 시도하고 있으나 실제 성과라고 볼 수 있는지 잘 모르겠음
- 국제적 트렌드와 담론에 의해 기획의 수준은 높아지는데 실제 수행을 할 PMC 역량은 제한적임
- 사업 형성단계가 중요함에도 불구하고 사전조사가 충분치 않음. 주로 수원국이 낸 요청서를 토대로 주로 하는 편임. 제대로 된 기간 동안 사전조사 하고 요청서도 수원기관에 되려 해서 그들의 체계에 조정 가능한 것만 하자고 협의하는 등의 방식이 필요함

2) 수원국 현실의 어려움

- 일반화하기는 어렵겠지만 우즈벡 같은 경우, 프로그램으로 가자는 판단 아래 사업 규모도 늘리고 기간도 중장기로 접근했는데 막상 수원기관 쪽에서는 인프라구축이 우선 시급하다고 생각하고 요구함.
- 인프라 사업과 달리 소프트웨어 비중이 높아지는 사업은 수원국이 해야 하는 역할과 국제기구들이나 현지 NGO들이 해야 할 역할이 늘어나면서 코이카가 요구하는 데드라인에 맞추기가 어려워짐
- 주정부에 요청하다 보니 top-down과 bottom-up의 절충이 어려움

3. 개선

- 지금은 그런 문제들을 개선하기 위해 CPS도 만드는 등 그 노력의 중간단계에 와 있음

- RD나 요청서에 너무 얽매이지 않고 중간평가 등을 통해 유연하게 맞추어나가는 것이 필요
- 사업 아이템 숫자는 줄이면서 단위사업 규모는 키워서 지역 보건의료체계 강화 쪽으로 전환해볼 수 있음

4. 매뉴얼에 바라는 바

- 지역공동체와의 연계라든지, 구체적으로 만들어나가는 과정의 지침을 주면 좋겠음.
- 굵직굵직한 케이스를 담으면 좋을 듯
- 한 가지 모듈로 작성하는 것은 활용도가 떨어짐
- 섹터적 접근을 할 수 있는 것이 있을 것
- 지역 통합적 사업(일로일로, 볼리비아 등)
- 코이카 매뉴얼은 사실 참 많은데 잘 보지 않음. 관심있는 사람들이 봤을 때 정말 도움이 될 수 있게 쉽게 쓰여졌으면 좋겠음

〈 회의 사진 〉



부록 A-8 전문가 자문회의





회 의 록

No. 8

회 의 주 제	보건의료체계 강화 세부전략 연구 프로젝트 자문회의				
일 시	2012년 12월 10일	장 소	서울대학교 보건대학원 429호	연구책임자	김창엽
참 석 자	김창엽, 나백주, 정혜주, 권순만, 신영전, 김춘배, 최재욱, 김소윤, 문혜은, 김새롬, 박유경, 박금령, 서욱영			참석인원	13 명
회 의 목 적	보건의료체계 강화 세부전략 연구 용역 자문회의				

회의안건 및 내용

– HSS 자문회의

1. 한국 ODA라는 맥락에서 HSS의 방향에 대한 평소의 생각

1) 역량의 중요성

- 지금 코이카는 외부 의존도가 큰 상황, country office를 강화해야 하고 현지 부처와 donors 간의 협상, 의사소통을 할 수 있는 역량이 필요함
- 현지 보건전문가의 절실함, 전문성과 인력보강, 기본적인 인프라가 갈려있어야 이런 사업이 순조롭게 진행될 수 있음
- 국내 의과대학생들에 이런 것을 교육할 필요도 있어보임
- 의사결정과정에 있는 고위급에 관련된 내용을 교육할 필요, 인식이 바뀌어야 함
- 실질적인 업무를 할 수 있도록 워크숍, 그를 위한 회의가 많아져야 함, PDM 등 좋은 틀은 갖춰져 있는데 실제로 이를 수행할 줄 모르는 경우가 많음, 파트너쉽의 강화는 빈번한 회의와 소통이 수반되어야 하며, 이런 회의를 주도하고 이끌어나가는 것도 역시 실무적으로 교육해주어야 함. 즉, 구체적인 실행액션플랜과 가이드라인, 트레이닝 프로그램을 같이 만들어 돌려야 함

