

보건의료체계강화 세부전략 연구

- 세부전략 매뉴얼 -

2012. 12

서울대학교 보건대학원
연구책임자 김창엽

저자

연구 책임자

김 창 업 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 림 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 김창업 외 2인의 공동연구원(나백주, 정혜주) 및 6명의 연구보조원(서충원, 고한수, 김새림, 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

제1장 보건의료체계 평가	1
제1절 국가별 평가	1
제2절 국가 수준 평가 프레임워크	5
1. 선행연구 1	5
2. 선행연구 2	8
3. WHO의 평가 프레임워크	10
4. USAID의 평가 프레임워크	12
5. 보건의료체계 평가 순서	14
제3절 국가 수준의 보건의료체계 평가	26
1. 국가와 보건의료체계 개요	26
2. 보건의료체계에 영향을 미치는 이슈	26
3. 보건의료체계의 일반적 설명	29
4. 평가 지표	33
제4절 보건의료체계 강화를 위한 공여자의 지원	35
1. 공여자 도표화(donor mapping)	35
2. 공여자 간의 조정(donor coordination)	36
제5절 보건의료체계 요소별 평가 지침	38
1. 서비스 전달체계	38
2. 보건의료 인적자원	43

3. 보건의료정보	48
4. 보건의료 재정	52
5. 의료기기, 백신 및 기술	57
6. 리더십 및 거버넌스	61
7. 보건의료체계 평가	67
제6절 지역 수준 평가 프레임워크	68
제7절 국가/지역 수준의 평가 프레임워크 제시	71

제2장 영역별 전략 가이드 91

제1절 사업 모듈 선정의 원칙	91
제2절 매뉴얼 매핑	94
1. 국가수준	94
2. 지역수준	95
3. 국가 혹은 지역수준 모두 적용 가능	97
제3절 공통적용사항	99
1. Technical Working Group 참여	99
2. 평가 기간(Time span)의 문제	101

제3장 영역별 전략 매뉴얼 103

제1절 국가수준에서의 요소별 강화전략 - 시스템적 접근	103
1. 배경과 개념	103
2. 각 HS의 구성요소	111
3. 접근전략	118
4. 보건의료체계 평가 지표	151
제2절 수직-수평 중간전략	163

1. 개념과 주요 내용	163
2. 접근방법	165
3. 단계별 접근전략(프로그램 선정-준비-계획-실행-평가)	168
4. 수직-수평 중간적 접근 체크리스트	188
제3절 지역보건의료체계 전부분 강화	199
1. 전체적인 접근(Wholistic Approach)의 이해	199
2. 접근방법	201
제4절 일차보건의료를 통한 보건의료체계 강화 전략(PHC for HSS)	230
1. 배경과 개념	230
2. 접근 전략	233
제5절 지역보건의료체계 강화 접근	264
1. 배 경	264
2. 지역보건의료체계의 개념	264
3. 지역보건의료체계 접근의 고려사항	267
4. 지역보건의료 강화 프로젝트 접근 전략	269
제6절 섹터별 접근법(Sector-wide approach, SWAp)	274
1. 배경과 개념	274
2. 접근전략	278
3. SWAp 도입 시 고려사항	289

표 목차

표 1-1. WHO 종합지수 측정식	2
표 1-2. WHO 보건의료체계 성과 측정틀	3
표 1-3. 반응성 구성요소	3
표 1-4. 보건의료체계를 국가 수준에서 평가하기 위해 반드시 고려해야 할 요소	9
표 1-5. 보건의료체계를 평가하기 위한 국제기구의 프레임워크	10
표 1-6. WHO 빌딩블록별 핵심 지표	11
표 1-7. USAID의 보건의료체계 평가를 이용한 국가(2009-2011년)	12
표 1-8. 조직별 업무 분담	13
표 1-9. USAID의 보건의료체계 평가를	13
표 1-10. 가이아나의 2008년도 사망률의 주요 원인들	27
표 1-11. 보건의료체계를 강화할 수 있는 역량을 측정하는 틀	28
표 1-12. 국가의 서비스 제공 체계 : 시설과 인적자원 예시 표	30
표 1-13. 보건의료체계의 지방분권화의 수준	32
표 1-14. 잠비아의 지역 수준에서의 책임 수준	33
표 1-15. 앙골라의 공여자 지도 제작 예시	35
표 1-16. 앙골라의 보건의료체계에 공여자와 정부의 개입 비교	36
표 1-17. 서비스 제공 지표	41
표 1-18. 보건의료체계 인력지표	46
표 1-19. 보건정보체계 평가를 정리한 표	50
표 1-20. SWOT 분석을 통해 보건정보체계평가	50
표 1-21. 보건의료체계 정보시스템 지표	51
표 1-22. 보험 체계의 특성 : 국가건강보험, 사회건강보험, 민간건강보험	56
표 1-23. 보건의료체계 재정 지표	56
표 1-24. 보건의료체계 의료기기, 백신, 기술 지표	59
표 1-25. 보건의료체계의 리더십 및 거버넌스 지표	66
표 1-26. 요소별 평가를 통한 보건의료체계 전체 평가	67
표 1-27. 지역 수준의 보건의료체계 평가틀(WHO)	69
표 1-28. 국가/지역 수준의 평가 프레임워크	71

표 1-29. 예방접종 사업을 위한 보건의료체계 하부기반구조 파악(예시, Nepal Sevikas지역)	84
표 2-1. HSS 세부전략 사업모듈별 특성 개요	92
표 3-1. 보건의료체계 구성요소별 우선순위 및 주요사업	117
표 3-2. 수원국 요청 사업 업무의 주요 내용	121
표 3-3. 수원국 요청 사업 외 업무의 주요내용	122
표 3-4. KOICA 개발 사업 업무의 주요내용	123
표 3-5. 이해관계자 참여의 필요성	124
표 3-6. 핵심 이해관계자별 구성원	125
표 3-7. 지역사회 건강수준 조사	127
표 3-8. 지역보건의료체계 강화의 네 가지 영역	130
표 3-9. 외부환경평가(PEST)	131
표 3-10. 보건사업의 논리적 모형(배상수, 2012)	142
표 3-11. 보건사업 진행 단계의 구조화	143
표 3-12. 사회생태학적 모형에 따른 전략의 유형(배상수, 2012)	145
표 3-13. 사업 평가의 특징과 목적	147
표 3-14. 보건의료서비스 전달 평가지표	151
표 3-15. 보건의료서비스 전달 평가지표의 자료수집방법	152
표 3-16. 보건의료서비스전달 주요 측정지표	153
표 3-17. 보건의료인력 평가지표	155
표 3-18. 보건의료인력 지표 및 자료원	156
표 3-19. 보건의료정보 평가지표	157
표 3-20. 보건의료정보 성과평가 매트릭스	157
표 3-21. 보건의료정보체계 성과지표 점수	158
표 3-22. WHO가 제시한 필수약품 목록	160
표 3-23. 의약품, 백신 및 기술 주요지표 및 자료수집방법	160
표 3-24. 보건의료재정의 주요지표와 자료원	161
표 3-25. 리더십/거버넌스의 주요지표와 자료수집방법	162
표 3-26. 수직-수평 접근방법의 프로그램 단계 개요	166
표 3-27. 우선순위 표의 예시 (각 척도는 +, ++, +++로 표시한다)	169
표 3-28. 거버넌스 부문 인터뷰 질문 예시	170

표 3-29. 재정 부문 인터뷰 질문 예시	171
표 3-30. 인력 부문 인터뷰 질문 예시	171
표 3-31. 서비스 제공 부문 인터뷰 질문 예시	171
표 3-32. 의약품, 백신, 기술 부문 인터뷰 질문 예시	172
표 3-33. 정보 체계 부문 인터뷰 질문 예시	172
표 3-34. 개별사업과 보건의료체계 통합적 매트릭스 표 (통합 여부에 따라 +/- 표시, 필요에 따라 자유롭게 이용할 수 있음)	175
표 3-35. 보건의료체계 요소별 통합 요인	182
표 3-36. 보건의료체계 요소별 HSS를 위한 권장 및 주의사항	183
표 3-37. 프로그램과 HSS 통합을 평가하기 위한 질문	186
표 3-38. CHECK LIST OF DIAGONAL APPROACH FOR HSS	188
표 3-39. 지역보건의료체계에서 사업수행능력에 대한 평가기준	202
표 3-40. 지역 건강형평성 측정 지표	205
표 3-41. SWOT 분석(USAID, 2012)	211
표 3-42. 보건의료재정의 조달	213
표 3-43. 재정의 할당	213
표 3-44. 구매와 보상지불방법	214
표 3-45. 참여적 의사결정을 위한 전략	217
표 3-46. 인력 관리에서 고려해야 할 사항들	218
표 3-47. 질병부담툴킷(Burden of disease toolkit)	221
표 3-48. 일차보건의료 프로그램의 단계별 개요	233
표 3-49. 건강증진의 가구/시설별 활동내용	242
표 3-50. 모자보건과 여성건강의 가구/시설별 활동내용	244
표 3-51. 영양프로그램의 가구/시설별 활동내용	246
표 3-52. 전염성 질병 관리의 가구/시설별 활동 내용	247
표 3-53. 재활서비스 프로그램의 활동	248
표 3-54. 보건의료차관에서 아동 예방접종 실시 횟수 표(예시)	263
표 3-55. 지역보건의료강화 프로그램의 단계별 개요	269
표 3-56. SWAp의 단계별 개요	280

그림 목차

그림 1-1. 종합지표에 따른 보건의료체계 달성의 국제적 분포	4
그림 1-2. 보건의료체계 평가 및 모니터링을 위한 프레임워크	4
그림 1-3. 보건의료체계를 평가하기 위한 프레임워크	6
그림 1-4. 세 가지 기준으로 분류한 보건의료체계 평가 지표 1	7
그림 1-5. 세 가지 기준으로 분류한 보건의료체계 평가 지표 2	8
그림 1-6. 평가 실행 계획서 및 방문 일정표	16
그림 1-7. 예산 평가 템플릿(예시)	17
그림 1-8. 보건의료체계 평가 데이터 접근 단계	20
그림 1-9. 보건의료체계 SWOT 분석	21
그림 1-10. SWOT 분석의 예시	22
그림 1-11. 보건의료체계 평가 보고서 작성 및 검토의 전반적 과정	25
그림 1-12. 빌딩블록들 간의 상호작용	26
그림 1-13. 우간다 보건 당국의 조직도	30
그림 1-14. 수준별 서비스 전달체계	38
그림 1-15. 우크라이나 보건의료서비스 전달체계 모식도	39
그림 1-16. 보건의료정보체계 프레임워크	48
그림 1-17. 정보체계 수집과정	49
그림 1-18. 보건 재정 흐름	53
그림 1-19. 의약품 및 의료기기를 평가하기 위한 프레임워크	58
그림 1-20. 의약품 및 의료기기 수준별 체계 분류	58
그림 1-21. 보건의료 거버넌스	61
그림 1-22. 보건의료체계 평가 구분 - 국가/지역 수준	68
그림 1-23. 보건의료체계 평가를 위한 데이터 수집 순서	70
그림 1-24. Policy Documents and Plans, showing their Time Frames	83
그림 2-1. HSS 세부전략 매뉴얼 매핑	94
그림 3-1. KOICA 사업시행절차(http://www.koica.go.kr)	119
그림 3-2. 수원국과 KOICA 사업 흐름도	120
그림 3-3. 참여정도에 따른 보건사업의 이해관계자 유형(배상수, 2012)	125
그림 3-4. 시스템 관점을 활용한 효과 개념도의 예시	167

그림 3-5. 시스템 관점을 다룬 주요 5단계 흐름도	167
그림 3-6. 프로그램 준비를 위한 진단과 계획 흐름	170
그림 3-7. 이해관계자 지도 그리기의 예시	180
그림 3-8. 이해관계자 지도의 간단한 틀 예시(WHO)	181
그림 3-9. 보건시스템 지도 그리기 예시	181
그림 3-10. PDM 작성표	185
그림 3-11. 툴킷의 개념 프레임워크	190
그림 3-12. 툴킷의 개념적 모형(TB의 예시)	191
그림 3-13. 툴킷의 진행 흐름도	192
그림 3-14. 지역 보건의료시설과 구역 지도 그리기 예시	209
그림 3-15. TEHIP 이후 5세 미만 아동 사망률과 영아사망률의 개선	228
그림 3-16. 투입, 과정, 산출 요소 간의 관계	260
그림 3-17. 보건소 및 일차의료병원의 협력 연계도	266
그림 3-18. 섹터 프로그램의 구성요소(European Commission, 2007) ...	279

제1장 보건의료체계 평가

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(Siddiqi et al., 2009).

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.

제1절 국가별 평가

WHO는 보건의료체계를 측정하는 지표를 한 개로 단일화하여 총 191개의 국가를 대상으로 평가를 시행했으며, 1위는 일본 마지막 191위는 시에라리온 한국은 35위로 평가했다. 여기서 사용한 지표는 Composite measures/summary measures 인데 보건정책/공공정책(public policy)에서 많이 사용되고 있다. 대표적으로 UNDP에서 제공하는 Human Development Index(인간개발지수)가 종합지수의 대표적인 예라고 할 수 있다.

본 보고서에서는 보건의료체계 목표를 아래와 같이 설명하고 있으며 이 목표의 기반 하에 Health, Health inequality, Responsiveness, Responsiveness inequality,

Fairness of Financcail Contribution를 종합지수로 나타내었다. 양호한 건강수준, 소비자의 기대에 대한 반응성, 재원조달에서의 공정성 등 세 가지를 제시하였다. 그리고 이러한 목표 달성도의 평가에 있어서는 평균(average level)과 분포(distribution)의 두 가지 요소를 제시하였다. 평균과 분포는 건강수준과 반응성을 평가할 때만 적용되며 평균은 공정성에 해당되지 않았다. 성과는 5개 항목의 가중합으로 산출되며, 최대치는 가용자원이 모두 투입되었다고 가정할 때의 목표달성 정도를 추정한 것이고 최소치는 보건의료지출(보건의료 중재 intervention)이 없다고 가정할 때의 목표달성 정도 추정치이며 실제 목표달성 정도는 예측된 목표달성 정도 최대치와 최소치의 차를 비율로 나타낸 것이다.

표 1-1. WHO 종합지수 측정식

종합지수 측정식

$$\begin{aligned} \text{Composite} = & \alpha_1 \text{Health} + \alpha_2 \text{Health Inequality} + \alpha_3 \text{Responsiveness} \\ & + \alpha_4 \text{Responsiveness inequality} \\ & + \alpha_5 \text{Fairness of Financial Contribution} \end{aligned}$$

$$\alpha_1 = 0.25 \quad \alpha_2 = 0.25 \quad \alpha_3 = 0.125 \quad \alpha_4 = 0.125 \quad \alpha_5 = 0.25$$

반응성을 예를 들면, 반응성은 7개의 서로 다른 하위영역으로 구성되어 있다. 즉 (환자의) 존엄성에 대한 중시, 자율성, 비밀유지 등 환자를 인간으로서 어떻게 다루고 대우하는가와 관련된 3개 하위영역과 (환자의 요구에) 주의를 기울이는데 있어서의 즉각성, 쾌적함과 안락함 등 서비스 제공 환경의 기본적인 질, 환자를 위한 사회적 지지체계에 대한 접근성, 공급자 선택권 등 의료체계가 환자와 그의 가족이 일반적으로 표현하는 관심사에 얼마나 부합하는지와 관련된 4개 하위영역으로 구성되어 있다.

7개 하위영역 각각은 4점 리커트 척도의 3-4개 주요 문항과 주요 문항별 성과를 측정하기 위한 10점 척도의 질문으로 구성되어 있다. 반응성에 대한 최종 지표는

0-10 점으로 측정된 것만을 사용한다고 함. Shakarishvili et al.(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 1-2. WHO 보건의료체계 성과 측정틀

목표	평가 요소에 따른 목표 구분	측정 방법
건강 수준	평균적 건강 수준	DALE(Disability-Adjusted Life Expectancy)
	건강 수준의 형평적 분포	어린이 생존에서의 평등
반응성	반응성	7가지 요소 평가
	반응성의 형평적 분포	다른 인구집단 (소수민족 등)의 반응성
재원조달에서의 공정성	재원조달의 공정성	지불능력과 관련하여 세대(가구)별 부담 정도 평가

표 1-3. 반응성 구성요소

반응성(responsiveness) 구성요소	
환자에 대한 인격적 대우	환자관점에서 평가된 치료에서의 존엄성
	환자관점에서의 자율성 의사결정, 질문, 치료거부 등)
	환자관점에서 평가된 비밀보장
환자나 그의 가족들이 표출하는 일반적인 관사에 대한 반응	환자와 가족이 표출하는 요청에 대한 주목의 신속성
	서비스 제공 환경의 기본적인 쾌적함과 안락함
	성환자 관점에서 평가된 치료기간동안 사회적 지원체계에 대한 접근
	환자관점에서 평가된 공급자 선택권



그림 1-1. 종합지표에 따른 보건의료체계 달성의 국제적 분포

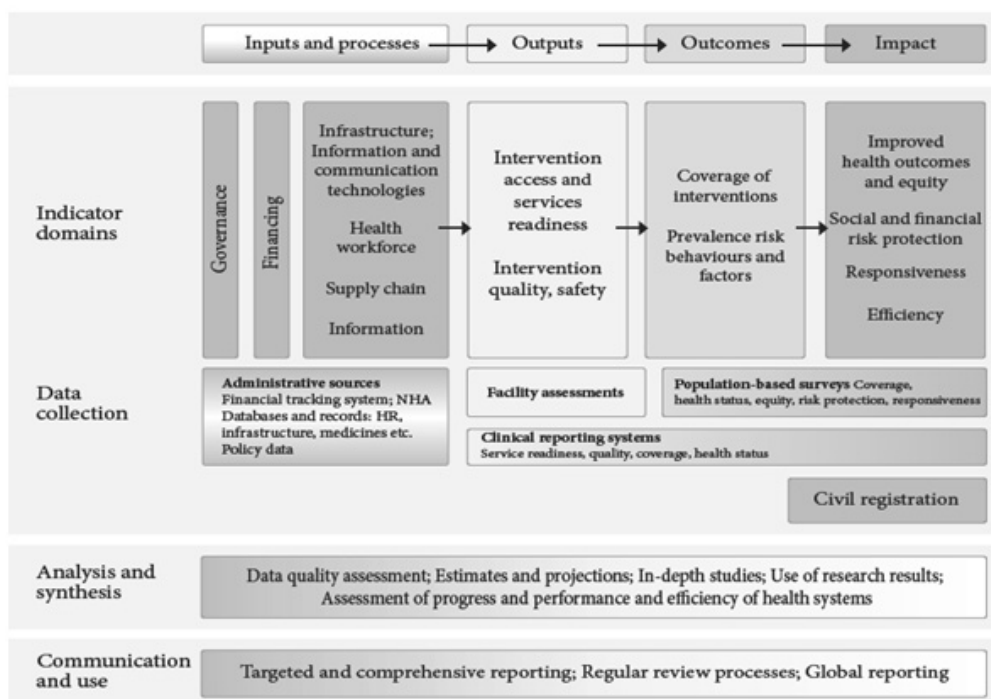


그림 1-2. 보건의료체계 평가 및 모니터링을 위한 프레임워크

제2절 국가 수준 평가 프레임워크

국가 수준에서는 정부가 얼마나 경제정책의 큰 윤곽과 틀을 갖추고 있는지 그리고 국민의 건강을 위해 정부가 장기적인 비전을 가지고 있는지를 평가한다면 지역 수준에서는 국가 수준의 비전과 목표에 맞추어 정책이 시행되고 있는지를 판단하는 것이라 할 수 있다. 전체 정부 재정 지출 중 보건의료지출 비율 또는 증가율을 살펴봄으로써 전체 보건의료체계를 가늠할 수 있는 것이다. 또한 현 정부가 제시한 보건정책이 사회경제적인 상황에서 과연 실행가능한지 또는 우선순위가 잘 선정되어 있는지를 평가해보는 것도 좋은 방법이다.

1. 선행연구 1

Kruk 등의 연구(Kruk & Freedman, 2008)에서는 기존에 보건의료체계를 평가하는데 사용했던 지표를 보고서, 책을 통해 정리하여 크게 효과성, 형평성, 효율성 세 가지 기준으로 나누었다(Pubmed에서 685개의 peer-reviewed publications와 보고서 등에서 168 publications). 보건의료체계의 효율성은 건강 상태와, 보건의료서비스의 질과 접근성, 환자의 만족도를 개선시켰으며, 형평성은 열악한 집단의 서비스의 질과 접근성, 위험으로부터의 보호, 책임성(accountability)과 관련이 있다. 마지막으로 효율성은 적절한 수준의 재정과 중재의 비용 효과성, 그리고 효과적인 행정부 등이 있다.

1) 효과성

보건의료체계 내에서 환자 개인이 적절한 시기에 필요한 서비스를 안전하게 제공받는 것은 매우 중요하다. 하지만 개발도상국에서는 여전히 기본적인 서비스의 접근성조차 보장받지 못하고 있다. 흥미롭게도 WHO는 보건의료체계를 분석하는데 있어 접근성 지표를 제외했다(WHO, 2005). 기술적 유효성과 지속성, 안전성은 “질”이라는 용어로 표현되기도 하고 이는 효과성과 동의어로 사용되기도 했다. 검토한 문헌에서는 환자가 표현한 만족도를 보건의료체계의 효과성 또는 질적 지표로 사용하고 있었다.

2) 형평성

보건 부문에서 형평성을 달성한다는 것은 부적절한 서비스 접근성, 건강하지 못한 환경, 불건강으로 야기된 사회적 불평등을 제거하는 것이다. 보건의료체계는 건강의 중요한 결정요인이므로 위와 같은 요소를 개선하는 것 역시 건강 형평성을 달성하는데 일조를 할 수 있다. 보건의료체계에서 형평성은 크게 서비스 전달과 재정의 형평성으로 나눌 수 있다(Ensor & Ronoh, 2005). 즉 필요한 서비스를 얼마나 사람들에게 적절하게 제공하느냐와 보건의료서비스에 대한 재정이 저소득층에게 적절히 분배되도록 하는 것이다.

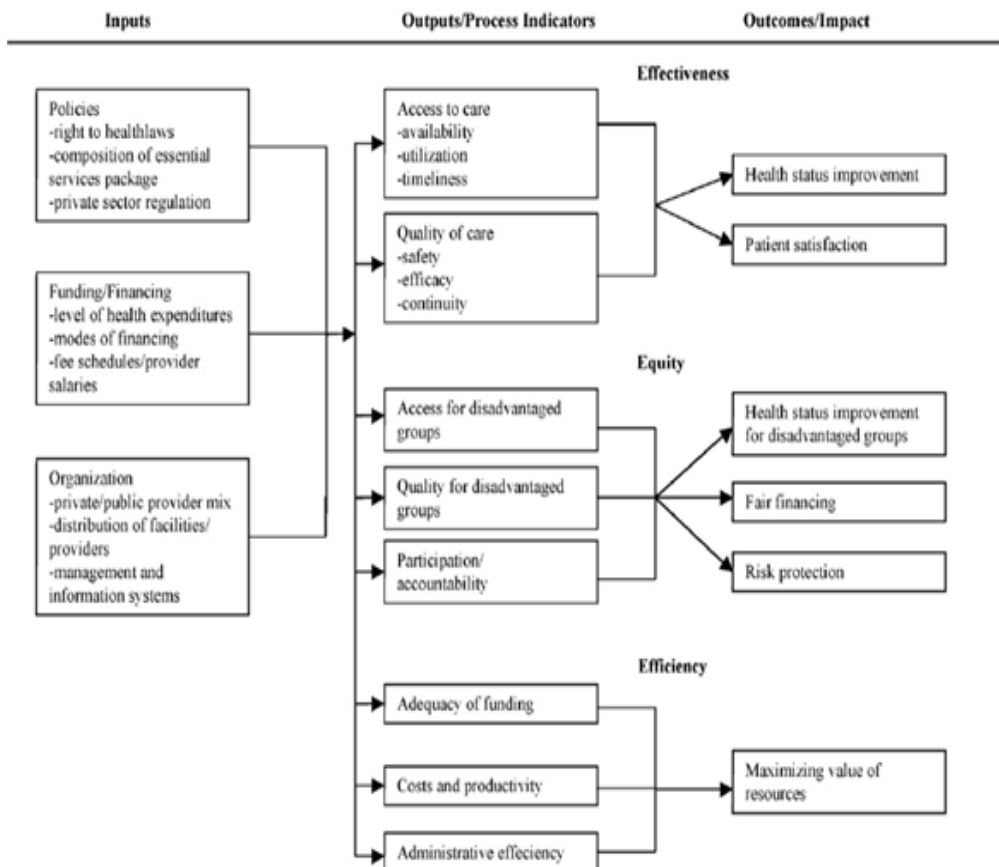


그림 1-3. 보건의료체계를 평가하기 위한 프레임워크

Performance dimension	Category	Sample indicators
Effectiveness (outcomes)	Health status	• Infant mortality • Maternal mortality • Neonatal mortality • Incidence of low birth weight • Survival rates for lung cancer
	Patient satisfaction	• Being treated with respect • Quality of physician-patient communication • Length of wait for care • Administrative simplicity • Perception of access to specialists • Adequacy of time spent with physician
Effectiveness (outputs)	Access to care	Availability • Physicians, nurses, hospitals per 1000 population • Basic and comprehensive emergency obstetric care facilities per 500,000 population • Percentage of population within 10 km of a clinic • Referral rates for women with obstetric complications Utilization • TB case detection rates • Antiretroviral treatment rates for people with advanced HIV infection • Rates of sleeping under malaria bed net (under-5) • Contraceptive coverage • Pregnant women receiving four antenatal care visits • Deliveries assisted by a skilled birth attendant • Full basic immunization rates • Screening for breast, cervical cancer Timeliness • Effective treatment for malaria within 24 h • Rapid treatment for delivery complications • Avoidable hospitalizations
	Quality of care	Efficacy • Use of evidence-based diagnostics and therapies (Hb A1C for diabetes, aspirin for myocardial infarction, correct antibiotic for community acquired pneumonia) • Correct prescribing (dosage, duration) • Readmission rates • Rate of emergency room visits within 30 days of discharge • Rate of avoidable hospitalizations Safety • Infection and complication rates of surgery • Case fatality rates • Rate of hip fractures in facilities Continuity • Frequency and rate of follow-up visits (antenatal care, antiretroviral treatment) • Treatment completion rates (TB)
Equity (outcomes)	Health status (disadvantaged groups)	• Mortality rates for lowest income quintile (under-five, 15–49, maternal, cancer) • Mortality rates for women, immigrants, members of ethnic groups, people in remote geographic area

그림 1-4. 세 가지 기준으로 분류한 보건의료체계 평가 지표 1

Performance dimension	Category	Sample indicators
Equity (outputs)	Fair financing	• Proportion of government health financing that reaches the poorest income quintile • Progressivity of financing methods (tax, out-of-pocket) • Extent of out-of-pocket payments, indirect payments and informal fees for essential services
	Risk protection	• Proportion of population with catastrophic health expenditures • Incidence of impoverishment as a result of health payments
	Access (disadvantaged groups)	• Distance from clinic for disadvantaged populations • Utilization of essential health services by disadvantaged groups (e.g., attended delivery, modern contraceptives, specialist visits)
	Quality (disadvantaged groups)	• Efficacy, safety, continuity indicators analyzed for disadvantaged groups
Efficiency (outcomes)	Participation/accountability	• Perception of exclusion/inclusion from health system
	Value of resources	• Mortality rates per dollars invested in health care • Mortality rates for different financing structures
Efficiency (outputs)	Adequacy of funding	• Per capita health care spending (government, private, total)
	Costs and productivity	• Costs per case treated (per hospital day, per outpatient visit) • Costs per case at different levels of care • Average length of stay • Physician-consultations per day • Cost-effectiveness ratios for specific services (compared to alternative services)
	Administrative efficiency	• Health worker attrition rates
		• Health worker morale • Updated operational plans • Frequency of supervision, training • Waiting times for appointments

그림 1-5. 세 가지 기준으로 분류한 보건의료체계 평가 지표 2

3) 효율성

효율성은 투입 대비 얼마나 많은 산출을 내느냐는 것이다. 기술적 효율성은 의약품, 의료인력, 기구 등 자원들이 결합해 얼마나 큰 산출물을 내느냐는 것인데, 이는 결국 국 재정이 충분할 때만 가능한 일이다. 그러므로 재정의 규모는 효율성을 결정하는 중요한 요소이다.

2. 선행연구 2

Siddiqi et al.의 연구(Siddiqi et al., 2009)에서는 국가 수준의 보건의료체계를 평가하기 위한 몇 가지 요소를 제시했으며 아래 표와 같다.

표 1-4. 보건의료체계를 국가 수준에서 평가하기 위해 반드시 고려해야 할 요소

원칙	영역	질문
전략적 비전	건강, 보건을 포함한 정부의 장기적인 개발 정책 및 비전	경제 정책의 큰 틀은 무엇인가? 국가의 헌법에 건강권이 인권의 기초로 명시되어 있 는가? 전체 개발 프레임워크에서 건강이 차지하는 중요성은 어느 정도인가? 보건의료서비스를 제공하기 위해서 국가가 가져야 하 는 책임은 무엇인가?
참여와 합의 도출	의사결정과정에서 의 참여, 이해관계자를 명확히 함	민간영역, 시민사회, 이 외에 다른 이해당사자가 의 사결정에 참여하는가? 보건의료와 관련된 사안이 어떻게 결정되는가?(내각, 정부, 국회 등)
법 제정 및 시행	법이 제정되고 시행되는 전반적 인 과정	보건의료에 관련된 법안을 초기에 누가, 어디서 발의 하고 시행되는가? 보건의료서비스 제공, 인적 자원, 인프라, 기술, 의약 품 등의 내역이 법안에 포함되어 있는가?
투명성	투명한 의사결정과 자원 분배에서의 투명성	제정 및 행정 절차에 대한 정보가 모두에게 접근가능 한가? 자원이 할당되고 분배되는 과정이 얼마나 투명한가?
제도의 반응성	국민, 지역 수준의 요구에 충족하는가?	보건의료 관련 예산이 수요에 맞추어 잘 분배되어 있는가? 정책과정에서 수요 사정(need assessment)가 포함 되어 있는가?
형평성	보건의료서비스 접근성에서의 형평성	저소득층의 경제적 장벽을 허물기 위한 사회적 보호 장치가 있는가?
효율성과 효과성	인적 자원의 질, 의사소통 과정, 시행을 위한 역량	보건부 고위직의 권력 교체가 얼마나 자주 이루어지 는가? 훈련, 자격 인증 등 관료제의 질이 어떠한가?
책임성	내/외부 책임성	언론매체의 역할은 무엇인가? 선거로 당선된 공직(국회의원 등)의 역할은 무엇인가? 사법 기관의 역할은 무엇인가?
정보	정보 수집, 정보 생성, 정보 분석	보건의료체계 관련 정보가 얼마나 접근가능/이용가능 한가?
윤리	보건의료서비스 및 연구에서의 윤리	연구 및 서비스의 윤리에서 무엇이 중요시되고 있는 가?

3. WHO의 평가 프레임워크

WHO에서는 2010년에 보건의료체계를 평가하는 데에 틀을 제시하는 보고서를 출판한 바 있다(WHO, 2010). 보건의료체계의 모든 구성요소를 평가하는 데에 한계가 있으므로 WHO에서 제시한 여섯 가지 빌딩블록(서비스 전달체계, 보건의료인력, 보건의료정보 시스템, 필수약품 접근권, 재정, 리더십 및 거버넌스)을 중심으로 평가 및 모니터링을 하고자 했다. 보건의료체계 평가는 기본적으로 국가를 단위로 이루어지는 프레임워크이다.

표 1-5. 보건의료체계를 평가하기 위한 국제기구의 프레임워크

WHO	PAHO
• 정보 및 지능 향상 • 전략적 정책 방향 형성 • 정책을 시행하기 위한 도구 제공: 권력, • 인센티브, 제재 등 • 파트너십 또는 연합(coalition) 형성 • 정책의 목표와 조직의 구조 및 문화와의 균형 • 책임성 보장	• 현재 국민의 건강을 평가 및 분석 • 공중보건 감독, 연구, 건강증진 • 건강에서의 사회참여 • 제도적 역량과 정책의 발전 • 필수 보건의료서비스의 접근성 평가 및 증진 • 인적 자원 훈련 및 개발 • 보건 관련 연구 • 보건의료서비스 질 보장(Quality assurance) • 보건의료 관련 재난/응급상황의 악영향 감소
World Bank	UNDP
• 권력을 가진 사람이 선택되고 대체되는 과정 - 책임성, 정치적 불안정과 폭력 • 정책을 형성/시행하기 위한 정부의 능력 - 심도 있는 정책, 정부 효과성, 제재 및 법률 • 국민을 존경 - 법률 시행, 부패 통제	• 합법성 및 발언권 - 참여 • 방향(direction) - 합의 도출, 전략적 비전, • 반응성 • 책임성 - 효율성 및 효과성, 책임성(정부, 시민사회, 민간영역에서의 의사결정자), • 투명성 • 공정성 - 형평성 및 통합성(inclusiveness), • 법률 시행

보건의료체계를 평가에서의 핵심은 국가 간 비교가 가능하도록 하는 것이다. 대부분의 측정 지표들이 해당 국가의 보건정책 목표 중심으로 수집되는 경향이 강하기 때문에 기존의 정책에 해당하는 지표뿐만 아니라 UN MDGs와 같은 국제사회 흐름에

부합하는 지표도 함께 측정되어야 한다. 그래서 WHO에서는 국가에서 가장 핵심이라 할 수 있는 지표를 빌딩블록별로 요약/세부지표로 제시하고 있다¹⁾.

표 1-6. WHO 빌딩블록별 핵심 지표

빌딩블록	지 표
Health Service Delivery	• Number and distribution of health facilities per 10000 population • Number and distribution of inpatient beds per 10000 population • Number of outpatient department visits per 10000 population per year • General service readiness score for health facilities • Proportion of health facilities offering specific services • Number and distribution of health facilities offering specific services per 10000 population • Specific-services readiness score for health facilities
Health Workforce	• Number of health workers per 10000 population • Distribution of health workers by occupation/specialization, region, place of work and sex • Annual number of graduates of health professions educational institutions per 100000 population, by level and field of education
Health Information	• Health information system performance index
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
Health Financing	• Total expenditure on health • General government expenditure on health as a proportion of general government expenditure(GGHE/GGE) • The ratio of household out-of-pocket payments for health to total expenditure on health
Leadership & Governance	• Policy index

1) WHO의 세부지표는 부록 6-1을 참고

국제기구에서는 보건의료체계를 평가하기 위해 여러 프레임워크를 제시했지만 정책이 어떠한 방향으로 나아가고 있는지에 대한 내용이 부족하고 국가 수준/ 지역수준이 나누어지지 않은 채 혼동되었다는 점에서 한계가 있다. 특히 세계은행과 유엔 개발계획 같은 경우에는 보건의료체계 자체에 초점을 맞추었다기보다는 다양한 영역에서의 체계(교육 체계, 경제 체계 등)를 평가하는 데에 사용하기 위해 일반화된 프레임워크를 제시해서 보건의료체계에 적용시키기에는 한계가 존재한다.

4. USAID의 평가 프레임워크

미국의 공적개발원조를 관할하는 USAID는 정기적으로 보건의료체계 평가에 대한 보고서를 제출하면서 동시에 개발도상국의 보건부와 협력해 국가수준의 보건의료체계 평가를 지속적으로 시행하고 있으며(Khan & Hotchkiss, 2006) 버전 1, 1.5, 1.75를 발간해 2012년에 평가툴 버전 2를 발간했다(USAID, 2012a). 2009년 두개의 국가에서 이미 평가를 시행하였고 최근 들어서 평가를 받은 국가가 증가하고 있다. 이는 보건사업을 시행하기 이전에 보건의료체계를 평가함으로써 수요에 기반한 성과를 도출하기 위한 시도를 한 것으로 보인다.

표 1-7. USAID의 보건의료체계 평가를 이용한 국가(2009-2011년)

연도	국가
2009	베트남, 코트디부아르
2010	레소토, 짐바브웨, 앙골라, 케냐, 탄자니아,
2011	우간다, 우크라이나, 에티오피아, 도미니카 공화국, 베닌 등

2012년에 발간된 보고서에서도 국가/지역 수준 구분을 통한 보건의료체계 평가의 중요성을 강조하고 있으므로 살펴볼 필요가 있다. USAID에서 시행하는 보건의료체계 관련 대부분의 프로그램은 지방분권화(Decentralization)에 초점을 맞춘 것(Brinkerhoff, Fort, & Stratton, 2009)으로 정부/지역 수준으로 평가는 단계적으로

하되, 평가 항목은 단일화되어 있다. 또한 평가 및 모니터링에 대한 역할을 조직별로 분담으로써 업무의 효율성을 높이하고자 한다²⁾.

표 1-8. 조직별 업무 분담

역할 및 기능	조직
필요한 자원을 동원하고 이해당사자를 모아 방향성을 제시하는 리더십을 발휘한다.	해당 국가 보건부
보건의료체계 강화의 근거를 제시하기 위한 연구	연구 기관(예: 대학교)
특정 문제를 해결하기 위한 기술지원	인력 교육 기관(예: 대학교)
책임성 있는 정부를 지원하고 유지하기 위한 옹호 조직 구성(advocacy organization)	NGO, 민간 부문 연합
기준 설정	보건부, 전문 조직

표 1-9. USAID의 보건의료체계 평가틀

기준 및 원칙	보건의료체계 내 구체적 항목
재정	재정, 예산 관리 예산의 적절한 분배 회계 감사
인적 자원	인력 관리(고용, 해고, 평가) 훈련 급여 및 인센티브
서비스 전달 및 프로그램과 프로젝트 시행	병원 및 전반적인 보건의료시설 특정 인구 집단의 수요에 기반한 서비스 전달 서비스 제공자에 대한 모니터링 및 감독 보건의료서비스 지불 체계
운영 유지	의약품 및 의료기기 교통 수단 시설 및 인프라
정보 관리	보건의료정보시스템 데이터 수집 및 분석 정보를 이해당사자에게 제공

2) USAID의 측정 세부지표는 부록 6-2를 참고

5. 보건의료체계 평가 순서

국가의 보건의료시스템 평가는 평가의 총체적 틀을 결정하고 보건의료체계 평가팀을 구성하고 데이터를 수집하고 조사결과를 분석하며 평가보고서를 작성하는 등 5개 절차로 구분할 수 있다.

Step 1: 평가의 틀을 작성(shape the assessment)

1.1 평가를 의뢰한 당사자의 수요와 평가의 우선순위를 결정한다.

보건의료체계에 대한 평가는 MOH와 같은 공여기관들이 프로그램을 진행하기 위하여 사용하는 가장 기본적인 자료로서 보건의료체계에 대해 평가하려면 우선 먼저 평가를 의뢰한 조직이나 기관의 요구에 따라 평가의 틀을 결정하는 것이다. 이러한 결정과정은 주로 팀 리더 혹은 경험 있는 관리자에 의해 진행된다. 평가팀은 평가의뢰인과 함께 앞으로의 평가를 위해 다음과 같은 내용을 결정해야 한다.

- 보건의료체계 평가의 구체적인 목적과 의뢰인에게 제공하여야 할 정보들을 확정한다.
- 보건의료체계 평가결과의 용도를 명확하게 해야 한다.
- MOH에서 보건의료체계 평가에 대한 인증과 지원을 보장해야 한다.
- 최근에 진행되고 있는 보건분야의 연구와 중복되는 부분이 없는지 확인한다.
- 최종보고서의 구성이나 범위에 대해 확정한다.
- 최종기간을 확정한다.

1.2 평가팀의 리더를 결정하고 평가팀을 구성한다.

보건의료체계 평가팀의 리더는 의뢰인과 평가의 우선순위 및 평가의 범위 등을 확정하기 전에 결정하는 것이 좋고 팀의 멤버는 의뢰인의 요구에 따라 평가를 진행할 수 있는 능력과 경험을 가지고 있어야 한다. 보건의료체계 평가팀은 팀 리더, 팀 멤

버, 평가팀 진행담당자, 현지진행담당자 및 보건분야 전문가로 구성된 기술적 역량을 가진 팀(Technical Team) 으로 구성되어야 한다.

1.3 평가의 범위, 평가기간 및 평가의 데이터에 대해 확정한다.

평가의 범위, 팀의 멤버 수, 의뢰인의 요구 및 평가의 수준 등은 모두 평가에 소요 되는 시간에 영향을 준다. 팀 리더는 마땅히 이러한 요소들을 고려하여 평가 기간과 평가에 사용할 데이터를 결정하고 평가과정, 전체 평가팀 혹은 멤버들이 개별적인 준비사항, 현지평가 및 현지평가 전의 준비사항 등에 대해 결정해야 한다.

1.4 평가를 진행하게 될 지역을 확정하여 평가의 우선순위를 결정한다.

팀 리더는 평가를 진행하기 전에 의뢰인과 평가의 우선순위, 구체적인 요구 및 구체적인 평가 지역에 근거하여 사용할 빌딩 블록 모듈과 주제영역을 결정한다. 보건 의료체계의 평가는 보건의료체계 6개의 빌딩 블록의 지표를 모두 포함한 종합적인 보건의료체계를 설명할 수 있고 의뢰인의 요구에 근거해 중요한 지표에 초점을 맞추어 평가를 진행함으로써 보다 심도 있는 평가 결과를 제공 할 수 있다.