2) 일정과 규모의 적절성

- 장기적이어야 가능함
- 규모가 어느 정도 이상 되어야 수혜국에서도 적극적으로 나올 수 있음
- 너무 많은 것을 바라기보다 focusing, 다자간 사업에 낄 필요, 다양한 접근방법을 고려해야 함

3) **조정능력의 중요성**

- 현지에 관여하고 있는 여러 donor들 뿐 아니라 현지와 국내의 NGO는 수십개가 되며 내부에서부터 현지에까지 조정이 잘 안되고 있어 사업이 추상적으로 흐를 가능성이 있음
- 국내의 분절적 원조부터 조정할 수 있어야 함

4) **질 높은 원조를 위해서는 상시적 기구 필요**

- 그때 그때마다 교수를 통한 외주는 곤란, 상시적 기술지원단이 있으면서 각국의 자료도 체계적으로 축적하면서 모니터링과 평가 조직을 구비해야 함, 교수는 컨설트 기능을 해야 함.
- 지금은 어떤 지역을 무슨 원칙으로 나누는지에 대한 것도 확실치 않음
- **코이카가 단독으로 HSS를 할 수 있을지의 여부를 진지하게 제고**
- 그 나라의 보건의료체계, 보건의료 정책을 먼저 알고 여러 donor들 사이로 들어가 각종 회의에도 참석하고 우리의 역할을 찾기 위해서는 전문가가 필요한데, 우리는 그런 전문가가 부족함, 정부의 요구도 그와 다름. à 최근 변화하는 분위기도 있음 (PBA 유도)
- Multilateral에 ear-marked로 재정 투입하는 방식 고려 해야 함

5) **행정적 구조의 경직성**

- 사업 주도 방식에서 행정적, 내용적 요구가 강한 면이 있어 유연한 사업 진행이 곤란한 구조임
- 여전히 가시적인 목표나 지표, 단기적 성과를 중시하는 부분

6) **ODA 수원국 이었던 한국 역사를 반추하여 그 단계와 요소, 과정을 적용시키면서 단계별 접근을 시도해 볼 필요**

7) **현지 지역사회의 거버넌스 참여의 비용을 지불**

- 현지의 지역사회 조직, 대학 등과 연결하는 방법이 그나마 지속성을 보장할 수 있는 방법

2. HSS의 관점에서 한국이 무엇을 할 수 있을지에 대한 의견

- 한국이 비교적 잘 되어 있는 보건의료 법체계를 가지고 있으니, 수원국 법체계를 한국 법체계와 비교 분석해 법체계의 선진화를 돕는 것도 방법

- 우리가 겪었던 ODA 과정을 케이스 스터디 사례로 발굴하여 실용적으로 정리
  → 한국이 받은 ODA의 효과에 대한 평가도 아직 잘 되어 있지 않음
- 네팔 티카풀처럼 한 지역을 맡아서 HSS를 해보는 것
  → 여전히 인프라에 집중된 경향. 성과관리 시범사업으로 보고 있지만, 그렇기 때문에 기존보다도 더 많은 성과에 대한 부담이 있음. 사실 재정, 교육이 지속적으로 들어가는 것이 맞음
- 일단 재정규모를 늘려야 함, 시설 짓는 것이 있다면 그 시설을 용도에 맞게 사용할 수 있도록 돕는데 그만큼의 재정을 투자하고 명확한 플랜을 가지고 있어야 함
  → 역량강화도 중요하나 사실 시설부문과 예산에서 부딪침
- 한국의 역할을 명확히 해야 함, 3-3-3 원칙, 받는 쪽, 주는 쪽, 국제사회에 각각 3할씩의 잘못이 있음, 이 중에서 어느 문제를 보고 역할을 할지를 나누고 명확히 해야 함 à 내부의 목표를 먼저 설정할 필요가 있음, 지원 내용을 구분하고

3. 연구팀에서 진행하고 있는 프로그램 제안에 대한 의견

- 이 프로그램 모듈 이전에, 직접지원-간접지원-조정역할 중에서 어떤 역할을 할지를 먼저 정하고 그 속에서 각각 전략을 정하는 것이 좋을 듯함
  → 장기적으로 간접, 조정 역할을 하는 비중이 늘어날 가능성이 큼, 코이카가 NGO에 대해 어떤 역할을 할 것인지가 중요해질 것
  à 국내 NGO가 사실 해당 국가에 더 많은 정보를 가지고 있는 경우가 있으며, 그런 정보를 활용해야 함, 지금처럼 NGO에 생색내기 식으로 소량 지원하는 것도 확장해야 함. 실제 현지와 연결되어 일하니 더 효과적이고 영향력이 있음
- 나라별로 다르게 접근하는 것, 경제수준이나 협력 수준 등을 통해 그 결과와 프로그램을 매칭할 수 있는 것이 필요해 보임
- 디테일한 부분을 모두 채우기는 어려워 보이고, 원론적인 것(파리선언, fragile state 와 같은)에서 보건의료 버전을 만들고 단계적 접근 전략을 만들어 주는 것이 지금 단계에서는 중요해 보임. 기술적인 부분은 정책적 제언으로 따로 모