1.5 관계자들과의 접촉

관계자는 평가의 전반 과정에 연관되어 있고 평가의 완전성이나 정확성에 영향을 준다. 또한 평가결과의 최종적인 사용이나 평가결과를 이용한 의사결정 등에도 영향을 준다. 그러므로 평가 초기에 평가에 영향을 줄 수 있는 관계자들과의 접근성을 강화하는 워크숍을 진행하는 것도 평가의 순조로운 진행에 도움이 된다.

보건의료체계 평가의 관계자

- USAID 국내 보건 팀 직원
- MOH의 계획, 인력자원 등 부서의 관계자
- 공여기관: 월드뱅크, 글로벌 펀드, WHO 등

- 의사, 간호사 등 전문직
- 입법부문
- 공공서비스 부문
- NGO 단체 등

Step 2: 보건의료체계 평가 팀을 구성한다.

2.1 맞춤형 실행계획서를 작성하고 방문 일정표를 작성한다.

Sat	Sun	Mon	Tues	Wed	Thurs	Fri
6 AM: Arrival Team meeting with local consultant 1:00-5:00 to review interview schedule, documents collected, USAID meeting, get other guidance from local consultant	7 Full-day team meeting to review zero drafts of chapters and prepare for data collection and/or launch workshop	8 AM: Meeting with client to prepare for data collection and workshops PM: National-level interviews AND/OR Launch workshop ^a Evening: Team check-in and write-ups	9 Send invitations for stakeholders workshop National-level interviews including discussions with group of NGO representatives Evening: Team check-in and write-ups	10 National-level interviews including discussions with group of private sector representatives Evening: Team check-in and write-ups	11 National-level interviews Evening: Team check-in and write-ups	12 Meeting with client re: info gaps and logistics for next week 2 team members do province visit and 2 team members continue national interviews Write-ups
13 Final drafts of each chapter by 5:00 ^a OR Team meeting to begin synthesizing findings across modules and prepare for additional data collection	14 Team meeting to synthesize findings across modules and distill conclusions and recommendations Write up options Send draft report to person doing quality review OR Additional national-level key informant interviews	15 Team members split to visit 2 more provinces Evening: Team check-in and write-ups	16 Conference call with person doing quality review to hear feedback on report Return from provincial visits	17 AM: Team meeting to share info from provincial visits, revisit findings and recommendations Briefing for client on preliminary findings and recommendations for stakeholder validation workshop OR Additional national-level interviews	18 Prepare for stakeholder validation workshop OR Additional national-level interviews	19 Stakeholder validation workshop OR Full-day final team meeting to formulate recommendations and validate findings
20 - Write-up results of workshop - Send latest draft of report to USAID mission within a week after departure				OR Finalize report after visit and return for validation and prioritization workshop		

그림 1-6. 평가 실행 계획서 및 방문 일정표

위의 그림 1-6에서 보여주듯이 평가 팀은 반드시 평가의 우선순위, 현재 가지고 있는 자원 및 평가 가능한 시간 등 여러 가지 요소들을 종합적으로 고려하여 평가 실행계획표를 작성하고 평가 일정표를 만들어야 한다.

2.2 평가의 예산 확보

팀의 리더는 반드시 평가의 계획단계에서 모든 평가비용에 대해 추산해 이에 근거한 예산 평가 템플릿을 작성한다.

Line Item		Rate	Unit	Number of days (Level of Effort)	Total (Rate × Quantity)
Labor (add lines for as many people as needed)					
Name	Team Leader	\$	/day	35 days	\$
Name	Team Member	\$	/day	30 days	\$
Name	Team Member	\$	/day	30 days	\$
Name	Team Member	\$	/day	30 days	\$
Name	Team Coordinator	\$	/day	10 days	\$
Name	In-country consultant/ logistics coordinator	\$	/day	15 days	\$
Subtotal Labor					\$ Subtotal
Travel					
Travel – airfare	Destination	\$	/trip	4 fares at that rate	\$
Per diem	Destination	\$	/days	12 days	\$
Other costs – local travel	Destination	\$	/trip	#	\$
Other costs – visa		\$	/trip	#	\$
Other costs – misc.		\$	/trip	#	\$
Subtotal travel					\$ Subtotal
Subcontracts/Outside services					
Conference room	Stakeholder workshop	\$	/day	# days	\$
Coffee service	Stakeholder workshop	\$	/person	# people	\$
Audiovisual equipment	Stakeholder workshop	\$	/day	# days	\$
Driver and car		\$	/day	# days	\$
Translators		\$	/day	# days	\$
Subtotal Subcontracts					\$ Subtotal
Other costs					
Postage		\$			\$
Communications		\$			\$
Other		\$			\$
Subtotal Other					\$ Subtotal
Total Assessment Budget					\$ (Sum of Subtotals)

그림 1-7. 예산 평가 템플릿(예시)

2.3 팀 멤버 회의를 조직한다.

평가를 시작하기 전 전체 팀 멤버들은 사전회의를 통해 평가의 목적, 보건의료체계평가의 매뉴얼 및 의뢰인의 요구 등을 명확하게 하고 모든 멤버가 평가의 목적, 의뢰인의 요구 평가의 진행과정, 최종적으로 얻으려고 하는 결과 등에 대해 정확하게 파악하도록 한다.

Step 3: 데이터를 수집한다.

3.1 문헌검토를 진행하고 초안을 완성하며 정보격차와 핵심정보에 대해 확인하다.

평가의 범위가 확정되면 평가 팀은 그 나라의 배경정보로부터 시작하여 모든 보건의료분야의 문서에 대해 검토하고 참고문헌의 형식으로 평가보고서에 넣는다. 이 과정에서 평가진행담당자는 평가 팀을 도와 문헌검토를 진행하고 현지 자료를 요청해 이 자료를 팀 구성원에게 분배해 작성시 사용할 참고문헌을 작성한다. 보건분야 전문가들이 그들의 전문분야와 상관된 문헌검토를 진행하고 참고문헌을 작성하며 그들이 맡은 분야의 평가 초안(Zero drafts)을 작성한다.

Zero drafts는 다음과 같은 기능을 가지고 있다.

- 현장방문 평가를 진행하기 전에 평가팀에게 정보의 격차 핵심정보 등을 알려준다.
- 현장작업을 진행하는데 있어서 장점, 단점, 기회 및 위협 등에 대해 강조한다.
- 설문지와 인터뷰 일정을 제시한다.
- 팀 리더와 팀 멤버들에게 빌딩 블록에 관한 정보와 이슈를 업데이트 한다
- 팀 리더에게 팀 멤버로 인해 생긴 잘못을 수정할 수 있는 기회를 제공한다.

3.2 연락처 목록과 인터뷰 가이드를 제정한다.

- 국가수준의 정보제공자에 대한 인터뷰

국가수준의 인터뷰를 통해 국가의 보건의료체계에 관한 정보를 수집한다. 이러한 인터뷰는 보건분야 전문가들이 필요로 하는 정보가 무엇인지 사전 논의로 도출해 진행한다. 현지 진행자, 의뢰인, 관계자 등을 통해 적합한 인터뷰 대상을 섭외한다. 평가팀은 인터뷰를 진행할 대상에 근거하여 질문을 준비하고 평가의 우선순위를 확인한다.

- 지역현지방문인터뷰

현지방문인터뷰 역시 국가수준의 정보제공자 인터뷰와 비슷한 형식으로 진행한다. 현지의 진행담당자가 인터뷰 대상자를 섭외하고 인터뷰 시간을 체크하고 팀 멤버는 인터뷰 가이드라인을 작성한다. 인터뷰에서 토론할 내용은 일반적으로 국가수준 인터뷰를 통해 결정된다. 현지방문 인터뷰를 진행할 때 평가팀은 다음과 같은 요소들을 고려하여야 한다.

- 방문할 지역의 및 인터뷰할 관계자를 얼마나 선정할지 결정해야 한다.
- 지역의 크기와 다양성을 고려하여야 한다.
- 지역의 보건의료체계의 관리자를 고려해야 한다.
- 얼마나 많은 보건시설을 방문하고 구체적으로 어떤 시설들을 방문할지 결정해야 한다.
- 보건의료체계평가의 목표와 정보의 격차를 확인하고 제일 우선적으로 질문해야 할 문제를 정리한다.

3.3 관계자 워크숍을 조직한다.

보건의료체계 평가를 진행하기 전, 진행한 후에 평가 팀은 관계자 워크숍을 진행해야 하는데 이는 국내 관계자들의 지지와 참여를 얻기 위해서이다. 이러한 워크숍

은 주로 팀 리더가 조직해야 되고 워크숍을 진행하기 전에 워크숍의 목적, 아젠다, 참가자목록 등에 대해 논의하고 결정한다.

Step 4: 평가결과를 분석한다.

4.1 보건의료체계분석(HSAA) 방법을 이해해야 한다.

보건의료체계 평가의 데이터 접근법은 다음과 같은 표로 표시할 수 있다.

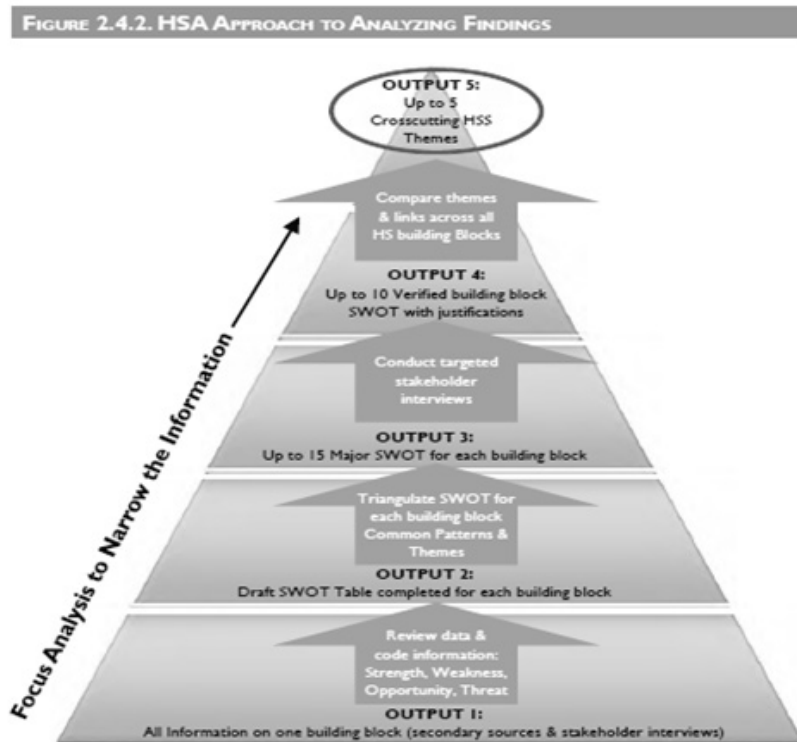


그림 1-8. 보건의료체계 평가 데이터 접근 단계

4.2 기존의 데이터와 코드 정보를 검토하다.

보건의료체계의 평가는 평가팀 멤버들이 기존의 막대한 2차 정보를 취합하는 것부터 시작된다. 정보취합은 보통 그 나라의 보건의료체계 데이터베이스에서 일반적인 보건의료 지표와 정보를 다운로드 하는 것이다.

그 다음으로 멤버들은 데이터를 취합해 빌딩블록별로 프로필을 작성한다. 빌딩블록별 모듈은 빌딩블록 프로필을 작성하는데 구체적인 정보 및 자료를 제공할 수 있다. 데이터 수집과 동시에 데이터 코딩과 데이터 분류를 해야 하는데 이는 평가팀이 수집한 정보를 이해하고 사용하는데 용이하다. 데이터 코딩은 데이터 구성, 검색, 해석을 가능하게 하고 평가를 체계적으로 할 수 있는 근거가 될 수 있다.

데이터를 조직하는 하나의 중요한 방법은 보건의료체계의 강점, 단점, 기회, 위협 등 네 가지 부분으로 분류하는 SWOT분석이다. 강점과 단점은 보건의료체계의 내재적인 것이고 기회와 위협은 외부에서부터 온다.

[Building Block]	
	Strengths
INTERNAL	Strengths are elements of the health system that work well, contributing to the achievement of system objectives and thereby to good system performance. Examples are the existence of training programs to improve human resource capacity or strong facility-level data collection and reporting capacity. Recommendations should build on the strengths of the system.
	Weaknesses are attributes of the health system that prevent achievement of system objectives and hinder good system performance. Examples are lack of public health sector partnerships with the private sector, health worker dissatisfaction with salaries, or extensive staff turnover. Recommendations should suggest how to resolve system weaknesses
	Opportunities
EXTERNAL	Opportunities are conditions external to the health system that can facilitate the achievement of system objectives. Examples are planned increases in donor funding or the existence of a vibrant private health sector with which to form partnerships. These factors can be leveraged when planning interventions.
	Threats are external conditions that can hinder achievement of health system objectives. Examples are inadequate budget allocations to health or a currency devaluation that will depress health worker income. Recommendations should suggest how to overcome these threats.

그림 1-9. 보건의료체계 SWOT 분석

4.3 SWOT를 삼각측량하고 일반적인 패턴과 이론을 확정한다.

보건의료체계의 문헌검토단계를 거친 멤버들은 앞으로의 평가를 위해 평가의 이슈를 선정한다. 삼각측량은 보건의료체계에 영향 주는 요소들을 강점, 단점, 기회, 위협 등으로 분류할 수 있다. 삼각측량은 평가팀이 문제의 원인 및 결과를 하는데 있어 대상범위를 좁힐 수 있다.

Strengths	Weaknesses
• Electronic HMIS system has been purchased • Strong project management team leading efforts to roll out electronic HMIS • Routine reporting taking place across public health facilities, generating data • Good technical infrastructure in place across health facilities to support SLUHS	• Limited staff to support needs of a nationally implemented electronic HMIS • Absence of unique patient identifier nationally limits capacity of SLUHS to track patients • Poor timeliness of data consolidation and dissemination limits effectiveness of data driven decision policy making • Limited funding to complete all projected phases of SLUHS roll-out
Opportunities	Threats
• Leverage the E-GRIP work plans and team to move the dialogue on a national identifier forward • Timely data from health facilities using the SLUHS increases the ability to drive demand for data • Leveraging fledgling telemedicine efforts at Tapion hospital promotes broader health improvement (internal and external to Saint Lucia)	• Weak functional specifications process at early stages of SLUHS acquisition limits ability to match functions to needs • Delayed focus on reporting capacity of the SLUHS may lead to further delays in consolidating data • Unknown data quality may weaken value of SLUHS rollout (GIGO) • Technical support requirements of the SLUHS will be beyond the manpower capacity of the HMIS unit

그림 1-10. SWOT 분석의 예시

4.4 특정대상자 인터뷰

평가팀은 평가를 시작하기 전에 기존의 정보에 대한 분석을 통해 그 나라의 보건 의료체계 빌딩블록의 성과 달성에 영향을 주는 정보의 격차에 대해 파악해야 한다. 특정대상자 인터뷰는 이런 정보의 격차에 초점을 두어야 한다.

특정대상자 인터뷰는 삼각측량과정을 추진하고 이를 통해 SWOT의 내용을 확정한다. 평가팀은 정부기관, 민간 부문, 시민단체들의 SWOT이슈에 대한 서로 다른 관점과 태도 및 그 원인을 기록해야 한다. 이러한 인터뷰를 통해 평가팀은 비공식적인 비용, 거버넌스, 새로운 계획 등 기존의 문헌검토에서 나타나지 않은 이슈에 대해 이해할 수 있다. 특정대상자 인터뷰를 통해 평가팀은 SWOT이슈를 그 나라의 보건의료 체계의 빌딩블록에 가장 크게 영향을 미치는 구체적인 10개 정도의 이슈로 범위를 줄일 수 있다.

4.5 팀 미팅: 빌딩블록별 이슈를 크로스커팅 이슈와 비교

빌딩블록 평가에 대한 분석은 평가팀 공동으로 진행하는 것이 적합하다. 평가를 통해 얻는 중요한 결과를 취합하고 함께 해결해야 할 문제를 평가할 수 있기 때문

이다.

크로스커팅 빌딩블록분석은 평가팀이 SWOT 분석을 진행할 만큼의 데이터를 수집했을 때부터 시작해야 한다. 즉 중간 평가를 진행할 때부터 시작하여 크로스커팅 빌딩블록분석을 실시하여 멤버들이 남은 기간을 이용하여 새로 발견한 정보의 격차를 줄이고, 처음에 예상한 결과와 관계자들의 제언을 입증하고 피드백을 받는 등 모든 계획을 현지 평가가 끝나기 전에 완성해야 한다.

Step 5: 평가보고서 작성

5.1 최종평가보고서 초안을 작성한다.

- 팀 리더는 멤버들에게 평가보고서의 구성 가이드를 제공하고 초고를 완성하는 기간을 알려줘야 한다.
- 국내 데이터 수집과 관계자 브리핑을 마친 후에 팀 멤버들은 최종회의를 진행하여 관계자 브리핑에서 받은 피드백을 최종평가보고서에 포함시켜야 한다.
- 일차초안이 완성되면 평가팀은 외부의 보건의료체계 전문가에게 평가보고서 초안의 검토를 의뢰하고 평가의견을 참고로 보고서를 수정한다.
- 이러한 일차 보고서 검토작업은 4주에서 6주 정도 소요되고 의뢰인에게 제출할 수 있는 형식으로 편집한다.

5.2 지방관계자들과 함께 평가의 결과와 결론을 확인한다.

평가 팀은 데이터 수집을 완성하고 현지 평가를 떠나기 전에 의뢰인의 요구, 평가의 범위, 예산 등을 놓고 관계자들과 워크숍을 진행한다. 만약 시간이 허락된다면 평가팀은 평가국내에서 데이터를 수집하는 기간 MOH관계자, 전문직 의사, 민간단체 리더들과도 미팅을 진행할 수 있다. 평가팀이 워크숍이나 미팅을 진행하는 목표는 다음과 같다.

- 평가의 결과에 대해 검토 받을 수 있다.

- 워크숍을 통해 다양한 분야의 관계자들과 대화를 나눌 수 있는 기회를 만들 수 있다.
- 부동한 빌딩 블록과 분야들 사이의 시너지 효과를 확인할 수 있다.
- 보고서를 작성 할 때 관계자들의 피드백에 근거하여 보고서를 수정할 수 있다.

워크숍에 참가하는 사람들은 주로 보건의료체계 평가에 참가하는 공공 혹은 민간 분야의 이해관계자, 평가를 통해 도출한 제언을 직접 시행하는 관계자, 및 평가의 비용을 제공하는 의뢰인 등이 있을 수 있다.

5.3 최종보고서 작성

최종보고서 작성은 국가와 국가 사이 혹은 의뢰인들의 요구에 따라 작성 방식이 많이 다를 수 있다. 일반적으로 팀 리더는 귀국하여 의뢰인, 관계자들과 워크숍을 진행하는데 워크숍을 진행하기 전에 평가팀은 의뢰인과 관계자들에게 보고서초안을 제공한다. 의뢰인과 관계자들은 워크숍을 진행하기 전에 보고서 초안을 충분히 검토해야 한다. 평가팀은 워크숍을 통해 의뢰인과 관계자들의 의견을 취합하고 최종보고서를 작성한다.

5.4 지역 관계자들과 우선순위를 선정한다.

평가 팀은 평가의 우선순위를 정하기 위하여 지역 관계자들과 우선순위 선정 워크숍을 진행한다.

- 지역사회의 보건의료체계에 대한 이해가 깊은 관계자들로부터 우선순위 선정의 조언을 받을 수 있다.
- 핵심적인 관계자들을 보건의료체계 평가과정에 참여시킬 수 있다.
- 평가의 진행과정에 대해 합의를 할 수 있다.

5.5 결 론

아래의 그림은 보건의료체계 평가의 보고서 작성과 검토의 전반 과정 보여주고 있다.

HSA Team incorporates relevant findings and reviewer feedback to create ^a :	This reviewer provides feedback:
Draft 1: Building block chapters; chapter on cross-cutting findings	Team leader
Draft 2: Building block chapters; chapter on cross-cutting findings	Team leader
Draft 3: Building block chapters; chapter on cross-cutting findings; executive summary; conclusions and recommendations	Team leader (and optional stakeholder validation workshop)
Draft 4: All sections drafted and organized; including front matter, references, and attachments	Technical reviewer ^b
Draft 5: All sections consolidated	Editor and team leader (may include several rounds of editing/discussions/Q&A)
Final Draft #1	Client and local government stakeholders
Final Draft #2	Editor and team leader (may include several rounds of editing/discussions/Q&A)
Final HSA Report - Complete	

그림 1-11. 보건의료체계 평가 보고서 작성 및 검토의 전반적 과정

제3절 국가 수준의 보건의료체계 평가

1. 국가와 보건의료체계 개요

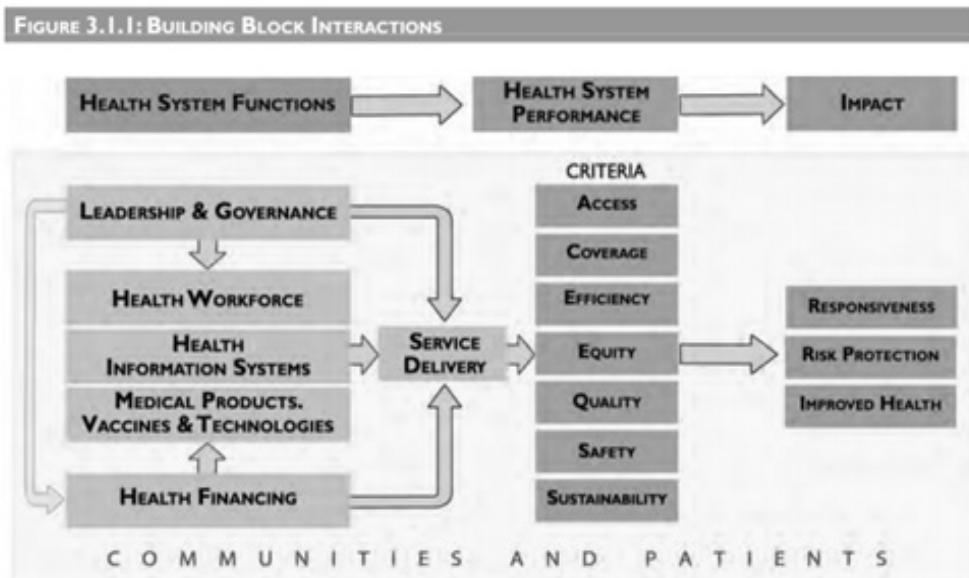


그림 1-12. 빌딩블록들 간의 상호작용

2. 보건의료체계에 영향을 미치는 이슈

1) 이슈

연구 대상 국가 내 국민의 일반적인 건강 상태를 이해하기 위해서는, 보건의료체계 평가(HAS)팀이 다음을 확인해야 한다.

- 사망률과 유병률의 주요 원인: 5-10개의 주요 원인을 나열한다.
- 높은 장애보정 생존연수(DALY: Disability Adjusted Life Years) 비율을 가진 질병을 5-10개 나열한다.

질병 부담의 패턴을 확인할 수 있고, 특히 HIV/AIDS, 말라리아, 성과 생식, 아동 건강에 관련된 우선순위를 확인하는 작업을 시작할 수 있다. 사망률과 유병률의 주 원인을 아는 것은 HAS를 위한 추천을 개발하고 우선순위화 하는데 중요하다.

표 1-10. 가이아나의 2008년도 사망률의 주요 원인들

Cause of Death	Rank	Total	Rate (per 1,000 population)
Ischemic heart diseases	1	631	0.8
Cerebrovascular diseases	2	567	0.7
Neoplasms	3	469	0.6
Diabetes mellitus	4	426	0.6
Hypertensive diseases	5	309	0.4
HIV disease (AIDS)	6	239	0.3
Intentional self-harm (suicide)	7	169	0.2
Heart failure	8	165	0.2
Acute respiratory infections	9	161	0.2
Cirrhosis and other chronic diseases of the liver	10	132	0.2
Land transport accidents	11	125	0.2
Assault (homicide)	12	118	0.2

Source: Health Systems 20/20 and Guyana Ministry of Health (2011), using data from the MOH 2008 Statistics Bulletin

2) 시스템적 이슈

시스템적 이슈는 특정 국가에 한정되며 보건의료 시스템 전체에 영향을 미친다. 보건의료시스템은 다음과 같은 이슈들에서 한계를 지닐 수 있다.

- 보건의료체계를 강화할 공공, 민간, 시민사회 조직들의 역량
- 조직의 활동 환경이 민간 부문의 기업과 서비스 제공자가 참여할만한 정도인가
- 보건의료체계 내 인적 자원의 적절성
- 비공식적 비용 또는 부패의 정도

(1) 영리민간조직 현황

HSA팀은 전반적인 민간 영역을 유지하고 확장시키는데 영향을 미치는 시스템적

이슈를 확인해야 한다. 민간 보건 부문의 행위자들은 다음과 같다.

- 민간 기업 및 제공자
- 상공 회의소
- 사업 협회
- 은행 지점장
- 비정부 기구
- 국제 금융 공사(International Finance Corporation, IFC)
- 보건의료체계평가 국가의 USAID 미션을 수행하는 경제 개발 사업부

(2) 공공, 민간, 시민 사회 조직의 보건의료체계 강화 역량

보건의료체계를 평가하기 위해서는 보건의료체계 강화 자체에 관여하는 조직들이 얼마나 기여하는지가 중요하며 단순히 보건의료를 제공하는 것에서만 그쳐서는 안 된다. 지역 자원으로부터의 기술적 지원이 없다면, HSS를 위한 노력은 국제 원조의 자원에 기반할 수밖에 없고, 이는 더 비용이 많이 소요될 뿐만 아니라 지역사회주민의 주인의식 수준 역시 감소하게 된다.

표 1-11. 보건의료체계를 강화할 수 있는 역량을 측정하는 틀

Role and Function	Organization
Leadership to set direction, align stakeholders with the direction, mobilize resources, set standards, and monitor implementation	MOH (e.g., planning department)
Research to provide the evidence for health system changes	Research institutions (e.g., universities, think tanks)
Technical assistance to address specific problems	Consulting firms, NGOs, and universities
Training to develop professionals with expertise in strengthening health systems	Training institutions (e.g., universities)
Advocacy organizations to build support and hold government accountable	NGOs
Standard setting	Professional organizations, MOH

3) 정치적, 거시 경제의 이슈

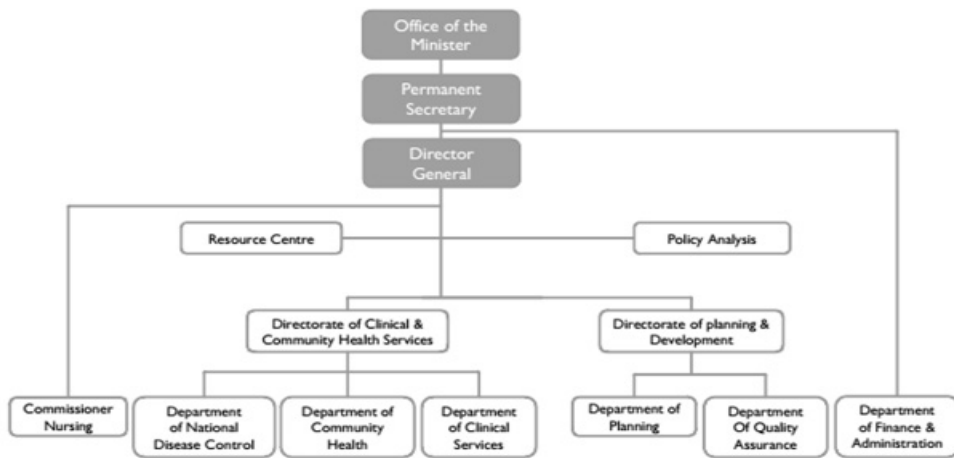
이 섹션은 국가 정책 및 프로그램을 위한 거시적 수준에서의 의사결정 과정, 국가 내에서 사용 가능한 자원의 수준, 누가 자원을 통제하는지에 대해 파악하는 것이다. 또한 민간 부문의 활동을 촉진하는 기제가 있는지와 혁신적인 재정 체계가 있는지의 여부를 알아본다.

이를 위해서는, 해당 국가의 정치적 구조에 대하여 조사하고, 어떤 제도와 행위자들이 기술적/재정적 지원을 하는 이해당사자와 협력을 해야 하는지, 그리고 어떤 시스템이 재정 및 프로그램의 책임을 보장해줄 것인지 등에 대한 정보를 알아봐야 한다. 또한, 거시 경제적 환경에 대한 설명뿐만 아니라, 도로, 대중교통, 전기 및 정보 통신과 같은 국가의 사회인프라에 대한 정보도 제공되어야 한다.

3. 보건의료체계의 일반적 설명

1) 정부, 민간, 시민 사회 행위자들

보건의료체계의 전반적인 기능을 이해하기 위한 핵심은 보건 서비스 디자인 및 공급에 관여되어 있는 주 정부 당국과 민간 기관들의 구조와 상호작용을 이해하는 것이다. 이러한 과정에는 보건 당국과 재무부, 다른 주요 당국들, 사회 안전 프로그램, 건강 관리 기관, 민간 보험 회사, 민간 상용 서비스 공급자, 비정부 기구 등이 포함될 수 있다. 이러한 분석은 보건의료체계평가 팀이 평가를 진행하는데 있어서 적합한 이해관계자를 확인할 때 도움이 된다. 조직도는 구조와, 주요 단위/분과, 기능, 책임의 단계를 이해하기 위해 조직의 형태를 구조적으로 제시하는 유용한 방법이다 (그림 1-13).



Source: Ministry of Health, Health Systems 20/20, and Makerere University School of Public Health, February 2012.

그림 1-13. 우간다 보건 당국의 조직도

2) 보건 시설과 서비스

서비스 제공의 기능은 보건의료체계가 질 높은 서비스를 제공할 수 있도록 하는 역량에 달려있다. 보건의료체계평가 팀이 보건의료체계의 완벽한 서비스 제공 체계를 구축하기 위해서는 팀 리더가 보건 시설과 인적 자원의 수에 대한 가장 최근의 정보를 사용하여 표 1-12와 같이 완성해야 한다.

표 1-12. 국가의 서비스 제공 체계 : 시설과 인적자원 예시 표

Setting	Public	Private				Total
		For-profit	Not-for-profit or NGO	FBO	Total Private	
Facilities						
Hospitals						
Clinics						
Health posts						
Laboratories						
Pharmacies						
Others (e.g., voluntary counseling and testing centers)						
Human resources						
Doctors						
Nurses						
Midwives						
Traditional healers						
Other						

평가팀은 대부분의 개발도상국에서 민간 보건의료서비스에 관한 정보가 없다는 점을 주목해야 한다. 이러한 정보를 얻기 위해서 팀 리더는 민간 제공자 협회와 연락을 취해 어떻게 부문이 조직이 되는지, 누가 그 멤버인지와 정부 또는 공여자와의 파트너 형성에 있어 그 역할과 경험에 대하여 알아보아야 한다. 비공식적 보건 부문에는 전통적 치료사들과 의약품 암시장 등이 포함되는데, 이와 같은 비공식적 보건 부문과 파트너십을 맺는 것은 특정 목표 인구의 행동을 변화시키기 위한 효과적인 방법이 될 수 있다. 많은 국가들의 데이터가 도시와 교외 지역의 서비스 제공자 분포와 같이 산발적으로 존재하고 있는 상황인데, 이러한 분포는 접근성, 질, 형평성과 같은 차원을 분석하는 데에 중요하다.

3) 지방분권화의 정도 및 수준

지방분권화는 한 국가의 중심부와 지방 사이의 정치적, 경제적, 재정적, 행정 시스템을 위한 권력과 책임을 분배하는 것이다. 평가를 시작하기 전에 해당 국가의 보건의료 체계의 측면을 이해하는 것이 중요한데, 그 이유는 그것이 어떻게 보건의료체계가 조직됨으로써 어떤 수준에서 기인하고, 어떤 다양한 종류의 데이터가 모이는지를 보여주기 때문이다. 평가 팀의 목표는 보건의료체계의 기능에 관련하여 정부의 다양한 수준에서의 책임을 확인하는 것이다. 지방분권화의 수준과 깊이에 따라, 책임도 다르게 할당되기 때문이다. 지방분권화의 정도를 평가하는 데에 사용될 수 있는 한 가지 방법은 정부의 각 수준에 해당되는 책임이 어느 정도인지 확인하는 것이며 (표 1-13), 표 1-14은 그 내용을 채워 넣은 완성본으로, 잠비아에서 지역 수준에 해당되는 보건의료체계 책임 역할을 보여주는 것이다.

표 1-13. 보건의료체계의 지방분권화의 수준

Health System Functions	Level of Government		
	National	Subnational (Provincial, Regional)	Local Level (Municipality, District)
Financing			
Revenue generation and sources			
Budgeting, revenue allocation			
Expenditure management and accounting			
Financial audit			
Human resources			
Staffing (planning, hiring, firing, evaluation)			
Contracts			
Salaries and benefits			
Training			
Service delivery and program or project implementation			
Hospital and facility management			
Defining service packages (primary, tertiary care)			
Targeting service delivery to specific populations			
Setting norms, standards, regulation			
Monitoring and oversight of service providers			
User participation			
Managing insurance schemes			
Contracting			
Payment mechanisms			
Operation maintenance			
Medicines and supplies (ordering, payment, inventory)			
Vehicles and equipment			
Facilities and infrastructure			
Information management			
Health information systems design			
Data collection, processing, and analysis			
Dissemination of information to various stakeholders			

Note: For each level of government, determine whether that level has extensive, some, limited, or no responsibilities for the function.

표 1-14. 잠비아의 지역 수준에서의 책임 수준

Health System Functions	Local Level (Municipality, District)
Financing	
Revenue generation and sources	No responsibilities: District Health Management Team (DHMT) and District Health Board (DHB) almost totally dependent on central allocations, but currently receiving about 50 percent of the MOH/Central Board of Health (MOH/CBOH) budget
Expenditure management and accounting	Some responsibilities: DHMT and DHB develop and manage budget plans with central review, but face restrictions on the percentage spent on administration, capital, percentage allocated to different levels
Human resources	
Staffing (planning, hiring, firing, evaluation)	Some responsibilities: DHBs have hiring and firing authority only for delinked personnel (which applies to nonprofessional certified staff only after 1997)
Contracts	Extensive responsibilities: Contracting of nonpermanent staff
Salaries and benefits	No responsibilities: Salaries and allowances centrally determined
Service delivery and program or project implementation	
Hospital and facility management	No responsibilities: Major hospitals managed by centrally appointed boards; facility committees composed of health workers and community representatives; facility action plan and budget prepared with technical support from DHMT and approved by DBH and CBOH
Managing insurance schemes	Extensive responsibilities: Prepayment schemes allowed in all districts
Payment mechanisms	Extensive responsibilities: Districts allowed and encouraged to use variety of payment mechanisms including per capita and accepting prepayments and in-kind payments

Source: Adapted from Bona Chitah and Bossert (2001)

4. 평가 지표

1) 주제 영역(topical areas)

이 지표는 9가지 주제 영역으로 구성되어, 기본적인 건강 결과뿐만 아니라 사회-경제적 데이터까지 포함한다. 지표들은 평가 국가의 건강 상황에 대한 배경 정보를 제공하기 위해 선택되며, 9가지 주제 영역은 다음과 같다: 인구 역학, 소득 및 불평등, 교육, 생식 건강, 사망률, 식수 및 위생, 영양, HIV 결핵 말라리아, 면역.

2) 조사 대상 국가의 보건 전략

보건의료체계평가의 성공에 중요한 요소는 연구 대상 국가에 기존에 존재하는 국가 보건 전략뿐만 아니라 보건의료체계 각각의 빌딩 블록 영역에 해당되는 전략들에, 새로 알게 된 것과 추천할만한 것이 적합한지를 이해하는 것이다. 보건의료체계의 강점과 약점을 알아보기 위한 한 가지 방법은 보건의료체계평가 데이터와 국가 보건 전략이 세운 목표를 비교해보는 것으로, 질문은 다음과 같다:

- 국가 전략의 모든 요소들이 실행되었는가?
- 보건의료체계 결과를 향상시키기 위해 국가가 목표를 달성하고 있는가? 왜 그런가 또는 왜 그러지 못하는가?
- 전략을 달성하여 원하는 목표를 이루기 위한 정치적 의지가 있는가?
- 민간 부문이 어떻게 참여하고 있는가?

제4절 보건의료체계 강화를 위한 공여자의 지원

1. 공여자 도표화(donor mapping)

공여자 도표화는 다양한 행위자들과 보건의료체계에 있어 그들의 개입과 책임에 해당되는 역할을 확인하고, 평가의 마지막 단계에서 우선순위를 선정하기 위해 중요하다. 공여자는 보건의료체계 재정, 옹호 세력 형성, 기술적 지원, 서비스 및 제품 제공에 있어 중요한 역할을 한다. 표 1-15는 공여자를 도표화 한 매트릭스의 예시이며, 표 1-16은 앙골라에서 직접 보건당국으로 제공되거나 다른 프로젝트나 조직을 통해 제공되는 형태의 자금 또는 상품에 관한 공여자 산출물과 앙골라 정부가 그 자체의 예산을 통해 무엇을 재정 운영하고 있는지 보여주는 예시이다.

표 1-15. 앙골라의 공여자 지도 제작 예시

Donor	Field of Intervention and Activities	Timeline and Duration	Amount of Commitment	Project Location	Counterpart
Global Fund	Malaria (Round 3)	2006-2007	USD 38 million (requested), USD 28 million (approved)	National level	MOH
	HIV/AIDS (Round 4)	2006-2007	USD 92 million (requested), USD 28 million (approved)	National level	MOH
European Union	At the national level, strengthening blood bank system	2004-2007		Luanda, Benguela, Huila, Huambo, Bie	
	At the provincial level, support national rehabilitation program	2003-2007	Euro 14 million	Provinces	

Note: This example is shortened for training purposes. It does not include all donors.

표 1-16. 앙골라의 보건의료체계에 공여자와 정부의 개입 비교

Interventions	Donors				MOH	
	WHO	UNICEF	EU	Global Fund (UNDP)	Strategic Plan for the Accelerated Reduction of MMR and IMR	Sector Development Plan 2002-2005
National health policy and strategy	X		X	Angola is the principal recipient of the first round of Global Fund funds, so UNDP will design a program to strengthen the MOH and health system. Program to be implemented over 2006-2007.	X	X
Norms and protocols	X	X	X			
Increase integration and coordination between the vertical public health and the provincial health directorates		X	X		X	
Basic or financial management training or both		X	X		X	
Clinical training	X	X			X	
Provincial supervision of municipalities		X			X	
Mapping all health facilities in the municipalities		X	X		X	
Health profile of municipal population					X	

Source: Connor, Rajkoti, Lin, et al. (2005)

Note: EU = European Union; UNDP = United Nations Development Programme; MMR = maternal mortality ratio; IMR = infant mortality rate

2. 공여자 간의 조정(donor coordination)

공여자들이 확인되고 나면, 보건의료체계평가팀은 공여자들 간의, 그리고 공여자와 지역 정부가 어느 정도 조율과 협의를 거치고 있는지를 평가해야 한다. 공여자들의 일관성 없는 정책은 파트너들에게 부담이 되지만 체계적인 협력은 원조의 효과성을 높이고 궁극적으로 지속가능한 발전을 가능하게 한다. 공여자들 간의 협동과 조화의 수준을 평가하기 위해서, 다음과 같은 질문에 대한 대답이 필요하다.

- 공여자들이 서로의 기여가 중복되는 것을 피하기 위해 누가 무엇을 하는지 정보를 공유하고 있는가?
- 공여자들이 그들 스스로 명확한 합의점을 가지고 있는가(역할, 연봉, 또는 누가 어떤 재정을 담당하고 있는지에 관해)?

- 공여자들이 표준화된 시스템과 절차를 실행하고 있는가?
- 다양한 공여자들이 똑같은 활동에 자금을 댈 때, 공여자 요구조건들이 조화를 이루고 있는지 확인해야 하는데, 정부가 이러한 노력들을 조화를 이루도록 조정하고 있는가?

제5절 보건의료체계 요소별 평가 지침

1. 서비스 전달체계

국가 수준의 서비스 전달체계를 평가하기 위해서는 크게 서술형과 그림형 크게 두 가지로 나눌 수 있다. 서술형은 주제별로 나누어 서비스 전달체계를 설명하는 것으로 보건의료인프라, 보건의료인력, 보건부 구조 등으로 구분해 투입, 산출, 과정 등이 어떤지 자세히 설명할 수 있다. 반면 그림형은 상호관계 및 기능을 쉽게 알아볼 수 있다는 점에서 용이하다. 특히 지도를 단순히 그리면 국가 수준 서비스 전달체계에서 여러 이해당사자를 파악할 수 있다.

아래 그림 1-14 수준별 서비스 전달체계는 우크라이나의 보건의료서비스 전달체계를 1, 2, 3차 의료로 다시 구분해 이해당사자를 구분한 그림이다. 그림을 통해 보건의료전달체계에서 민간/공공이 하는 역할을 명확히 구분할 수 있고 어떻게 작동하는지를 파악할 수 있다. 서비스 전달체계에서 투입물(input)과 과정(process)을 평가할 때, 어느 부문에서 이점(advantage)을 가지는지 정확히 파악하는 것이 중요하다. 예를 들어 민간 부문이 가격은 비싸지만 최신식 의료기술 및 기기를 가지고 있는데, 공공 부문이 민간 부문과 협력을 한다면 가격을 낮추고 보장성을 높일 수 있다. 그러므로 보건의료서비스 전달체계 전체를 파악할 때, 민간과 공공의 관계 그리고 각각의 영역이 가진 장단점을 파악하는 것은 의미가 크다고 할 수 있다.