아서 제시하는 것이 어떤가. 기본적인 선언, 중장기 전략을 마련하는 것이 우선적으로 필요해 보임

→ 국가별로 유연해야 하므로 접근의 원칙을 정리하는 것

→ 5-10년의 중장기 전략 제안이 좋음

→ 지금 상황에서 국가별로 나누어 각각의 모듈 작성은 불가능하고, 단지 명시는 할 필요가 있음

4. 기타 의견

- 수원국에만 초점을 맞추지 말고 한국에서 인프라와 같은 것을 어떻게 준비해야 할지를 한 부분 이야기할 필요가 있음, 사업 담당자, 코이카 직원, 사업팀이 해야 할 일들, 내부적 역량 강화 등…
- 목적과 독자를 명확히 하고 기존 작업 정리, 내부자 인터뷰를 통해 왜 못하고 있는지 등이 들어가면 보다 실질적이 될 것임
- 코이카 역할의 단계적 전략 필요
- 범위를 벗어나는 말인데, 우리나라 국제보건 지원의 질을 높이기 위해서는 정부나 기관에 독립적인 비판조직이 필요함
- 수원국 조직과의 네트워크를 의무화, 옵션화하여 상대쪽의 인적 네트워크를 유지
- 조정에 대한 country cooperation strategy report가 정기적으로 나올 필요
- 단독으로 HSS를 할 수 없으며 국제조직 체계를 잘 활용할 것, 국내의 체계를 조정할 것

부록 A-9 국외 출장 귀국보고서 (2012.10.25)

1. 인적사항(출장자)

소속	서울대학교 보건대학원	**직급**	교수	**성명**	김창엽
소속	서울대학교 보건대학원	**직급**	연구원	**성명**	박유경

2. 여행사항

여행기간	2012년 10월 25일 ~ 2012년 10월 28일 (3박 4일)	
여행국	**목적지**	캄보디아(프놈펜)
	경유지	
여행목적	**주목적**	메콩강 3개국 Health system 회의
	부차적목적	

3. 출장결과

12월 26일 : 3개국 Literature review 공유

2개 국(Laos, Viet Nam) field study 내용 공유

12월 27일 : group discussion

Cambodia KOICA 사무소, 조명선 선생 인터뷰

위와 같이 국외 출장 귀국보고서를 제출합니다.

2012 년 10월 29일

연구책임자 : 김 창 엽 (인)

서울대학교 산학협력단장 귀하

[첨부1] 현장 기록

1. 주요 목적

- 메콩강 유역 3개국 (라오스, 베트남, 캄보디아)에서 보건의료체계의 작동과 관련한 각국 연구자들의 연구 내용을 공유하고 현장 연구한 내용 등을 나누고 토론함
- 일종의 비교를 통해 각기 다른 나라의 맥락 속에서 보건의료체계의 어떻게 달리 작동하며 각국의 체계 성공요소 혹은 장애요소 등을 파악함으로써, 보건의료체계 강화의 실마리를 얻고자 함
- 캄보디아 KOICA 사무소의 health specialist인 조명선 선생을 인터뷰하여 실제 캄보디아를 비롯한 개발도상국에서 보건의료체계강화와 관련한 어떤 사업이 가능할지에 대한 평가와 HSS 연구팀에서 구상중인 내용들을 논의하고 의견을 얻고자 함

2. 주요 내용

- 각국의 보건의료체계 현황
- 보건의료체계의 좋은 성과를 위한 요인에 대한 각국의 요인 – 현장조사를 통한 보건의료체계 성공, 장애요인
- PBA, SWAP과 관련한 현지 상황 파악

3. 회의 및 인터뷰 내용의 기록

10/26 : literature review, field study result

Participants : Prof. Kim , Dr. Sorensen, Dr. Sengchanh , Dr. Park KH, Mr. Xiong, Dr. Phuong, Dr. Oanh, Dr. Bunnak, Dr. Park KD,

* Country review

1) Cambodia by Dr Bunnak – MCH

- GDP 성장률이 2008,9 세계 경제위기 때 함께 타격받음
- Health Strategic Plan 2008-2015

: RMNCH, CD, NCD / 5개의 체계전략 : building block에 준함

- increase RSH service utilization rate for women, child, adults
  관련한 정책의 뒷받침
- 여러 지표 중에서, ANC 5+ 의 비율이 다른 방문횟수에 비해 증가하고 있음
- 시설 분만이 증가(가정분만 감소).
- 시설과 예산의 증가, 이용율, 건강에 좋은 영향, 그러나 사회경제적 수준에 따른 차이는 여전히 있음.
- 인력증가가 인구와 필요 증가에 따라가지 못하고 있음

2) Lao PDR by Dr. Sengchanh – Primary health care

- 1992–1999, 알마아타 PHC concept Health village model 구축 (일종의 프로그램, 매우 다양한 부문의 마을모델 중 일부), 2000 년 PHC 정책, 집행전략이 만들어지고 집행.
- 주요 성과 : 가능한 환경 : 국가, 지방, 지역 수준에서 PHC center, HC 정책 형성
  → 이해관계자간의 효과적 협력 강화 MDG지지
- 결과는? HSS, management capacity, outcome, 강화, 증진.
- 정부 전략의 흐름 : PHC 요소를 통해, health family model
  → healthy village model
- 정부의 지원 예산 불충분, 인력 훈련정도가 미약, 지역의 리더쉽, 기술적 훈련 질적 문제

3) Vietnam by Dr. Oanh – MCH

- regional comparison
  3 district health status : 지역별 disparities …
- Determinants : 사회경제적, 인구 (인구수, 밀도 증가, 고령, 도시–교외지역 인구 집중 문제
  → HR 배치 문제) 환경 - 도시인구 집중, 교통수단으로 인한 오염 식이, 기후변화, 생활습관 (술, 담배, 약물)

* Field trip result

1) Lao PDR

- 두 지역에서 각각 다섯 행정단계 (North, South)
- 정책 집행 과정에서 ,국가 수준의 action plan이 형성되어 있지 않고 모니터되지도 않는 것이 제한으로 작용
- 정책 집행에서 monitoring cycle이 적용되는 것이 매우 주요함 (critical)
- HR ; 재교육이 안됨, 자주 옮김, 인수인계가 잘 안됨? 인터뷰한 모든 수준에서, training manual'이 필요하다 함
- Financial: 외부 재원에 너무 많은 비중을 기대는 것.
- Policy content : guideline에 대해서, 중앙수준에서는 유동적이어 좋다고 하였으나 하부로 내려갈수록 구체성에서 부족함을 표현함
- Actor : PHC for VHV, community 에 대한 이익이 잘 공유되지 않음 리더십 – 중앙에서 매우 크게 작용, 지방, HC에서 본인의 동기에 좌우, 주요한 요소인지에 대해서 다양한 차이를 보임.
- vertical program : 재원이 정부에서 내려오고 province에서 district에 전해주면.. 운영은 province에서 horizontal 하게 하는데, district는 운용가능한 추가 재원이 없음. province마다 다른 재정능력

2) Vietnam – health insurance

- 두 province의 policy 결정자, 집행자들을 대상으로 함 (산지, 교외 저지대)
  health insurance, population & reproductive health , 두 정책에 대하여

1) policy formulation
2) policy dessemination
3) decentralization
4) stakeholder involvement
5) resource mobilizaton an allocation (재정 가용성, 인력의 양과 질), equipment, medicines
6) M&E

- findings obstacles: policy environment, lack of resource, lack of integration facilitating : commitment of local authority, capacity, strong leadership, know how to influence decision makers, multi-sector collaborations
- lesson ,what is best practice? 강력한 분권화 (정책집행에서)부문 간 협력, 책무와 협력의 명확한 기전