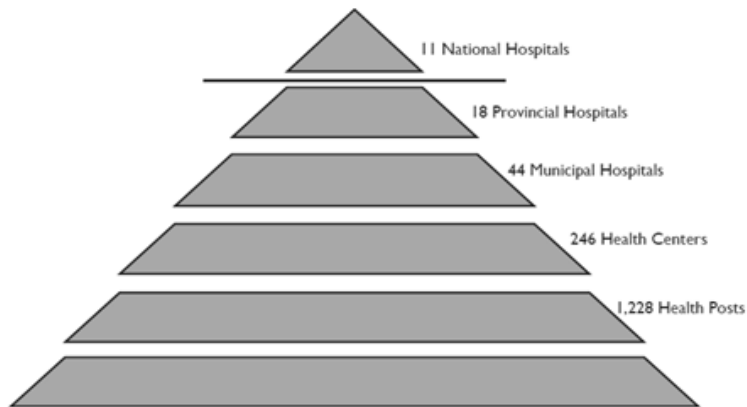


그림 1-14. 수준별 서비스 전달체계

서비스 전달체계를 평가하기 위한 주제별 분류는 보건의료서비스 조직, 보건의료 서비스 접근성, 보장성 및 수요, 서비스 전달에서의 형평성, 보건의료서비스의 질, 보건의료서비스 결과(outcome)로 나눌 수 있다.

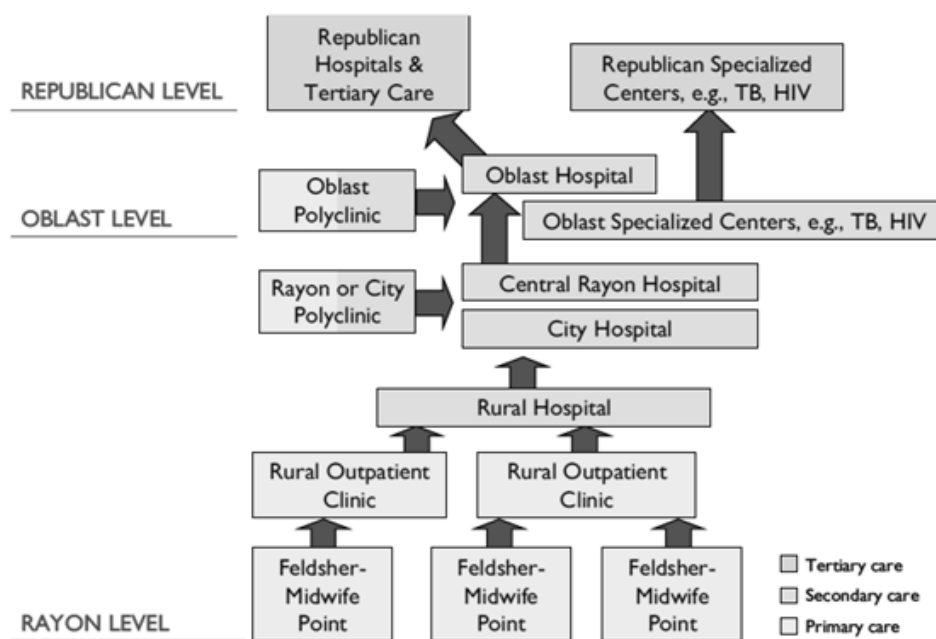


그림 1-15. 우크라이나 보건의료서비스 전달체계 모식도

1) 보건의료 서비스 조직

WHO(2001)은 보건의료서비스 전달에서의 조직을 공공/민간부문에 속해 있는 보건의료 인프라의 전반적인 범위, 서비스의 지속성(continuity of care), 공공/민간 부문의 서비스 통합 모두를 일컫는다고 말한다. 공공/민간의 서비스가 통합이 더 잘되고, 서비스가 지속성이 높을수록 환자의 수요를 만족시키는 전달체계라 할 수 있다. 전달체계는 일차의료, 지역수준, 국가 보건부 수준에서 평가하는 척도가 달라질 수 있지만 대체로 표 1-13에서 나타낸 바와 같이 수치화된 지표로서 평가를 할 수 있다.

2) 보건의료 서비스 접근성

서비스 접근성은 적절한 서비스에 대해 인구 집단이 얼마나 접근할 수 있는지의 능력을 가르친다. 특히 접근성에는 거리, 교통수단, 경제적 수준, 문화적합성 등 다양한 요소가 영향을 미친다. 예를 들어 지역사회 수준에서의 보건의료를 분석함으로써 서비스 접근성을 저해하는 다양한 장애물을 파악할 수 있으며, 이해관계자와의 인터뷰를 통해서 얼마나 정책이 잘 시행되고 있는 지에 대해서도 평가할 수 있다.

3) 보건의료서비스의 보장성, 이용, 수요

효과적인 보장성이라 함은 실제로 서비스를 필요로 하는 인구집단이 얼마나 서비스를 받느냐를 의미한다. 이용을 측정하는 지표는 여러가지가 있지만 가장 많이 사용하는 지표는 병원에 진료를 받으러 다니는 외래 환자수이다. 또한 의료서비스에 대한 지식, 태도, 실제 서비스가 어떻게 행해지는지에 대해 측정한 지표(KAP: Knowledge, attitudes and practices) 역시 핵심지표이다. 다른 부문을 평가할 때와 마찬가지로 수치화된 지표와 함께 이해당사자와의 인터뷰를 통해 정보를 얻어 내는 방법 역시 보장성과 수요를 파악하는데에 용이하다.

4) 서비스 전달에서의 형평성

여러 인구집단 사이에서 얼마나 형평성 있게 서비스를 공급받느냐는 결과로써 건강을 향상시키느냐의 여부를 결정하는 중요한 요인이다. 하지만 세계은행의 보고에 따르면 여전히 국가 내 저소득층이 어떠한 보장제도의 혜택을 받지 않은 채로 자신의 비용을 지불하면서 서비스를 제공받고 있는 것으로 나타났다. 젠더 역시 서비스 형평성에서 중요한 이슈이다. 특히 문화적 환경으로 HIV/AIDS 치료에 제한을 받으며 가족 내 의사결정을 하는데에 있어서도 권리에 제한이 많다. HIV/AIDS가 젊은 여성의 유병률에서 큰 부분을 차지하는 질병임을 감안한다면 젠더의 형평성 역시 지나칠 수 없는 문제이다.

5) 보건의료서비스의 질

보건의료서비스가 적정수준의 질을 유지하기 위해서는 보건의료체계가 지속적으로 서비스의 질에 대해 모니터링 및 감독을 해야 한다. 특히 보건의료서비스의 질에 대한 정보는 서비스 제공자 및 정책 결정자가 이용하므로 중요하다. 보통 서비스의 질은 국가가 요구하는 기준에 맞추어 평가가 이루어지지만 실제로 많은 개발도상국에서는 기준과 현실의 격차가 매우 큰 경우가 많다. 서비스 제공자가 기준에 맞는 서비스의 질을 유지하기 위해서는 정책 문서가 현재 상황에 입각해 작성되어야 할 뿐만 아니라 현실과 기준의 격차를 줄이기 위한 노력이 필요하다.

6) 보건의료서비스 결과(outcome)

지금까지의 지표는 대부분, 접근성, 형평성, 효율성, 지속가능성 등 성과에 기반하였다면 서비스 결과에서는 인구에 기반한 건강 지표를 사용해야 한다.

7) 서비스 제공 지표

표 1-17. 서비스 제공 지표

분류	지표	
서비스 제공	보건 서비스 조직	인구 10,000명당 병상 수 참조: $[(\text{모든 수준의 병상의 총 수}) / (\text{국가의 인구})] \times 10,000$
		총 인구에 대한 보건의료 전문인들의 비율 참조: 인구 10,000명 중 의사, 간호사, 조산사, 약사, 연구소 기술자의 비율 $= [(\text{보건의료 인력의 총수}) / (\text{국가의 인구})] \times 10,000$
		병원, 클리닉, 진료소(health posts), 양로원, 실험실 등과 같은 보건 시설이나 공공/민간 기구의 총 수
		고용인들과 지역사회를 위해 보건의료 서비스를 제공하는 상업 단체
		포괄적인 환자 수송 시스템의 존재유무 확인 및 활용방안 묘사
	보건의료 서비스에 대한 접근	공공 및 민간 보건의료 서비스의 운영 시간 참조: 조사 대상 기관에서 가능한 서비스 (면역, 결핵, HIV, 부모양육, 가족계획, 말라리아, 영양실조 등) 운영 시간과 기관의 운영 일수의 비율

분류	지표		
		보건 시설의 X km 반경 내에 사는 사람들의 백분율	
		인구 10,000명당 보건 시설의 수와 분포	
		인구 10,000명당 입원/외래환자 병상의 수와 분포	
		보건 시설의 일반적인/특수적인 서비스 준비 상태 점수	
		인구 10,000명당 특정 서비스를 제공하는 보건 시설의 수와 분포	
		재정상의 접근성 참조: 전체 보건의료 지출에서 현금 지출의 비율, 민간 보험 지출 중 현금 지출의 비율	
		보험료 사용 면제	
	보건의료 서비스의 보급, 활용 및 수요 확인	일차의료 또는 일 년간 보건 시설에 대한 외래 환자 개인의 방문 수	
		산전의 건강관리(antenatal care) 보장, 적어도 한 번 이상 방문 (%)	
		능력 있는 보건 인력에 의한 출산 (전체의 %)	
		피임실태 조사 (15-49세 여성의 %)	
		가족계획에 있어 충족되지 않은 요구사항 참조: 성적으로 활발하지만 적어도 2년 또는 그 이상 동안 자녀를 가지기를 원하지 않는 여성과 피임 기구를 사용하지 않는 여성의 비율	
		5세 이하 아동들 중 급성 호흡기 질환으로 보건 시설을 방문한 아이들의 비율 참조: 5세 이하 아동들 중 설문조사가 시작되기 전 2주 내에 기침과 빠른 호흡 또는 열로 인해 보건 시설에 온 아이들의 수 / 5세 이하 아동들 중 설문조사가 시작되기 전 2주 내에 기침과 빠른 호흡 또는 열과 같은 증상을 보인 아이들의 총 수	
		1세 유아 가운데 디프테리아, 파상풍, 백일해 (DTP3) 면역 보장	
		HIV 테스트를 받은 인구의 비율, 성병(STI)을 치료받은 비율, 항레트로바이러스 약을 복용한 인구의 비율	
		소비자 지식 및 수요	주요 보건 이슈와 서비스에 대한 지식, 태도 및 실행 (KAP: Knowledge, Attitudes and Practices) 참조: 결핵과 같은 주요 보건 이슈와 서비스에 대한 KAP 설문 데이터는 다음과 같은 사항들을 확인할 수 있다: 지식 격차, 이해와 행동을 조성하는 문화적 신념 또는 행동 패턴, 흔히 알려진 정보와 흔한 행동 패턴

분류	지표		
			소비자 프로필
	보건의료 서비스 제공의 형평성	HIV/AIDS 테스트, STI 치료 등을 받은 여성 % 대 남성 %의 비율	
		자원 및 소득 계층에 따른 특정 건강 개입(health intervention)을 위해 의료서비스를 찾는 여성의 비율	
	보건의료 서비스의 질	의료의 질을 높이기 위한 국가 정책의 존재 유무	
		지역 수준에서 사용할 수 있는 실용적 틀에 적용한 임상적 기준	
		충분하게 준비되어있는 일차의료시설의 비율	
		지역 수준의 관리자에 의한 임상적 감독의 존재 유무	
		관리 이외에 의료의 질을 보장하기 위한 다른 과정이 있는지의 유무	
	보건의료 서비스 결과	출생 시 기대수명 (년도)	
		유아 사망률 (신생아 1,000명 당)	
		모성 사망률 (신생아 100,000명 당)	
		15-49세 사이의 인구 가운데 HIV 유병률	
		설사 발병률 확인 및 치료 참조: 설문 조사 전 2주 내에 설사를 하는 오세 이하의 아동들의 비율을 조사하고, 그 중 경구용 수액제를 복용한 비율을 조사	

2. 보건의료 인적자원

WHO(2006)는 보건의료 인적 자원을 건강을 향상시키기 위해 관여하는 모든 사람이라고 정의했다. 여기에는 간호사, 의사뿐만 아니라 비의료인이라 하더라도 보건의료부문에 활동하는 모든 사람을 일컫는다. 최근에 일부 국가에서는 지역사회 내 보건의료인력의 비중이 증가하면서 중요성 역시 커졌다. 향후 지역사회 내 보건의료역량을 평가하기 위해서는 CHW(Community Health worker)를 배제하고는 불가능할 것이다. 또한 WHO는 건강을 향상하기 위해 다양한 부문의 협력이 필요하다고 말했는데, 이는 보건의료 인적자원의 종류 및 수가 계속해서 증가할 것임을 의미한다.

서비스 전달체계에서와 마찬가지로 인적 자원이 어떻게 조직에 따라 분포되어 있는지를 파악해야 한다. 인적 자원의 교육 수준, 훈련 여부, 자격증 등 현황을 파악할 수 있는 자료가 보건부에 있는지 문의해야 한다.

특히 대부분의 개발도상국에서는 보건의로 인적자원에 대한 결정이 중앙 정부 수준에서 이루어 질 뿐만 아니라 보건의로 인력 자체가 민간부문에는 거의 부재하고 공공 부문에 집중되어 있는 경우가 많다. 그러므로 국가의 정치경제적 변화에 따라 보건부 내 변화가 인적자원에 큰 영향을 미치기 때문에 전반적인 상황을 고려할 필요가 있다. 또한 인적 자원에 대한 관리 및 교육은 노동부, 지역 정부, 교육부 등 정부 내 다양한 부처가 이해관계를 가지고 있는 사안이기도 하므로 이해 관계자를 파악하는 것 역시 중요하다.

1) 현재 보건의로 인적자원 현황

현재 보건의로 인적 자원에 대한 현황을 수치를 통해 파악하는 것은 상황을 가장 빠르게 그리고 객관적으로 파악할 수 있다는 점에서 좋다. 예를 들어 인구 당 의사 수를 알아보았을 때, 다른 국가에 비해 현저히 수가 적을 경우에 정부 수준에서 인력 양성 계획을 세울 수 있다. 우선 단계로 가장 시급히 시행되어야 할 것은 정부가 여러 곳에 혼잡하게 분포되어있는 정보를 모두 모아 체계적으로 정리를 하는 것이다. 특히 의료인력의 지리적 불균등을 해결하기 위해서는 가장 시급한 과제이기도 하다.

2) 보건의로 관리 체계를 위한 인적 자원

보건의로 관리라 함은 조직 내 인력들이 자신의 역량과 기술을 기를 수 있도록 도와주는 조직의 기능이라 할 수 있다. 특히 조직 자체가 효율적으로 작동되기 위해서는 관리체계는 중요하다. 대부분 개발도상국은 효과적인 인적 자원 관리체계를 달성하기 어렵다. 중앙 정부 차원에서 의사결정이 이루어지는 경우가 대부분이고, 정치적 상황에 따라 정책이 빈번히 변하기 때문이다. 이 요소를 평가하기 위해서는 긍정적인 근무환경을 조성할 수 있는 제도 및 역량과 근무자의 생산성을 높일 수 있는 정책을 시행하기 위한 요소를 알아내는 것이 중요하다.

3) 보건의료 인적 자원 정책 및 계획

정책은 교육기관에 입학하고 나서부터 근무지에서 퇴직하기까지 인력들이 전 과정을 마칠 수 있느냐를 의미한다. 정책이 구체적인지 뿐만 아니라, 수요자의 요구에 맞추었는지를 평가해야 하며 인적 자원 뿐 만 아니라 보건의료체계 전체를 바라보는 시각에서 정책이 얼마나 효과를 발휘할 것인지를 고려해야 한다.

4) 보건의료 인적 자원의 재정

어느 영역에서나 마찬가지로이지만 인건비는 예산에서 가장 큰 부분을 차지하는 요소이다. 특히 개발도상국의 경우에는 서비스 기관을 확충하는 것에서부터 인력 양성까지 여러 곳에 예산이 쓰여야 하므로 효과적인 서비스의 질과 인적 자원의 생산성 두가지를 향상시킬 수 있는 방법이 필요하다. 구체적으로 선진공여국들이 얼마나 개발도상국에 재정지원을 하는지 그리고 현지 인력의 월급 및 인센티브가 객관적으로 책정되었는지 등을 파악해야 한다.

5) 보건의료 인적 자원에 대한 교육 및 훈련

교육 및 훈련은 보건부의 역할도 중요하지만 총 관리책임을 맡는 교육부의 역할이 중요하다. 지금까지 교육기관(대학교 등)의 교육에서부터 현장에서의 근무할 때의 훈련까지 교육과 관련되는 모든 부문을 보건부와 교육부가 함께 해왔다. 하지만 최근에는 민간부문, 비정부 기관 등이 적극적으로 훈련 및 교육에 참여하면서 반드시 고려해야 할 요소로 등장했다. (일부 국가에서는 사립 훈련 기관이 공공 훈련 기관을 대체하는 양상을 보이기도 한다.) 실제 교육을 통해 인적 자원이 자신의 역량을 얼마나 발휘하게 되었는지 전후 평가와 국제기구/공여국 등의 재정지원으로 교육 및 훈련이 가능한지, 혹은 이미 시행되고 있는지를 파악한다면 향후 공여국으로서 사업을 시행할 때 도움이 된다.

6) 보건의료 인적 자원에서의 파트너십

공여국과 국제기구는 개발도상국의 인력 양성을 위해 이미 많은 프로그램을 시행

하고 있다. 기존의 사업과 앞으로 시행할 사업이 겹치는 부분은 없는지, 또는 추가되어야 할 부분은 무엇인지 파악을 함으로써 향후 사업이 좀 더 긍정적 결과를 불러올 수 있도록 한다. 특히 공여국과 국제기구의 파트너십을 파악할 때는 현지 국가의 보건부와 파트너십을 맺고 있는지 파악을 한 후 기존의 파트너십에 흡수가 가능한지의 여부를 결정한다면 비용대비효과를 극대화할 수 있다. 교육 및 훈련의 구체적인 내용에 대해서는 얼마나 자주 시행하는지, 내용에 대한 만족도 여부를 알아 볼 수 있다.

7) 리더십

국가 수준의 리더십이 없다면 국민의 건강을 향상시키기란 불가능하다. 예를 들어 케냐 대통령은 국민의 건강을 매우 심각한 문제로 지적하면서 이후에 건강과 서비스 접근성을 향상시키기 위한 일련의 정책을 펼친 바 있다. 하지만 국가 수준의 리더십을 측정하는 것은 다른 부문을 측정하는 것보다 어려운 일이다. 가능하다면 가장 먼저 국회의원 등 높은 직급의 이해당사자와의 인터뷰를 통해 현황을 파악하며 얼마나 본 기관이 국가의 리더십을 발휘하는데 도움을 줄 수 있는지를 알아본다.

8) 보건의료인력 지표

표 1-18. 보건의료체계 인력지표

분류	지표		
보건 의료 인력	현재 보건 자원 현황	1,000명당 서로 다른 보건의료인 (health per- sonnel)의 비율	1,000명의 인구 당 보건 간부(health cadre)의 비율
		(health per- sonnel)의 비율	의사/간호사/조산사/약사/연구소 기술자의 총 수
		간부단 및 섹터의 총 수	섹터 별 의사/간호사/조산사/약사/연구소 기술 자의 총 수
		지리적 분포에 따른 보건의료 근로자의 비율	간부단과 지리적 지역에 따른 보건의료 근로자들 의 비율

분류	지표		
		지난 5년간의 트렌드	보건의로 전문가 인구 비율의 시간에 따른 비율의 변화
			간부단과 섹터의 총 수의 시간에 따른 변화
			지리적 지역에 따른 보건의로 전문가들 비율의 시간에 따른 변화
	보건 자원 관리 시스템	예산과 더불어 보건 자원(HRH: Health Resource for Health)에 대한 포괄적인 전략의 유무	
		국가와 지역 수준에서의 전략적이고 운영 가능한 보건 자원 관리 기능 및 구조의 활용 가능성	
		보건 인력이 목표 및 타깃을 달성하기 위해 활용 가능한 환경이 있는지의 여부	
		HRH 정보 시스템 및 시스템 사용 가능성	
		보건 인력의 성과, 생산성, 기대를 향상시키고 모니터링하기 위해 사용되는 메커니즘의 활용 가능성	
	HRH의 정책 및 계획	최신 HRH 정책들의 존재 및 활용 여부	
		최근에 정확한 실행 범위가 있는지의 여부	
		문서화되고 활용되는 고용 정책	
	HRH의 재정	일반적인 급여를 나타내는 데이터가 현지와 지역의 노동시장에서 경쟁력을 가지는지	
		국가 보건 장부가 규칙적으로 징수되고 HRH 지출에 대한 데이터를 보고하는지를 나타내는 자료	
		HRH 요구조건을 충족시키기 위한 재정과 투입을 나타내는 자료	
		보건부(MOH)가 이미 활용 가능한 재정들을 올바르게 사용하고 있는지 나타내는 자료	
	보건의료 자원 그룹(HRG : Healthcare Resource Group)의 교육 및 트레이닝	예비와 현직 교육의 트레이닝 기관들의 수	
		HRH 전략 계획에 제시되는 보건의료 근로자들의 요구가 실제 충족되는 비율	
		서비스 이전 교육 커리큘럼이 정기적으로 업데이트 되는지에 관한 자료 참조: 지난번 이후로 각 간부단과 공공/민간의 예비 교육 기관들을 위해 업데이트 된 서비스 이전 커리큘럼 문서를	
		건강 우선순위와 인력 요구(workforce needs)에 대한 현장 교육 트레이닝의 빈도와 질 및 지지(alignment)	

분류	지표	
		지방으로부터 채용된 학생들의 비율/전체 가입 인구 또는 사전 교육 프로그램을 마친 전체 인구
	HRH의 파트너십	HRH 정책 및 과정에 이해관계자의 활동적인 참여
		정부와 HRH에 관여된 다른 단체 사이의 공식적 합의
		서비스 전략 구축 및 공급에 지역사회를 포함시키고 피드백을 제공하기 위한 메커니즘
	전체 HRH 시스템의 리더십	전반적인 섹터의 HRH를 관리하기 위한 정부의 역량
		HRH 이슈들에 대한 고위 정부 관료들의 인식을 알아보기 위한 자료

3. 보건의료정보

보건의료체계 평가에서는 보건정보체계는 모든 수준의 보건의료체계에서 보건의료 관리자의 의사결정 능력향상을 목표로 정보를 수집하고 조직하는 것으로 정의할 수 있다. 정보체계를 구축하는 궁극적인 목표는 근거 기반 의사결정을 하기 위해 정확한 정보를 제공하는 것이며 사람들의 건강수준을 향상시키는 것이다.

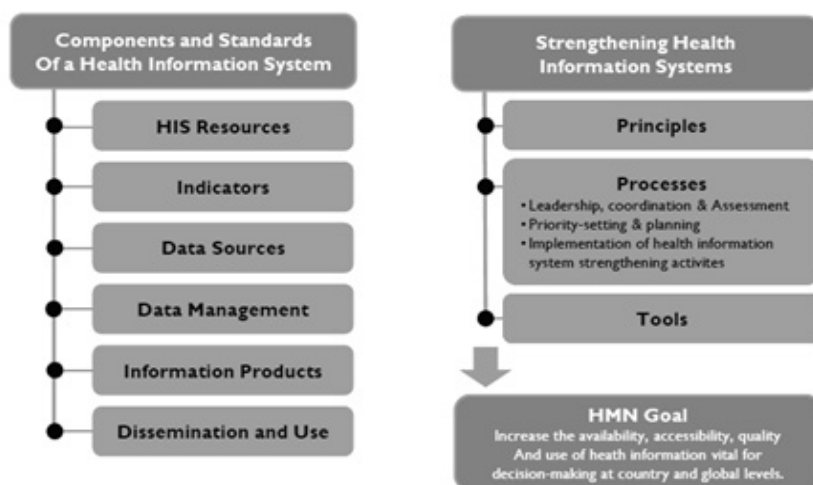
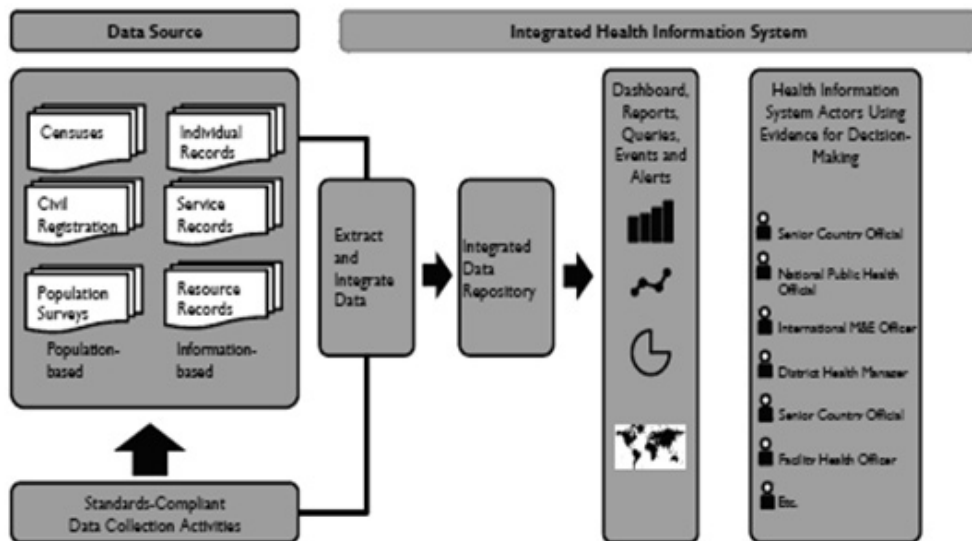


그림 1-16. 보건의료정보체계 프레임워크

많은 국가에서 보건정보체계를 가지고 있고 또한 정부의 중앙집권 수준 정보체계가 존재한다. 보건의료체계평가에서는 반드시 이러한 정보체계들에 대해 평가를 진행해야 한다. 또한 민간조직의 정보도 조사하여 보건분야 관계자들에게 제공해야 한다. 보건정보체계를 평가하는 지표는 그룹은 각각 투입(input), 과정(processes), 성과(output)로 분류할 수 있는데 구체적인 내용은 표 1-21을 참고한다.



Source: http://www.who.int/healthmetrics/documents/hmn_framework200803.pdf

그림 1-17. 정보체계 수집과정

- 투입: 보건정보체계의 투입(input)에는 협동과 리더십, 정보관련 정책, 자원, 인적자원, 보건정보체계의 인프라 등이 있다. 그림 1-17은 보건정보체계의 데이터자원과 데이터를 수집, 분석하고 보건분야의 정책과 계획을 제정하기 위해 데이터를 제공하는 과정을 표시하고 있다.
- 과정: 보건정보체계의 데이터자원과 데이터를 수집, 분석하고 보건분야의 정책과 계획을 제정하기 위해 데이터를 제공하는 과정을 표시하고 있다 (그림 1-17).
- 산출 및 성과(output): 보건정보체계의 성과는 양질의 데이터를 산출하는 것과 의사결정에 사용할 수 있는 정보를 제공하는 것이다.

평가를 진행하는 과정에서 멤버들이 평가한 결과를 표 1-19와 같이 정리할 수 있고 평가의 구체적인 수요를 위하여 멤버들은 이외에도 다른 필요한 내용을 추가할 수가 있고 다른 팀 멤버들과 교류하기 위하여 SWOT 분석을 사용할 수도 있다.

표 1-19. 보건정보체계 평가를 정리한 표

Indicator or Topical Area	Findings (Designate as S=strength, W=weakness, O=opportunity, T=threat.)	Source(s) (List specific documents, interviews, and other materials.)	Comments*

표 1-20. SWOT 분석을 통해 보건정보체계평가

Strengths	Weaknesses
- Electronic HMIS system has been purchased - Strong project management team leading efforts to rollout electronic HMIS - Routine reporting taking place across public health facilities, generating data - Good technical infrastructure in place across health facilities to support SLUHIS	- Limited staff to support needs of a nationally implemented electronic HMIS - Absence of unique patient identifier nationally limits capacity of SLUHIS to track patients - Poor timeliness of data consolidation and dissemination limits effectiveness of data driven decision policy making - Limited funding to complete all projected phases of SLUHIS rollout
Opportunities	Threats
- Leverage the E-GRIP work plans and team to move the dialogue on a national identifier forward - Timely data from health facilities using the SLUHIS increases the ability to drive demand for data - Leveraging fledgling telemedicine efforts at Tapion hospital for broader purposes (internal and external to Saint Lucia)	- Weak functional specifications process at early stages of SLUHIS acquisition limiting ability to match functions to needs - Delayed focus on reporting capacity of the SLUHIS may lead to further delays in consolidating data - Unknown data quality may weaken value of SLUHIS rollout (GIGO) - Technical support requirements of the SLUHIS will be beyond the manpower capacity of the HMIS unit

표 1-21. 보건의료체계 정보시스템 지표

분류	지표
보건 정보 시스템	보건부(MOH)/중앙 예산 내에서 보건 정보 시스템(HIS: Health Information System)과 관련된 아이템들을 지원하기 위한 재정적 또는 물리적 자원들의 활용 가능성
	정보를 편집하고 분석하기 위한 능력을 갖춘 전문인들이 각 수준에서 충분한 수로 활동 가능한지
	HIS 데이터를 수집하고 분석하는 것과 관련되어 진행 중인 트레이닝 활동에 대한 자료
	투입물 활용 가능한 자원이 있고, 주요 이해관계자들과의 폭넓은 상의를 통해 발전되고, 널리 수용될 수 있는 국가 HIS의 전략적 계획
	중간적 기관(interagency body)이 권한을 가지고 제 기능을 하고, 국가 전략을 실행하기위해 가이드 하는 역량
	한 지역 이상에서 전체 HIS 또는 개별/수직적 요소들을 강화하는 특정 지원을 제공하는 국제적 공여자들의 존재
	국가 HIS에 의해 결정되는 지표들을 보고하기 위해 공공 및 민간 보건시설/공급자에 권한을 부여하는 정책, 법, 규제의 존재 유무
	계획 수립, 관리 및 평가 과정을 위한 현재 HIS 지표들의 활용을 검토하는 메커니즘의 존재 여부
	사용가능한 데이터에 대한 질적 묘사와 전반적인 HIS 시스템과의 연관성
	데이터 자원의 활용가능성 및 접근가능성 참조: 데이터 자원과 그 활용 가능성의 질적 묘사에 대한 예/아니오 대답
	시설의 국가 데이터베이스 업데이트의 시기적절성 참조: 보건 시설의 국가 데이터베이스 업데이트의 시기적절성을 측정
	보고된 정보에 나타난 지역(districts)의 비율 참조: HIS에 보고된 지역의 수를 전체 지역의 수로 나눈 것
	보고된 데이터에 포함된 민간 보건 시설 데이터의 비율
	다음을 위한 명확한 기준과 가이드라인의 활용 가능성: 1) 정보 수집, 2) 절차 방법 보고, 3) 실행할 데이터 분석
	전형적인 보건 시설이 매월, 분기별로, 매년 제출하는 보고서의 수
	보고된 데이터의 질을 증명하기 위한 절차의 존재 (명확성, 완성도, 시기적절성)

분류	지표	
		HIS 정보, 분석, 통합의 내용을 담고 있는 국가 요약 보고서(예: 연간 보건 통계 보고서)의 활용 가능성 보고용 목적으로 모여진 다양한 보건 프로그램/하위 섹터들로부터의 자료 분석을 위한 적합하고 명확한 분모(각 연령층, 통원 가능 거리에 있는 시설, 성별에 따른 인구와 임신부의 수 등)의 활용 가능성 이해관계자들과 사용자들에 의해 정의된 즉각적인 데이터 분석의 활용 가능성
	산출물	특정 지표 보고의 시기적절성 참조: 최근 데이터가 어떤지, 데이터의 질 또는 완성도를 나타내는 지표들이 계산에서 어떻게 사용되는지 적으시오. 최소 5년 이내에 데이터의 가치가 유효한지 나타내시오. 보고의 완성도 (%) 참조: 예상되는 보고서의 수와 비교하여, 각 지역으로부터 국가 수준에서 받은 질병 관리 리포트의 비율. 이러한 데이터가 사용 가능한지, 가장 최근의 편집본인지 쓰시오. 작년의 계획수립, 예산배정, 자금조달을 위한 데이터의 사용 공급자들이 프로그램 성과를 알도록 하기 위해 분석 데이터나 결과가 피드백이 되는가.

4. 보건의료 재정

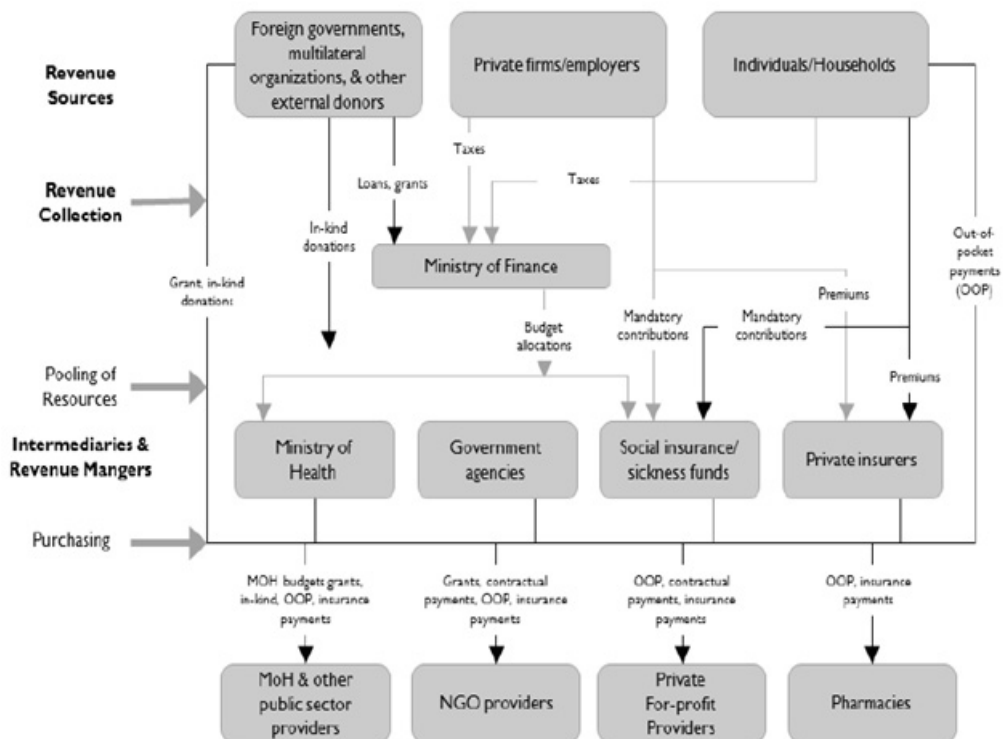
2000년, WHO에서는 보건 재정을 ‘사람들의 건강 수요(health need)를 충족시키기 위한 자금의 운용 가능성, 축적 및 할당과 관련된 보건의료체계의 기능’으로 정의하고, ‘보건 재정은 지원을 가능하게 할 뿐만 아니라, 모든 개인들이 효과적으로 공중 보건 및 보건 의료에 접근할 수 있도록 만드는 것’이라고 했다.

보건 재정은 세 가지 주요 기능을 가지고 있다: 수익 모음, 자원 통합, 서비스 구매

- **세입 징수:** 공여자의 기부금을 제외한 보건 의료의 모든 자금은 일반 인구집단이나 특정 하위그룹으로부터 몇 가지 방법을 통해 모을 수 있다. 이러한 징수 메커니즘은 세금, 사회적 보험, 민간 보험, 현금 지불 등을

포함하며, 이를 모으는 주체는 정부이거나 독립적인 공공 기관, 민간 보험 재정, 또는 공공 및 민간 보건의료 공급자이다.

- **자원 통합:** 개인이 아플 때 발생하는 전체 비용을 본인이 부담하도록 하는 것을 막기 위해서 개인 또는 가정으로부터 자금을 축적하고 관리하는 것이다. 세금에 기반한 보건 재정이나 건강 보험은 이러한 자원 통합 과정을 포함하지만, 행위별수가제는 이를 포함하지 않는다.
- **보건 서비스 구매 행위:** 보건의료서비스를 구매하는 것은 재정을 가진 사람이 서비스를 생산하는 사람에게 자원을 주는 메커니즘이라 할 수 있다. 서비스 구매는 공공/민간 기관 등 서비스 구매 또는 생산하기 위해 돈을 사용하는 기관에 의해 이루어진다. 보건 서비스를 구매하는 이해당사자로는 주로 보건부, 사회 보장 조직, 지역 건강 위원회, 보험 조직들, 개인 또는 가정 등이 있다.



Note: OOP=Out-of-Pocket

그림 1-18. 보건 재정 흐름

1) 보건 재정의 프로필

그림 1-18은 자금의 원천으로부터 보건 서비스 제공자들에게 이르기까지의 보건의료자원의 흐름의 일반적인 모델을 보여준다. 평가 기술 지원 팀은 보건 재정 과정의 해당 국가 특수한 상황을 반영하기 위해 이 흐름을 변경해야 한다.

2) 수집 및 통합

국가 재정부(MOF: Ministry of Finance)는 공중 보건의료체계를 위한 자금에 대한 수익을 중앙에서 징수하는 역할을 한다. 재 정부는 외국 공여자들과 민간 기업 및 개인으로부터 자금을 받는데, 외국 공여 기금은 일반적인 예산 지원이나 특수 분야를 위해 배정할 수 있다. 보건 재정의 다음 단계인 자원 통합은 중재자와 수익 관리 자들에 의해 수행되는데, 이러한 과정에는 보건의료 사무소(Medical Officer of Health, MOH)나 다른 중앙 정부 기관들이 포함된다.

3) 지불 방식

모든 중재자와 수익 관리자들뿐만 아니라 개인과 가정은 보건의료 서비스의 구매 자들이다. 각각의 제공자를 위한 보건의료 수익 관리자들에 의한 지불 메커니즘은 나라마다 다르지만, 가장 흔하게 사용되는 방식은 다음과 같다.

- 품목명 예산은 의약품, 장비 등과 같이 각각의 기능에 따른 예산 카테고리에 맞게 할당된다.
- 총액 예산제(global budget)는 보건 시설에 할당이 되는데, 전형적으로 시설의 종류, 과거의 예산 기록, 침대 수, 일일 이용률, 지난 해 사용률 등에 기반한다.
- 인두세는 주어진 제공자나 통원 가능한 거리에 있고, 레지던트에 등록된 개인에게 미리 측정된 각 년도 별 자금의 양에 맞게 할당된다.
- 사례에 기반한 지불(case-based payment)은 주어진 상황의 치료를 위한 처방을 내리는 과정에 있어서의 개입에 드는 모든 비용을 측정하는 것으로, 미리 책정된 지불 방식에 따라 개인의 치료 기록마다 제공자가 지불하는

방식이다.

- 하루 단위의 지불방식은 환자가 하루 동안 병원에 머무르는 데에 제공자들이 주어진 금액을 받는 것이다.
- 행위별수가제는 환자가 특정 시간에 사용하는 보건의료 서비스에 대해 현금으로 지불하는 것, 또는 다른 단체가 제공자들에게 지불하는 것이다.

4) 지방분권화된 시스템에서의 보건 재정

공중 보건의료 부문과 정부의 지방분권화 수준은 전반적으로 자원들이 보건의료체계 내에서 어떻게 흐르는지 뿐만 아니라 서비스 제공과 고 품질의 서비스를 제공하는 공급자들을 격려하기 위한 인센티브에도 영향을 미친다.

5) 평가 지표

이 모듈의 지표들은 4가지 영역으로 구분되어있고(표 1-20), 보건 재정의 주요 3가지 기능들을 다루고 있다(수익 모음, 자원 통합, 서비스 구매)

- **재정적 자원의 양과 자료:** 이 지표들은 한 국가에서 보건의료에 얼마만큼의 비용이 드는지, 얼마나 많은 부분이 공공, 민간, 외부 공여 자원으로부터 오는지를 측정한다. 모든 지표들에 있어서, 기술지원팀은 지역적 비교를 하고 한 국가에서 시간이 지남에 따라 나타나는 흐름을 파악해야 한다.
- **보건당국 예산 및 지출:** 이 지표들은 보건부의 예산 흐름, 보건의료체계 관리의 다양한 수준에 있어서 보건 재정 준비 과정, 다양한 종류의 지출 항목, 서비스, 지역들에 대한 중앙 및 지방 정부의 분포와 관련이 있다. 이 부분에서는 보건부가 사용하는 구매 메커니즘의 종류를 살펴볼 수 있는데, 보건부와 공공 또는 민간 공급자들 사이의 성과 도출을 위한 계약(performance contracts) 및 보건 서비스 바우처 등이 있다.
- **건강 보험:** 이 부분에서는 국가건강보험이나 사회건강보험과 같은 보험 체계의 서로 다른 종류를 조사한다.

- **환자본인부담금:** 사용자비용의 주요 목적은 재정적으로 시설들을 운영 가능하게 함으로써, 품질을 향상시키고 서비스 공급을 지속시킬 수 있도록 하는 것이다. 또 다른 기능은 서비스의 불필요한 사용을 방지한다는 것이다.