10/27 : Potential factors of HSS / Interview with health specialist of KOICA

1. Cambodia

1) political commitment of the government - sending message(material like food, clothes ect. song) first lady의 영향 (어머니의 모성보건 및 의료시설 이용에 대한 지지), 여러 부서와 이해관계자가 폭넓게 관여, 예산 * 보건부의 영향력? 이 아니라 정부 자체의 영향력 하에 가능, 예산이 애초에 계획된 것보다 많이 들기는 하지만, 그럼에도 정부의 영향력이 작용하여 가능. * 정부의, 보건에 대한 지출은 얼마나 되는가? 그것이 일종의 증거가 될 것이다
2) social recognition of midwifes - skills training, attended birth delivery 때마다 incentive 제공 ($20)* social recognition이라 표현한 이유는 뭔지? - 그들은 정부로부터 훈련받은 전문가들이다. 라는 인식. worthwhile
3) Community participation - NGO in the area. go down to village and tell them what to do. with their donors money. * main channel is NGO? .. of course there is government channel also. 그러나 NGO가 먼저 마을까지 가까이 접근한다.
4) Program designed for the poor : health fund, RH card program (for women), CHI
5) improved referral system and infrastructure (road, ...)

2. Lao PDR

1) align with local context
2) high political commitments

3) strong ownership (key actors like VHC, HC staff, VHV)

4) involvement of partners

5) monitoring cycle

* face to difficulty of implementation

– donor driven, vertical program, 파트너십 강화

• positive

: 앞서 언급한 것들 , community involvement (recruitment of local?)

• negative : 인력의 질, 양, 지리적 문제, 거주지 scattered

3. Vietnam

• potential key factor

1) 지방정부의 강한 political commitment (PPC, DPC)

2) 강한 리더십 (자원의 운용을 가능하게 하는 지역의 의사결정에 영향을 미칠 수 있는)

3) 강한 분권화, 정책 집행에서 ..

4) 다른 부서와의 강한 협력, 협력에 있어서 투명한 기전과 책무

5) M&E, feedback mechanism

● Interview with health specialist in KOICA

• 보건부문 중 일부(예를 들면 간호인력)를 맡아서 하는 것은 가능한가?

: 너무 많은 이해관계자가 관여하기 때문에 쉽지 않고, 캄보디아의 경우 간호사 양성체계가 너무 복잡해져서 내부적으로 통합되는 것이 문제임. 이미 많은 기구가 이 부분에 참여하고 있음

• province 접근은?

: AFB/PBA : 2015년이 되면 지방분권화가 진행될 것이고 중앙과 지방으로 프로그램이 갈릴 예정임. 따라서, 불확실성이 크고 위험도도 크다고 봄

• HSSP2 같은 경우 7개 donor가 같이 참여하고 있는데 SWAp 은?

: 이미 깨끗하게 남겨진 지역은 없다고 봐야 함. 결국은 mapping이고 join action이 필요함. 기존의 program과 충돌할 수밖에 없고 한 province에서 단독으로 뭔가를 진행하는 것은 거의 불가능하다고 봄. 즉, 우리가 뭔가 할 수

있는 것을 하되, partner들과 함께, 해당 정부와 함께 조화를 이루는 작업이 중요하고 필요한 것임.

: NCD 같은 부분은 아직 많은 기구들이 손대지 않은 부문이며, 보건의료체계 전반을 움직여야 가능한 부분이므로 고려해볼만 하지 않을까 함.

: SWAp은 사실 수원국 정부와 조화가 잘 되지 않고 있는 것이 문제임. (corruption)

- 한국에서 할만한 HSS?

: 개발도상국 측에서는 뭐라도 해주길 바라나, 신흥 donor입장에서 미충족 수요가 있는 곳으로 가야 함. 그러나 이런 일들은 어려운 요인이 많고, strategic partnership을 고려해야 함.

[첨부2] 현지 사진

회의 사진 1



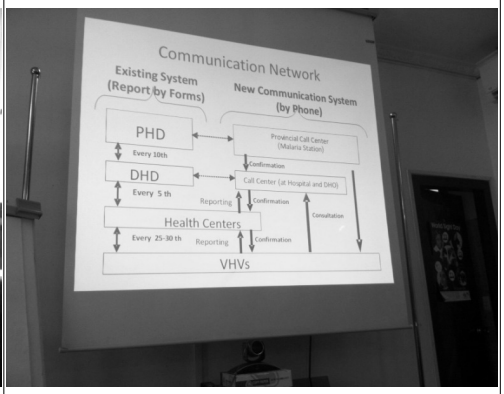
회의 사진 2



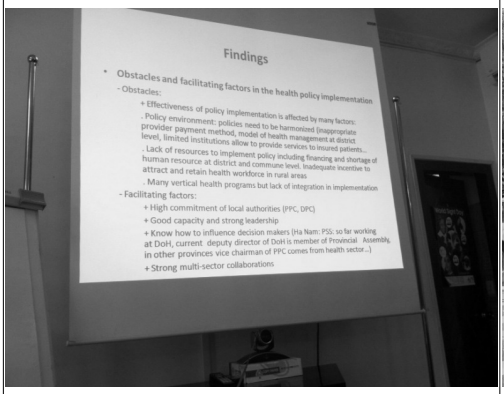
회의 사진 3



회의 사진 1



회의 자료 2



회의 기념 사진



부록 A-10 국외 출장 귀국보고서 (2012.12.18)

1. 인적사항(출장자)

소속	서울대학교 보건대학원	**직급**	교수	**성명**	김창엽
소속	서울대학교 보건대학원	**직급**	연구원	**성명**	박유경

2. 여행사항

여행기간	2012년 12월 18일 ~ 2012년 12월 22일 (4박 5일)	
여행국	**목적지**	캄보디아(프놈펜)
	경유지	
여행목적	**주목적**	캄보디아 field study
	부차적목적	

3. 출장결과

12월 19일 : Province level : prey veng/ Department of health
Dr. Seng Pagnarith, head, policy maker
District level : Director of referral hospital
12월 20일 : District level : Reap HC, deputy coordinator, RACHA
12월 21일 : Prey srolet HC
Chief, Reap Commune, some users

*** 당초 23일 귀국 일정이었으나, 현지 사정으로 22일 귀국하게 되었음**

위와 같이 국외 출장 귀국보고서를 제출합니다.

2012 년 12월 24일

연구책임자 : 김 창 엽 (인)

서울대학교 산학협력단장 귀하

[첨부1] 현장 기록

1. 주요 목적

- 캄보디아에서 주로 sub-national level인 Province, District, Village 별로, 보건의료체계가 어떻게 작동하고 잘 되는 요인이나 장애요인 등을 파악하기 위함. 주로 인터뷰를 통해 정보를 수집
- 인터뷰 대상자는 province, district의 director, 의료기관(hospital, health center)의 책임자, NGO(RACHA)의 deputy director, 마을 이장, 이용자 다양하게 접촉함
- 즉, 보건의료체계강화(HSS)를 위해서 실제 sub-national 수준에서 작동되는 양상을 파악하고자 함

2. 주요 내용

- 인터뷰에서 특히 정부기관 소속의 경우 '공식적인' 입장으로 인터뷰에 응하는 경우가 많았음 – 잘 되지 않는 것보다는 잘 되는 것 위주로 이야기하는 경향이 있어서 해석에 주의가 필요하였음 – 그러나 그 중에서도 RACHA와 같은 NGO담당자를 통해서는 보다 솔직한 이야기를 들을 수 있었음
- 보건의료체계의 좋은 성과를 위한 요인으로는 리더쉽, 인력의 교육수준, 사람들의 인식, 재정적 요인을 주로 꼽았는데, 특히 SOA라는 정책을 통해 재정적 인센티브를 주면서 내부적 계약을 통해 성과와 집행을 모니터링하는 기전이 강력한 성공요인으로 작용하고 있음을 알 수 있었음
- 지역사회 참여는 구조도 존재하고 어느정도 작동하는 것으로 보이나 진정한 의미의 lay person 참여는 역시 드물고 대개는 마을의 이장 정도와 가끔 마을사람이 참여하는 것으로 보임
- 지역의 보건의료체계 요소중 성과에 장애물로 작동하는 것은 주로 지리적인 요소(교통, 이송의 어려움), 지방 정부의 재정 능력이 약해 이용자요금과 외부 재정에 의존하고 있는 현실, 인력의 교육 수준 등이 있었음 – 특히 이번 field study에서 인터뷰한 지역에서는 SOA라는 체계(7개 원조기구의 pooled funding)가 중요했는데, 원조기구의 재정 비율이 높고, 수원국의 자립을 통한 지속성의 확보가 필요해 보였음

3. 일정 및 인터뷰 내용 (현장기록)

12/19 (수)

* Province level : prey veng/ Department of health Dr. Seng Pagnarith, head, policy maker