표 1-22. 보험 체계의 특성 : 국가건강보험, 사회건강보험, 민간건강보험

Indicator	NHI	SHI	Private Health Insurance
15. Population coverage • Members: who is covered? • Percentage of total population covered			
16. Services covered • Types of services covered • Key exclusions • Waiting periods			
17. Funding mechanisms • Sources of funding • Government subsidies			
18. Payment mechanism for providers • Types of payment mechanisms used • Quality or accreditation requirements for provider payments			

표 1-23. 보건의료체계 재정 지표

분류	지표	
보건 재정 시스템	재정적 자원의 양과 원천	보건 분야 총 지출 (GDP의 %)
		국제 환율에 따른 1인당 보건 분야 총 지출
		일반적인 정부의 보건 분야 지출 (총 정부 지출의 %)
		보건 분야의 외부 자원 (전체 보건 분야 지출의 %)
		현금 지불 경비 (전체 보건 분야 지출의 %)
	보건부 예산 및 지출	보건부가 계획하고 실행시키는 지출의 경향 참조: 계획한 지출은 주어진 기간 동안 승인된 예산을 나타냄; 실행된 지출은 예산 기한의 끝에서 발생하는 실제 지출
		보건부 예산 형성 과정
		보건부 예산 배정 구조
		지방 분권화된 시스템에서 보건 분야를 위한 중앙 및 지방 정부 예산 배정

분류	지표	
		외래/입원 진료에 쓰이는 정부의 보건 예산 %
		반복되는 정부의 보건 예산 배정
		지방 수준의 지출 권한과 기관의 역량
	건강 보험	보험 구조의 특성 확인: 국가 건강 보험, 사회 건강 보험, 민간 건강 보험
		건강 보험의 인구 보장 범위
		건강 보험이 보장하는 서비스
		자금 제공 메커니즘 및 건강 보험의 지속가능성
		건강 보험 내의 공급자 지불 메커니즘
		건강 보험 조직의 기관적 역량
	진료비 본인부담	공공 부문에서의 사용자 비용 지출을 위한 정책
		수익자 부담금 수익의 할당량
		공공 부문의 비공식적 수익자 부담금

5. 의료기기, 백신 및 기술

보건의료서비스가 잘 전달되기 위해서는 적절한 가격의 기술 및 백신, 의료기기가 이용 가능해야 한다. 하지만 보건의료체계 내에서 기술 및 의료기기, 의약품의 격차는 건강 형평성을 달성하는 데에 장애물이 되기도 한다. 다른 부문에 비해서 이 부문에서는 민간 영역이 큰 역할을 가지고 있다. 보건의료에 대한 수요가 증가할수록 의약품에 대한 공급은 민간 영역에서 책임을 졌기 때문이다. 하지만 의료비가 증가하는 추세 속에서 의약품과 기기도 추세에 맞추다 보니 공공 영역과 민간 영역이 어떻게 협력해 접근성을 향상시킬 것인지는 정부의 과제가 되었다. 이 평가 영역에서는 보건의료체계 내 의약품과 기기가 어떻게 전달체계를 달성시키고 있는지를 살펴보고자 한다. 의료 기기, 백신 및 기술을 평가하기 위해서는 프레임워크가 필요하다.

이 프레임워크는 의약품 및 기기의 적절한 분배, 공급, 선택, 사용 등 생산부터 소비까지의 전 과정을 평가하는 것으로 보건의료 정책 내에서 작동할 뿐만 아니라 규

제 및 법률, 민간영역과 공공영역에 의해 영향을 받는다. 평가를 위해서는 우선 지역사회수준부터 국가수준까지 의약품과 의료기기가 어떻게 공급되고 분배되는지의 모식도를 그려야 한다.

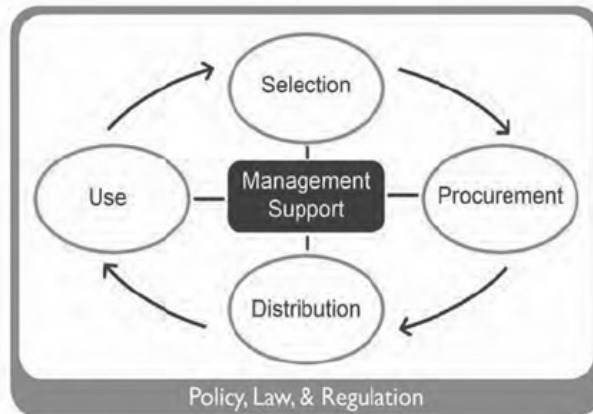


그림 1-19. 의약품 및 의료기기를 평가하기 위한 프레임워크

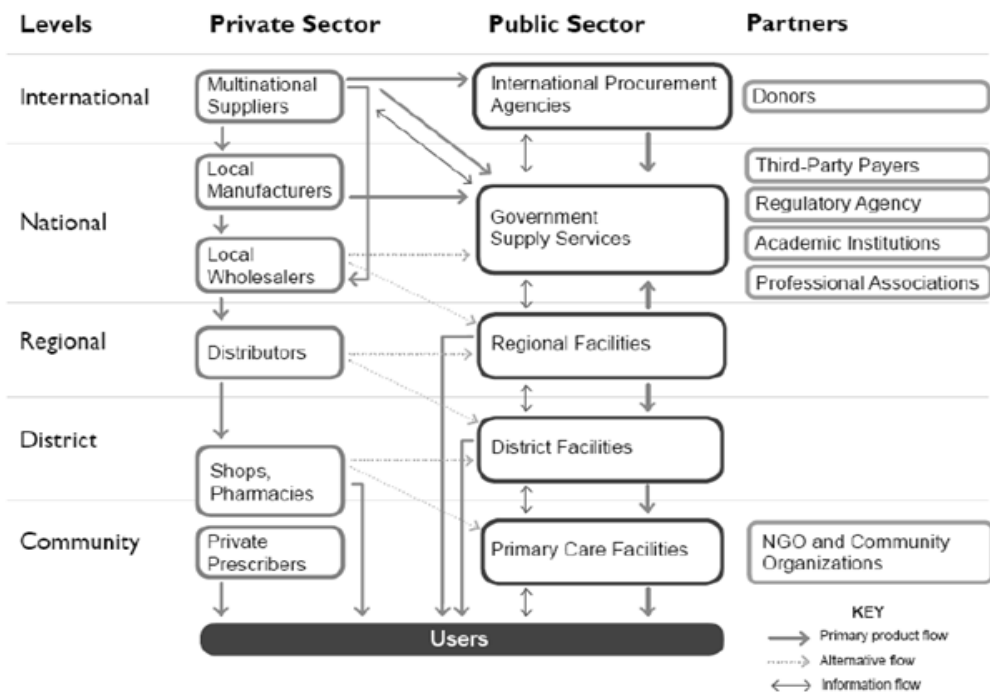


그림 1-20. 의약품 및 의료기기 수준별 체계 분류

그림 1-20은 공공/민간영역이 여러 수준에서 어떻게 파트너십을 맺고 있는지를 나타내었다. 평가팀은 현황을 파악하고 문제를 해결하기 위한 대체 모델을 고려해야 한다. 특히 효과적인 배분 체계는 모든 의약품과 기기가 생산되고 사용되기까지 전 과정을 보장해야 하는데, 개발도상국은 HIV/AIDS와 같은 별도의 질병 프로그램이 따로 운영되어서 함께 통합할 필요가 있다. 특정 질병 중심의 의약품/의료기기 관리 체계는 수직적으로 이루어지는 점 역시 고려해야 한다. 평가 지표는 크게 표준지표, 의약품 관련 정책 및 법률, 조달, 의약품의 선택, 저장 및 분재, 이용가능성, 적절한 사용, 재정으로 나눌 수 있다.

표 1-24. 보건의료체계 의료기기, 백신, 기술 지표

분류	지표	
의료기기, 백신 및 기술	표준지표	총 의약품 지출 (총 보건 분야 지출의 %)
		(평균 환율에서의 1인당) 총 의약품 지출 (US\$)
		(평균 환율에서의 1인당) 정부의 의약품 지출 (US\$)
		(평균 환율에서의 1인당) 민간 의약품 지출(US\$)
	의약품 관련 정책, 법률 및 규제	건강문제의 우선순위에 근거하여 의약품 분야를 위해 목표 및 전략을 세울 수 있는 제품 품질규정이나 정부 문서의 존재 여부
		포괄적인 의약품 법률의 존재 여부
		규제의 공포 및 시행을 책임지는 국내복용약관리국(NDRA: National Drug Regulatory Authority)의 존재 여부
		의약품 등록 시스템의 존재 여부
		의약품 판매 후 관리 시스템의 존재 여부
		의약품 위해사례 감시 시스템 존재 여부
		면허, 시찰 및 점검, 통제를 위한 메커니즘의 존재 여부
	의약품 선택	국가 필수 의약품 목록 존재 여부
		국내 필수 의약품 목록을 유지하기 위한 과정을 관리하는 데에 책임이 있는 국가 위원회에 대한 자료
		국내 필수 의약품 목록에 실린 의약품의 수 (제형 및 농도)
		의약품 조달의 표준작업절차 존재 여부

분류	지표	
	조달	보건부 조달시 제네릭 또는 국제일반명(INNs: International Nonproprietary Names) 사용 여부
		계획에 따른 의약품 조달 및 구입 비율
		입찰을 통해 조달된 보건부 의약품의 비율
		공급자와 제품을 위한 사전 또는 사후 검증기법(pre- or postqualification)의 존재 여부
		믿을만한 추정치(estimates)를 통한 의약품 조달
	저장 및 분배	12개월 동안의 재고량 손실의 가치
		계획에 따른 의약품 전달 및 픽업(pick-ups)의 비율
	고급품에 대한 접근 및 이용 가능성	아직 유효한 일련의 추적 아이템(tracer items)들이 있는지의 비율
		필수 의약품을 제공하는 보건시설/약국과의 거리가 5/10/20 km를 초과하는 가구의 비율
		공적으로 허가를 받은 공급 또는 민간 도매업자와 소매업자들을 위한 인센티브의 존재 여부
	적절한 사용	적절한 의약품 분배 및 조언(counseling)을 위한 표준적인 절차
		의약품 처방 및 조제를 개선하기 위한 매커니즘의 존재 여부
		일반적인 건강문제에 대한 표준화된 진료를 제공하는 국내 치료 가이드의 존재 여부
		공공 및 민간 부문의 보건의료 전문인을 위한 사전에, 그리고 재직 중에 진행되는 트레이닝에 사용되는 치료 가이드라인의 존재 여부
	의약품 재정	정부 예산, 기부금, 자선단체 및 환자 개인 지출에 의해 지원 받는 연간 국가의 의약품 지출의 비율
		보건부 시설에서 나누어 주는 의약품 비용을 충당하는 시스템의 존재 여부
		의약품의 현금지불비용
필수 의약품	공공 및 민간 보건 시설에서 선정된 14가지 필수약품의 평균 이용가능성	
	공공 및 민간 보건 시설에서 선정된 14가지 필수약품의 평균 소비자 가격 비율(median consumer price ratio)	

6. 리더십 및 거버넌스

적정 수준의 건강을 달성하기 위해서 효과적인 거버넌스는 매우 중요하다. 2000년 WHO는 주인의식(stewardship)이라는 개념을 “인구집단의 건강에 대한 책임과 관리”로 정의를 내림으로써 보건의료체계의 중요한 부문으로 손꼽았다. 거버넌스는 국제기구마다 정의하는 방법에 따라 차이가 있지만 크게 세 가지 특성으로 나눌 수 있다.

1. 정부가 선거로 의해 선택되고 관리감독 되는 과정
2. 정부가 심도 있는 정책을 집행하고 시행하는 역량
3. 시민사회, 정부 등 다양한 집단의 관계와 상호작용이 얼마나 잘 되는지의 여부

거버넌스를 측정하는 지표는 상대적으로 잘 발달되어 있다. 세계은행(World Bank)은 크게 여섯 가지(voice and accountability, political stability, government effectiveness, regulatory quality, rule of law, control of corruption)로 분류하여 전 세계 국가의 거버넌스를 측정한 바 있다. 효과적인 거버넌스를 측정하기 위해서는 공공, 민간 영역의 주체를 모두 포함해야 하는데, 보건의료 부문의 거버넌스를 측정하는 데에는 크게 세 행위자가 포함된다. 첫 번째는 국가로 정치인, 정책결정자, 이외 정부 관료 등이 포함된다. 두 번째로는 보건의료서비스 제공자로 서비스를 전달하는 의사, 간호사, 조직 등 모든 행위자를 포함한다. 세 번째 행위자인 시민/소비자로 보건의료서비스를 이용하는 환자와, 일반 대중을 포함한다. 이 세 행위자의 관계가 보건의료 거버넌스를 구성하는 핵심요소이다.

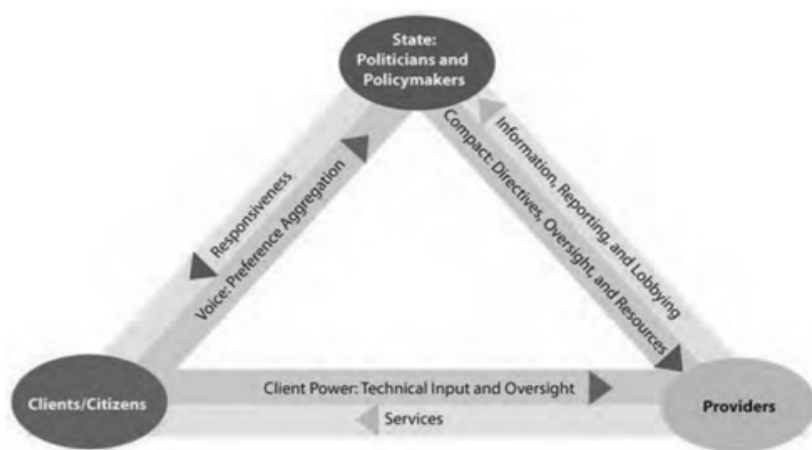


그림 1-21. 보건의료 거버넌스

앞서 살펴본 바와 같이 거버넌스를 측정하는 데에는 세계은행의 지표가 자주 사용되지만 보건의료 거버넌스를 측정하기 위한 객관적인 지표는 부재한 상황이기 때문에 주로 질적연구나 인터뷰를 바탕으로 평가를 한다. 특히 거버넌스는 조직의 부패 정도, 관료의 능력 등 다양한 요소가 복합적으로 얽혀있기 때문에 얼마나 정부가 보건 정책을 잘 세우고, 민간 부문과 함께 협력하는지를 주도면밀하게 살펴보아야 한다. 보건의료 거버넌스를 평가하기 위해서는 세계은행의 거버넌스 지표를 포함하여 크게 7가지로 분류할 수 있다.

1) Overall governance

전체 거버넌스를 측정하기 위해서는 세계은행에서 공식적으로 공개한 거버넌스 지표가 유용하다. 전체 거버넌스 지표를 통해서 보건의료거버넌스 내에 제도적 환경이 얼마나 잘 구축되어 있는지를 파악할 수 있으며 수치화되어 있기 때문에 국가별 비교가 용이하다.

- 언론의 자유와 정치적 책임성(Voice and Accountability) : 한 국가의 시민이 정부를 선출하는 과정에 참여하는 정도 및 표현의 자유, 결사의 자유, 자유로운 미디어의 보장 정도
- 정치적 안정성(Political Stability): 정치적으로 유발된 폭력과 테러리즘을 포함하는 반헌법적이고 폭력적인 수단에 의해 정부의 불안정성이 야기될 가능성
- 정부 효과성(Government effectiveness): 공적 서비스의 수준, 시민적 서비스의 수준, 정부가 정치적 압력으로부터 독립적인 정도, 정책 형성과 집행의 수준, 질 높은 정책에 대한 정부의 헌신에 대한 신뢰성
- 규제 수준(Regulatory Quality): 사적 영역(private sector)의 발전을 조장하고 허용하는 규제 정책을 형성하고 집행하는 정부의 능력(the ability of government)
- 법의 지배(Rule of Law) : 사회의 규칙을 준수하고 신뢰하는 수준
- 부패 통제(Control of Corruption) : 사소한 형태를 포괄하는, 사적 이익에 의해 공적 권력이 사용되는 부패수준

2) Government effectiveness to stakeholders(이해관계자에 대한 정부의 반응성)

여러 이해관계자를 포함하는 상황에서 얼마나 정부가 리더십을 발휘하여 중재를 하느냐의 역량여부와 다부문 이해관계자들의 투입물이 얼마나 보건의료체계에 반응하여 산출물로 나타나느냐의 여부이다. 역사적으로 시민사회의 참여가 적은 국가에서는 정책 결정과정 또는 보건의료체계 내에서 시민사회가 매우 수동적일 수 밖에 없고 정부의 정책에 약하게 반응을 할 수 밖에 없다. 그러므로 평가를 하는 팀원들은 국가 내 시민사회, 민간 부문, 공공 부문 등 다양한 이해관계자가 어느 정도로 참여하는지, 그들의 의견이 반영되는지를 상대적으로 평가해야 한다.

- 여러 이해당사자들이 모여 어떻게 참여하고 그 결과를 통해 정책 의사결정을 하는지의 메커니즘을 결정
- 모든 이해당사자를 정책 과정에 참여시키도록 하는 정부의 전략 또는 방법

이를 평가하기 위해서는 수치화된 지표보다는 인터뷰를 통해 선거기간 동안 보건 정책이 이슈였는지 등에 대해 구체적으로 질문을 함으로써 도출된 결과로 평가할 수 있다.

3) 선호의 집합: Voice: preference aggregation

이해관계자에 대한 정부의 반응성에서는 정부가 얼마나 이해관계자를 포함시키는가를 평가했다면 preference aggregation에서는 시민사회, 전문가, 일반 시민들이 파트너로서 보건의료서비스를 향상시키기 위해 얼마나 능력을 가지고 있느냐를 평가하는 것이라 할 수 있다. 또한 보건정책에 영향력을 행사하기 위한 외부 이해당사자에게 얼마나 기회가 있는지와 대중 매체가 지속적인 보도를 통해 보건정책에 대해 얼마나 영향을 미치는 지도 평가를 한다.

- 공공부문과 이해당사자가 특정 보건의료 이슈에 대해 참여할 수 있는 기회와 역량을 가지고 있는가
- 보건의료 거버넌스에 참여하고자 하는 이해당사자의 의지

4) 클라이언트의 권력(client power)

일반 시민은 서비스 공급자가 높은 질의 서비스를 기준에 맞추어 제공하고 있는지 감독하고 평가해야 한다. 또한 관리감독하기 위해서는 이에 상응하는 능력이 있어야 한다. 서비스 이용자와 공급자는 함께 협력하여 서비스의 질을 높이기 위한 노력을 해야 하며 추가적으로 시장은 시민들이 자신의 권리로 직접 상품을 선택할 수 있는 환경을 조성해주고 이를 통해 공급자의 책무성과 경쟁력을 증진시킬 수 있어야 한다. 이러한 환경을 평가하기 위해서는 지역사회이든, 보건의료시설이든 기존의 조직 내에서 서비스 제공자들이 얼마나 이용자와 의사소통을 많이 하는지를 알아봐야 한다. 또한 서비스 이용자의 피드백이 서비스의 질에 얼마만큼 영향을 미치는지, 나아가 국가 수준에서 정부 관료들이 정책적으로 얼마나 노력을 하는지도 알아보는 것이 필요하다.

- 보건의료서비스 제공자를 감독하는 시민사회 조직
- 서비스 이용자와 서비스 제공자와의 정기적인 만남을 통한 의사소통 증진
- 시민사회 등의 이해당사자가 서비스 접근성을 개선하기 위한 절차와 제도가 마련되어 있는가의 여부

5) 서비스 전달체계(service delivery)

서비스 전달체계에서는 보건의료체계 내의 민간, 공공부문 내에서 서비스가 전달되는 과정과 서비스 조직을 평가하는 것으로 특히 지속적인 보건의료서비스를 유지하기 위해서는 리더십과 거버넌스가 매우 중요하다. 일반적으로 서비스를 이용하는 사람들은 서비스에 대한 내용을 상세히 알지 못해 공급자에게 서비스의 내용에 대한 질문을 쉽게 하지 못한다. 그러므로 서비스 전달체계를 평가할 때에는 얼마나 서비스 이용과정이 투명한가, 그리고 서비스 전달체계에 총 드는 예산이 얼마인지 등의 내용도 포함되어야 한다.

- 보건의료서비스가 전달되는 과정에서 얼마나 공공기관, NGO, 서비스 제공자의 업무를 증진시키기 위해 인센티브가 제공되는가
- 서비스 전달체계를 검토할 수 있는 자료의 유무

- 보건의료서비스의 질과 가격에 대한 정보
- 환자의 만족도 등 서비스의 수준을 높이기 위해 서비스 제공자가 얼마나 많은 근거를 사용하는가

6) 정보, 보고, 로비 (Information, Reporting and lobbying)

인구집단의 건강 수준을 높이기 위해서는 신뢰성이 높고 시의 적절한 정보가 필요하다. 정보를 바탕으로 이해당사자가 정책 결정을 할 수 있기 때문이다. 특히 보건의료시설에서 근무하는 서비스 제공자들에게 정보를 제공하는 것은 매우 중요하다. 건강은 여러 요소에 의해 영향을 많이 받으므로 건강과 관련되는 모든 정보를 체계적, 객관적으로 수집해야 한다.

- 공공, 민간부문이 정부에 얼마나 정보를 자주 보고하는가
- 서비스 제공자가 정책의 변화를 위해 근거를 사용해 로비, 설득을 하는가

7) Compact: directive, oversight and resources

때때로 시기와 내용에 맞지 않는 법이 효과를 발휘함으로써 인구집단의 건강을 위 해하는 경우도 존재한다. 이 부문에서는 보건의료를 규제하는 법, 정책, 제도들이 형성되는 과정을 평가한다. 또한 정부가 보건의료체계 전체를 평가함으로써 나아가고자 하는 방향을 설정할 수 있는지의 역량 여부도 평가한다. 그러므로 정부가 보건의료체계에 대한 방향을 어떻게 제공하는지, 정부의 정책이 시행하는 데에 필요한 프레임 워크는 존재하는지, 건강증진을 담당하는 보건부 부서가 존재하는지 등 내용을 세분화해야 한다.

- 투명한 법과 정책을 통해 정부가 보건의료체계에 맞는 전체적인 방향을 제시하는가
- 정책과 계획에서 정부가 근거에 얼마나 의존하는가
- 각 기관에서 정책 및 법이 잘 시행되는가
- 관리, 감독, 조사의 절차가 있는가

표 1-25. 보건의료체계의 리더십 및 거버넌스 지표

분류	지표	
리더십 및 거버넌스	전체 거버넌스	언론의 자유와 정치적 책임성
		정치적 안정성
		법의 지배
		부패 통제
		규제 수준
		정부의 효과성
	정부의 대처능력	이해관계자들 내의 의사결정 메커니즘
		모든 이해관계자들을 참여시키도록 하는 정부의 전략
	선호 집합 (Preference aggregation)	시민 사회와 다른 기관들이 보건의료체계 내에서 역할을 하고 있는가
		활발한 환자 단체의 수
	일반인의 역량	보건의료서비스 제공자를 감독하는 시민사회조직
		서비스 이용자 및 이해관계자들이 제공자와 정기적인 만남을 가지는가
		이해관계자들이 서비스 접근성을 개선시키기 위한 절차와 기관이 있는가
	서비스 제공	보건의료서비스의 조직방식 및 자금조달 방식
		자원의 배분 및 사용에 대한 정보의 존재 여부
		보건의료 서비스의 품질 및 가격에 대한 정보의 존재 여부
		환자의 만족도를 위해 서비스 제공자가 얼마나 많은 근거를 사용하는가
	정보, 보고, 로비	공공, 민간 부문이 정부에 정보를 보고하는가
		서비스 제공자들이 증거를 사용하여 정책 변화에 영향을 미치고 로비, 설득을 하는가
	계약: 지시, 관리 및 자원	정부가 보건의료체계에 대한 전반적인 지시를 하는가
		정책 및 계획 수립에서 정부가 근거에 얼마나 의존하는가
		보건 영역 규제가 잘 시행되는가
		보고 및 감독의 절차가 있는가

7. 보건의료체계 평가

위와 같은 항목을 분류하고 지표를 세분화함으로써 도출해낸 보건의료체계평가의 결과는 다시 표를 통해 분류를 할 수 있다. 보건의료체계를 형평성, 효율성, 접근성, 질, 형평성, 지속가능성으로 분류하여 현재 상황 뿐 만 아니라 상황에 적용가능한 방안을 구체적으로 계획할 수 있다.

표 1-26. 요소별 평가를 통한 보건의료체계 전체 평가

보건의료체계 구성요소	형평성 (Equity)	접근성 (Access)	효율성 (Efficiency)	질 (Quality)	지속가능성 (sustainability)
Governance	A few CSOs, particularly those focused on HIV/AIDS, have strong voices on health-related issues. Lesson learned can be transferred to non-HIV organizations.	The MOH has a good relationship with the media and uses them effectively to convey strong health promotion messages to the public.			Provision of free services allows financial access for all; NIS mandates health insurance coverage for all employed, including selfemployed.
Service Delivery			Referral system has improved with increased communication.		
Health Financing	Provision of free services allows financial access for all; NIS mandates health insurance coverage for all employed, including selfemployed.				There is growing donor support for HSS, opening opportunities for partners to help the MOH to address health system weaknesses as well as direct support for HSS.
.....					

제6절 지역 수준 평가 프레임워크

지역수준의 보건의료체계를 평가하는 프레임워크는 WHO에서 제시한 것이 있다 (Sambo, Chatora, & Goosen, 2003). 보고서가 제작될 당시 아프리카 일부 국가들이 자국의 보건의료체계를 지역 수준에서 측정할 필요성을 느끼고 WHO 아프리카 지부에 요청한 것이다. 이 프레임워크는 자국이 스스로 보건의료체계를 지역 수준 (self-assessment tool)에서 평가할 수 있다는 점에서 유용하다. 기본적으로 이 프레임워크의 목적은

- 지역 수준의 보건의료체계 내에서 어떻게 자원이 효율적으로 사용되는지, 보건의료 활동 중 우선순위에 기반하여 서비스가 제공되는지, 지역사회 참여와 역량강화가 제대로 이루어지고 있는지 평가를 하며
- 지역 보건의료체계의 전반적 성과를 향상시키기 위해 근거에 기반한 프로그램을 시행하기 위함이며
- 자가 평가(self assessment tool)을 통해 지역 수준 보건의료조직을 강화하며
- 보건의료 개혁의 효과(the impact of health sector reform)에 대한 정보를 제공

하는 네 가지 목표를 가지고 있다. 본 보고서에도 앞서 제시한 바와 같이 지금까지 보건의료체계를 점수로 측정하는 것은 한계가 있다고 지적하면서 크게 다섯 가지 기준과 원칙하에 지역 수준 보건의료체계를 측정하도록 권하고 있다.

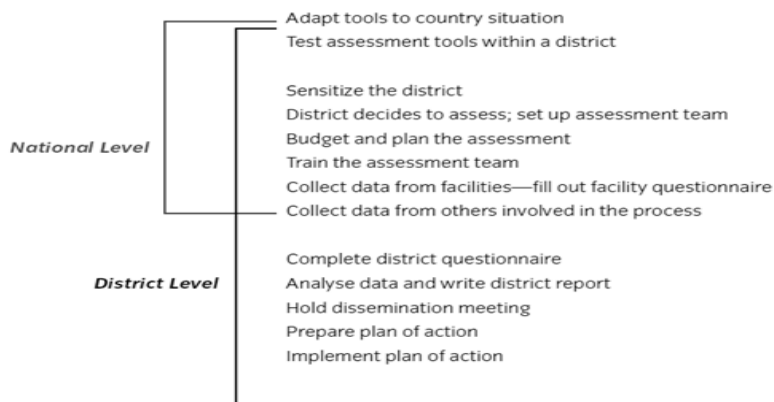


그림 1-22. 보건의료체계 평가 구분 - 국가/지역 수준

표 1-27. 지역 수준의 보건의료체계 평가틀(WHO)

기준	구체적 항목
지역 수준 보건의료를 관리하는 구조가 잘 작동되고 있는가	지역사회 개발 위원회 지역사회 보건 위원회 지역사회 보건 관리 팀
운영하는 절차가 잘 만들어져 있는가	운영 계획 가이드라인, 표준 등 감독 및 모니터링
보건의료시설의 활동이 잘 이루어지고 있는가	일차보건의료 보건관련 중재(health-related intervention)
지역사회 보건 관련 이니셔티브가 만들어져 있는가	지역사회의 구조 지역사회의 현재 활동 지역사회 현재 재정 현황
보건의료 관련 자원이 지역 수준에서 이용가능한가	재정 인적 자원 의약품 및 의료기기 등

지역 수준의 보건의료체계를 평가하기 위해서는 정부의 역할도 매우 중요하다 (Soeters, Habineza, & Peerenboom, 2006). 지역사회에서 평가틀을 사용하도록 독려할 수 있기 때문이다. 또한 중앙 정부 차원에서 정기적으로 지역을 방문하여 평가틀을 사용할 수 있도록 워크숍/교육을 실시할 수 있으며 지역 수준 보건의료체계 평가를 통해 얻은 정보를 기반으로 정책을 수정할 수 있다.

지역 수준의 보건의료체계를 평가하기 위해 필요한 데이터의 상당한 부분이 지역사회 내 사무소가 관리하고 있으며 때에 따라서는 지방 정부가 중앙 정부에 정기적으로 제출하는 보고서에 포함되어 있기도 하다. 추가적으로 평가를 시행하기 위해 필요한 정보들은 현지 지역에서 얼마나 완성도 있게 보고서를 완성하느냐 또는 가장 최근에 보건의료시설에 대한 관리감독이 이루어졌느냐에 따라 달라질 수 있다. 만약 관리 감독이 정기적, 체계적으로 이루어졌다면 데이터를 수집하는 데에 문제가 되지 않는다. 보건의료체계를 평가하기 위한 데이터 수집 순서는 아래 모식도를 참고할 수 있다.

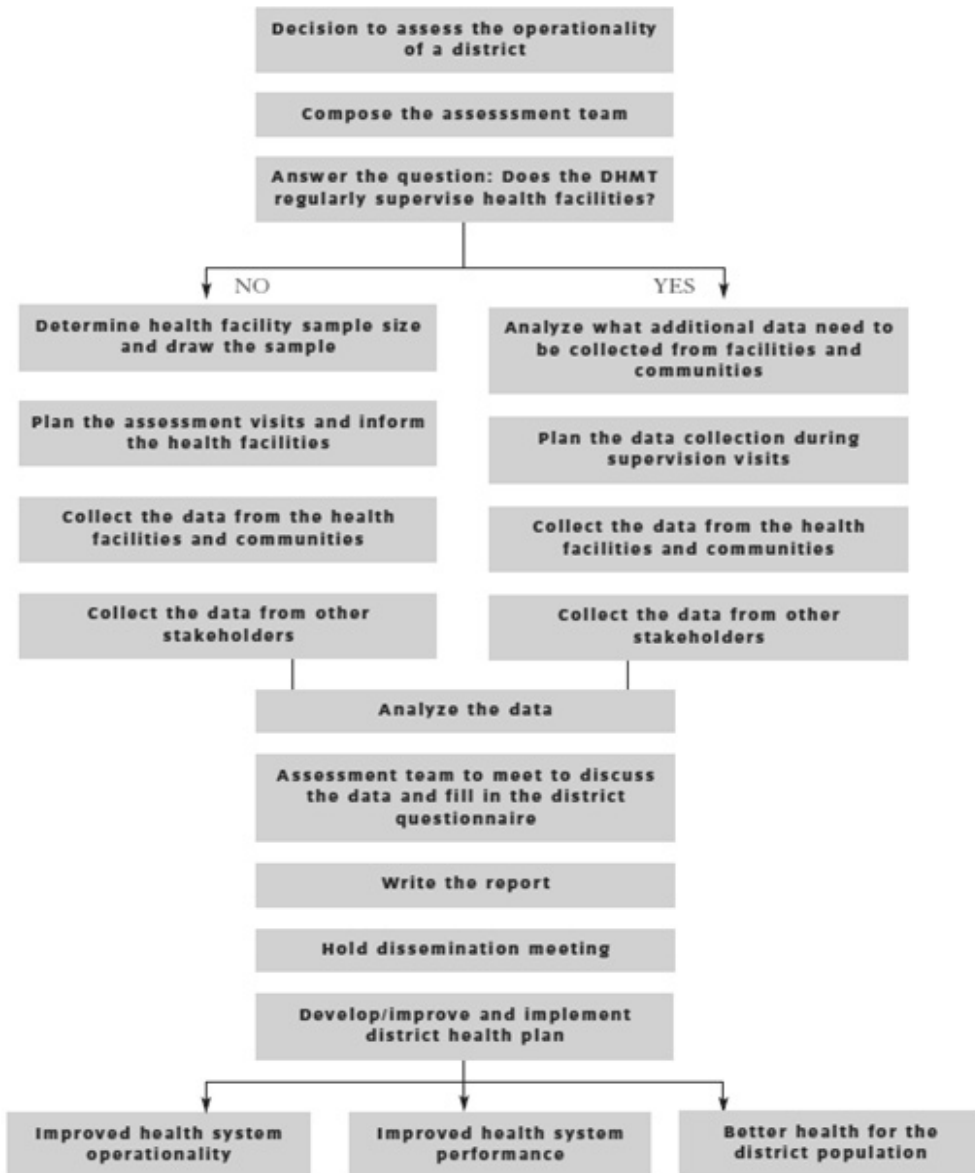


그림 1-23. 보건의료체계 평가를 위한 데이터 수집 순서

제7절 국가/지역 수준의 평가 프레임워크 제시

위에서 살펴본 바와 같이 국가/지역수준의 보건의료체계 평가 틀을 정리하면 아래 표와 같다. 특히 USAID와 같은 경우 평가팀을 어떻게 구성하고 평가를 할 것인지에 대한 구체적인 과정까지 전 단계를 매뉴얼로 활용할 수 있어 실제 사업을 시행할 때 매우 유용하다. 하지만 보건의료체계를 수치만으로 평가하는 데에는 한계가 있다는 것이 선행연구의 결론이었다. 그래서 수치로 평가할 뿐만 아니라 질적 연구를 함께 함으로써 객관적인 결론을 도출할 수 있도록 하고 있다.

표 1-28. 국가/지역 수준의 평가 프레임워크

분류 / 기관 및 연구		기준
평가사례	WHO	종합지수로 측정
국가 수준	선행연구 1	효과성
		형평성
		효율성
	선행연구2	전략적 비전
		참여화 합의 도출
		법 제정 및 시행
		투명성
		제도의 반응성
		형평성
		효율성과 효과성
		책임성
		정보
		윤리
	WHO	서비스 전달체계
		보건의료인력
		보건의료정보
		필수의약품

		보건의료재정
		리더십 및 거버넌스
	USAID	재정
		인적 자원
		서비스 전달 및 프로그램과 프로젝트 시행
		운영 유지
		정보 관리
	European Community Health indicators Monitoring	항목 구체화하여 약 25개의 수치로 평가
지역 수준	WHO	지역사회 보건의료 관리하는 조직
		운영 절차
		보건의료시설의 활용
		지역사회 보건의료 이니셔티브
		보건의료 자원 활용

[첨부 1] 예시: Sub-national level에서 전반적인 보건의료체계 평가

- **일러두기:** 이 부분은 USAID에서 보건의료체계 평가(HSA)를 국가 전반이 아닌 sub-national level에 적용한 사례이다. 이러한 실제 사례를 살펴봄으로써 보건의료 체계 평가, 사업형성 과정에 대해 이해할 수 있다. 이 사례에서는 province 몇 개를 함께 평가하고 있는데, 상황에 따라 district 수준 등으로 적용할 수 있을 것이다.

USAID는 〈Health Systems 20/20〉 프로젝트의 일환으로 베트남 6개 province의 sub-national health systems assessment를 수행했다. 기본적으로 USAID의 HSA approach를 바탕으로 하면서 기존의 평가들을 베트남의 상황, 지역 전문가 팀의 요구에 맞추고 가능한 국가 자료보다는 province 자료를 모을 수 있는 방향으로 적용하였다.

평가의 목적은 해당 지역 보건의료체계 기능에 대한 정책결정자와 프로그램 관리자들의 포괄적 이해를 돕고자 하는 것이다.

1. 일반적 현황 (인구 · 지리적 통계)

지역	인구 수	면적(km2)	인구밀도	시골지역에 사는 인구	GDP/capita (USD)
A					
B					
C					

기본적인 지역의 인구 지리적 통계와 행정구역을 표시한 지도를 제시한다.

2. 보건의료체계 평가

다음의 네 단계를 거쳐 평가한다.

- ▷ 주요 인물 인터뷰와 문헌조사(주로 엑셀 기반의 자료들)를 통해 얻은 자료를 표로 나타낸다. 이는 빠른 접근과 분석을 용이하게 한다.
- ▷ 각 보건의료체계 지표의 성과는 3점 척도로 표시한다. 시스템에 대한 기능점수는 중앙수준, 지역수준, 마을 수준에서처럼 구분하여 파악할 수도 있다. 각 체계별 기능의 강점과 약점을 분석하기 위한 것이며, 점수는 요약된 형태로 경향을 보여주는 역할을 한다.
- ▷ 거버넌스, 재정, 인력 등 각 체계기능별로 강점과 약점을 요소별로 매긴 점수를 바탕으로 다시 리뷰한다.
- ▷ 마지막으로 형평성, 접근성, 효율성, 질, 그리고 지속성을 바탕으로 전체 체계를 분석한다. 이는 보건의료체계의 다양한 기능들이 어떻게 상호관계를 가지며 보건의료체계 전체의 목표에 도달해나가는지를 보여준다. 이 다섯 가지 평가범주는 WHO의 것에 기초한 것으로서, 각 범주에서 사용하는 지표는 평가팀의 논의를 거쳐 판단한다. 즉, 현재로서는 6개의 모듈에서 어떤 지표가 5가지 성과범주를 대표하는 것일지 따로 지정된 것은 없다.

6개의 보건의료체계 모듈(거버넌스, 재정, 서비스 제공, 인력, 의약품, 정보체계)에 대해 각기 정보를 수집하였다. 각 모듈에 속한 요소들마다 몇 가지의 지표를 정하여 3점 만점으로 평가하는데, 1점은 ‘불충분(부적절함)’, 2점은 ‘충분(적절)’, 3점은 ‘매우 충분(적절함)’

을 의미하는 것이다.

아래 지표는 USAID의 HSA 지표와 크게 다르지 않다.

1) 거버넌스

요소	A 지역	B 지역	C 지역
대중의 요구에 대한 정부의 반응성			
시민사회(대중, 전문가, NGO 등)의 영향력			
보건의료서비스의 질을 기술적으로 관리·감독하는 사용자, 대중의 역량			
대중이 필요로 하는 서비스의 제공			
정보와 보고			
정부가 방향을 제시하고 전체적으로 관리하며 자원을 배분(정부와 보건의료 제공자 사이의 거버넌스 관계)			

2) 재정

(1) 요소 1: 재정 확보

지표	A 지역	B 지역	C 지역
1인당 보건의료 총지출			
전체 정부지출 중 보건의료에 지출하는 비율(%)			
전체 보건의료지출 중 정부가 지출하는 비율(%)			
전체 보건의료지출 중 공여자가 지출하는 비율(%)			
전체 보건의료지출 중 Out-of-pocket 비율(%)			

(2) 요소 2: 재정의 통합과 배분

지표	A 지역	B 지역	C 지역
예산 확보와 분배 과정			
보건의료 지원금을 위한 세금 징수 확보			
사회보험을 통한 재정 확보			
자원의 배분			

(3) 요소 3: 구매와 지불보상(서비스 제공자)

지표	A 지역	B 지역	C 지역
정부 예산을 통한 기금으로 구매(직접 보조 혹은 보험 보조)			
건강 보험			
사용자요금을 통한 지불(OOP)			

3) 보건의료서비스 제공

(1) 요소 1: 가용성

지표	A 지역	B 지역	C 지역
인구 수			
district의 수 (province에서)			
commune의 수			
Province 수준에서			
general hospital / regional hospital 수			
District 수준에서			
district 병원의 수			
Commune 수준			
commune health stations(CHS) 수			
인구 1000명당 CHS 수			
공공병상			
계획병상 수			
실제 병상 수			
병상 점유율(%)			
민간 제공자			
민간 병원의 수			
민간 병상 수			
정부 & 비정부 부문			
전체 병상 수			
인구 1000명 당 병상 수			

(2) 요소 2: 서비스 접근성, 보장성

요소	A 지역	B 지역	C 지역
보건의료 시설에서 표준 거리에 내에 살고 있는 인구 비율(%)			
보건의료 서비스 제공에서 민간부분의 비중			
이용자요금 면제자 여부			
건강보험에 속한 피고용자 비율(%)			
피고용자에 보건의료서비스를 제공해주는 직장내 프로그램			
건강보험 무상혜택을 받는 빈곤, 취약층의 비율(%)			

(3) 요소 3: 서비스 이용

요소	A 지역	B 지역	C 지역
숙련된 보건의료인력에 의한 연간 출산율(%)			
연간 시설 분만율(%)			
DPT3 백신 접종률(%)			
1세 미만 아동에서 6개 주요 질병과 B형간염 백신 접종률(%)			
피임여성(15-49세) 비율(%)			
임산부의 산전진찰 방문율(%)			
시설에서 일차진료나 외래방문수의 증가			

(4) 요소 4: 서비스제공의 결과

요소	A 지역	B 지역	C 지역
출생 시 기대여명			
영아 사망률 /1000명			
모성 사망률 /100,000명			
HIV유병률(15-49세 인구 중)			
DALY (HIV)			
연간 HIV 발생률			
결핵과 말라리아 유행			
영양실조아동의 비율(%)			

(5) 요소 5: 공공보건의료 서비스의 조직과 통합

지표	A 지역	B 지역	C 지역
통합된 일차보건의료서비스 가능여부(백신, 결핵, 산전관리, 가족계획, 말라리아, 영양)			
수직적 프로그램을 통한 일차보건의료서비스의 가능여부			
환자 정보를 축적하고 검색할 수 있는 정보체계 여부			
각기 다른 수준의 서비스 사이에 이송기전 여부			

(6) 요소 6: 서비스 질 보장

요소	A 지역	B 지역	C 지역
관리의 질을 제고할 수 있는 국가 정책 여부			
지역 수준의 상황에 맞춘 질 표준화 기전 여부			
province/district 수준에서 임상적 감독관 여부			
health center에 감독관 방문계획 수행율 (%)			
감독 외에 질 보증 기전의 여부(승인, 자격증 갱신, 질개선 방법, 만족도 조사, 지역사회 질 관리 팀 등)			
기술적 가이드라인의 이용 가능성			
ISO(International Organization for Standardization) 기준에 맞춘 보건의료시설 적용과 규제			

4) 인적 자원

요소 / 지표		A 지역	B 지역	C 지역
인력 공급	인구 1000명당 의사/간호사 수			
	공공부문 의사 이탈률			
인력 계획	도심과 교외지역에서 지역수준별 보건의료 전문가 분포			
	인력계획체계의 작동 여부			
	인력에 할당된 보건의료예산 비율			
	인력에 대한 자료 체계 여부			

요소 / 지표		A 지역	B 지역	C 지역
인력 정책	직업 분류체계 작동여부			
	보상체계 작동 여부			
	인력 신규모집, 고용, 이전, 승진의 공식 절차 여부			
	임금체계 여부			
	노조와의 공식적 관계 여부			
	등록, 인증, 면허제 여부			
성과 관리	직무기술서 여부			
	감독계획(임상, 행정적)의 존재 여부			
	계획한 대로 방문감독 수행율			
	개인의 성과계획과 관리의 공식적 기전			
	필요시 인센티브 프로그램의 기능 여부			
훈련과 교육	모든 수준의 직원들에 공식적 연수교육			
	리더십 개발 프로그램의 작동과 존재여부			
	보건의료서비스 제공 조직과 견습 교육기구 사 이 피드백 고리의 연계 여부			

5) 의약품 관리

요소 / 지표		A 지역	B 지역	C 지역
예산	(전체 보건의료지출 중) 의약품 총지출			
	정부와 민간부문 각각에서의 의약품 지출			
의약품 정책, 법, 규제	의약품 안전, 질, 효과에 따른 자료 수집체계의 여부			
	의약품 관련 인력, 제조자, 분배/수입자, 제약 회사/의약품 도매업에 대한 관리, 감시, 면허 기전			
	국가 필수약품 리스트의 제작, 관리, 존재 여부			
조달 공급	공공부문 의약품 조달을 위한 공식적 표준운 영절차(SOPs) 여부			
	MoH 조달에서 제네릭 약제의 이용			

요소 / 지표		A 지역	B 지역	C 지역
	연간 조달 운영 횟수			
	경쟁입찰을 통한 의약품 조달율			
	안전성, 효과, 질과 관련해 사전 또는 사후 질 관리 절차 여부			
	샘플링과 테스트 여부			
보관 분배	믿을만한 추정에 기초한 의약품 조달			
	의약품 분배의 관리 절차			
	수직적 프로그램에 대한 독립적 공급체계			
	재고 손실 정도			
	분배 단계마다 적절한 온도조절이 가능한 냉장기기의 여부			
적절한 사용	병원과 보건의료시설에서 의약품 사용의 개선을 위해 활용할 수 있는 기전이나 도구			
	공통적인 건강문제에 대한 국가적인 표준 치료 가이드 여부			
	보건의료 인력의 기초, 연수교육에 사용할 수 있는 치료 가이드 여부			
양질의 서비스와 생산품에 접근	아직 유효한 일련의 추적 아이템(tracer items)들이 있는지의 비율			
	의약품을 살 수 있는 보건시설이나 약국(공공, 민간)에 접근할 수 있는 인구 비율			
	공적으로 허가를 받은 공급 또는 민간 도매업자와 소매업자들을 위한 인센티브의 존재 여부(지리적 접근의 향상에 대해)			
	인구 단위 당 약사, 의약전문가 수, 제조사 수, 민간 약국 수			
재정	정부 예산, 기부금, 자선단체 및 환자 개인 지출에 의해 지원 받는 연간 국가의 의약품 지출의 비율			
	보건부 시설에서 나누어 주는 의약품 비용을 충당하는 시스템의 존재 여부			
	민간부문의 의약품 가격 조절기전의 존재 여부			

6) Health Information System

요소	A 지역	B 지역	C 지역
자료원, 정책과 규제			
자료 수집과 질 관리			
자료 분석: 자료를 분석할 수 있는 인프라와 양질의 인력 활용 가능성			
관리, 정책 형성, 거버넌스와 책무성을 위한 정보의 이용			

(1) 요소 1: 자료원, 정책과 규제

지표	A 지역	B 지역	C 지역
정부의 예산 중 HIS와 관련한 항목에 사용 가능한 재정이거나 물리적 자원들			
전체 HIS나 개별 혹은 수직적 요소를 강화할 수 있도록 지원하는 국내 공여자의 존재 여부			
국가 HIS에 의해 정해진 지표들을 보고하도록 공공과 민간 시설/제공자에 지시하는 정책, 법, 규제의 존재			
HIS로부터 나온 정보를 바탕으로 보건의료체계 계획과 자원배분을 결정하는 명확한 절차의 존재 여부			
핵심지표를 선정하고 제외하는 과정에 적절한 이해관계자들이 협력하는지			

(2) 요소 2: 자료 수집과 질

지표	A 지역	B 지역	C 지역
보고된 정보에 나타난 지역(districts)의 비율 참조: HIS에 보고된 지역의 수를 전체 지역의 수로 나눈 것			
보고된 데이터에 포함된 민간 보건 시설 데이터의 비율			
정보 수집과 절차 보고방식에 대한 명확한 기준과 가이드라인의 활용 가능성			
직원과 감독관이 정기적으로 피드백을 제공하는데 과중한 부담이 되는 보고의 수와 종류			
보고한 자료의 질을 분류하는 절차의 존재 여부(자료 정확도 체크리스트, 자료 감사 국제방문)			
HIS 정보, 분석, 해석을 포함한 국가 리포트의 활용 가능성			

3. Recommendations

USAID는 베트남 6개 provinces 보건의료체계 전반의 평가를 통해 몇 가지 제안점을 제시하고 있는데 특정한 사업을 염두에 두었다기보다는 전반적으로 점수가 낮게 나온 부분들에 대해 두루 제안하는 형태이다. 제안점은 성과평가에서처럼 WHO의 5가지 요소를 기초로 하면서 시스템 요소별로도 제시하였다.

- ▷ 전반적으로는 보건의료 정보체계에 대한 효과적인 관리를 촉구하고 있다.
- ▷ 형평성과 효율성 보장에서는 빈곤 감소를 위하여 1) 전체 보건의료지출 중에서 공공 부문의 지출비율을 늘릴 것, 2) 건강보험 보장성을 확대할 것을 제안하였다.
- ▷ 효과적인 보건의료 제공을 위해서는 지역사회의 모든 주민들이 보편적 건강보험의 혜택을 받을 수 있어야 한다고 다시 강조하고 있다.
- ▷ 인력개발 정책에서는 특히 말단조직에서의 신규채용과 훈련을 철저히 할 것을 강조하였고
- ▷ 의약품 관리에서는 국가 표준 치료가이드가 없어 이것의 개발이 시급하며, 의약품 접근성을 위해 비용관리 전략이 필요하다고 제안하였다.
- ▷ 마지막으로, 정보체계에서는 더 나은 관리를 위해서 역시 말단조직 수준에서도 보건의료체계에 대한 정보를 폭넓게 활용할 수 있는 실용적인 소프트웨어를 디자인해야 하며, 이를 위한 인력의 훈련이 필요하다고 제안하였다.

[첨부 2] 예시: 예방접종사업에 대한 보건의료 평가

여기에서는 네팔에서 수행되었던 예방접종사업을 위한 보건의료체계적인 접근평가를 예시로 보여 사업을 준비하는 상황에서 체계적인 접근을 수행하는 데에 어떤 방식의 평가를 수행하는 지에 대해 이해를 돕고자 하였다.

1. 평가의 목적

네팔 정부가 GAVI의 사업에 지원하기 위해서 사전적으로 각국의 보건의료체계의 현황에 대한 배경정보를 파악하고자 하였음. 네팔의 보건부(MoH)와 WHO, UNICEF, USAID가 예방접종사업을 위한 평가에 기술적 지원을 제공하기 위한 두 팀의 국제 자문단을 구

성하였으며 예방접종사업과 관련한 네팔의 보건의료체계에 대한 평가가 이루어졌다. 이 평가는 적어도 다음 목적을 가지고 있다.

- ▷ 네팔의 보건의료체계 개발을 위해서 필요한 배경정보들을 수집하고 이를 GAVI의 사업에 지원하는 데에 이용
- ▷ 전반적인 예방접종사업 개발을 위한 현실적인 접근법을 개발하는 데에 기여

보건의료체계 접근의 방법으로는 WHO/VAB/EPI에 의해서 개발되어 사용된 toolkit을 사용하였으며 해당 보고서의 각 챕터와 작성 방식은 이 가이드라인을 충실히 따를 수 있도록 노력하였다(면역사업과 관련된 별개의 toolkit이 존재, Common assessment tool for immunization Service).

평가와 관련된 주요 지표들은 다섯 가지 부문으로 나눌 수 있으며 이는 ▷서비스 전달(Service delivery) ▷서베일런스(Surveillance) ▷실행계획(Logistics) ▷백신과 물자(Vaccine and supply) ▷의사소통과지지(Communication and Advocacy)이다. 또한 보건의료체계의 요소 중 ▷관리(Stewardship)와 ▷인력자원개발(Human Resource development) ▷재정(Financing) 세 가지 요소에 대한 평가도 함께 진행한다.

2. 맥락적 요소 평가

1) 국가적 상황

(1) 사회경제적 현황

지표	값
인구수	
출생수(년)	
1년 생존율	
영아 사망률	
5세 이하 사망률	
1인당 GNI	
보건의료영역에 할당되는 재정 비율(GNI기준, %)	
정부 지출률(GNI기준, %)	
DPT3 접종률(성별로 구분, 가능한 지역에서라도)	

(2) 국가 보건의료부문 전략(요약)

국가 5년 발전 계획 등에 포함되어 있는 보건의료부문에 대한 국가 전략을 제시, 이것에는 현재의 문제점들과 앞으로의 위협들, 또 이에 정부가 대처하는 전략과 정부가 정책 목표로 하는 것들에 대한 개괄이 포함되어 있는 경우가 많기 때문에 이에 대한 서술을 참고한다.

- (3) IHP+와 같은 국제기구들이 제시하는 국가 리포트 등을 확인하여 이들에서 제시되는 국가 보건의료체계에 대한 제안들을 취합한다. 많은 경우 보고서들은 SWOT분석을 통해 포괄적인 지침을 제시하고 있으므로 최근에 수행된 평가들의 결과를 확인하는 것이 효율적이다.

2) 시간에 따라서 보건의료 정책과 전략의 변화와 양상에 대해 파악

1991	1997	2002	2007	2012	2017
1991 National Health Policy					
Ninth Five-Year Plan 2054-2059 (1997-2002)					
Second Long Term Health Plan, 1997-2017 (LTHP) (published 1999)					
Strategic Analysis to Operationalise Second LTHP (Aug 2000)					
Policy Document, Immunization Programme (draft, 1999)					
Local Self-Governance Act, 2055 (1999)					
1997/8 to 2001/2 Annual Plans of Action					
N.B. Fiscal year starts on 16th July					

그림 1-24. Policy Documents and Plans, showing their Time Frames

현재 해당 국가/지역에서 정책 목표로 하고 있는 부분들과 기존에 만들어져 있는 해당 정책, 전략을 파악한다. 중앙과 지방의 보건의료정책이 어떤 관계에 있는지, 적절한 탈-중앙집중화가 이루어져 위임이 되었는지, 지역에서 상향적 참여와 의견수렴이 이루어지는지, 또 지역사회주민들과 지역의 주요 이해당사자(stakeholders)들의 참여를 보장할 만한 제도나 정책이 있는지 등을 파악한다.

3) 보건의료서비스 제공 구조 파악

보건부와 지역 보건의료기관과 시설 등의 조직도를 파악하고 보건의료서비스 전달체계를 파악한다. 지역별 보건의료시설 분포, 인구 당 의료진 및 의료기관, 예방접종이 가능한 시설들의 지역적 분포 등에 대해서도 파악한다.

표 1-29. 예방접종 사업을 위한 보건의료체계 하부기반구조 파악(예시, Nepal Sevikas지역)

	산악지역	평야지역	사막지역	전체
지역	16	39	20	75
전체 인구	7%	45%	47%	22,892,441 12% 도시
1세 이하 인구	8%	46%	46%	698,824
병원(공립병원)	13	39	24	76
민간 + NGO, INGO시설	2+9	13+95	6+39	21+143
일차의료기관과 보건지소	6/8	60/8	54/1	120/17 목표: 205
보건진료원 Health post	156	401	188	745
보건진료원지소 sub-health post	392	1628	1165	3185
지역개발계획구획별 인구	3164	5105.2	8012.2	5850.4
일차의료봉사기관	1567	6661	5279	13507
EPI ³⁾ 진료소	1708	7155	5535	14398
구획 별 EPI진료소	31.5	3.57	4.05	3.67
FCHV ⁴⁾ 별 인구	279.2	441.8	673.6	502.5

3) Expanded plan for immunization, WHO의 확장된 예방접종사업

4) Female Community Health Volunteer, 지역 여성 의료 봉사자

3. 예방접종 관련 지표 파악

1) 현재 국가 예방접종 스케줄

백신	접종 시기	만약 시행되고 있으면 ○ 표시		메모
		국가 전체	일부 지역	
BCG	출생시			
DPT-HepB	6,10,14 주			
OPV	6,10,14 주			
Measles	9달			
파상풍	임신시			
일본뇌염	12~23달			일본뇌염 감염 위험지역에서만 실시
Vitamin A	6~59달			일년에 2회 대중 교육 캠페인 실시

(1) 예방접종률과 질병부담: WHO/UNICEF의 자료를 이용

예방접종률(%)					예방 가능한 질병부담		
백신		보고결과		조사결과	질병	보고된 환자수	
		2010	2012	2010	2012	2010	2012
BCG						결핵	
DTP	DTP1					디프테리아	
	DTP3					백일해	
POLIO						폴리오	
홍역						홍역	
TT2(산모)						신생아파상풍	
Hib3						Hib	
황열						황열	
HepB						hepb sero-prevalance	
Vit A	엄마						
	신생아						

(2) 예방접종과 관련된 기존의 중재 사업들 파악(예시)

	중재 사업	시행기관	기간	다루고 있는 건강문제
1	결핵 예방 사업		20xx.x~	결핵
2	모자보건사업		2010.03~	모자와 신생아 관련, HIV/AIDS
3			...	
4	...			
5				

4. 시스템적 접근에서 주요 지표

해당 내용들은 필요에 따라서 국가별, 지역별, 그리고 서비스 전달 구역 별로 서로 다른 수준에서 실행할 수 있다. 아래 부록으로는 국가수준의 접근 지표들을 위주로 제시하며 지역별, 또 서비스전달 기관 별 시스템적 접근 지표들을 확인하기 위해서는

<http://archives.who.int/vaccines/en/systemsapproach.shtml>의 Common Assessment Tool for immunization services, Systems approach를 참고하도록 한다.

1) 예방접종사업을 위한 평가 사항, 다섯 가지 주요 구성요소

(1) 서비스 전달

지표
각 백신 별 지난 3년 동안의 접종율
Drop-out rate
접종율에 대한 보고가 정기적으로 이루어졌는가? 또 시간에 맞추어 제출되었는가?
각 백신이 제공되고 있는 지역의 분율 (예시, 50%미만, 50-79%, 80%이상)
백신과 관련된 국가적 계획과 전략이 존재하는가?
표준화된 예방접종 안전 관리 계획의 존재하는가?
예방접종 부작용과 관련하여 보고 체계가 존재하는가?
예방접종 안전과 관련하여 예산이 할당되어 있는가?

(2) 질병 서베일런스 Surveillance

지표
백신으로 예방 가능한 질병의 발생율
Non-polio AFP(Acute flacid paralysis) rate
조사된 홍역발생 분율(%)
나이와 백신접종 여부가 밝혀진 홍역 케이스의 분율(%)
주기적 보고의 완성도와 기한준수율

(3) 실행계획 Logistics

지표
국가에서 제시하는 권고안(guideline)이 존재하는가? - 백신 관리 - 이송 관리 - 저온유통체계(cold chain) 관리 - 폐기물 처리
물품과 장비, 소모품들이 필요한 곳에 필요한 양만큼 조달되는가?
저온유통체계가 제대로 작동하고 보수가 이루어지는가?
지역이나 서비스 제공 시설 방문 시 관리자가 백신 물품과 조달, 장비와 소모품의 상태에 대해서 확인하고 기록하는가?

(4) 백신과 물품 Vaccine and supply

지표	
조달	백신 사용량 예측
	백신 사용량과 재고 모니터링
질	공식적인 기관에 의해서 전반적인 기능에 대해 정기적으로 질 평가를 받는가? 아니면 각각의 요소별로 질평가에 대한 독립적인 계획이 존재하는가?
	백신이 믿을 만한 제공자로부터 제공되었으며 백신을 조달하는 과정에 대해서 투명하게 밝혀져 있는가?
공급자와 재정	백신 공급자를 고르는 방식
	지속가능한 재정조달 기전

2) 의사소통과 지지 Communication and Advocacy

지표
주기적인 예방접종에 대해서 적극적인 지지가 있는가? ex. 정치 지도자; 개발파트너; 지역사회
대중 홍보 활동을 활발하게 하고 있는가?
지역주민들에 의해 의견이 수렴되며 백신사업의 계획가 집행 평가 과정에 대한 참여가 이루어지고 있는가?

3) 시스템적 요소로서 평가해야 할 지표

(1) 관리 Stewardship

지표
정책결정과 일반 원칙
국가 정책이 보다 취약한 지역의 요구를 충족하는 데에 주력하고 있는가?
보건의료서비스 접근에 대한 형평성 있는 접근을 보장하는가?
국가에서 우선되어야 하는 중재들에 대해서 다루고 있는가?
계획
현재 연도를 포함해서 장기적 국가 보건의료 계획과 예산안이 존재하는가?
현재의 상황변화나 체제개혁에 따라서 예산이나 계획을 수정할 능력이 있는가?
정보 관리
모든 수준에서 직원들이 새로운 정책과 권고안에 대한 정보를 적절하게 제공받는가?
모든 수준에서 직원들이 질병 퇴치 계획이나 여타 국가건강목표에 대한 정보를 전달받는가?
전략과 계획에 대한 수정을 하는 데에 직원들이 정보를 이용하는가?
국가 통계치가 WHO에 적절하게 수렴되어 취합되는가?
보건의료 제공자 간의 조화
민간과 공공 보건의료제공자 대표들의 서비스 계획과 집행, 모니터링 등의 과정에 정부 관료가 협력을 이끌어낼 수 있는가?
보건의료제공자 대표들에게 모두에게 공공보건행정의 새로운 정책과 권고안을 시의적절하게 제공하는가?
협력
다양한 원조자들이 제공하는 원조를 제대로 조화시킬 수 있는가?
원조자들의 다양한 활동과 변화에 대해서 정보를 전달할 능력이 있는가?
평가
자체적으로 국가의 건강 전략의 영향으로 국가적 목표와 목적이 얼마나 달성되었는지에 대한 주기적인 평가를 수행할 수 있는가?

(2) 보건의료인력 개발

지표	
직원관리 Staffing	각 수준과 위치에 필요한 기술을 가지고 있는 충분한 수의 직원들이 존재하는가?
	직원들은 적절한 보상을 주기적으로 지급받는가?
	일하는 환경이 적절한가?
	직원 성과가 주기적으로 평가되고 피드백이 제공되는가?
수련 Training	모든 직원들이 그들의 업무를 수행하기 위해 필요한 지식과 기술을 가지고 있는가?
감독 Supervising	보건의료인력 관리와 관련한 가이드라인이 존재하며 이것이 중요하게 고려된 적이 있는가?
	필요한 경우 관리자들이 기술적 행정적 지원을 할 수 있는가?

(3) 보건의료재정

지표
예산은 계획과 일치하는가?
국가계획과 예산에 제시된 대로 보건의료체계와 예방접종사업에 필요한 재정이 확보되는가?
승인된 재정이 할당되는가?
할당된 재정이 계획대로 사용되는가?
일반적으로 받아들여질 만한 회계감사가 이루어지는가?

제2장 영역별 전략 가이드

제1절 사업 모듈 선정의 원칙

HSS의 동향과 원칙, 한국의 상황 평가를 종합할 때 한국 보건 ODA에서 HSS 전략을 위한 사업 모듈은 다음과 같은 원칙을 충족하는 것이라야 한다.

첫째, HSS의 원리를 충족하여야 한다. HSS는 단지 보건의료체계 각 요소를 강화하거나 지원하는 것이 아니며, 보건의료체계를 ‘강화’하는 데에 초점이 있다. 보건의료체계는 각 요소를 단순히 조합하거나 병렬적으로 나열한 것이 아니다. 각 요소들 간에는 상호작용이 있으며, 전체 체계는 각 요소의 산술적 합을 넘는 독자적인 성격을 가진다. 따라서 다른 요소와의 상호작용을 고려함이 없이 개별 요소를 강화, 지원하는 사업은 최대한 피해야 한다.

둘째, 한국 보건 ODA의 현실 역량을 고려할 수밖에 없다. HSS는 맥락에 따라 구체적인 사업의 내용과 실천이 달라지고, 매우 다양한 전략을 가질 수 있다. 따라서 다른 사업과 비교하더라도 기술과 인적 역량의 비중이 매우 크다는 특징을 갖는다. 현재 한국 보건 ODA는 원조기관, 학계, NGO 등 모든 분야에서 HSS 전략을 수행하기 위한 기술 역량과 인적 자원이 크게 부족하다. 따라서 한국의 HSS 전략은 초기 단계에는 다음과 같은 특성의 사업에 집중하는 것이 바람직할 것이다.

- 체계 간의 상호관련성이 상대적으로 적음(상호작용의 논리구조가 간단)
- 기존 사업과의 연계가 큰 것.
- 연관된 경험을 가지고 있는 것.
- 비교적 표준화하기 쉬운 사업

셋째, 국제적 동향에 부합하여야 한다. 한국의 현실을 고려할 수밖에 없다 하더라도 크게 볼 때 국제사회의 보편 ODA와 조화되는 것이 원칙이다. 예를 들어 PBA 또는 SWAp에 참여하는 것이 여러 장애가 있다 하더라도 장기적으로는 적극적인 역할을 하는 것이 불가피하다.

넷째, 사업 수행을 촉진할 수 있는 모듈이 바람직하다. HS와 HSS는 논리적, 이론적으로 매우 넓고 복잡한 구조를 가지고 있다. 이런 상황에서 원리상 가능한 모든 사업을 개발, 수행할 수는 없다. 또한, 초기 단계에는 서로 규모와 차원이 다른 사업이라 하더라도 실무적으로 비교적 쉽게 접근할 수 있는 사업 모듈을 채택하는 것이 바람직할 것이다.

이상의 기준을 고려하여 본 연구에서는 다음과 같은 여섯 가지의 사업 모듈을 제시하였다.

표 2-1. HSS 세부전략 사업모듈별 특성 개요

	HSS 원리	역량	국제적 동향	사업 용이성
1. 요소별 강화 - 시스템 사고	△	○	△	○
2. 수직-수평 중간 전략	△	○	○	○
3. 하위수준에서의 전 부문 강화	○	△	△	△
4. 일차보건의료	△	△	△	△
5. 지역보건의료체계 강화	○	△	○	△
6. PBA-SWAp	○	△	○	△

○ ; 충족, △ : 중간

이들 모듈 중 3, 4, 5는 상당 부분 중복되지만 진입 지점(entry points)은 다음과 같이 서로 다르다.

3. 하위수준에서의 전 부문 강화 - 기본적으로 지방(subnational) 정부가 사업의 대상이자 주체가 된다. 정부가 주된 행위자가 되어 전체 부문을 강화하는 전략이다. 전략은 주로 지방 정부 수준의 정책이다.

4. **일차보건의료** - 주로 지역사회(지역공동체, community)가 초점이다. 공식 부문과 비교하여 공식-비공식의 접점(interface)에 주된 관심을 기울이는 전략이다. 물론 참여 주체의 범위가 넓어지면서 지방정부의 사업과 만나는 것은 당연하다.
5. **지역보건의료체계 강화** - 3과 4의 중간에 위치한다고 이해할 수 있다. 지역(district)에 초점을 두지만, 포괄 범위는 지역 정부의 일부와 지역사회를 포괄한다. 위로는 정부와 아래로는 지역사회와 만나게 되는 것으로 이해할 수도 있다. 그러나 이 모듈의 초점은 지역보건당국(district health office)/지역병원(district hospital)을 중심으로 서비스 제공과 관리의 체계를 구축한다는 것이다.

이 세 가지 모듈은 실제 사업에서는 중복될 수 있다. 그러나 실무 차원에서는 서로 다른 관심과 필요(진입 지점)에 따라 사업이 개발되므로, 일부 중복이 있을 수 있지만 별도의 사업 모듈로 제시하였다.

제2절 매뉴얼 매핑

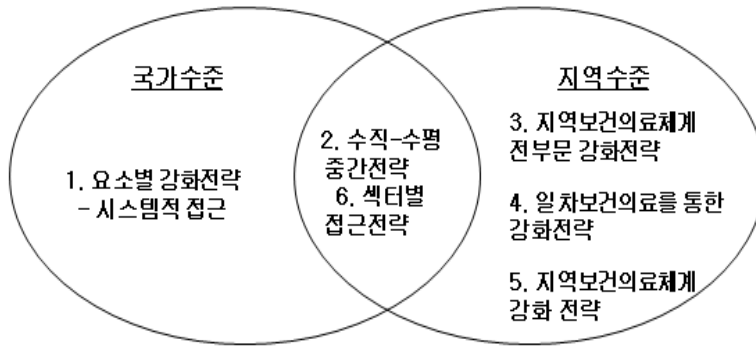


그림 2-1. HSS 세부전략 매뉴얼 매핑

보건의료체계강화 세부전략에서 제시한 6가지의 전략은 KOICA에서 새로운 사업을 개발하거나, 기존의 사업을 수정·보완·지속하는 과정에서 해당사업의 지역적·내용적 범위에 따라 적합한 접근 전략을 선택하여 수원국과 KOICA의 상황과 역량에 따라 적절히 변형하여 적용할 수 있다. 고려해야할 사항은 수원국의 기존 보건관련 정책뿐만 아니라, 보건분야 외의 정책, 제도와와의 관계도 살펴보아야 하며, 무엇보다 수원국 관련 Technical Working group의 참여가 중요하다.

1. 국가수준

기존에 주로 수행하던 병원건립사업, 보건의료인력 양성사업 등은 국가수준에서의 요소별 강화 전략을 활용할 수 있다. 이 외에도 WHO가 분류한 보건의료체계 세부요소인 보건의료서비스 전달체계 강화, 보건의료정보체계 강화, 보건의료재정체계 강화, 의약품·재료·소모품 체계 강화, 리더십/거버넌스 강화 등을 위한 전략도 그 적용 범위가 국가수준이라면 역시 같은 전략을 활용할 수 있다. 베트남의 전국민 의료보험제도 구축 사업이 보건의료재정체계 강화를 위한 사례로 볼 수 있다.

국가수준에서의 요소별 강화 전략-시스템적 접근

기존 KOICA가 수행하던 병원건립사업, 보건의료인력 양성사업 등 개별 보건의료체계 강화 사업에 시스템적 사고를 적용하는 접근법이다. 주로 국가 수준에서 다루어지는 접근법이며, 전체 시스템을 고려해야 한다는 점에서 쉬운 작업은 아니다.

시스템적 접근을 위해서는 사업발굴 단계에서부터 이해관계자를 모집, 구축하여 사업이 종료되는 시점까지 다양한 형태의 지속적인 참여를 보장하고 유지하는 것이 중요하다. 또한 보건의료에 대한 정보 구축과 이러한 근거를 기반으로 사업 전 과정의 평가와 모니터링을 해야 한다. 이러한 과정을 통해 수원국의 역량과 여건변화, KOICA의 여건 등 반영하여 사업 내용과 목표, 평가 지표와 방법 등을 수정하는 것이 가능해야 한다.

2. 지역수준

사업의 적용 범위가 지역수준이라면 이에 대한 접근전략으로는 대상 지역의 규모, 중점사업 등을 기준으로 크게 세 가지로 나누어 살펴볼 수 있다.

1) 지역보건의료체계 전 부문 강화 전략

국가보다는 지방이나 지역 정부수준을 대상으로 하며, 여기서 지역이란 국가 하위 수준의 행정적 구분으로 지방, 지역, 마을 또는 지리적 구분이 가능한 모든 범주를 포함한 개념이다. 또한 보건의료체계 전 부문이란 보건의료체계의 모든 구성 요소 특히 과정과 관계에 대한 것으로, 이를 고려하면서 장기적으로 형평적이고 지속가능한 개발을 추구하는 것이다. 완전하게 적합하다고는 볼 수 없지만, 네팔 띠까풀 사업이 이 전략으로 활용해 볼 수 있는 근접한 사례로 볼 수 있다.

지역보건의료체계 전 부문 강화

개발도상국의 지역별 불균형, 도시와 농촌간 격차 등으로 인한 건강형평성 문제에 중점을 둔 접근법으로, 국가보다는 지방이나 지역정부를 협력의 주체로 하여 보다 포괄적이고 통합적인 보건의료체계 강화와 건강 향상을 위한 접근전략이다.

사업선정 단계부터 수원국 중앙정부와의 합의를 통해 개입이 시급한 지역을 선정하고, 해당 지역에 대한 적절한 권한 위임과 지역에서 정책적 자율성을 보장받아야 한다. 따라서 중앙정부와 지역정부 사이의 긴밀한 공조와 의사소통, 적절한 탈중앙집권화, 권력의 이양과 자율성 확보가 필요하다.

즉, 원조자의 직접 개입은 최소화하고 수원국 중심의 사업 시행하되, 지역정부와 지역보건의료체계 역량 강화에 주요 초점을 둔 사업이다.

2) 일차보건의료를 통한 강화 전략

완전하지는 않으나 에티오피아 티그리이 모자보건사업이 가장 근접한 사례로 볼 수 있으며, 향후 수정·보완 등이 이루어질 때 적용해 볼 수 있는 전략이다.

일차보건의료에 기반한 보건의료체계 강화 전략

지역사회의 개인과 가족 누구나 접근할 수 있는 실제적이고 과학적으로 타당하며 사회적으로 받아들일 수 있는 방법과 기술에 기초한 필수적 보건의료로써의 일차보건의료를 강화하는 전략이다. 일차보건의료는 일차진료 뿐만 아니라 개인, 가족 및 지역사회를 위한 건강증진, 예방, 치료 및 재활 등의 서비스를 모두 포함하는 포괄적 보건의료 서비스이다. 세부사업으로는 보건교육, 영양, 위생, 모자보건, 예방접종, 풍토병 관리, 치료, 필수 의약품 관리, 재활 등의 사업이 이루어질 수 있다.

따라서 이러한 일차보건의료를 통한 보건의료체계 강화의 목표는 지역사회 주민의 참여와 보건 영역 외의 다른 영역들과의 협동을 통한 지역의 건강 향상이다

3) 지역보건의료체계 강화 전략

지역 자체로 모든 수준의 보건의료서비스를 제공할 수 있는 자원을 가지고 있을 것으로 기대되는 지방이나 지역 정부수준보다 더 낮은 단위의 지역으로, 지역이 중심이 되고 지역의 역량이 강화되는 접근 전략이다. 필리핀 일로일로사업 등에 이를 적용해 볼 수 있다.

지역보건의료체계 강화

수원국에서 지역단위 보건의료 프로젝트를 제안할 경우 해당 지역이 낙후되어 있어 정상적인 보건의료체계를 가지고 있지 못하거나, 해당 지역의 건강문제가 심각한 경우가 많다. 이러한 지역은 보건의료 프로젝트가 가동되어도 성공하기가 쉽지 않다. 따라서 수원국이 요청한 지역, 지원국에서 어려운 문제가 있는 지역을 골라 지원을 결정한 경우 면밀히 보건의료체계를 검토하고 지속적이고 입체적인 지원을 추진하는 접근 전략이다.

상향식 접근으로 일차보건의료 전략을 고수하면서 지방정부의 책임성을 높이며 일차 의뢰병원의 기능을 강화하는 것으로 지역이 중심이 되고 지역의 역량이 강화되는 접근이 되어야 한다.

지역보건의료체계 강화를 위한 접근 포인트는 다양하다. 이 때 지방정부가 연간계획과 우선순위를 정하고 이와 관련된 자원의 소유 및 조절 능력을 갖도록 하는 것이 중요한데, 적어도 5년 이상의 장기적인 투자가 필요하다.

3. 국가 혹은 지역수준 모두 적용 가능

1) 수직-수평 중간전략

사업의 범위가 국가 혹은 지역 수준이면서 결핵, 말라리아 등 특정 질병이나 상태를 대상으로 하는 수직적 사업인 경우, 수직적 보건의료체계강화를 위하여 수직-수평 중간전략을 활용할 수 있다. 우즈베키스탄 전염병 역량강화사업, 수단에서의 기생충 퇴치사업에 이를 적용해 볼 수 있다.

수직-수평 중간전략(Diagonal approach)

결핵, 전염성질환 등 특정 질병이나 상태를 대상으로 하는 기존의 독립적인 수직적 프로그램에 수원국의 보건의료체계를 함께 고려하도록 수평적 개념을 통합함으로써 보다 효과적이고 나은 결과를 얻기 위한 접근법이다.

접근 과정은 수원국이 원하는 건강 결과를 정하고, 그에 대한 효과적인 서비스 확대를 제약하는 보건의료체계를 파악하는 것부터 시작한다. 보건의료체계 중에서 장애가 되는 점을 파악하고, 이를 해결하기 위한 수원국 보건의료체계에 대한 정책과 역량 문제를 고려한다. 다만, 국가의 전략과 계획 개발은 장려하되, 특정 부분에 고립된 계획 투자는 지양하는 것이 좋다

2) 섹터별 접근 전략

국가 혹은 지역 수준에서 보건 섹터에 대한 접근 전략이 있을 수 있다. 지역 수준이라면 섹터별 접근법이 될 것이고, 이것이 국가적 수준으로 확대된다면 프로그램형 접근법이 된다. 캄보디아에서 시도되고 있는 사업이 예가 될 수 있다.

섹터별 접근법

수원국의 리더십 향상과 원조효율성 강화를 목적으로 기존 프로젝트형 사업과 달리 보건, 교육 등 특정 섹터에서의 통합적 접근을 겨냥한 전략으로, 수원국 자체 섹터 프로그램을 지원하는 공여자들의 프로그램이라 할 수 있다.

파리선언에서 제시한 섹터별 접근법의 요건은 수원국의 리더십, 하나의 포괄적인 프로그램 및 예산정책, 공여자들간 공식적 조화 절차, 현지체제 활용을 위한 노력 등이다.

이러한 섹터별 접근법은 개념적으로 특정한 원조방식이라기보다는 공여자와 수원국 간의 협력의 한 과정으로 이해하는 것이 바람직하다. 따라서 다양한 접근방법이 가능하며 계획과 실행, 평가 모든 과정은 원조효과를 고려하지 않고 이해하기 어렵다.

또한 수원국 섹터 프로그램에 부합하는 사업을 발굴, 지원할 때 현지 전문가와 양질의 정보, 다른 공여자들과의 정보교환/협의 과정, 수원국 정부부처와의 긴밀한 협조 등이 필수적이다.

제3절 공통적용사항

1. Technical Working Group 참여

일반적으로 working group은 수원국 정부, 후원자, 연합 구성원 및 파트너, 관련 전문가, NGO, 양자기구, 다자기구, 국제기구, USAID, JICA와 같은 공여국가 국제 개발협력기구 등이 일정기간 정해진 기한을 두고 특정 주제에 대한 기술적 토의, 자문 등을 하는 조직 구성이다. 주로 사업의 내용 선정에 대한 기준 마련, 장단기 목표 설정, 파트너십 구축, 관리감독 기전 마련, 재원마련 기전, 모니터링 및 평가 기전 등을 위한 활동을 한다.

working group은 주 활동이 무엇인가에 따라 참여 구성이 달라진다. 예를 들어, 모니터링과 평가를 위한 그룹에는 주로 GAVI, Global Fund, UNFPA, UNICEF, JHU(Countdown), World Bank, World Vision, CDC, USAID, IHP+Results, WHO, Univ of Basel, UNAIDS, ACOSHED, Univ of Antwerp 등이 참여한다. 비용을 충당하는 문제에 대한 working group에는 UNAIDS, UNDP, UNFPA, UNICEF, WHO, World Bank 등이 참여한다.

현지사업 PM은 물론, KOICA 현지사무소 역시 이러한 working group에 사업 착수 전부터 사업을 진행하고 평가하는 전 과정에 어떠한 형태로든 참여하는 것이 중요하다. 이는 첫째, 다른 기구 혹은 기관의 사업 영역과 내용을 파악함으로써 원조의 중복과 공백의 문제를 해결할 수 있다. 둘째, 현지에서 사업을 수행하면서 예상되는 장애요인에 대처할 수 있는 아이디어를 찾고, 사업을 성공적으로 수행할 수 있는 강점을 파악할 수 있도록 정보를 공유할 수 있다. 셋째, 시간과 자원이 한정되어 있는 경우 타 기관과 협력함으로써 사업을 수행할 수 있는 방법을 모색해 볼 수 있다. 넷째, 현지 정부 등 주요 이해관계자와 네트워크를 형성해야할 경우 기존 자원을 활용할 수 있다. 마지막으로 무엇보다 사업의 목표 등을 설정하는 과정에서도 사업지역의 현황과 문제점, 자원 등을 파악할 수 있는 좋은 네트워크에 참여할 수 있는 기회가 되기 때문이다.

다음은 WHO의 HIV 검사에 대한 working group의 사례이다.

【사 례】 The WHO Technical HIV Incidence Assay Working Group⁵⁾

1. 연혁

- 2008년 설립
- 역학자, 실험 전문가, 보건공무원 등으로 구성

2. 목표

- 과학적 HIV 발병 검사 개발 및 공유
- 핵심 자원/지식 데이터베이스 형성
- HIV 발병 검사에 사용될 안내서와 아드보카시 자료 제공
- 향상된 HIV 발병 검사의 발전 평가 및 확대
- HIV 발병 검사에 대한 개발, 평가, 활용에 대한 WHO 지침 검토
- 향후 역할과 의제 논의

3. 목표 달성 전략

- 문헌 검토
- 요구평가
- HIV 발병 검사의 적절한 활용에 필요한 통계적 요구사항 검토
- HIV 발병 검사 개발을 위한 설명서 개발
- 프로토콜 개발
- 알고리즘 개발

4. 리더십

- WHO의 HIV 발병 검사에 대한 TWG는 전문가에게 HIV 발병에 대한 기술적 관점의 안내를 제공
- TWG 사무국은 HIV 및 주요보건기술부서와 협력하여 개최
- 관련 대학, 위원회, 연구기관, 국제기구, 양자 및 다자기구 관련 전문가로 구성됨

5. 참가 구성원

- 논의되는 주제에 따라 달라짐
- 역학, 통계, 실험 전문가, 바이러스전문가, 면역학자, HIV 전염 전문가, 검사 개발자, 검사 이용자, 보건관련 공무원 등

6. 최근 회의(2011.8.18-24, 애틀랜타)

2. 평가 기간(Time span)의 문제

일반적으로 건강 결과는 매우 다양한 사회적 결정요인에 영향을 받으며, 자연적·환경적 요인 등도 배제할 수 없어 프로그램 혹은 사업의 결과인지를 파악하기 어려운 경우가 많다. 또한 건강은 다양한 요인에 의해 장기간 축적되는 것인만큼 평가 기간에 있어서도 주의가 필요하다.

지역 일차보건의료시설의 이용률을 높이거나, 의료보험가입자 수를 증가시키는 것은 비교적 5년 이내의 단기적 사업이 가능할 수 있다. 그러나 일차보건의료시설 혹은 의료보험의 지속가능성을 판단하는 것은 5년으로는 부족하다. 또한 의료인력도 어느 직종이냐에 따라 기간이 달라지면, 양성 이후 활용과 그로 인한 건강 결과의 긍정적 변화까지는 더 많은 시간 간격이 필요하다.

따라서 이런 경우 10-20년 이상을 예상해야 하는 경우도 발생하기 때문에, 목표에 따라 평가를 비롯하여 사업수행기간 산정은 단계별로 접근할 필요가 있다. 또한 이러한 의사결정을 지원하기 위해서는 국가의 보건의료자원 정보와 모니터링 시스템의 활용과 모니터링 실행을 유효하게 하는 지표와 수단을 선택해야 한다.