1) 국가 계획이 district로 집행되는 데에 어려움은 없는가? -만족, 어려움 없음
2) 그럼 국가와 district 사이에서 Province의 역할은 무엇인가? - provnince의 역할을 잘 수행하고 있음
3) 이 Province에서 관할하는 district는 몇 개인가?
   - 행정지역 : 13개
   - OD (Operational district) : 7개
4) 각기 다른 districts 사이에 성과 차이가 있는가? 차이가 나는 주요 요인은 뭐라고 생각하는가?
   ① district level director의 의지와 하려고 하는 것...
   ② 지리적 접근성, NGO라든지 여러 provider들이 특히 이 영향을 받아 별로 좋지 않은 지역에 가려고 하지 않음
   ③ 인력 (그 지역에서 일할 동기가 없는 것)
   - 의과대학을 졸업하면 처음엔 보다 remote area로 갔다가 나중에 경력이 쌓이면 본인이 원하는 곳으로 이동함
5) SOA(Special Operational Agency) - 국가프로그램? 국가에서 지역에 내려와 살펴보고 요건이 충족되는 지역에 한하여 성과 대비 경제적 incentive를 제공하고 가난한 사람들에 대해서는 equity fund를 보충하여 주는 것, SOA를 시행한 지역은 확실히 좋아짐...그러나 모든 곳에 시행하지는 못함
6) 일반 주민들의 의견을 들을 기회나 route가 있는가? (informal)
   - NGO, Village health volunteeres 등을 통해 의견 교환
   - NGO같은 stakeholders 와 매달 회의를 개최
7) Commune, village 사이의 차이도 있을 텐데 이것은 어떤가?
   ① Province랑 비슷한데, 리더쉽, 연령
   ② Infrastructure, accessibility

건강행태

8) 차이가 나는 지역이 있다면, 낮은 곳은 어떻게 올릴 생각인가?

- Health ceneter끼리 , contest/ 등수 매겨서.. 국가 프로그램인데 강제는 아니고 점차 늘려나가고 있으며, 91개중 16개는 건물이 없었는데 올해 말까지 완공

9) 그 외에 노력하는 것은?

- 일단은 HC 완공에 노력
- 완공되는 새로운 HC에는 직원확충 노력
- site visit을 통한 모니터링

10 이 지역의 성과는 어떤가?

- 평균

11) HR, money는 충분한가?

- 충분

  그러나 만약 추가 재정이 생긴다면 어디에 지원하고 싶은가?
- 돈은 충분한 편인데 HR이 그래도 부족하다. 간호사, 의사— 특히 local level 역량강화를 시키고 싶은데 주로 기술..어느정도 기술과 학위가 있는 사람은 더 좋은 곳으로 옮겨가버림. 따라서 local 에는 인력이 부족함

12/19 2시 - District level : Peareang

* Peareang OD(Operational health District), director Hout Kalyan, MD , Peareang referral hospital, Director , MCH center, Chair .

1) 그들의 성과를 다른 province와 비교하여 스스로 어떻게 평가하는가?

- 2명은 성과가 다른데 보다 좋다고 대답

  SOA를 가지고 있기 때문에, 다른 여러 레벨들과 계약이 되어 있고 경제적 인센티브 때문에 잘 돌아하는 것으로 보임
- 1명은 시설이 더 좋고 능력이 좋아서라고 응답함

2) 이 OD에서 많은 HC, commune, 마을들이 각기 다른 성과를 나타내는데 이들은 그 연유에 대해서 뭐라고 생각하는가?

① 중앙 레벨의 resource; shortage of staff

② road accessibility

3) 높은 레벨에서 이 문제를 해결할 수 있는 방안은?

- 이용자요금을 높게 하는 것
- 높은 레벨에 이 이슈로 문제제기 하는 것.
- 높은 레벨에서 이송 방안을 지원하는 것, 아직은 성공적이지 않음
- outreach activity를 늘리는 것

4) SOA 의 역효과는 없는가?

- 일을 엄격하게 해야 하고 계약한 사항에 대해서는 지키는 것이 쉽지 않고, 밖에서 돈을 더 많이 벌 기회가 있기 때문에 SOA 안에서 일하려면 압력이 되고 일을 열심히 해야 하니까 그냥 나가버림.

12/20 (목) District level : Reap HC, deputy coordinator, RACHA

* Reap Health Cencer in Peareang (7:30~10:30 AM)

: Head, Director (Nurse) + 2 M (maybe nurse)

* RACHA in Peareang (director - 6개월 됨)

Reproductive and Child Health Agency

1) SOA 이후 변화?