5) http://www.who.int/diagnostics_laboratory/links/hiv_incidence_assay/en/index1.html

제3장 영역별 전략 매뉴얼

제1절 국가수준에서의 요소별 강화전략 - 시스템적 접근⁶⁾

국가수준에서의 요소별 강화 전략은 기존에 KOICA가 주로 수행하던 보건의료시설 건축, 보건의료인력 교육, 연수교육 등 개별 보건의료체계 구성요소 강화를 위한 보건사업에 대해 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 도구들의 활용에 적용할 수 있다.

1. 배경과 개념

1) 배경

WHO(2009)는 20세기 초 산업, 경제, 생태학 등에 복잡성의 증가로 인하여 시스템 속에서 관계를 이해하고, HSS를 위하여 시스템적 사고를 강조하였다. 시스템 내의 관계를 이해함으로써, 복잡하고 다양한 건강 문제와 위험 요인을 해결하고자 한다.

보건의료체계 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. 이와 같이 보건의료체계와 HSS가 구분되어야

6) 시스템적 접근은 WHO(2009)의 "Systems thinking for health systems strengthening" 보고서를 바탕으로 정리하였음.

한다. 따라서 보건의료체계를 구조와 상호작용의 패턴을 고려하며, 개별 요소가 아닌 큰 구조 내에서 일어나는 사건으로 보건의료체계와 맥락 사이의 관계를 보다 잘 이해하고 분석하여 HSS를 달성하기 위하여 시스템적 사고에 의한 접근이 강조되었다.

Box 1. 시스템적 사고란?

시스템적 사고란 “문제”를 보다 광범위하고 역동적인 시스템의 한 부분으로 보고 문제를 해결하려는 접근법이다. 이러한 시스템적 사고는 기존의 결과보다 광범위하며, 전체 시스템의 구성요소간의 연계, 관계, 상호작용과 행태 등에 대한 심도 있는 이해를 요구한다.

흔히 개입과 시스템이 복잡한 영역에 사용되는 시스템적 사고는 기존의 일반적 사고에 비하여 보건의료체계 개별 구성요소 간 관계의 성격, 구성요소 간의 간격, 구성요소 간 상호작용으로 인한 시너지 효과 등이 변화하였다. 따라서 시스템적 사고는 광범위한 효과와 잠재적 시너지 효과까지 분명히 해야 한다. 그리고 개별 건강 문제보다는 하나 혹은 그 이상의 보건의료체계 구성요소를 직접적 혹은 포괄적으로 대상으로 한다. 이러한 결과 시스템적 사고는 기존의 “투입-블랙박스-산출” 패러다임을 뛰어넘는 것으로, 투입, 산출, 초기·중기·최종 결과, 피드백, 과정, 흐름, 관리 및 상황 등 전 영역에 걸친 것이다.

예시] 보건의료시설 종사자에게 보너스를 지급하는 것에 관한 책임성과 투명성 문제의 거버넌스 관련 개입은 현금지급 상태의 추적과 보고 조정에 대한 정보체계에 영향을 미칠 수 있다. 또한 종사자의 행태변화, 이용률 증가, 다른 서비스 구축 등으로 서비스 전달에 강한 영향을 미칠 것이다. 다른 재정관련 규정과 충돌할 수도 있는데, 잠재적으로 영역별 지원 내지는 예산 지원과 반할 수 있다. 그 밖에도 서비스 제공자의 동기를 향상 혹은 약화시킴으로써 다른 인적자원을 형성할 것이다.

기존의 접근과 달리 시스템적 사고에 의한 접근은 다음과 같은 패러다임의 변화를 가져왔다. 첫째, 일반적 접근이 특정 사건에 초점을 두고 고정된 사고를 하는 반면, 시스템적 접근은 시간경과에 따른 행동유형에 대한 문제를 규명하는 역동적 사고를

한다. 둘째, 일반적 접근은 외부압력에 의해 작동되는 시스템으로 인한 행동을 보는 효과로써의 체계를 생각하는 반면, 시스템적 접근은 정책과 시스템의 “배관(plumbing)”을 관리하는 내부자의 행동에 대한 책임성을 나타내는 원인으로써의 체계를 생각한다. 셋째, 일반적 접근은 무언가를 실제로 안다는 것은 세부사항에 아는 것이라고 생각하는 나무를 보는 사고라면, 시스템적 접근은 무언가를 안다는 것은 관계의 상황을 이해하는 것을 요구한다고 보는 숲을 보는 사고이다. 넷째, 일반적 접근이 어떠한 결과에 영향을 주었거나 상관관계가 있는 요인을 나열하는 요인적 사고라면, 시스템적 접근은 어떻게 그러한 행동이 발생하였는지에 대한 원인에 집중하고 이해하려는 운영적 사고이다. 다섯째, 일반적 접근은 원인을 일방향으로 보고, 원인 간의 상호의존성과 상호관계를 무시하는 일직선의 사고를 하는 반면, 시스템적 접근은 원인을 일회성 사건이 아닌 진행 중인 과정으로 보고 어떠한 원인의 영향으로 인한 결과는 피드백을 통해 다른 원인에 영향을 미친다는 사고를 한다.

2) 개념

보건의료체계를 비롯한 일반적인 시스템은 다음과 같은 특징을 가지고 있다.

- 자기조직화(Self-organizing) : 체계의 역동은 내부 구조로부터 자발적으로 일어남
- 지속적 변화(Constantly changing) : 시간에 따라 상호작용으로 조정 · 재조정됨
- 고도의 연결성(Tightly linked) : 하나의 하위체계의 변화가 다른 하위체계에 영향을 미침
- 피드백에 의한 관리(Governed by feedback) : 긍정적 혹은 부정적 반응은 개입 혹은 기대효과를 달라지게 함
- 비선형성(Non-linear) : 체계 내의 관계는 단일한 투입-산출 관계로 정리될 수 없음
- 역사의존성(History dependent) : 개입의 단기 효과는 장기 효과와 다름

- 반직관적(Counter-intuitive) : 원인과 결과는 시간적, 공간적으로 종종 동떨어져있어, 기대했던 효과와 밀접한 원인의 해결이 어려울 수 있음
- 변화에 저항(Resistant to change) : 분명해 보이는 해결방안도 실패하거나 혹은 상황을 악화시킬 수 있음

시스템적 접근은 시스템적 조직, 네트워크, 역동, 지식의 4가지로 구성되어 있다.

(1) 시스템적 조직

시스템에 대한 통치, 비전과 리더십을 통한 방향 설정, 규제와 경계설정을 통한 금지, 인센티브 혹은 자원제공을 통한 허가 등 규칙의 형태로 시스템을 관리하고 이끄는 것이다.

(2) 시스템적 네트워크

시스템 내의 모든 이해관계자, 행위자, 개인과 조직 등의 연결망으로써 네트워크를 이해하고 포괄하고 관리하는 것이다.

(3) 시스템적 역동

조직적 구조와 그것이 시스템 행태에 어떻게 영향을 미치는지를 분석함으로써 역동적인 변화를 개념화, 모형화하고 이해하고자 하는 것이다.

(4) 시스템적 지식

시스템의 변화지향과 의사결정을 위한 자료, 정보, 근거의 피드백 체인 활용에 있어서 정보의 중요한 역할로써, 명시적·묵시적 지식의 콘텐츠와 인프라를 관리하는 것이다.

3) 시스템적 접근의 단계

WHO(2009)는 시스템적 접근은 개입과 평가 설계를 크게 다음의 10단계로 나누어

살펴보고 있다. 개입을 설계하는 것(Intervention design)으로써,

(1) 이해관계자 모집

보건의료체계의 개별 구성요소를 대표하는 이해관계자, 선별된 개입 기획자 및 집행자, 보건의료시스템 이용자, 연구모임의 대표 등을 확정하고 소집한다. 세부사항은 뒤에서 상세히 논의하였다.

(2) 브레인스토밍

시스템의 특징과 역동에 대하여 제안된 개입의 가능한 시스템적 효과에 대해 집합적으로 신중하게 고려한다. 브레인스토밍은 합리적·경험적·기술적 정책대안 기법이 라기보다는, 집단의 역동에 초점을 맞추어 좀 더 혁신적이고 효과적인 계획을 세우기 위하여 창의적인 차원에서 탐색을 하려는 노력이다. 따라서 참여하는 이해관계자 집단은 지역사회의 문제점, 불만 등을 잘 알고 있는 다양한 구성으로 이루어지는 것이 좋다.

일반적으로 2단계로 구조화하는데 1단계에서는 참여자 모두가 제약 없이 아이디어를 제공하고, 아이디어에 대한 비판과 평가는 최소화한다. 2단계에서는 아이디어를 평가하는데, 이렇게 단계를 구분하는 이유는 아이디어 제공자가 비판을 받고 있다는 느낌으로 아이디어를 공개하기 꺼려하는 것을 방지하기 위함이다.

브레인스토밍은 한 자리에 모여 면대면으로 진행할 수도 있고, 화상전화 등 인터넷을 활용하여 실시간으로 진행하는 등 다양한 방법을 고안할 수 있다.

(3) 효과 개념화

개입이 그 하부 시스템을 통해 어떻게 건강과 보건의료체계에 영향을 줄 것인지 경로를 개념화하는 것이다.

개입이 다른 하부보건시스템에 긍정적 혹은 부정적 효과를 미치는지를 예측하기는 어렵다. 이 때 소규모 사업계획팀은 산출을 표로 작성하여 개입이 건강과 보건의료체계에 어떻게 영향을 미칠 것인지 개념경로지도를 작성해나갈 수 있다. 이는 개입

이 어떻게 시스템에 반응을 촉발하는지와 시스템이 어떻게 반응하는지를 보여줄 수 있다. 이를 통해 보건의료체계의 주요 하부시스템에 미칠 주요 잠재적 긍정적·부정적 효과를 보여줄 것이다. 개념도, 체계 역동 모델 등의 기법을 활용해볼 수 있다.

(4) 개입 수용 및 재설계

잠재적인 주요 부작용을 피하거나 최소화하는 반면 시너지효과와 다른 긍정적 효과를 극대화할 수 있도록 제안된 개입을 수용하고 재설계한다.

다음으로 평가를 설계하는 것(Evaluation design)으로써,

(5) 지표 결정

영향을 받는 하부체계 간 재설계된 개입을 추적하는데 중요한 지표를 결정한다. 위 1-4단계에서 가정되고 논의된 긍정적·부정적 효과에 대하여 평가과정상 어떤 과정, 문제, 상황이 중요한가를 결정해야 한다.

(6) 평가방법 결정

지표를 추적하는데 최적의 평가방법을 결정한다. 평가는 사업의 내용은 물론 진행 과정에 따라 달라질 수 있다.

- **과정평가** : 어떤 변화 과정이 관찰된 효과를 유도했는지, 왜 결과가 변하지 않는지, 개입이 하부체계 내 혹은 하부체계 간 기대한대로 작동하는지 등을 평가한다.
- **상황평가** : 관찰된 효과가 개입 때문인지 여부, 만약 아니라면 그 이유 등을 평가한다.
- **효과평가** : 보건의료체계에 대한 전체 목표/결과에 대응하는 개입으로 인한 효과적 보장범위, 치료의 질, 형평성뿐만 아니라 건강결과까지 설명하고 수량화한다.

- 경제성평가 : 개입의 비용효과성을 측정하는 것으로, 효율성과 지속가능성 등의 문제를 다룰 수 있다.

(7) 평가디자인 선택

개입의 방법관리와 속성에 적합한 평가디자인을 선택한다.

- 확률 디자인(probability designs) : 무작위 통제 실험이 최상의 방법일 수 있지만, 많은 경우 제한된 영역에서 상대적으로 단기간에 진행될 경우 효과를 적절하게 측정하기 어렵다. 무엇보다 기대효과에 상당한 시간이 필요한 경우 혹은 인과관계가 복잡하고 어려운 경우도 문제가 될 수 있다.
- 타당성 디자인(plausibility designs) : 복잡한 대규모의 시스템적 개입의 효과를 측정하는데 가장 적합한 평가대용물이다. 특정 개입이 적절하게 전달되었다면 그 상황에서 가장 효과적임을 설명하는 디자인이다. 관찰된 변화를 설명할 때 외부 요인을 제외한 상황의 포괄적 자료가 필요하다. 개입 초기 무작위 통제 실험으로 근거를 마련하는 경우에도, 개입이 일상적인 환경에서 시작될 때 장기간에 걸친 타당성 디자인을 하는 것이 중요하다.
- 적절성 디자인(adequacy designs) : 관련 활동과 개입의 합으로 구성된 복잡한 개입을 할 때 사용한다. 이익산출에 향상이 없을 때 내지는 상대적으로 인과관계 연결이 작은 사소한 결과에 큰 향상이 있는 경우 정책결정자에게 유용하다.

(8) 계획 및 시간표 개발

필요한 원칙에 따라 평가 계획과 시간표를 개발한다.

- 평가시기 : HSS를 위한 투자·혁신의 속도는 빨라진다. 대개 평가가 적절하게 의뢰, 설계, 재정지원 되기 전에 시스템 수준 개입이 계획, 재정지원, 시작된다. 그러나 많은 평가는 중도에 시작하거나 개입이 시작된 한참 후에 실시하기 때문에 기초평가(baseline intervention)가 없다. 타이밍의 또 다른 약점은 상당한 시간이 필요한 간접적·장기 효과를 파악할 수 있을 만큼 시간이

충분하지 못하다는 점이다.

- **평가계획** : 개입 초기 형성평가(formative evaluation)를 포함한 기초평가 이후 실시한다. 형성평가가 개입의 한 부분이 될 수 있으며, 이는 영향평가(impact evaluation)보다 복잡하게 만든다. 그러나 다양한 환경에 있는 복잡한 시스템에 대한 실행의 변화 가능성에 의미가 있다. 복잡할 뿐만 아니라 시스템 수준의 개입이 다양한 시설과 장소에서 다양하게 실행되고 경험될 것이기 때문에 영향평가는 효과가 영역과 지역에 따라 어떻게 달라지는 신중하게 측정되어야 한다.

(9) 예산 결정

개입과 평가의 파트너십에 대한 영향을 고려하여 예산과 규모를 결정한다. 예산결정이 경우에 따라 8단계에서 이루어지기도 하는데, 경쟁적 원조 과정에서는 8단계 완결되기 전에 평가의 비용을 파악하기 어렵다. 평가예산은 개입예산에 포함하여 디자인 집단에서 하는 것이 바람직한데, 이를 통해 개입 실행 전에 재정지원이 준비될 수 있도록 할 수 있다.

(10) 자원 모집

개입을 하기 전에 평가를 지원할 수 있는 재원을 모집한다.

Check point 1. 시스템적 접근 적용 시 주의사항

- ① 지원국과 국가의 정책결정자간 정책, 우선순위, 관점 등 조정
- ② 시스템의 이해관계자간 파트너십과 기대사항 관리·조정
- ③ 국가 혹은 지역사회 수준에서 개입에 대한 주인의식 조성
- ④ 시스템적 접근을 위한 국가 수준의 역량 형성

7) 형성평가(formative evaluation)는 프로그램 자체가 적절한 근거에 기반하여 제대로 작동할 수 있도록 만들어졌는지를 평가하는 것으로 과정평가(process evaluation)나 영향평가(impact evaluation)와는 구분되는 것이며 대개 프로그램의 실행 이전에 실시한다.

2. 각 HS의 구성요소⁸⁾

WHO(2000)는 보건의료체계를 “건강을 증진, 회복, 유지하는 것을 주목적으로 하는 모든 조직과 사람, 활동”이라고 하였다. 또한 2007년 건강의 증진과 형평성을 달성하기 위한 보건의료체계의 기초적 기능으로서 “6 building blocks”를 제시하였고, 이는 이후 보건의료체계강화에 대한 국제적 논의에 응용되고 있는 구성요소들이다. 각각의 개념들은 다음과 같다.

- **보건의료서비스 전달(service delivery)**; 훌륭한 보건의료체계는 필요로 하는 대상에게 자원손실을 최소로 하면서도 유효하고 안전하며 질 좋은 보건의료 서비스를 전달하는 것
- **보건의료인력(health workforce)**; 주어진 자원과 환경 제약 하에서 최대한의 건강 결과를 도출하기 위해 공정하고 효율적으로 일하는 인력
- **보건의료정보(information)**; 잘 작동하는 보건의료 정보체계는 건강의 결정인자와 보건의료체계 성과, 건강상태에 대한 적절하고 신뢰성 있는 정보를 제대로 생산, 분석, 전파하는 것
- **의약품, 재료, 소모품 등(medical product)**; 비용효과, 질, 효과 등이 보장된 필수적 보건의료 생산물, 백신, 기술에 대해 형평성 있는 접근이 보장되어야 함
- **보건의료재정(financing)**; 작동하는 보건의료 재정체계는 대상인구가 필요로 하는 서비스에 접근할 수 있게 하고, 서비스 이용으로 인해 과도한 비용을 지출하지 않게 보장하는 것

1) 보건의료서비스 전달(service delivery)

바람직한 보건의료서비스는 효과적이고 안전하며 질 좋은 대인적·비대인적(non-personal) 보건의료서비스를 필요로 하는 사람, 시간, 장소에 자원 낭비를 최소화하여 전달하는 것이다.

보건의료서비스 전달의 보편적 모형은 없으나, 효과적인 제공을 위해서는 올바른

8) 본 보고서는 보건의료체계의 개별 구성요소에 따른 사업을 모두 나열하지는 않는다. 이는 각 구성요소 영역별, 국가별, 개별사업별로 고려해야 할 요소가 매우 다르기 때문이다. 따라서 여기서는 보건의료체계의 개별 구성요소에서 공통적인 요소들만을 다루고자 한다.

의약품과 장비, 적절한 재정을 바탕으로 숙련된 인력을 필요로 한다. 또한 공급자와 이용자에게 인센티브를 제공할 수 있는 조직적 환경이 요구된다.

보건의료서비스 전달에서 주의하여야 할 사항은 다음과 같다.

첫째, 서비스 수요의 증가는 이용자 관점에 대한 이해, 공적 지식의 향상, 치료를 방해하는 문화적·사회적·재정적·젠더 장애물 감소 등이 요구된다. 이를 위해서는 기획과 서비스 성과 감독에 대하여 서로 다른 형태의 사회적 관여가 필요하다.

둘째, 통합서비스 패키지는 인구 보건 필요, 서비스 접근의 공평한 확대의 장애물, 금전·인력·의약품·공급 등 가용한 자원을 기반으로 해야 한다.

셋째, 공급자 네트워크 조직으로 규모의 경제를 위한 필요 여부에 따라 가능한 클라이언트 지향의 의료를 보장하고, 개인이 필요로 하는 장소·시간경과·시설 간 치료의 지속성을 도모하며, 서비스의 불필요한 중복과 분절을 막는 것을 목적으로 하여야 한다. 이는 공공뿐만 아니라 민간을 포함한 전체 공급자 네트워크를 의미하는 것으로 서비스 패키지, 공급과잉 내지는 부족, 이송체계의 작동, 병원을 포함한 다양한 수준과 유형의 제공자 간 책무와 연계, 구체적 설정에서 서로 다른 전달모형의 적합성, 특정 제공자집단이 다른 집단 혹은 기능의 변화를 초래하는 영향 등을 내용으로 한다.

넷째, 관리운영으로 서비스 보장범위, 질, 안전성을 극대화하고, 낭비를 최소화하는 것을 목표로 한다. 프로그램, 시설, 지역 등 관리의 단위가 무엇이든 혁신을 고무할 수 있는 것은 정책과 프로그램의 계속성 및 책임성과 균형이 맞아야 한다. 관리 감독과 함께 성과에 대한 인센티브 역시 중요하다.

다섯째, 인프라 및 로지스틱스(물류)의 문제로 건물·시설·장비는 물론 전력과 물 공급 등 기반 시설, 폐기물관리, 교통·통신 등을 포함한다. 또한 시설투자의 영향을 고려한 규격, 가격, 조달 등에 대한 투자의사결정, 통상적인 교통·기술 비용, 직원의 수준, 기술 수요, 관리운영시스템 등도 이에 해당한다.

2) 보건의료인력(health workforce)

보건의료인력은 건강 예방과 향상을 주된 목표로 하는 활동에 관여하는 모든 사람

을 말한다. 국가의 보건의료인력은 광범위하게 보건 서비스 제공자는 물론 보건 관리와 지원을 하는 종사자로 구성된다. 여기에는 민간·공공부문 보건 종사자, 유급·무급 종사자, 자발적·전문적 인력을 모두 포함한다. 국가는 매우 다양한 수준과 기술, 성별의 보건의료인력을 보유하고, 전반적으로 보건의료인력의 밀도와 서비스 보장범위 및 건강결과 간에는 강한 양의 상관관계가 있다.

적절히 작동하는 보건의료인력은 주어진 자원과 환경에서 가능한 최상의 건강 결과 얻기 위하여 즉각 대응하고, 공정하며 효율적으로 일하는 것이다. 즉 충분한 수와 인력의 혼합, 공정한 배분이 있어야 하며, 또한 인력은 능숙하고 즉각 대응하며 생산성이 있어야 한다. 이를 위해서는 진입과 퇴출로 설명되는 역동적인 인력시장을 관리할 필요가 있으며, 기존의 보건의료인력의 분배와 성과를 향상시켜야 한다.

Check point 2. 보건의료인력을 적절히 작동하기 위한 방법

① 국가가 기획하고 확대하는 방법

- 보건의료인력의 활용가능성, 분배, 성과를 모니터하는데 필요한 전략적 정보는 무엇인가?
- 교육과 훈련 및 실습의 질을 유지하는데 필요한 규제 메커니즘은 무엇인가?
- 보건의료인력이 현저히 부족한 국가 상황에서 상대적으로 신속하고 지속가능한 방법으로 보건의료인력의 수와 기술을 확대하기 위한 방법은 무엇인가?
- 어떠한 이해관계자와 영역이 관여해야 하는가(훈련기관, 전문가집단, 시민서비스 위원회, 재무부 등)?

② 서비스 전달과 질병관리프로그램 간 통합을 위한 훈련 프로그램 개발 방법

③ 국가가 현실적이고 지속가능한 방법으로 다양한 상황 하에서 교육 프로그램과 보건의료인력의 수를 확대하는데 재정지원 하는 방법

④ 국가가 일차, 이차, 삼차 등 다양한 수준에서 효과적인 서비스 전달을 위하여 보건의료인력을 조직, 성과를 모니터링하고 향상하는 방법

⑤ 국가가 역동적인 지역 및 국제 노동시장 안에서 효과적인 보건의료인력을 유지하는 방법

3) 보건의료정보(information)

보건과 보건의료체계에 관한 정보·지식·연구의 생산과 전략적 활용은 리더십과 거버넌스 기능에 필수적인 부분이다. 보건의료정보와 감시체계의 개발, 표준화된 도구와 기구의 개발, 국제보건통계의 대조와 발행 등을 지원하는 것이 핵심이며, 이것이 정보의 주요 구성요소이다. 보다 안전한 세계를 위한 노력의 한 부분으로써, 국가는 유행병과 다른 공중 보건 비상사태로 인한 위협으로부터 공동 대응하기 위한 체계와 준비가 필요하다.

제대로 기능하는 보건의료 정보체계는 일상적인 상황은 물론 비상사태에서도 다양한 수준의 보건의료체계 의사결정자들이 건강결정요인, 보건의료체계 성과, 건강상태에 대한 신뢰할 수 있는 시의적절한 정보의 생산·분석·보급·사용할 수 있도록 보장하는 것이다.

따라서 보건의료정보는 인구조사, 가구조사, 주민등록데이터, 공중보건감독, 의료기록, 보건서비스자료는 물론 인적자원·인프라·재원 등 보건의료체계 자원에 대한 데이터 등 인구와 시설에 근거한 자료를 생산하여야 한다. 또한 보건안전을 위협한 장소에서 즉시 사건을 발견·조사·의사전달·방지 등을 할 수 있는 역량을 갖추어야 한다. 마지막으로 정보를 통합하고, 이러한 지식의 이용과 적용을 촉진하기 위한 역량이 있어야 한다.

4) 의약품, 재료, 소모품 등(medical product)

보건의료체계가 제대로 기능하기 위해서는 확실한 질·안전성·효율성·비용효과성이 있는 필수 의약품, 백신, 기술에 대한 접근과 과학적으로 건전하고 비용효과적인 이용을 보장해야 한다. 이를 위해서는 첫째, 이러한 정책을 지원할 수 있는 국가적 정책·표준·가이드라인·규제가 필요하다. 둘째, 가격 결정과 협상을 할 수 있도록 가격·국제무역협정·역량에 대한 정보가 필요하다. 셋째, 우선순위 제품에 대한 믿을만한 제조관리와 품질보증이 요구된다. 넷째, 투출 등 낭비를 최소화하기 위한 조달·공급·저장·분배시스템이 요구된다. 다섯째, 이행을 보증하고, 저항을 줄이며, 환자안전과 훈련을 극대화할 수 있는 가이드라인과 전략을 통해 필수약품, 수용시설, 장비의 합리적인 이용이 보장되어야 한다.

5) 보건의료재정(financing)

건전한 보건의료재정체계는 대상인구가 필요로 하는 서비스 접근을 보장하고, 서비스 이용으로 인한 재정적 과부담으로부터 대상 인구를 보호함으로써 충분한 보건 자금을 모을 수 있도록 한다. 이러한 방법으로 보편적 보장(universal coverage)을 바탕으로 대인적 및 비대인적 서비스의 효과적이고 효율적인 제공과 이용을 가능하게 한다.

이를 달성하기 위한 세 가지의 서로 밀접한 관련이 있는 기능이 있다. 첫째, 가구, 기업, 기타 외부기관으로부터의 수익을 징수하는 기능이다. 둘째, 급여 보장범위 내 지는 자격에 대한 의사결정을 포함하여 위험을 분담하는 방식으로 선불수익을 풀링하는 기능이다. 셋째, 개입을 선별하고 서비스 혹은 제공자에게 비용을 지불하는 구매 혹은 과정이 그것이다.

재정의 원칙은 첫째, 보건수요가 높고, 수익이 불충분할 때, 책임기전이 자원의 투명성과 효과적 이용을 보장할 수 있을 때 추가 재원을 모집할 수 있다.

둘째, 높은 자기부담금에 의존하는 것을 감소시켜야 한다. 인구집단 간 재정적 위험을 풀링하는 것을 포함한 선불시스템을 지향하는 것으로 할 수 있는데, 세금 혹은 다양한 형태의 의료보험 등이 그 것이다.

셋째, 필요한 경우 빈곤층 혹은 취약계층이 필요한 서비스에 접근할 수 있도록 보장함으로써 사회보장을 향상시키는 추가 조치를 취할 수 있는데, 이를 통해 치료에 대한 비용지불이 재정적 과부담을 일으키지 않게 된다.

넷째, 재정과 구매를 위한 투입의 활동과 개입의 적절한 혼합에 초점을 둬으로써, 서비스 제공자를 위한 조직적 처리 방식과 효율적인 서비스 제공과 이용을 위한 인센티브 제공 등 제공자 지불방식을 조정함으로써, 민간부문과 재정을 비롯한 다양한 관계를 강화함으로써, 다양한 유형의 서비스를 위한 재정적 처리 방식의 분절화를 다룸으로써 자원이용의 효율성을 향상시켜야 한다.

다섯째, 보건의료재정체계의 투명성과 책임성을 촉진시켜야 한다.

여섯째, 보건의료재정체계와 그 정책 활용에 대한 정보 생산을 향상시켜야 한다.

6) 리더십/거버넌스(leadership/governance)

관리(stewardship)라고도 불리는 리더십과 거버넌스는 보건의료체계에서 가장 복잡하면서도 중요한 부분으로, 보건에 대한 정부의 역할과 건강에 영향을 미치는 활동을 하는 다른 행위자와의 관계에 관한 것이다. 공익을 위해 공공과 민간의 전체 보건의료체계를 감독하고 안내하는 것은 정치적·기술적 활동을 모두 요구하는데 기대증가, 사회의 다원화, 분권화, 민간영역 성장 등 변화하는 환경 속에서 제한된 자원으로 인한 경쟁적 수요의 조화를 위한 것이다. 또한 부패에 대한 관심이 증가하고 있는데, 이는 인권에 기반한 건강 관점을 요구하게 된다. 효과적인 보건 리더십이나 거버넌스에 대한 청사진은 없다. 궁극적으로 정부의 책임이지만, 이것은 모든 리더십과 거버넌스의 기능이 중앙 보건부에 의해 수행되어야 함을 의미하는 것은 아니다.

Check point 3. 보건의료체계의 공통적 주요기능

① 정책 지도 기능

- 영역별 전략과 구체적인 기술적 정책 형성
- 서비스 간 목표, 방향, 우선순위 등 정의
- 공공·민간·자발적 행위자와 시민사회의 역할 확정

② 정보와 관리감독 기능

- 취약계층에 대한 대응과 재정적 보호
- 건강결과, 정책과 개혁의 효과, 정치적 환경과 기회, 정책대안 등에 대한 투입
- 서비스 접근, 보장범위, 안전성 등에 대한 정보의 생산·분석·이용 보장

③ 연합과 연립 형성 기능

- 주요건강결정요인과 보건서비스접근에 영향을 미침
- 공공정책 지원
- 정부 내의 타 부문 간은 물론 시민사회를 포함한 정부 외의 행위자와의 연합과 연립 형성

④ 규제 기능

- 리더십과 거버넌스가 공정하게 강화할 수 있도록 규제 혹은 인센티브 설계

⑤ 체계 설계 기능

- 전략과 구조를 맞추고, 중복과 파편화 감소

⑥ 책무성 기능

- 모든 보건의료체계 행위자의 공적 책임을 보장하는 것
- 진정한 책임성을 위해서는 투명성 요구

표 3-1. 보건의료체계 구성요소별 우선순위 및 주요사업

building block	우선순위	주요사업
보건의료 서비스 전달	• 통합적인 서비스 전달 패키지 • 서비스 전달 모델 • 리더십과 관리 • 환자 안전과 치료의 질 • 인프라와 유통 • 치료 수요에 대한 영향	• 치료의 지속성 보장사업 • 통합적 서비스 전달사업 • 일차보건의료사업 • 환자이송관련사업 • 의료시설 및 장비 구축 사업 • 환자 대기시간 단축 관련 사업
보건의료 인력	• 국제적 규범과 표준, 데이터베이스 • 현실적 전략 • 위기의 국가 • 비용산출 • 훈련 • 근거 • 애드보커시 • 국제보건 전문 조직과 공동 작업	• 보건관련인력 훈련/교육사업 – 관련 공무원, 보건전문가, 보건의료인력, 관리인력, 보험운영인력, 심사평가업무인력 등 • 보건의료인력 범위, 수, 종류, 질 등 사업 – 언어별, 인종별, 민족별 사업 • 의료인력 질 개선/성과관리 사업 • 지방의료인력 인센티브 제공사업
건강 정보	• 국가정보체계 • 보고 • 보다 강력한 국가 관리감독과 대응 역량 • 성과추적 • 표준, 방법과 도구 • 국가·지역·국제 데이터의 통합과 분석	• 전자의무기록사업 • 국가가구조조사사업 • 자료 수집·분석·활용·공유 역량 개발사업 • 보건관련 정보화 사업

building block	우선순위	주요사업
의약품, 백신 및 기술	• 규정, 표준, 정책 대안 마련 • 조달 • 접근과 이용 • 품질과 안전성 • 신제품	• 약물부작용감시사업 • 의약품, 백신 등 공급관리사업 • 의약품과 개입 통합사업 • 가격의 합리성 및 접근가능성 관련 사업 • 의약품 등 사용 교육사업
보건 재정	• 보건의료재정 정책대안 • 위험분산, 선불시스템의 향상 혹은 개발 • 국내자원으로 적절한 자금 보장 • 재정 이용 • 국제적 대화의 촉진 • 주요 정보의 이용가능성 증가	• 의료보험사업 • 서비스제공자 재정 방식 • OOP, user fee 관련 사업 • 보조금 관련 사업 • 재정적 보호 관련 사업
리더십 /거버넌스	• 보건영역 정책과 프레임 개발 • 규제 프레임 • 책무성 • 정보의 생산과 해설 • 연립 형성 • 외부 파트너와 협력	• 분권화 • 시민사회참여 • 면허, 승인, 허가 • 지역사회 역량강화 사업 • 투명성, 책임성 등 지역사회 신뢰 구축 • 관리감독 체계 사업 • 네트워크 및 연결통로 마련 사업
복합		• 보건영역개혁 • 지역보건의료체계강화

3. 접근전략

1) 업무흐름도(안)

KOICA의 보건의료사업 개발의 업무는 크게 수원국에서 사업을 요청한 경우와 KOICA 내부가 자체적으로 사업을 개발하는 경우로 나누어 살펴볼 수 있을 것이다. 이를 일반적인 보건사업 기획 과정에 비추어보면 다음과 같은 업무흐름도를 가정할 수 있다. 구체적인 업무 순서 및 세부내용은 사업 특성, 수원국의 상황, KOICA의 자원과 역량 등에 따라 달라질 수 있다.

■ 사업시행절차

수원국 정부와 사업발굴협의	- 중기전략 및 국별원조전략 등을 토대로 무상원조사업 발굴협의 - 사업발굴은 수원국과의 협의를 통해 연중 실시
수원국 수원총괄기관의 공식사업요청서 접수	- '사업발굴협의' 단계를 통해 형성된 사업에 대하여 수원국 수원총괄기관의 공식사업요청서(Project Request Form)를 외교경로를 통하여 접수
수원국 공식요청사업에 대한 타당성 검토 (조사단 파견 등)	- 수원국 공식사업요청서를 일차 검토하여 '타당성조사 대상사업' 분류 - 타당성조사 대상으로 선정된 요청사업에 대해 조사단파견 등 지원적정성에 대한 타당성조사 실시(조사과정에서사업내용을 수정·보완)
사업예비선정 (사업심사위원회 등)	- 타당성 검토가 완료된 사업을 대상으로 사업의 경제적, 기술적, 재정적, 환경적, 사회적 측면 등에 대한 심사 실시 - '사업심사위원회' 심사를 거쳐 사업예비선정
사업내용확정(R/D 체결)	- 선정된 사업에 대하여 수원국과 사업체부내용 협의
정부간 합의	- 양국 시행기관간에 합의된 합의의사록(R/D)을 정부차원에서 공식 확정하기 위한 양국 정부간 합의실시
사업시행자 선정 및 사업집행	- 정부간 합의완료후, 사업집행계획 확정 및 사업시행자 선정등 사업착수 - 사업집행 단계는 ①집행계획수립, ②사업시행자선정 및 계약체결, ③사업집행 및 모니터링, ④사업종료 순으로 진행
사업평가	- 프로젝트 평가는 프로젝트의 계획수립, 집행 및 성과를 평가하며, 평가시기에 따라 중간평가, 종료평가, 사후평가로 구분하여 실시

그림 3-1. KOICA 사업시행절차(<http://www.koica.go.kr>)

현재 KOICA 사업시행절차는 8단계로 진행되고 있다. 이를 살펴보면 KOICA 본부가 차지하는 역할이 상당히 큰 것을 볼 수 있는데, 그만큼 수원국의 이해관계자의 참여가 제한되어 있음을 알 수 있다.

이에 대하여 최근 KOICA가 현장화를 추진하고 있으나 사업을 선정하기 전 수원국에 대한 조사가 타당성조사에 그치는 경우가 많아, 상당한 기간 동안 진행되는 사전조사(Baseline Survey)가 부족한 실정이다. 또한 사업종료 후 지속성을 확보하기 위한 방안은 사후평가 정도에 그치는 것도 향후 보완이 필요한 부분이다.

Check point 4. 사업의 성공과 지속성 확보를 위한 방안

사전조사와 사업결정에 수원국과 이해관계자를 비롯한 다양한 전문가의 참여를 통한 상당한 기간의 과정을 거치는 것이 중요하다. 또한 중간평가/모니터링을 통해 사업수정을 유연할 수 있도록 하며, 사후평가 외에 별도의 지속성 확보 방안을 마련하여야 한다.

현재 KOICA는 별도의 분리를 하고 있지는 않으나, 수원국이 요청한 사업과 KOICA가 개발한 사업의 업무절차는 조금 다를 수 있다. 또한 수원국이 요청한 것과 실제 KOICA가 파악한 사업의 우선순위가 다를 수도 있으므로, 업무 흐름을 다음과 같이 크게 3가지로 나누어 살펴보았다.

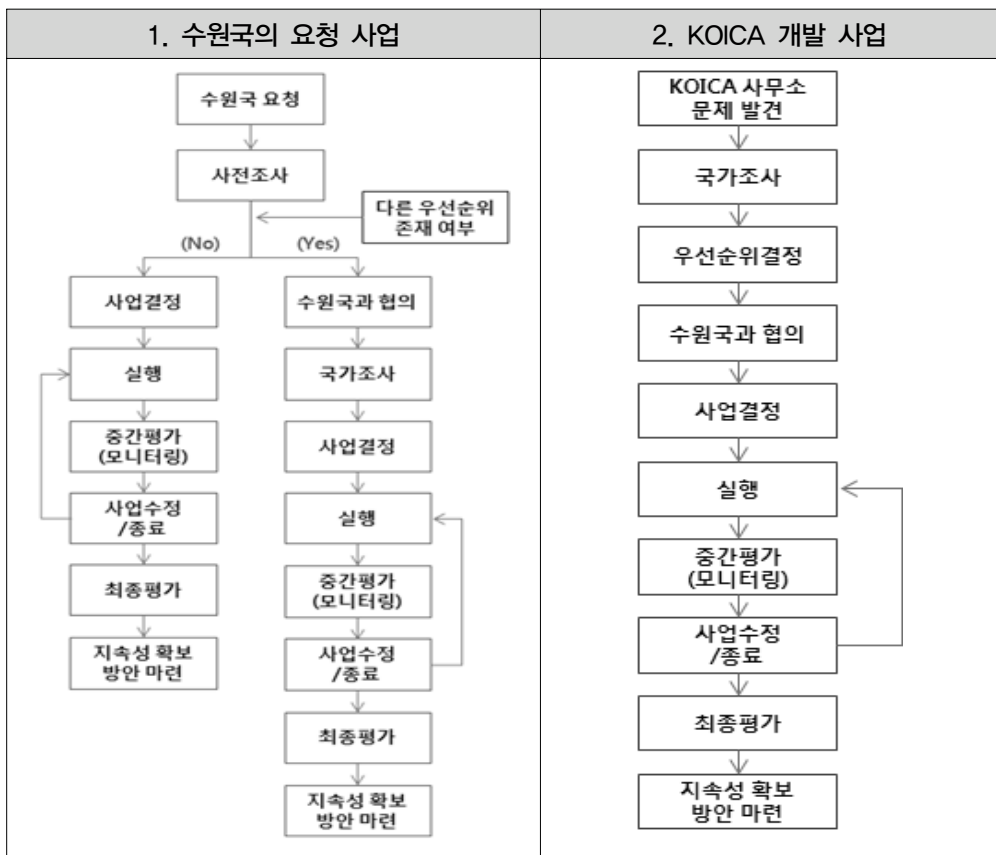


그림 3-2. 수원국과 KOICA 사업 흐름도

첫째, 수원국이 사업을 요청하였고 사전조사 결과 다른 우선순위가 없거나, 다른 우선순위와 같이 중요한 문제로 판단될 경우 대체적으로 다음과 같은 업무 절차를 따를 수 있다. 다만, 주요 내용은 수원국은 물론 KOICA의 상황과 역량 등에 따라 달라질 수 있다.

표 3-2. 수원국 요청 사업 업무의 주요 내용

업무	주요내용
1. 사전조사	1. 이해관계자 구축 및 참여 2. 현황 분석 - 정보 및 자료원 구축 - 기존보건의료체계 조사 - 국가의 기존 정책 조사 3. 우선순위 검토
2. 사업결정	1. 이해관계자 참여 2. 사업 목적과 목표 설정 3. 전략개발 4. 세부사업계획 작성 5. 평가지표 및 방법 결정 6. 예산 확보
3. 사업실행	각 보건의료체계 구성요소별 사업 내용에 따라 실행함
4. 중간평가(모니터링)	1. 이해관계자 참여 2. 사업계획 이행 정도 3. 지속가능성 검토
5. 사업수정/종료	1. 이해관계자 참여 2. 사업 목적과 목표 수정 3. 전략수정 4. 세부사업계획 수정 5. 평가지표 및 방법 수정
6. 최종평가	1. 접근성, 효과성, 형평성 2. 사업별 평가 지표
7. 지속성 확보 방안 마련	사업 내용 및 사업 결과의 지속가능성 확보를 위한 방안 마련

둘째, 수원국이 요청한 사업이나 사전조사 결과 수원국이 요청한 것 이외의 문제를 발견하고 이에 개입할 필요가 크다고 판단되었을 경우, 수원국과 이에 대한 협의를 할 필요가 있다. 또한 우선순위 판단과 수원국의 이해관계자의 협의 등 과정에 필요한 근거를 마련하기 위하여 보다 상세한 국가조사가 필요할 수 있다.

표 3-3. 수원국 요청 사업 외 업무의 주요내용

업무	주요내용
1. 사전조사	
2. 수원국과 협의	이해관계자 참여
3. 국가조사	1. 이해관계자 참여 2. 현황 분석 3. 우선순위 검토
4. 사업결정	
5. 사업실행	
6. 중간평가(모니터링)	
7. 사업수정/종료	
8. 최종평가	
9. 지속성 확보 방안 마련	

셋째, 수원국의 요청은 없었으나, KOICA 내부에서 문제를 발견하여 사업을 개발하는 경우로 자료수집과정부터 수요국의 이해와 가치 등에 적합한 것이 사업수행에 유리하다. 또한 자료수집은 물론 우선순위 선정을 KOICA 주도하에 해야 하는 경우가 많으므로 책임성이 뒤따르게 된다. 따라서 상당한 국가조사와 근거에 기반한 우선순위 선정은 물론 수원국과의 긴밀한 협조가 중요하게 작용할 것이다.

표 3-4. KOICA 개발 사업 업무의 주요내용

업무	주요내용
1. 국가조사	1. 이해관계자 구축 및 참여 2. 현황 분석 - 정보 및 자료원 구축 - 기존보건의료체계 조사 - 국가의 기존 정책 조사 3. 우선순위 검토
2. 우선순위 결정	1. 이해관계자 참여 2. 우선순위 결정
3. 수원국과 협의	1. 이해관계자 참여
4. 사업결정	
5. 사업실행	
6. 중간평가(모니터링)	
7. 사업수정/종료	
8. 최종평가	
9. 지속성 확보 방안 마련	

2) 이해관계자 구축 및 참여

이해관계자는 보건 사업을 기획·실행·평가하거나, 사업에 의해 영향을 받는 혹은 사업에 관심이 있는 사람 또는 조직 내지는 파트너를 의미한다. 이해관계자는 사전조사부터 시작하여 현황분석, 우선순위 결정, 사업 전략 및 내용 선정, 사업평가 등 사업의 전과정에 참여하는 것이 바람직하다. 즉 사업의 논리적 모형 개발, 지역 건강문제 확인, 평가설계, 사업결과 해석, 사업 유지·확대를 위한 과정에 참여하게 된다.

Check point 5. 이해관계자 참여시 고려해야 할 사항(배상수, 2012)

이해관계자는 사업에 동조적인 사람뿐만 아니라, 비판적인 이해관계자들의 참여를 보장하는 것이 필요하다. 이러한 이해관계자는 공격받거나 신뢰성이 떨어질 수 있는 정보

와 전략을 확인하는데 도움을 주고, 비판자들의 논리를 이해하며, 비판자 중 옹호자로 변화할 가능성이 있는 사람을 검토하는데 도움을 준다.

표 3-5. 이해관계자 참여의 필요성

참여유형	참여의 필요성
우선순위 결정	• 주민의 실제 욕구에 부합된 사업을 선정 가능
자료수집	• 효과적이고 적절한 자료수집 방법에 대한 통찰력 제공
사업 전략 개발	• 지역자원 활용 가능 • 이용자의 편의성 높은 사업 개발 가능
사업 실행	• 지역사회 참여와 역량 강화 가능
사업 평가	• 평가의 초점 확인 • 중요한 핵심 질문 누락 방지
사업 결과의 정당화와 활용	• 기획 및 평가 과정 참여로 사업 결과 지지 • 결과에 따라 행동할 가능성 높음

이해관계자는 참여의 정도에 따라 핵심집단, 참여집단, 지지집단, 주변집단 등으로 구분할 수 있다(배상수, 2012).

- 주변집단 : 단순히 기획과정에 필요한 정보를 제공하는 이해관계자(ex. 일반주민)
- 지지집단 : 보건사업 기획 및 평가의 필요성을 지지하고, 완성된 사업계획안의 실현을 위해 사회적 지지를 보내는 집단(ex. 여론지도층)
- 참여집단 : 기획 및 평가과정에 필요에 따라 참여시키거나 자문을 얻어야 하는 집단(ex. 지역의 보건의료관계 전문단체나 건강관련 시민단체의 인사들)
- 핵심집단 : 참여집단이나 지지집단의 인사 중 지역 보건문제에 관심이 매우 높거나 사업 계획 및 평가의 신뢰성을 높이고, 사업의 실행 및 결과의 확산을 위해 필요한 인물로서 기획팀에 포함시켜 활동하여야 하는 이해관계자

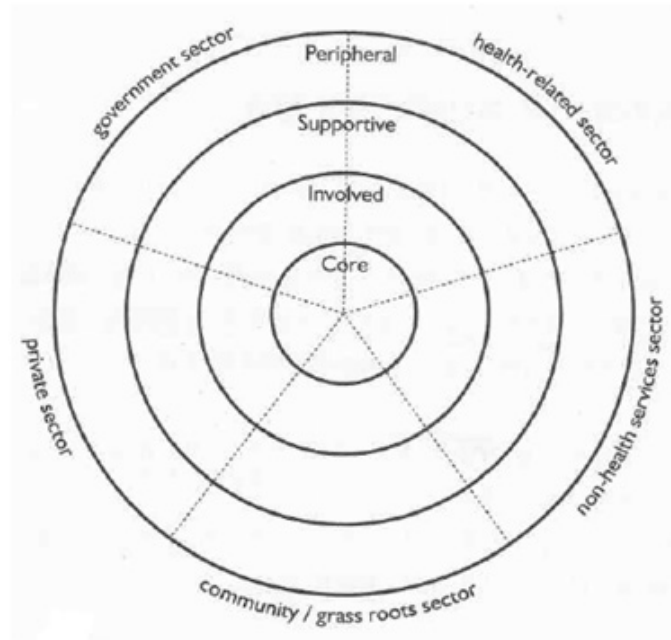


그림 3-3. 참여정도에 따른 보건사업의 이해관계자 유형(배상수, 2012)

핵심 이해관계자는 다음의 세 그룹으로 분류될 수 있다.

표 3-6. 핵심 이해관계자별 구성원

핵심이해관계자	구성원
프로그램 운영에 포함된 사람들	• 관리자 • 직원 • 협력자 • 자원 조달 기관 • 연합 구성원 등
프로그램을 제공 받거나 이에 영향을 받는 사람들	• 환자 또는 대상자 • 옹호 그룹 • 지역사회 구성원 • 선출직 공무원 등
사업 결과의 의도된 사용자들	• 정책/행정당국자 • 협력자 • 자원 조달 기관 • 연합 구성원 • 옹호자/기관 • 납세자 • 프로그램에 대한 의사결정을 하는 직위의 사람들

Check point 6. 핵심 이해관계자 중 참여자 선정 기준(배상수, 2012)

- 사업의 신뢰성을 높여 줄 수 있는 사람, 기관은 누구인가?
- 사업의 실행에 도움을 주는 사람, 기관은 누구인가?
- 사업에 필요한, 또는 사업의 유지나 확대를 위해 필요한 변화를 옹호해 줄 사람, 기관은 누구인가?
- 사업의 예산, 합법화, 확대를 위한 권한을 가진 사람, 기관은 누구인가?

3) 현황 분석

수원국의 현황 분석은 건강문제와 우선순위 결정, 지역사회와 조직의 문제해결 능력 평가, 보건사업 평가를 위한 기초 자료 확보, 외부환경의 변화가 보건사업에 미칠 영향을 분석하기 위하여 필요하다. 그러나 일반적으로 수원국이 가지고 있는 문제는 현황 분석에 필요한 신뢰할 수 있는 자료원이 부족하다는 것이다.

Check point 7. 현황분석 시 주의사항

수원국의 요청이 아닌 KOICA 현지사무소 내지는 본부가 직접 사업을 개발하는 경우 수원국의 국가 현황을 파악하기 위한 국가조사는 사업의 근거 마련을 위하여 더욱 중요해진다. 그러나 문제의 근본적인 원인 내지 해결방안을 파악하기 위해 필요한 자료원에 대한 접근은 더욱 어려울 뿐만 아니라 많은 주의가 필요하다. 따라서 현황 분석을 위한 정보 구축 과정에서도 기존의 협력관계를 바탕으로 하거나, 신뢰할 수 있을만한 새로운 네트워크를 개발하고 구축하는 등 이해관계자의 참여와 협조를 통하여 가급적 풍부한 자료원을 구축하는 것이 중요하다. 이러한 과정은 사업을 진행하는 전 과정에서 지속적으로 이루어져야 한다.

현황 분석은 보건사업의 내용에 따라 다르지만, 일반적으로 지역사회 건강수준 평가, 지역사회 관심과 장점 평가, 지역사회 보건의료체계 평가, 건강문제와 해결에 영향을 미치는 환경 변화 평가 등으로 구분하여 볼 수 있다.

(1) 지역사회 건강수준

건강문제의 우선순위를 파악하고 목표설정 및 사업평가의 기초자료로 활용하기 위한 자료로 활용된다. 어떤 자료를 수집할 것인가는 기획가의 의도에 따라 영향을 받으나, 일반적으로 지역의 인구사회학적 특성, 건강수준과 질병부담, 건강결정요인, 건강 불평등 등을 조사한다.

표 3-7. 지역사회 건강수준 조사

조사내용	수집자료
인구사회학적 특성	인구수 연령별 · 성별 인구 장래 인구추계 소득/교육수준 지역별 인구 등 물리적 환경: 대기, 수질, 상하수도, 교통, 통신 등 생산과 분배체계 사회적 자본
건강수준	사망수준: 사망률 유병수준: 유병률, 발생률 등 신체기능상태: ADL, IADL, 기능손실(장애) 일수 정신적 안녕, 사회적 안녕, 삶의 질 지역의 특수한 건강문제
질병부담	의료비 잠재적 수명손실일수 장애보정 생존연수 등
건강결정요인	건강행태: 흡연, 음주, 약물오용, 운동, 식이 등 환경적, 사회적 결정요인 생물학적/유전적 요인 등 보건의료자원과 서비스에 대한 접근성, 이용, 이용의 적절성, 만족도 건강관련 정책: 질병 예방 정책 및 서비스, 교육 정책 및 서비스, 환경 정책 및 서비스
건강 불평등 /건강 형평성	사회경제학적 특성에 따른 분포 지리적 분포

(2) 지역사회 관심과 장점 평가

지역사회의 건강수준이 열악하고, 계층간·지역간 형평성에 문제가 있더라도 주민들이 이를 심각하게 느끼지 않는다면 보건사업 수행에 어려움이 있을 것이다. 따라서 주민이나 사업대상자가 중요하게 생각하는 가치나 관심을 별도로 조사하는 것이 필요하다. 일반적으로 건강수준에 관한 설문조사를 통하여 주민의 가치와 관심을 동시에 조사하는 것으로는 이를 제대로 파악하기 어려워 별도의 포커스 그룹, 개별면담 내지는 인터뷰, 지역사회 집회 등의 방법을 통해 수집하여야 한다.

Check point 8. 지역사회의 관심과 가치 조사내용(배상수, 2012)

- 주민이나 사업대상자가 생각하는 지역에서 주요한 건강문제는 무엇인가?
- 이 문제들의 원인은 무엇이라 생각하는가?
- 어떻게 하면 이 문제들을 지역에서 줄이거나 완전히 없앨 수 있겠는가?
- 주요 건강문제 중에서 가장 중요하다고 생각하는 것은 무엇인가?
- 지역사회의 건강수준 향상을 위해 사용될 수 있는 자원은 어떤 것이 있는가?
- 지역사회가 건강문제나 다른 사회적 문제를 해결하여 본 경험이 있는가?

(3) 지역사회 보건의료체계 평가

실행가능한 기획을 위하여 실행주체인 지역사회의 현황과 역량을 파악하기 위하여 지역사회 보건사업 현황과 평가, 보건기관의 건강문제 해결능력을 조사하여야 한다.

시행 중인 지역사회 보건사업의 현황과 평가를 통해 필수적인 사업이 시행되고 있는지, 사업은 효과적이고 효율적인지 등을 분석한다. 미국 공중보건협회에서 제시하는 공중보건의 필수서비스에는 다음이 포함되어 있다.

Box 2. 미국 공중보건협회에서 제시하는 공중보건의 필수서비스

1. 지역사회 건강문제를 확인하기 위한 건강상태 모니터링
2. 지역사회에서의 건강문제와 건강재해의 진단과 조사
3. 주민에게 건강문제에 관한 정보전달, 교육, 능력강화
4. 건강문제를 해결하기 위한 지역사회 협력관계의 조성 and 행동
5. 개인 및 사회의 건강 노력을 지지하기 위한 정책과 계획의 개발
6. 건강을 보호하고 안전을 확보하기 위한 법과 규제의 강화
7. 필요한 개인의료서비스에 사람들을 의뢰하고, 다른 곳에서 이용할 수 없는 보건의료서비스의 제공을 보장
8. 전문적인 공중보건인력의 확보
9. 보건의료서비스의 효과성, 접근성, 질의 평가
10. 건강문제에 대한 새로운 통찰력과 혁신적인 해결책을 위한 연구

* American Public Health Association, The Nation's Health, March, 1995.
(배상수, 2012 재인용)

배상수(2012)는 지역보건사업의 현황을 평가하기 위한 4단계 방법을 제시하고 있다.

- 1단계 : 지역보건의료체계를 구성하는 다양한 기관의 대표로 구성된 소위원회 구성
- 2단계 : 소위원회를 통해 지역사회에 필수적인 보건서비스의 종류와 내용에 대해 토의
- 3단계 : 지역보건의료체계가 수행하고 있는 활동 평가
- 4단계 : 조사결과를 검토하여 지역보건의료체계가 강화해야 할 영역을 결정

그리고 4단계의 지역보건의료체계 강화 영역 결정은 다음의 4가지 유형으로 분류하였다.

표 3-8. 지역보건의료체계 강화의 네 가지 영역

보건사업 활동 정도	내용
성공적인 사업으로 현재와 같이 추진하면 되는 사업	현재 사업이 잘 되고 있으며, 지금 수준의 노력을 유지해야 할 사업
성공적인 사업이나 사업의 축소가 필요한 사업	현재 사업이 잘 수행되고 있으나, 수요의 감소(대상자의 감소 등)나 다른 유력한 사업기관(서비스 제공기관)이 있어 사업을 축소하는 것이 바람직한 사업
사업의 확대가 필요한 사업	관리 대상자가 사업목표 달성에 비추어 부족하거나, 개별 대상자에게 제공되는 서비스의 양이 부족하여 사업의 확대가 필요한 사업
사업의 개선이 필요한 사업	사업인력의 질 향상이나 사업관계자간의 협력 증가와 같이 사업 내용의 개선이 필요한 사업

다음으로 지역보건의료체계의 역량을 평가한다. 사업수행을 위해 지역보건의료체계의 능력과 자원이 적절한가를 평가하는 것으로, 공중의 보건에 기여하는 지역사회 존재하는 모든 공공, 민간 및 자원봉사 조직을 평가한다. 일반적으로 SWOT 내부 역량 분석⁹⁾, 7S 모형 등을 이용한다.

(4) 환경 변화 평가

외부 환경의 변화에 따라 보건사업은 확대되거나 축소·중단해야 하는 경우가 발생할 수 있다. 이에 대처하기 위하여 환경 변화 평가를 할 수 있다.

일반적으로 SWOT 분석이 주로 이용되며, 이 외에도 조직의 경영의사 결정 및 경영성과에 영향을 주는 외적 환경 요인을 분류한 PEST가 있다. 이는 정치 혹은 정책(Political), 경제(Economic), 사회(Social), 기술(Technological) 요인을 말하며, 이 외에도 법, 문화, 환경, 윤리, 새로운 건강문제 등을 고려할 수 있다.

9) 지역사회사업 참조

표 3-9. 외부환경평가(PEST)

정치(Political)	사회(Social)
- 생태·환경적 이슈 - 현행 법령과 법령의 재·개정 - 보건행정 규범과 절차 - 중앙, 지방 정부의 관련 정책 - 재정 지원 - 이해당사자와 압력 집단	- 생활양식의 변화 - 인구학적 현황 - 주민들의 태도와 의견 - 대중매체의 태도 - 사회적 여건에 영향을 미치는 법령 - 관련 사건 발생과 그 영향
경제(Economic)	기술(Technological)
- 경제상황과 동향 - 노동 시장 동향 - 국가와 지방자치단체의 예산 제약	- 정보기술의 변화와 적용 - 관련연구에 대한 지원 - 대체 서비스와 기술 - 관련기술 혁신 - 기술에 대한 접근성, 지적재산권

현황분석을 위해 수집된 자료의 질은 CART에 따라 기획에 필요한 정보가 모두 포함되어 있는지(완전성, Completeness), 이용 자료가 타당성과 신뢰성이 있는지(정확성, Accuracy), 조사 대상자가 모집단을 대표하는지(대표성, Representativeness), 조사대상 기간이 의사결정에 적합한지(시간범위, Time period covered)에 따라 좌우될 수 있으므로 이에 주의를 기울여야 한다.

무엇보다 기존의 보건의료 관련 정책뿐만 아니라, 수원국이 진행하고 있거나 계획하고 있는 다양한 정책과 제도 등에 대한 광범위한 조사를 통하여 기존 체제와 중복 내지는 충돌이 없도록 하는 것도 중요한 대안이 될 수 있다.

4) 우선순위 결정

제한된 자원과 시간 내에 문제를 해결하기 위하여 최선의 대안을 선택할 경우, 이러한 우선순위를 결정 과정에서 수원국의 수요(needs), KOICA의 역량, 자원은 물론 문제해결을 위한 파트너들의 역량과 네트워크 등을 고려할 수 있다.

보건사업기획에서 일반적으로 사용되는 우선순위 결정기준은 다음과 같이 다양하다. 따라서 수원국의 상황, 수집된 자료의 한계, KOICA의 역량 등에 따라 하나 혹

은 그 이 상의 대안을 선택하거나, 이해관계자의 협의에 의해 별도의 결정기준을 설정할 수 있다.

Check point 9. 우선순위 결정시 주의사항

어떠한 기준을 따르더라도 우선순위 결정 과정은 공정성이 보장될 수 있도록 다양한 주요 이해관계자의 참여를 보장하는 것이 좋다. 이렇게 구성된 이해관계자가 우선순위 결정 기준과 척도를 결정하며, 토의와 숙의의 과정을 통하여 문제별 우선순위를 설정하는 것이 이후 사업 수행 과정에서 정당성을 확보할 수 있고, 이해관계자의 협조와 참여를 보장할 수 있는 방법이 될 수 있다. 또한 윤리적 문제를 고려하여 보완하는 것도 중요한 문제가 될 수 있다.

우선순위를 결정하기 위하여 고려하는 기준에 대한 다양한 논의가 있다. 정책학에서 제시하는 일반적인 기준은 다음과 같다.

- 잠재적인 기회와 성숙 정도
- 문제의 취급 용이도
- 사용자나 고객이 서비스에 대한 지불의사 정도로 나타나는 수요
- 조건이나 문제 등 상황 정도
- 개별 문제의 영향 강도
- 영향을 받는 집단의 성격
- 영향을 받는 집단의 문제 대한 관심도
- 목표달성의 사회적·경제적 순편익
- 정책목표 달성 혹은 문제 해결의 효과
- 정책목표 달성 혹은 문제 해결의 비용

- 정책효과와 비용의 배분
- 정책목표 달성 가능성/문제 해결 가능성

정책학에서 정부사업의 예비적 타당성 조사에서 정책우선순위를 결정하는 방법의 하나인 계층화 분석법(analytical hierarchy process)은 시스템 이론에 기초를 두고 있다. 계층화 분석법이 사용하는 우선순위는 사람들에게 무엇이 중요한가를 나타내는 상대적 중요성으로, 이러한 우선순위에 대한 판단은 문제를 잘 알고 경험이 풍부한 사람들의 참여가 중요하다.

Box 3. 정책학에서의 우선순위 결정방법

계층화 분석법(analytical hierarchy process)

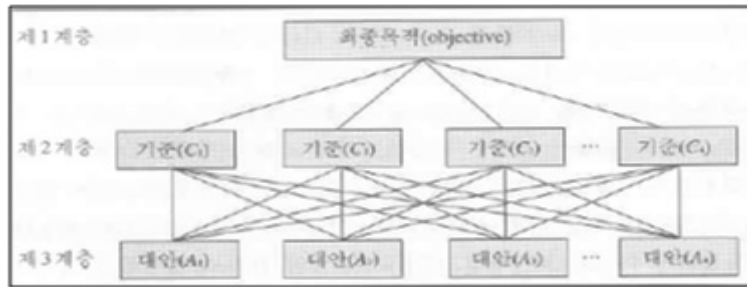
- 문제의 구성요소들을 계층적으로 나타내는 체계적인 절차
- 문제를 더 작은 구성요소로 분해하고, 각 구성 분자들을 더 작은 구성요소로 세 분화
- 의사결정자는 이 요소들을 둘씩 짝을 지어 비교하는 비교판단을 통하여 계층 내의 요소들의 영향력에 대한 상대적 강도와 효용성을 나타낼 수 있도록 지침 제공
- 판단들을 숫자로 전환

1) 절차

- 1단계 : 문제를 몇 개의 계층 또는 네트워크 형태로 구조화
- 2단계 : 각 계층에 포함된 하위목표 또는 평가기준(구성요소)에 비추어 이원비교 평가
- 3단계 : 각 계층의 요소별 우선순위 설정 및 전체의 최종 대안들 간 우선순위 설정

2) 문제의 구조화

- 각 계층에는 동일한 성질의 요소 나열
- 하나의 정책문제에 대한 개념적 계층구조



* 출처: 노화준(2003)

3) 이원비교

- 체계의 하위목표 또는 평가기준 등 요소를 둘씩 짝 지어 비교를 위한 질문

예시) 어느 것이 더 중요한가?
 어느 것이 더 큰 영향을 미칠 것인가?
 어느 것이 더 바람직한가?
 어느 것의 실현가능성이 더 높은가?

- 상대적 중요성의 척도

척도	정의	설명
1	동등하게 중요(equal)	두 개의 요소가 최상위 목표의 기준에서 볼 때 똑같이 중요
3	약간 더 중요(weak)	한 요소가 다른 요소보다 약간 더 중요
5	더욱 더 중요(strong)	한 요소가 다른 요소보다 더욱 더 중요
7	대단히 더 중요 (very strong)	한 요소가 다른 요소보다 대단히 더 중요
9	절대적으로 중요 (absolute)	다른 요소에 비하여 비교할 수 없을 정도로 절대적으로 중요
2,4, 6,8	근접해 있는 가까운 숫자간의 중간 정도의 중요성	필요한 경우 사용
역수	한 요소가 다른 요소보다 중요한 경우, 후자의 중요도는 전자의 중요도와 비교하여 그 역수 값을 갖는다.	

* 출처 : Satty & Vargas, The Logic of Priorities, RWS Publication, 1991, p.24.(노화준, 2003. 재인용)

– 질문서 예시

	9	7	5	3	1	3	5	7	9	
대안 1	()	()	()	()	()	()	()	()	()	대안 2
대안 1	()	()	()	()	()	()	()	()	()	대안 3
대안 2	()	()	()	()	()	()	()	()	()	대안 3

4) 이원비교를 위한 매트릭스

– 이원비교 결과를 체계적으로 나타내기 위해 매트릭스 사용

정책 목표	기준1	기준2	기준3	...
기준1	C_{11}	C_{12}	C_{13}	
기준2	C_{21}	C_{22}	C_{23}	
기준3	C_{31}	C_{32}	C_{33}	
...				

- C_{11} , C_{22} , C_{33} 의 값은 모두 1
- C_{12} 와 C_{21} 은 서로 역수임(ex, $C_{12}=5$ 이면 $C_{21}=1/5$)
- 대안2, 대안3 등도 같은 방법 활용

5) 종합화

– 각 대안의 우선순위 종합

기준1	대안1	대안2	대안3	기준2	대안1	대안2	대안3
대안1	1	a	b	대안1	1	...	...
대안2	1/a	1	c	대안2	1/...	1	...
대안3	1/b	1/c	1	대안3	1/...	1/...	1
기준3	대안1	대안2	대안3	기준...	대안1	대안2	대안3
대안1	1	...	...	대안1	1	...	...
대안2	1/...	1	...	대안2	1/...	1	...
대안3	1/...	1/...	1	대안3	1/...	1/...	1

- 매트릭스를 통해 수학적 방법으로 고유벡터와 판단의 일관성을 측정하는 고유치 구함
- 분석패키지는 Expert Choice 사용
- 고유벡터에 기하평균을 이용하여 우선순위벡터(priority vector) 구하는 표준화 작업 수행
- 이원비교 우선순위 구하고, 일관성 검토 후 복합우선순위 구하여 전체 우선순위 설정

일반적인 정책결정이 아닌 보건정책에서 주로 사용되는 우선순위 결정방법은 다음과 같다. 이는 주로 보건의료체계의 개별 요소 중에서도 세부 사업의 우선순위를 결정할 때 사용되고 있다.

우리나라의 경우 지역보건의료사업을 기획할 때 활용되기도 한다. 사업의 성격, 수원국의 상황, KOICA의 상황에 따라 선택하고 고려해야 할 기준도 변형하여 사용할 수 있다.

Box 4. 보건정책에서 주로 사용하는 우선순위 결정방법

1. BPRS(Basic Priority Rating System)

- 건강문제의 절대적 크기에 따라 우선순위를 선정하는 방법
- 각 평가항목의 점수를 부여하는 기준을 제시하고 있어, 개념상으로는 우선순위 결정에 자의적 판단의 여지를 줄일 수 있음
- 공식의 비율을 그대로 활용하기 어려울 경우, 비율대로 기준을 새로 정하여
- 우선순위 선정 기준으로 활용할 수 있음

$$BPRS = (A + 2B) \times C$$

A : 문제의 크기(10점 만점)

B : 문제의 심각도(10점 만점)

C : 사업의 추정효과(10점 만점)

1) 건강문제의 크기(A)

- 만성질환은 유병률, 급성질환은 발병률을 이용하여 점수화

BPRS 방식에서 건강문제의 크기 계산	
건강문제가 있는 인구의 비중	평점
25% 이상	9~10
10.0% ~ 24.9%	7~8
1.0% ~ 9.99%	5~6
0.10% ~ 0.09%	3~4
0.01% ~ 0.09%	1~2
0.01% 미만	0

2) 건강문제의 심각도(B)

- ① 긴급성 : 문제가 긴급한 정도, 질병발생이나 사망의 경향, 주민입장에서의 상대적 중요도, 문제 해결에 필요한 서비스 필요량에 비추어 볼 때 현재의 서비스 제공 정도
 - ② 중증도 : 생존율, 조기사망률, 잠재수명손실연수, 장애 정도
 - ③ 경제적 손실 : 국가, 지역사회, 가구 또는 개인에 대한 경제적 손실
 - ④ 타인에게 미치는 영향 : 집단 혹은 가정에 대한 경제적 손실 이외의 사회적 영향
- 각 세부항목별 측정지표를 선정하고, 측정지표의 척도를 결정하여 측정지표간의 상대적 비중을 부여하되, 심각성 측정 점수의 총점은 10점이 되도록 하여 건강문제별 심각성을 측정함

BPRS 방식에서 건강문제의 심각도 계산	
문제의 심각도	평점
매우 심각	9~10
심각	6~8
다소 심각	3~5
심각하지 않음	0~2

3) 사업의 추정효과(C)

- 주관적으로 판단해서는 안 됨
- 정확한 추정이 어려우므로 전문가의 조언과 평가, 체계적 문헌고찰, 메타분석 결과 등을 이용하여 사업의 최대 효과와 최소효과를 추정하여 점수화

BPRS 방식에서 사업의 추정효과 계산	
건강문제 해결을 위한 사업 효과	평점
매우 효과적, 80~100% 효과적(ex. 예방접종)	9~10
상대적으로 효과적, 60~80% 효과적	7~8
효과적, 40~60% 효과적	5~6
다소 효과적, 20~40% 효과적(ex. 금연사업)	3~4
상대적으로 비효과적, 5~20% 효과적	1~2
거의 전적으로 비효과적, 5% 미만 효과적	0

4) BPRS 점수 계산 작업지

건강문제	요소			BPRS	순위
	A(0-10점)	B(0-10점)	C(0-10점)	(A+2B)×C	
1					
2					

5) 한계

- 유병률과 발병률을 이용하여 점수화하는데, 우선순위 대상이 질환이 아닌 경우 (건강행태 등) BPRS 방식을 그대로 적용하기 어려움
- BPRS 방식을 적용하여 건강행태 크기를 측정할 경우, 건강행태 그 자체가 아니라 그들이 건강에 미치는 영향을 고려하여야 함
- 따라서 건강행태가 야기하는 질환에 대한 이해가 반드시 전제되어야 함

2. BPRS에 의한 우선순위 결정 보완(PEARL)

- BPRS 방식에 의해 우선순위가 결정되더라도 정치, 경제, 행정, 시간, 윤리 등

의 문제로 문제를 해결하지 못하는 경우 BPRS 계산 후 실현가능성 여부를 판단하는 기준으로 사용

- 특히 장기계획이나 사업 우선순위가 쉽게 드러나지 않는 경우 활용

PEARL : 0 또는 1 ($P \times E \times A \times R \times L$)

- Propriety(적절성), 해당기관의 업무범위에 해당되는가?
- Economic feasibility(경제적 타당성), 문제를 해결하는 것이 경제적으로 의미가 있는가?
- Acceptability(수용성), 지역사회나 대상자들이 사업을 수용할 것인가?
- Resources(자원의 이용가능성), 사업에 사용할 재원이나 자원이 있는가?
- Legality(적법성), 해당 사업의 수행이 현행 법령을 어기는 것은 아닌가?

- 각 평가항목에 “예”인 경우 1점, “아니오”인 경우 0점의 점수를 부여한 후, 5가지 항목의 점수를 곱하여 1이면 실행가능성이 있는 것으로, 0이면 그렇지 않은 것으로 판단
- 5가지 항목 중 어느 하나라도 불가의 판정을 받으면 사업은 시작할 수 없게 됨
- PEARL 점수 계산 작업지

건강 문제	P 적절성	E 경제성	A 수용성	R 자원	L 적법성	PEARL (0 or 1)
1						
2						

3. 상대적 기준의 Golden Diamond

- 미국 메릴랜드 주의 보건지표로, 우선순위를 결정할 주요 건강문제를 선정한 후 이러한 건강문제의 이환율, 사망률, 변화의 경향 등을 미국 전체와 비교하여 “더 좋음”, “동일함”, “더 나쁨”으로 구분하고 이를 황금다이아몬드 상자로 표시함
- 한계 : 자치단체별 건강지표 자료를 확보하여 과거의 추세를 안다면 쉽게 우선순위를 정할 수 있고 형평성을 추구하는데 매우 적합하나, 유병률과 사망률이 높고 추세가 악화되어도 기준지역에 비행 양호하다면 우선순위가 처질 수 있음

4. PATCH(Planned Approach To Community Health)

- 미국 질병관리본부에서 지역보건요원의 보건사업기획지침서로 개발한 것으로, 중요성과 변화가능성을 기준으로 사용

1) 중요성

- 건강문제가 지역사회에 얼마나 심각한 영향을 주는가, 또는 건강문제를 변화시키면 건강수준에 얼마나 효과가 나타나는가.

중요성의 평가기준	
사망/상병	건강결정요인
광범위하게 유포된 문제인가? ex) 유병률	광범위하게 유포된 문제인가? ex) 흡연율
(유병률) 전국 평균이나 비교지역보다 높은가?	(흡연율) 전국 평균이나 비교지역보다 높은가?
건강수준이나 삶의 질에 심각한 영향을 미치는가? ex) 질병부담	건강수준이나 삶의 질에 심각한 영향을 미치는가?
	행위와 건강문제가 밀접하게 관련되어 있는 것인가?

2) 변화가능성

- 건강문제가 얼마나 용이하게 변화될 수 있는가?
- 문헌을 통해서나 다른 지역의 보건사업 경험을 통해서 건강문제를 효과적으로 해결한 경험이 있는가?
- 문제가 되는 건강행태가 생활습관으로 고착된 것인가?

변화가능성의 평가기준	
사망/상병	건강결정요인
다른 사업에서 사망/상병을 성공적으로 감소시킨 경험이 있는가?	다른 사업에서 건강결정요인을 성공적으로 감소시킨 경험이 있는가?
사망/상병을 감소시킬 수 있다고 제시한 문헌이 있는가?	건강결정요인을 변화시킬 수 있다고 제시한 문헌이 있는가?
	건강결정요인(행태)이 고착되지 않고 아직 형성단계에 있는가?

5. 기 타

1) Bryant

- 문제의 크기, 심각성, 기술적 해결가능성, 주민의 관심도

2) Hanlon

- 문제의 크기, 질병의 심각성, 자원동원 가능성, 대상자의 수용력, 과학적 지식과 기술의 존재

3) Stanhope & Lancaster

- 문제에 대한 지역사회 인식(awareness)
- 문제해결을 위한 지역사회 동기 유발(motivation)
- 문제에 영향을 미치는 간호사의 능력(influence)
- 문제해결에 전문가 이용의 가능성(expertise)
- 문제가 해결되지 않았을 때 나타나는 결과의 심각성(severity)
- 문제해결에 소요되는 시간(speed)

4) NIBP(Needs/Impact-Based Planning)

- 건강문제의 크기(need)와 해결을 위한 방법의 효과(impact) 기준

5) 사업의 목적과 목표 설정

수원국에 대한 자료를 근거로, 이해관계자의 참여 등의 과정을 통하여 설정된 보건사업의 비전, 목적, 목표는 여러 단계로 이루어져 있다. 이러한 보건사업을 도식적으로 표시하는 논리적 모형에 따르면, 사업의 투입(input)이 활동(activity)을 거쳐 산출(output)로 변환되고 이러한 활동과 산출이 사업이 의도한 결과(outcome)을 달성하는 과정을 나타낸다.

- 투입(input) : 인력, 시간, 예산, 시설, 장비, 정보 등의 자원을 제공하는 것

- **활동(activity)** : 투입된 자원으로 프로그램의 목표 달성을 위하여 사업관계자들이 수행하는 인력 훈련, 보건 교육, 서비스 제공, 홍보, 네트워크 형성 등
- **산출(output)** : 활동의 결과에 대한 실적으로, 훈련된 자원봉사자 수, 보건교육을 받은 사람의 수, 예방접종건수, 홍보건수 등
- **결과(outcome)** : 활동과 산출의 결과로 나타나는 건강수준이나 건강결정요인의 변화

일반적으로 결과는 단기, 중기, 장기로 구분할 수 있다. 단기는 2-3개월에서 2년 이내에 달성할 수 있는 목표를, 장기는 5-10년이 소요되는 목표로 나누어 볼 수 있다. 또한 산출과 결과의 구분은 어려울 수 있는데, 산출이 사업 담당자의 활동 실적으로 나타나고 표시할 수 있는 것인 반면, 결과는 대상자에게 나타나는 변화라는 점이다.

표 3-10. 보건사업의 논리적 모형(배상수, 2012)

투입 (input)	산출(output)		결과(outcome)		
	활동	참여	단기	중기	장기
직원 지원자 시간 비용 연구성과 자원 장비 기술 협력자	워크숍 모임개최 서비스제공 교육과정 자원개발 훈련 상담제공 평가 협력관계	참여자 고객 기관 의사결정자	학습 인지 지식 태도 기술 의견 동기	행동 행태 실행 의사결정 정책 사회활동	건강수준 유병 발병 사망 파급효과 사회적 경제적 시민적 환경적

목표는 사업의 논리적 체계를 명확히 하고, 장기 결과를 측정하기 어려운 경우 하위 목표를 측정하여 사업 결과를 판정할 때 유용하며, 사업 진행 중에 수준에 따른 달성 정도를 파악하는데 용이하기 때문에 위계화 내지는 구조화하는 것이 좋다.

표 3-11. 보건사업 진행 단계의 구조화

근거 수준이 높음 	6. 건강 결과	최종결과로서의 건강지표	비용과 수집의 어려움 
	5. 체계와 환경변화	사업의 결과로 나타난 사회적, 경제적, 환경적 상태의 변화	
	4. 행동	대상 집단이 취하는 행동 패턴	
	3. 학습	지식, 의견, 기술, 기대	
	2. 반응	관심의 정도, 프로그램에 대한 인식, 활동과 교육적 방법의 수용	
	1. 참여	접촉 빈도와 강도	

* 배상수, 2012 수정

(1) 목표 선정

목표는 사업에서 활용가능 해야 하며, 이를 확인하는 방법은 사업 담당자의 판단, 핵심 이해관계자의 아이디어 확인, 정부 혹은 자원제공자의 기대사항 확인, 사업에 대한 전문가 등에 조언을 구하는 방법 등을 상황에 따라 적절히 활용할 수 있다. 결정 과정에는 가급적 모든 이해관계자를 참석할 수 있도록 하는 것이 향후 사업에 협조를 높이는 것이 결과 달성에 도움이 될 뿐만 아니라, 제한된 자원을 배분하는 과정에서 정당성을 확보하는 방안이 될 수 있다. 또한 충분한 시간을 가지고 작성과 재작성 과정을 통하여 목표의 수정이 가능한 것이 좋다.

(2) 목표의 기준

배상수(2012)가 제안하는 목표의 기준으로 SMART를 제안하고 있다.

- Specific : 구체적으로 기술
- Measurable : 측정 가능
- Aggressive and achievable : 성취가능하고 현실적인 것
- Relevant : 사업 목적과 문제 해결의 직접 관련성
- Time limited : 달성 기한

목표를 정할 때 계량화된 목표치를 정할 수 있는 근거가 없는 경우도 있을 수 있다. 이 때는 임의로 계량화된 목표치를 제시하기보다는 증가 내지 감소와 같은 방향을 제시하거나, 사업을 진행하는 중에 경험과 정보를 얻으면서 목표치를 세우는 것도 하나의 방법이 될 수 있다.

6) 전략개발

목적이나 목표를 달성하기 위한 세부 활동들의 집합인 전략은 개인적 수준, 개인 간 수준, 지역사회 수준으로 나누어 살펴볼 수 있다.

(1) 개인적 수준

개인이 가지고 있는 지식, 인식, 행태 등을 변화시키기 위한 것으로 교육, 훈련, 서비스 및 유인제공 등의 방식을 예상해 볼 수 있다.

- 교육 : 강좌, 세미나, 워크숍 등
- 교육자료 : 시청각 교재, 정보기술, 인쇄자료 등
- 교실에서 교육방법 외 : 견학, 현장실습 등
- 긍정적 유인제공 : 긍정적 인센티브로써 포상, 격려, 할인, 마일리지 제공 등
- 부정적 유인제공 : 다양한 형태의 불이익(벌금, 이용금지 등)

구체적인 방식과 아이디어는 수원국의 상황에 맞추어 기존의 제도와 정책을 활용하는 방안을 모색해볼 수 있다.

(2) 개인 간 수준

개인이 아니라 그 개인에게 영향을 미칠 수 있는 주변인이나 조직들을 함께 관리하여 사업 효과를 향상시키고자 하는 것이다. 기존의 네트워크를 파악하여 활용하는 것이 비용과 시간 측면에서 가장 효율적이지만, 사회적 관계가 약한 지역이나 사업 영역에 대해서는 새로운 네트워크를 개발해야 하는 경우도 있다. 이 때는 네트워크

개발 기법을 활용할 수 있다. 조직적인 네트워크 외에도 그 지역사회에 이미 존재하고 있으며, 지역사회로부터 신뢰와 지지를 받고 있는 지도자가 있을 수 있는데 이를 활용하는 것도 사업을 수월하게 진행할 수 있는 방법이 될 수 있다. 그 밖에도 개인이 특정 조직에 포함되어 있다면, 그 조직에 가입하는 방법도 가능하다.

(3) 지역사회 수준

친목이나 사교 목적을 활용한 지역사회 이벤트, 라디오나 TV, 신문 등 대중매체를 활용한 홍보, 사회적 마케팅, 환경개선사업 등을 수행할 수 있다.

표 3-12. 사회생태학적 모형에 따른 전략의 유형(배상수, 2012)

단계		접근전략의 유형
개인적 수준		• 교육 • 행태개선 훈련 • 직접서비스제공(예방접종, 검진, 진료, 재활 방문보건 등) • 유인제공
개인간 수준		• 기존 네트워크 활용 • 새로운 네트워크 개발 - 후원자/동료/자조집단(동아리) 활용 • 자생적 지도자 활용
지역사회 수준	조직요인	• 조직개발 이론과 조직관계 이론의 적용
	지역사회 요인	• 이벤트 • 매체 홍보 • 사회마케팅 • 지역사회 역량강화
	정책요인	• 옹호 • 정책개발

7) 세부사업계획 작성

세부사업계획을 작성하기 위해서는 다음의 단계를 모두 거쳐야 한다.

- 전략의 실행에 필요한 모든 작업 정리
- 개발 활동에 필요한 인원 검토
- 해당 인력의 조달 방법 강구
- 필요한 예산 추계
- 필요한 장비, 시설 등 검토
- 사업의 순서와 시간을 검토하여 사업일정 결정

8) 평가지표 및 방법 결정

다양한 국제기구의 사업담당자, 관련 전문가 등의 공통된 의견은 평가지표는 곧 사업의 목표여야 한다는 점이다. 그러나 사업 내용 자체가 목표는 아니므로 이것을 평가지표로 하는 것은 바람직하지 않으나, 많은 경우 실질적 평가 지표 개발의 어려움으로 사업 내용의 실현을 지표로 활용할 수밖에 없는 실정이기도 하다. 또한 궁극적인 건강 결과에 긍정적인 영향을 미치거나, 접근성, 질, 이 받기 때문에 많은 경우 직접적으로 건강에 영향을 미치는 것은 어렵다.