- 예산증가 (인센티브)

2) 이 지역의 현황은?

- cover 5 province, NGO
- 다른 provnice에 비해 개선되고 있으나 다른 데랑 비교하면 명확하지는 않음

3) 이 province 중에서도 여러 district가 있을텐데, peareang은 어떤가?: SOA가 있어 다른 district에 비해 더 낫다.

4) 그럼 SOA 외에 다른 요소가 있는가? : management... health training, .담당자는 병원에서 일하던 디렉터..이쪽으로 옮겨왔다. , regulation by SOA , 24시간 operation (모든 16개의 HC in this district에서 그렇다) 왜냐하면 SOA 때문이고 money, salary 때문에 동기부여가 된다. / motivation from the salary... Management of director

5) SOA의 장점과 약점 : related output, report is not correct because of incentive.

6) 이용자 요금이 증가하지 않았는가? 재량권 증가로 임금, 장비 등의 투자 때문에 올리지 않았는가? : 아님, 대부분이 빈곤하기 때문에, 올릴 수 있지만 올리면 사람들이 싫어하고 오지 않고, 이미 SOA에서 충분량의 재원을 지원받고 있음
7) 무엇이 정책 집행에 있어서 가장 큰 장애물인가? (보건의료체계 요소 중에서) : capacity는 점점 나아지고 있음, 장비의 부족(delivery kit, bed, patient bed)리더쉽과 직원, 담당자의 지식수준
8) 마지막 질문, community participation을 어떻게 assess 하는가? 어떻게 동원하고 …어떤 아이디어가 있는가? 이 지역에서? : 정책에서, 탈집중화를 하고 있으므로, commune investment plan, for 1 year, development plan… for 5 year. 그리고 여기서 health도 포함, 2개의 village health support group. 2 people for 1 village.
9) HC management committee: : from commune chief, deputy chief of HC, health support group, midwives…total 7-10.
실제로 작동하며, 인센티브 수준같은 중요한 문제를 결정함. 그리고 Commune 에서도 women and child committee가 있음

2012/12/21 (금)

* Prey srolet HC
* **1명의 남자 deputy director(primary nurse) + 2명의 여성 secondary nurse, 1명의 여성 MCH programme 담당자와 인터뷰를 함**

1) MCH를 위한 바우처는 존재함 (집집마다 방문해서 poor/non-poor를 결정). 그래서 MCH의 경우는 경제적 문턱은 없다고 봄. CBHI가 있는데 여기에 가입하지 않은 사람의 경우는 혜택 없음. HEF는 이 지역엔 없음. OD가 직접 경제적 보상을 해주는 것은 없음. salary는 SOA 덕분에 충분한데, 다른 것들은 부족함.
2) 간호사의 월급은 매달 $55, + SOA 로 $100 + user-fee에서 39$??….$24?? 총 $200을 넘지 못하며, 이렇게 약간 외진 지역에서는 지역 사람들을 보내서 공부시켜 돌아와 일할 수 있게 함
3) 접근의 장애물
   • 도로사정 (완전 흙길에 그나마도 평탄치 않음), 이송의 어려움,

- 마을 사람들의 교육 지식수준.
- 농업지역이라서 농번기에는 신경을 쓰지 않고 잘 오지 않음

4) 성공적일 수 있는 이유가 있다면?

① 아무래도 2009년부터 실시한 SOA 덕분임. (인프라가 갖춰질 수 있는 기금이 생기고, 24시간 서비스를 제공하게 되고, 이틀에 한번 꼴로 당직)

② NGO, partnership (RACHA, URC; 캄보디아의 국내 NGO)

5) 동기

① 이들이 이 지역 출신이라는 점

② 명성

③ 인센티브

6) 무엇이 가장 신경 쓰이는 regulation 기전이냐?

사람들(service user), 다시 오도록 해야 함.

7) 이 지역은 민간 의원은 없음

8) management committee는 6명으로 구성

: commune chief, HC director + Village chiefs in all commune (x 2개 마을) + commune council member x 1

- 매달 만나고 가끔 special meeting
- 무엇이 가장 중요한 결정인지? : staff에 대한 incentive를 결정

[첨부2] 현지 사진

현지전경	관계기관회의
	
회의 기념사진	분만시설
	
모자보건설비 현황	현지 모자보건 의료인력 진료 현장
	