사업이 아닌 평가에도 어려움은 존재한다. 무엇보다 평가 자체에도 상당한 시간이 필요하다. 이는 사업시작 전에 실시되는 사전조사에서도 역시 마찬가지이다. 또한 사업이 진행됨에 따라 모니터링 과정에서도 사업 내용 및 목표를 수정할 수 있도록 반영되어야 하는데, 평가와 조사가 사업에서 중요한 역할을 차지할 수 있도록 해야 한다는 사업 관계자의 욕구도 존재한다.

위와 같이 평가는 사업에 관한 의사결정을 지원하기 위한 체계적 정보 수집·분석·보고·공유로 이루어지는 일련의 과정으로 일회적으로 그치는 행위가 아니다. 따라서 일반적으로 평가는 사업개선의 목적을 가지고, 수원국의 상황에 민감하면서도 간단한 방법으로 수행되어야 하며 이해관계자를 비롯하여 관심 있는 모든 사람들에게 공개·공유되는 것이 바람직하다고 한다.

표 3-13. 사업 평가의 특징과 목적

평가의 특징	평가의 목적	평가의 대상영역
- 체계적, 객관적 과정 - 가치에 입각한 기준 필요 - 의사결정에 활용 - 평가예산, 지식과 기술, 시점, 정치적 상황에 영향을 받음 - 이해관계자 협동이 중요	- 사업 실행 개선 - 목표 달성 파악 - 효율 향상 - 책임소재 명확 - 역량 강화 - 새로운 지식 획득	- 활동 - 산출물 - 성공과 실패 이유 - 사업 지속 및 확대가능성

일반적으로 평가지표는 다음이 요건을 갖추어야 자료의 수집과 분석은 물론 향후 이를 사업에 반영하기에 적합하다.

- 타당도, 정확성
- 이해가능성
- 유용성
- 통제가능성
- 포괄성
- 왜곡 유인 지양
- 적시성
- 실용적
- 비교가능성
- 검증가능성
- 문화적 적절성

Check point 10. 평가 시 주의사항

평가는 이해관계자의 참여 하에 공정하고 객관적으로 이루어질 수 있도록 하는 것이 좋다. 형평성, 질, 접근성 등에 대한 평가는 물론 사업목표의 달성 가능성, 사업내용의 타당성 등을 검토하여 이를 수정할 수 있도록 함으로써 수원국의 상황에 적절하고, 사업결과가 건강결과에 긍정적인 영향을 가져올 수 있거나 형평성, 질, 접근성 등을 보장할 수 있는 방향으로 나아갈 수 있도록 해야 한다. 무엇보다 수원국의 국가 정책이나 정치·경제 상황 등의 변화를 반영하는 것이 중요하다.

WHO(2009)는 시스템적 사고에 의한 평가를 4가지로 구분하고, 개별 평가에 포함되어야 하는 질문을 다음과 같이 제시하고 있다.

(1) 과정평가(process evaluation)

- 정책과정 상태는 어떠한가?
- 실행(적정성) 상태는 어떠한가?
- 어떤 변화가 효과를 가져왔는가?

(2) 상황평가(context evaluation)

- 무엇이 개입을 가능하게 하는가/지연시키는가?
- 동시 개입으로 적절한 것은 무엇인가?
- 시스템에서 달라진 것은 무엇인가?

(3) 효과평가(effects evaluation)

- 보장으로 인한 긍정적인 효과는 무엇인가?

- 건강/형평성이 가져온 이점은 무엇인가?
- 의도하지 않은 결과가 있었는가?

(4) 경제성평가(economic evaluation)

- 개입은 자원을 잘 활용하였는가?

배상수(2012)는 투입, 활동, 산출, 결과의 과정에 따라 평가를 다음의 4가지로 구분하고 있다.

(1) 구조평가

- 사업인력, 시설, 장비 등 투입의 적절성에 대하여 평가
- 무형적인 정보에 대한 평가도 중요

(2) 과정평가

- 사업계획과 진행 정도 비교
- 목표달성 저해 요인 발견하여 조치를 취하고, 목표달성 촉진 요인은 강화
- 주요내용
- 사업일정 준수 : 목표 달성 정도
- 자원의 효율성 : 양적, 시기적 적절성과 효율성
- 이용자 범위와 특성 : 적합성과 형평성
- 서비스의 질 : 내용의 적합성, 고객만족도

(3) 결과평가

- 목적과 목표 달성 여부
- 의도되지 않은 결과 야기 여부
- 사회적 형평성 달성 기여 여부
- 조직과 지역사회 역량 강화 여부
- 전략의 효과성
- 사업의 지속가능 혹은 확대 필요성
- 단기적이 아닌 장기적 결과를 우선하며, 예측되지 않은 결과 발생에 유의
- 건강수준에 대한 대리지표 사용 시 대리지표와 건강수준 간 인과관계가 입증되어야 함

(4) 성과평가

- 효율성 : 투입과 산출의 비율
- 효과성 : 산출이 사업 대상자 내지 환경에 영향을 미쳐 의도된 목적과 목표를 실현한 정도
 - 서비스 적시성, 정확성, 이용편의성, 친절성, 형평성 등 질적 수준
 - 지역사회 또는 사업 대상자 여건 변화
 - 주민 또는 사업 대상자 인식도, 선호도, 만족도 조사
 - 지역사회 또는 주민에 초래한 의도하지 않은 역효과

사업을 개발하는 단계에서는 현황분석과 필요사정, 평가가능성 등을 평가하며, 사업이 실행되고 있는 중에는 과정평가를, 사업이 종료되는 이후에는 결과평가 내지는 경제성평가를 실시한다.

4. 보건의료체계 평가 지표¹⁰⁾

1) 보건의료서비스 전달

바람직한 보건의료서비스 전달은 포괄성, 접근가능성, 보장범위, 지속성, 질, 인간 중심적, 조화, 책임성과 효율성 등을 특징으로 하고 있다. 보건의료서비스 전달을 평가하는 주요지표는 다음과 같다. 세부지표는 사업의 내용과 수원국의 상황, 자료원의 존재 여부 및 접근 가능성 등에 따라 가감될 수 있다.

- 포괄성 : 포괄적 범위
- 접근가능성 : 인구와 가까운 곳, 일차보건수준의 서비스 네트워크에 대한 일상적인 진입이 가능해야 함
- 보장범위 : 대상인구집단 보장
- 지속성 : 서비스 네트워크, 보건환경, 치료의 수준, 전생애 걸쳐 보호의 지속성
- 질 : 효과성, 안전성, 환자 요구 중심적, 시의적절성
- 인간중심 : 질병이 아닌 인간을 중심으로 조직, 참여
- 조화 : 지역사회 보건의료서비스 네트워크의 적극적인 조화
- 책임성과 효율성 : 관리를 통해 낭비 최소화, 전반적인 성과와 결과에 대한 책임 있는 관리

표 3-14. 보건의료서비스 전달 평가지표

주요지표	자료수집방법/자료원
• 인구 1만명당 보건의료시설 수 및 분포 • 인구 1만명당 입원실 수 및 분포	• 보건의료시설에 대한 지역 및 정부 데이터베이스 • 강제등록제도가 없을 경우, 보건의료시설조사에서 민간의료시설 수를 파악해야 함

10) WHO. 2010. Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies 요약

주요지표	자료수집방법/자료원
• 연간 인구 1만명당 외래환자 수	• 보건의료시설 일상보고체계 • 인구기반조사
• 보건의료시설에 대한 일반 서비스 준비 정도 • 특정 서비스를 제공하는 보건의료시설 비율 • 인구 1만명당 특정 서비스를 제공하는 보건의료시설 수와 분포 • 보건의료시설에 대한 특정 서비스 준비 정도	• 보건의료시설 평가

주요 자료수집 방법은 정기적인 보건의료시설의 보고 시스템을 통한 것, 보건의료시설 총조사 자료에 의한 것, 보건의료시설에 대한 설문조사 등이 있다.

표 3-15. 보건의료서비스 전달 평가지표의 자료수집방법

자료수집 방법	세부내용	강점	한계
정기적인 보건의료 시설 보고	서비스 제공자가 지역 및 정부수준에 정기적으로 보고하는 시설 자료	법규로 강제되는 표준 보고 형식과 과정에 의한 시설 수준 자료	서비스 제공에 대한 제한된 자료 -불완전성 -공공영역만 해당 -보고에 따른 시간 격차 -서비스 이용 인구의 변이에 따른 편향
보건의료 시설 총조사	국가 내 모든 공공·민간보건의료시설에 대한 정기적 총조사	전 단계의 계획자에게 유용한 정보 제공 -오너십, 시설 유형, 좌표 등 기본 특징 -기초 인프라 이용 가능성 및 기능성 -인력 -서비스 제공 -전반적 상태 등	상당한 시간·비용 소요 -일반적인 도시의 소규모 민간 시설 확인 어려움 -모든 시설에 대한 접근 어려움
보건의료 시설 설문조사	국가 내 공공·민간 보건의료 시설 중 표본추출을 통한 정기적 설문조사	보건의료시설 총조사보다 상세한 정보 획득 가능 -많은 사례, 의료의 질 등 정보 확인	

보건의료서비스 전달에 대한 주요 측정 지표는 다음과 같다.

표 3-16. 보건의료서비스전달 주요 측정지표

주요지표	자료수집방법
1. 보건서비스 유용성 1-a. 인구 1만명당 보건의료시설의 수 및 분포 1-b. 인구 1만명당 입원병상수 및 분포 1-c. 연간 인구 1만명당 외래방문수	보건의료시설 국가자료(보건의 료시설 총조사) 보건의료시설 정기보고
2. 보건서비스 준비성 2-a. 보건의료시설을 위한 보건서비스 준비성 성과 2-a-1. 기초시설 - 전력 / 물 / 진료실 / 위생시설 / 통신장비 / 인터넷 접근성 / 응급수송 2-a-2. 기초장비 - 성인용 / 아동·유아용 / 체온계 / 청진기 / 혈압계 / 냉장고 / 조명 2-a-3. 감염예방표준지침 - 멸균 장비 / 날카로운 치료재료 저장 및 처리 / 감염성폐기물 저장 및 처리 / 살균제 / 날카로운 치료재료 용기 / 1회용품 / 비누 및 손소독제 / 라텍스 장갑 / 마스크 / 표준지침 가이드라인 2-a-4. 실험실 - 헤모글로빈 / 혈당측정기에 의한 혈당 / HIV 신속검사 / 매독 신속검사 / 말라리아 신속검사 및 도말검사 / 결핵 현미경검사 / 일반 현미경검사 / 임신소변검사 / 뇨딥스틱검사 2-a-5. 의약품 및 물품 - 필수약품	보건의료시설 평가
3. 특정서비스 유용성 3-a. 특정서비스를 제공하는 보건의료시설 비율 3-b. 인구 1만명당 특정서비스를 제공하는 보건의료시설의 수 및 분포	보건의료시설 평가
4. 특정서비스 준비성 4-a. 보건의료시설을 위한 특정서비스 준비성 성과 4-a-1. 가족계획서비스 4-a-2. 산전건강관리서비스 4-a-3. 기초응급조산 및 신생아서비스	보건의료시설 평가

주요지표	자료수집방법
4-a-4. 종합적인 응급조산 치료 4-a-5. 아동보건서비스(일반 아동예방접종) 4-a-6. 아동보건서비스(치료적 진료 및 성장모니터링 등 예방적 서비스) 4-a-7. HIV 상담 및 검사 4-a-8. HIV/AIDS 치료 및 지원서비스 4-a-9. HIV/AIDS 항레트로바이러스 치료 및 환자 관 리 4-a-10. 모자감염 예방 서비스 4-a-11. 결핵서비스 4-a-12. 말라리아 서비스 4-a-13. 만성질환 치료 및 예방적 서비스 4-a-14. 간단한 수술 서비스	
5. 서비스 질 5-a. 효과성 5-a-1. 특정질병치사율 5-a-2. 천식입원율 5-a-3. 영양상담을 받는 환자 방문율 5-a-4. 지난 2년간 유방조영상 검사한 40세 이상 여성 비율 5-a-5. 임신초기 산전검사 받은 여성 비율 5-b. 안전성 5-b-1. 서비스제공자의 손 위생 가이드라인 인지도 5-b-2. 정상 출생 1천명당 신생아 출산외상 비율 5-b-3. 서비스제공자가 처방 약물 요청한 성인 비율 5-c. 환자필요중심 5-c-1. 최근 병원 방문 성인 중 서비스제공자가 환자의견을 잘 청 취한 비율 5-c-2. 최근 병원 방문 성인 중 서비스제공자가 설명을 명확하게 한 비율 5-c-3. 최근 병원 방문 성인 중 서비스제공자가 존중했다고 표현 한 비율 5-d. 시의적절성 5-d-1. 일반적인 치료원을 가지고 있는 사람 비율 5-d-2. 응급실에서 처치 없이 방치된 환자 비율 5-d-3. 심장마비시, 혈전용해제 처치 혹은 경피적경혈관관상동맥 확장술 실시한 시간 중앙값	진료기록 검토 관찰 퇴직자면접 설문조사 보건의료종사자 면접 가구조사 실험기록

2) 보건의료인력

보건의료인력으로 집계되는 범위의 인력은 다음과 같다.

- 의사
- 간호사 및 조산사
- 치과 관련 인력
- 의약품 인력
- 실험실 보건 인력
- 환경보건 공공 인력
- 지역사회 또는 전통의료인력
- 기타 보건의료서비스 제공자
- 보건 분야 관리자 및 지원자

표 3-17. 보건의료인력 평가지표

주요지표	자료수집방법/자료원
• 인구 1만명당 보건의료인력 수 • 직종/전문과목, 지역, 근무지, 성별에 따른 보건의료인력 분포	• 국가인구조사 혹은 시설기반평가 자료에 따라 정기적으로 인증·조정되는 일반행정 기록
• 교육수준 및 영역별 인구 10만명당 보건전문교육기관 연 졸업자 수	• 개별훈련기관의 일반행정기록 • 수료증 혹은 면허를 요구하는 전문규제 기구의 등록에 따라 승인될 수 있음

주요 지표를 목표로 하는 활동과 그에 대한 산출 지표 및 자료원은 다음과 같다.

표 3-18. 보건의료인력 지표 및 자료원

결과 지표	목표 및 활동	가능한 산출 지표	잠재적 자료원
인구 1만명당 보건의료인 수	최고 수준의 보건의료 체계에서 인적자원의 효과적 관리 및 개발	계산된 우선순위 인적자원 관리/개발 계획	정부보고서 주요 정보제공자 면접
	의사결정을 위한 유효한 인적 자원 통계의 정기적 축적과 활용 등 정책과 기획에 필요한 정보와 근거 기반 강화	지난 3년간 생산된 보건 의료인력 규모와 분포에 대한 국가자료의 수	자료 보급 보고서
	지역보건종사자 채용과 훈련 등 국가보건의료인력 규모와 역량 증가	지난 12개월간 지역보건훈련프로그램 신규참여자 수	훈련 프로그램에 대한 일상 행정기록 주요 정보제공자 면접
	강사 및 보조인력의 양과 질을 포함한 보건의료 전문인력 교육기관의 역량 증가	적격기관 당 의학·간호·조산사 교육프로그램 학생 수	교육 및 훈련 프로그램 일상 행정기록 주요 정보제공자 면접
보건의료인력 분포(직종별· 전문분야별· 지역별·근무지 역별·성별)	일차보건의료시설의 국가적 인력 규범 충족을 위한 인센티브 등 인력 채용 및 배치 체계 강화	지난 12개월간 일차보건의료시설에 신규채용된 보건의료인력 수	일상 행정기록 주요 정보제공자 면담
	민간제공자의 수, 유형, 적격에 대한 정확한 지식에 대한 효과적 상호작용 및 규제	최신, 정확한 민간 서비스 제공자 등록체계	정부보고서 주요 정보제공자 면담
지난 12개월간 일차보건의료 시설의 서비스 제공자 유지율	보건의료인력 효과적 성과관리	직무중 관리 교육을 이수한 일차보건 의료시설 상급 직원 수	훈련 프로그램에 대한 일상 행정기록 주요 정보제공자 면담
	보건의료인력 동기 및 생산성 최적화	지난 6개월간 개인 관리를 받은 일차보건의료시설 서비스제공자 비율	보건의료인력 중 표본추출된 설문조사
	비효율성 감소	일차보건의료시설 종사자 중 일정 기간 동안 계획된 근무일 총수 대비 결근일 수	훈련 프로그램에 대한 일상 행정기록 주요 정보제공자 면담

결과 지표	목표 및 활동	가능한 산출 지표	잠재적 자료원
국내에서 훈련된 보건 의료인력 비율	보건의료인력 시장 관리	지난 12개월간 국외에서 훈련받고 입국한 새로운 보건의료인력 수	입국비자 취업허가증 기타 행정자료

3) 보건의료정보

보건의료정보는 크게 3가지 수준으로 나누어 살펴볼 수 있다.

- 개인 수준 자료 : 환자 개인력, 보건의료 필요, 처치 제공, 진료기록
- 보건의료시설 수준 자료 : 의약품 조달 기록, 보건의료시설 기록, 행정기록
- 인구 수준 자료 : 가구조사

표 3-19. 보건의료정보 평가지표

주요지표	자료수집방법/자료원
• 건강정보체계 성과 색인	• 국가 건강정보체계 검토

국가정보체계의 성과를 평가하기 위한 매트릭스는 다음과 같다.

표 3-20. 보건의료정보 성과평가 매트릭스

국가자료과정	자기평가	독립적평가
통계체계 보건의료정보체계	일반 자료 보급 전략 Health Metrics Network 자기평가 도구	국제부흥개발은행 통계역량 지표 점수 보건의료정보체계 성과 지표

국가정보체계를 측정하는 주요 지표 및 보건의료정보체계 성과지표 점수는 다음과 같다.

표 3-21. 보건의료정보체계 성과지표 점수

지표	자료수집방법	보건의료정보 성과지표 점수
1. 보건조사		
1-a. 10년간 모든 보건 우선순위 과제를 포함하고 기타 관련 자료원을 고려한 국가 보건조사계획 준비	국가통계청, 보건부의 총조사국	Yes: 1 No: 0
1-b. 지난 5년간 아동사망률에 대한 2개 이상의 가능한 데이터 포인트	국가보고서 인구보건조사 다지표군집조사 (MICS)	
1-c. 지난 5년, 10년간 모성사망률에 대한 2개 이상의 인구기반 데이터 포인트		
1-d. 지난 5년간 주요 보건개입의 보장 범위에 대한 2개 이상의 데이터 포인트		
1-e. 지난 5년간 흡연 및 성인 영양에 대한 1개 이상의 데이터 포인트		
2. 출생 및 사망 신고		
2-a. 출생신고율(최소 90% 이상)	시 등록 체계 표본 등록 체계	〈50% : 0 50-89% : 1 ≥90% : 2
2-b. 사망신고율(최소 90% 이상)		
2-c. 국제사인질병분류	일상 보건관리 정보체계 보고서	
3. 총조사		
3-a. 지난 10년 이내 총조사	국가통계청, 보건부의 총조사국	1
3-b. 인구추계		1
4. 보건의료시설보고		
4-a. 제도적 전달 수	국가 병원경영 정보시스템 보고서	1
4-b. HIV 유병률	국가 원조 위원회 보고	1
4-c. 보건통계 국가연계망	국가보건정보시스템 보고	1

지표	자료수집방법	보건의료정보 성과지표 점수
4-d. 신고대상질병 보고	국가 병원경영 정보시스템 보고서	1
4-e. 국가수준의 시의적절하고 완결된 정확한 보고의 지역 비율		1
4-f. 자료 질 평가		1
4-g. 국제보건규칙	국가보건영역보고서	1
5. 보건의료체계 자원 추적		
5-a. 국민의료비계정	국민의료비계정보고서	1
5-b. 공공 및 민간 영역 보건의료시설 국 가 데이터베이스	보건의료시설평가	1
5-c. 보건의료인력 국가 데이터베이스	국가보건영역검토	1
5-d. 의약품 및 치료재료 추적 가능성 연간 자료	필수의약품 검토 보건의료시설평가	1
6. 보건자료의 분석·통합·검증 역량		
6-a. 보건통계 분석, 인구 및 보건의료시 설 출처와 타당성 자료를 통합하는 제도적 메커니즘	국가보건영역보고서	1
6-b. 국가 목표 지표와 연간 보건영역 검 토와 계획 순환에 영향을 미치는 연 간 보고		1
6-c. 보건조사 및 총조사에 대한 국가 미 시자료 기록 보관		1
6-d. 백신 보건의료시설의 일상 보고 평 가 및 조정에 사용되는 조사 자료	보건통계보고에 이용가능한 정보	1
6-e. 질병 부담		1
6-f. 보건의료체계 성과평가		1

4) 의약품, 백신 및 기술

WHO가 제안하는 필수약품 14개 목록은 다음과 같다.

표 3-22. WHO가 제시한 필수약품 목록

지표	의약품명	용량	제형
1. 천식	살부타몰	0.1mg/dose	흡입기
2. 당뇨병	글리벤클라마이드	5mg	캡슐/정제
3. 심혈관계질환	아테놀올	50mg	캡슐/정제
4. 심혈관계질환	캅토프릴	25mg	캡슐/정제
5. 심혈관계질환	심바스타틴	20mg	캡슐/정제
6. 우울증	아미트리프틸린	25mg	캡슐/정제
7. 전염병	시프로플록사신	500mg	캡슐/정제
8. 전염병	코-트리목사졸	8+40mg/ml	현탁액
9. 전염병	아목시실린	500mg	캡슐/정제
10. 전염병	세프트리악손	1g/vial	주사
11. 중추신경계질환	디아제팜	5mg	캡슐/정제
12. 통증/염증	이클로페낙	50mg	캡슐/정제
13. 통증/염증	파라세타몰	24mg/ml	현탁액
14. 궤양	오메프라졸	20mg	캡슐/정제

이를 측정하는 주요 지표와 자료수집방법 및 자료원은 다음과 같은 것들이 제안된다.

표 3-23. 의약품, 백신 및 기술 주요지표 및 자료수집방법

주요지표	자료수집방법
1. 구조	
1-a. 필수약품/기술에 대한 접근성	국가 헌법 및 법률 검토
1-b. 국가 의약품 정책 존부	WHO 조사 도구 활용
1-c. 국가 필수 의약품 목록 존부	
1-d. 민간 영역 복제의약품 허용 및 장려 법 규정	
2. 절차	
2-a. 1인당 공공·민간 의약품 지출	국민의료비계정
2-b. 의료보험 적용 대상 인구 비율	가구조사

주요지표	자료수집방법
2-c. 공공·민간 보건의료시설에서 14개 필수약품 평균 이용가능성	WHO, 국제건강운동에서 개발한 표준 도구를 활용한 의약품 가격 및 이용가능성 국가 조사
2-d. 공공·민간 보건의료시설에서 14개 필수약품 소비자가격 중앙값 비율	
2-e. 생산자 가격 및 소비자 가격 간 가격 교정 비율	

5) 보건재정

보건의료재정을 측정하는 주요 결과 지표와 그에 대한 활동, 산출지표, 자료원은 다음과 같다.

표 3-24. 보건의료재정의 주요지표와 자료원

결과지표	목적 및 활동	산출지표	자료원
1-a. 총 의료비 지출 1-b. 일반 정부지출 대비 일반 정부 보건의료비 지출 1-c. GDP 대비 총의료비 지출	충분한 보건의료비 재정 마련	일상적으로 수집되고 보고되는 총의료비 지출 자료	국민의료비 계정
2-a. 총 의료비 지출 중 가구의 본인부담금 비율 2-b. 연간 본인부담금 지출로 빈곤해지는 가구 비율	취약계층을 위한 재정적 위험 보호 및 보장범위 확대	환자/가구 본인부담금 의료보험 확대	가구 지출 및 이용 조사 의료보험 가입 기록
3. 일반 정부 보건의료비 지출 비율로써, 임금 및 급여에 대한 정부 지출	자원 이용의 효율성 향상	임금 및 급여에 대한 정부지출 정보 정부 수준에서 우선순위 문제에 대한 정부 지출 자료 이용가능성	정부지출 계정
4. 운영 단계에서 재정건전성 및 관리 향상	국가재정관리기준을 충족하는 시설 수 및 비율	감사기관	

6) 리더십/거버넌스

거버넌스를 측정하는 기준은 크게 두 가지로 나누어 살펴볼 수 있다.

- 첫째, 규칙 기반 지표로써 국가가 보건의료체계 거버넌스를 위한 적절한 정책, 전략, 접근방법을 가지고 있는가 여부
- 둘째, 결과 기반 지표로써 규정과 절차가 관련 이해관계자의 경험에 기초하여 효과적으로 수행되고 강화되는가 여부

표 3-25. 리더십/거버넌스의 주요지표와 자료수집방법

주요지표	자료수집방법	점수
1. 국가적 필요 및 우선순위에 관한 최근 국가보건의료전략 준비	개별 보건문제에 대한	10개 지표 점수 총합 10점 만점
2. 최근 발표된 국가 의약품 정책 준비	국가보건정책 검토	
3. 가장 비용효과적인 의약품 절차 정책 준비	- 필수약품	적절한 정책 없거나, 평가할 수 없다 : 0
4. 결핵에 대한 국가전략계획 준비	- 결핵	적절한 정책이 있다 : 1
5. 국가 말라리아 전략 준비	- 말라리아	
6. 국가 HIV/AIDS 전략 준비	- HIV/AIDS	
7. 모성보건 전략 준비	- 모성보건	
8. 아동보건 전략 준비	- 아동보건	
9. 정기적으로 보급되는 주요 보건 영역 자료 준비	- 예방접종	
10. 적합하고 시의적절하며 효과적인 보건의료서비스 접근성 등에 대한 조사 메커니즘 준비		

제2절 수직-수평 중간전략

1. 개념과 주요 내용

1) 개념과 배경

두 번째로 고려한 방법은 ‘수직-수평 중간전략’으로, 이미 ‘사선적 접근법’으로 익숙하게 알려진 접근방식이다. 이론적 고찰 부분에서도 제시하였듯이, GF(The Global Fund)는 HSS를 위한 전략적 접근방법으로 ‘사선적 접근법’을 채택하고 있으며(WHO, 2007), 이러한 접근방식의 사업을 특별히 구분하지 않고 HSS 사업으로 분류하고 있다. 차이가 있다면 본 연구에서는 이것은 HSS를 위한 여러 접근 방법 중 하나의 방법으로 고려해볼 수 있다고 제시하고 있다는 것이다. 비슷하게, GAVI에서도 기구의 목적이 백신접종률의 증가이고 보다 넓게 설정하면 모자보건의 향상에 있기에, HSS 전략이 ‘사선적 접근법’이라고 규정하고 있지는 않더라도 비슷한 전략을 취하고 있는 것으로 보인다.

‘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. Ooms는 수직적 접근법과 수평적 접근법 사이의 해묵은 대립, 그리고 사선적 접근법의 비교를 ‘불충분한 높이 안에 있는 충분상태의 섬’이라는 은유로 표현하였다(Ooms et al., 2008). “수직적 접근은 취약한, 고립된 충분조건의 섬을 발생시키는 반면, 수평적 접근은 높이를 채워보고자 하나 결국은 광범위한 불충분에 이르게 한다. 사선적 접근의 목적은 보다 넓고 견고한 바탕을 토대로 섬을 지어올림으로써 점진적으로 섬과 섬들 사이를 연결하여 높이를 채워나가는 데에 있다.”

다시 말해, 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, 영향 요인)를 프로그램 진행 전반에 걸쳐 고려할 것을 요구한다.

2) 주요 내용

GF가 제시하는 사선적 접근법의 내용은 다음과 같다.

- 원하는 건강결과를 정하고 그에 대한 효과적인 서비스 확대를 제약하는 보건의료체계를 파악한다.
- 보건의료체계 병목점(bottleneck)을 파악하여 해결함으로써 해당 건강문제뿐 아니라 시스템 전체적으로 성과를 올리고, 더 나아가 다른 프로그램들에도 도움이 되게 한다.
- 우선적으로 보건의료체계에 대한 정책과 역량문제에 주목한다.
- 국가 보건의료 부문 전반의 전략개발과 기획을 장려하고, 보건의료체계의 특정부분만을 위한 단독계획에는 투자를 줄인다.
- 모니터링과 평가들을 강화한다.

이러한 접근이 잘 이루어지기 위한 전제 조건은 아래와 같이 제시하였다.

- 프로그램 계획과 과정에서 의사소통의 개선, 가능한 증거들의 확보
- 각기 다른 측면의 보건의료체계 부분에서 지역, 국가적 역량 강화를 포함하여 더 많은, 더 나은 기술적 지원
- 수원국의 정치적 의지
- 보건의료체계 성과의 진행을 추적할 수 있는 적합한, 받아들여질 만 한 지표

3) 목표

수직-수평 접근전략은 기존에 시행되어오던 수직적 프로그램의 형태를 그대로 가져갈 수 있다는 점에서 HSS 전략을 고려할 때 보다 친숙하게 접근할 수 있다. 그러나 동시에 대상으로 정한 특정 문제와 프로그램을 전체 시스템 안에서 고려해야 하기에 완전히 새로운 인식을 가지고 접근하는 것이 필요하기도 하다.

이 전략의 목적은 궁극적으로 **보건의료체계의 역량 강화**를 통하여 **주요 대상으로 하는 질병문제나 보건의료 프로그램의 지속성을 증진**하고 **효율적으로 더 나은 성과를 얻기** 위한 것이다. 또한, 수직-수평접근전략을 통해 **타깃으로 하는 수직적 프로그램과 연결된 취약한 보건의료체계 부분을 파악**하고 **보완함으로써 전체적인 보건의료체계의 강화**를 이끌어내려는 목적도 가지고 있다. 이를 위한 세부목표는 아래와 같다.

- **세부 목표** : 보건의료체계 강화를 위한 자원과 다른 재정적 지원을 통해
 - 목표로 한 프로그램(서비스) 제공에 장애가 되는 보건의료체계를 파악하고 개선한다.
 - 프로그램(서비스)에서 실시하는 건강문제 서비스 이용(output)을 개선한다.
 - 프로그램(서비스)와 연관된 건강문제(outcome)를 개선한다.

2. 접근방법¹¹⁾

사업 담당자가 수직-수평 중간적 사업을 시행하기로 결정한 후, 사업 진행의 흐름에 따라 다루어야 할 사안을 간단히 정리하고, 계획과 준비에서 시스템적 접근을 위해 고려해야 할 사항들을 총괄적으로 제시하였다. 보다 자세한 지침은 다음 순서인 ‘3) 단계별 접근전략’에 제시하였다.

11) 본 매뉴얼의 구성의 큰 틀은 주로 GF의 ‘MNCH Practical Guidance Tool’을 참고하여 주제와 KOICA 실정에 맞게 변형하였음

1) 프로그램의 진행 단계 개요

표 3-26. 수직-수평 접근방법의 프로그램 단계 개요

단계	다뤄야 할 사안	주요 질문
선정 단계	a. 수원국의 건강 문제를 평가 ¹²⁾ b. 우선순위 선정- 어떤 vertical program을 할 것인지 선정	해당 지역에서 무슨 사업을 진행해야 도움이 될 것인가?
준비 단계	a. Gap analysis- 목적으로 하는 건강문제를 개선하고 개별 프로그램을 시행하는 데 장애가 되는 HSS 요소(bottleneck)를 확인하고 현황과 목표차를 진단 b. SRAM toolkit을 이용하여 강화할 부분을 파악	해당 사업을 실시하는데 문제가 되는 시스템 요소는?
계획 단계	a. 이해관계자 지도(Stakeholder mapping) 작성 b. 지역의 보건의료체계 지도 작성 c. 보건의료체계의 통합적 요소를 고려하면서 시스템의 주요 기능요소 각각에, 해당 건강 문제의 개선과 보건의료체계의 장애요소 개선을 위해 필요한 계획 수립 ¹³⁾ d. 프로젝트 디자인 매트릭스(PDM)를 수립	해당 지역에서 선정한 사업 대상이 되는 시스템 요소의 현재 상황과 목표치를 확인하고 구체적인 행동계획을 세웠는가? 계획은 보건의료체계의 전체 요소를 함께 고려하고 있는가?
실행 단계	실행계획에 맞추어 실행주체를 선정하고 계획한 바대로 이루어지도록 감독, 지원	실행주체와 수행방법은 적절한가?
평가 단계	모니터 & 평가	시스템 통합적 평가

2) 시스템적 사고 10단계 (WHO, 2009b)

프로그램의 선정과 준비단계에서는 WHO가 제시한 시스템적 접근에서 제시하는 시스템적 사고 10단계를 고려하도록 한다. 이 부분은 ‘국가수준에서의 요소별 강화전략-시스템적 접근’에서 자세히 설명하고 있으므로 여기서는 간단히 순서만 제시하고자 한다. 더 자세한 방법은 상기 매뉴얼을 참고하길 바란다.

▷ 이해관계자 모집: 각 시스템 요소를 대표하는 이해집단을 비롯한 포괄적 구성

12) 국가 시스템 평가, 건강문제 평가를 위한 공통 틀을 이용

13) 준비와 계획 단계에서 Systems thinking 10step을 적용

- ▷ 브레인스토밍: 집합적 숙의와 토론
- ▷ 효과의 개념화: 프로그램이 건강과 보건의료체계에 미칠 영향을 예측하여 그림

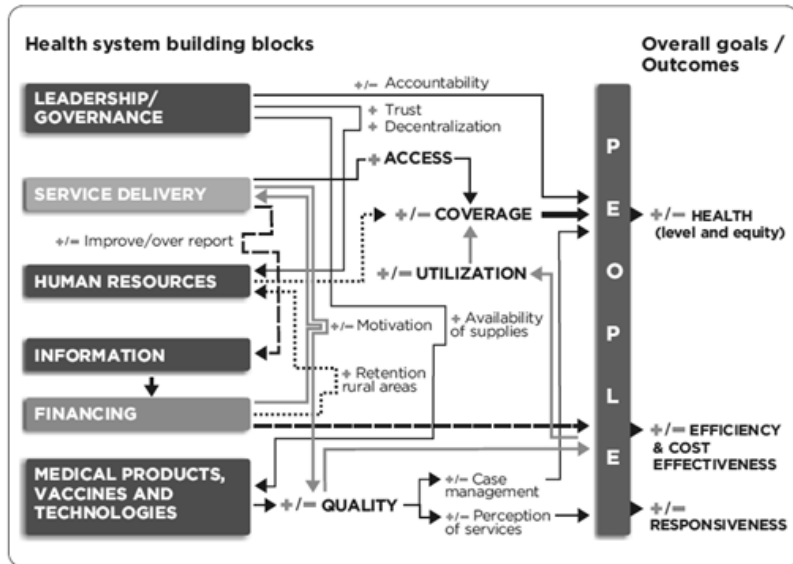


그림 3-4. 시스템 관점을 활용한 효과 개념도의 예시

- ▷ 적용 후 재디자인: 1차 계획안을 적용해보고 시너지 최대화를 위한 재디자인
- ▷ 평가지표 결정: 프로그램이 체계요소에 미치는 영향을 추적하는데 중요한 지표

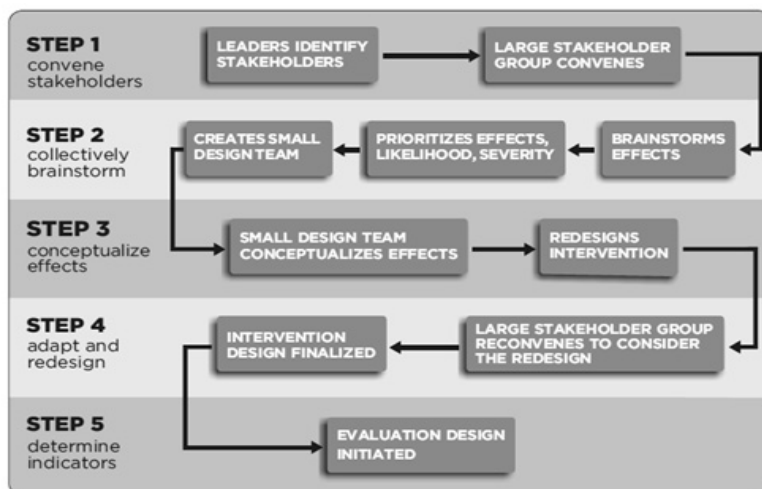


그림 3-5. 시스템 관점을 다룬 주요 5단계 흐름도

- ▷ 평가방법 선택: 과정, 맥락, 효과, 경제 평가
- ▷ 평가디자인 선택
- ▷ 프로그램 평가계획과 타임테이블 작성
- ▷ 예산 정립
- ▷ 재원 마련

3. 단계별 접근전략(프로그램 선정-준비-계획-실행-평가)

1) 프로그램 선정단계

가장 먼저, 대상 지역에서 어떤 프로그램을 시행할지를 정해야 한다. 그 지역에서 중요하고 필요한 건강문제를 파악하기 위해서 여러 정보원을 통한 철저한 조사가 필요하다. 목표로 한 건강문제를 해결하는데 걸림돌이 되는 보건의료체계의 요소를 파악하는 것도 이 단계에서 이루어져야 한다.

참고를 위해 실제 수직적 프로그램을 보건의료체계에 통합하려는 시도를 하였던 사전적 접근의 해외 사례 프로그램 항목을 아래에 제시한다(Atun R. A. et al., 2010a). 그러나 무엇보다도 대상이 되는 지역에 필요하고 우선순위가 높으며 실행 가능한 사업을 선택하여야 한다.

- 기존에 잘 주목받지 못하던 열대성 질환
: Dengue, Malaria, Schistosomiasis, Onchocerciasis, Leprosy
- 영양
- 백신
- 아동 건강과 발달 - 아동 질병의 통합적 관리, 통합적 아동 발달 프로그램
- 가족계획 - 모자보건, 일차보건의료, 기초 보건의료서비스와 통합
- HIV/AIDS- 일차보건의료와 통합
- 결핵

어떤 건강문제를 타겟으로 할지 우선순위를 선정하는 여러 가지 방법이 있는데, 그 중에서 지역 상황과 필요에 따라 팀 논의를 통해 선정할 수 있다¹⁴⁾.

- 단순 결정방법, BPRS+PEARL, PATCH 등

그러나 지역의 문제를 단순히 점수화하여 순위를 매기는 것보다도 구성된 협의체(팀) 내에서 브레인스토밍을 통해 필요한 프로그램을 선정할 수 있으며, 아래와 같은 간단한 표가 도움이 될 수 있다(Tarimo, 1991).

표 3-27. 우선순위 표의 예시 (각 척도는 +, ++, +++로 표시한다)

건강문제/위험요인	빈도수	사망률	이환율	개입		우선순위
				비용	효과성	
...						
...						

2) 프로그램 선정단계

(1) 프로그램 준비 팀 구성

프로그램이 선정된 후라면 프로그램의 시행 단위(sub-national, province, district)에 맞는 정부 측의 보건부서에서 대상 프로그램과 관련한 담당자, 보건부서 다른 분야의 담당자(거버넌스, 재정, 인력, 서비스 전달, 의약품, 정보 등), 그리고 연구공동체, 시민사회단체, 일선의 정책 집행자(street worker)등이 준비 팀에 포함될 수 있다. 가급적 포괄적인 팀 구성이 되도록 고려하되, 모든 과정에서 이 사람들 전부가 필요하지는 않고 단계에 따라 유동적일 수 있다.

(2) 프로그램 준비를 위한 관련요소의 진단과 평가(Atun, R. A., Lennox-

Chugani, N., Drobniewski, F., Samyshkin, Y. A., & Coker, R. J., 2004)

14) 더 자세한 방법과 제시한 방법에 대한 상세한 설명은 “국가수준에서의 요소별 강화전략-시스템적 접근” 매뉴얼의 Box 6-3, 6-4를 참고

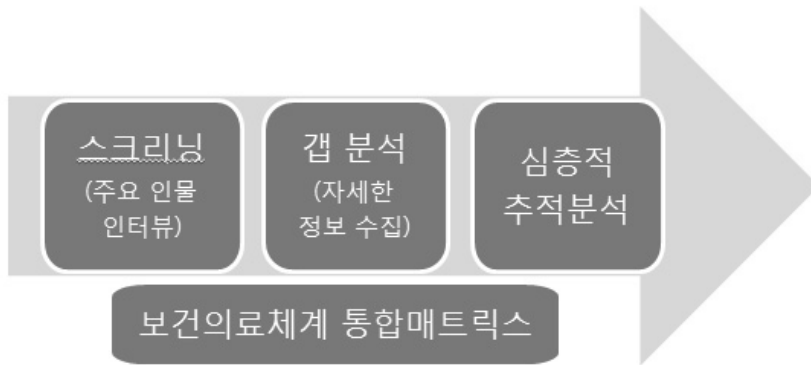


그림 3-6. 프로그램 준비를 위한 진단과 계획 흐름

A. 스크리닝 단계

: 보건의료체계 각 요소별로 짜여진 질문지에 적합한 주요정보 제공자를 찾아 구성 (외부 조연자, 지역 전문가, 프로그램 매니저 등 다양한 평가팀)하고 정보를 모으고 토론하는 반복적 과정을 통해 주요한 양적, 질적 정보들을 파악한다. 인터뷰 질문 지 항목 예를 보건의료체계 요소별로 나누어 각각 표로 제시하였고, 이는 현지 상황에 맞추어 선별적으로 이용할 수 있을 것이다.

표 3-28. 거버넌스 부문 인터뷰 질문 예시

거버넌스
• 공공과 민간부문의 건강 정책의 개발과 계획에서 당신이 개입할 수 있는 부분은 무엇이고 어떻게 이루어지는가?
• 보건의료 정보는 보건부문에서 계획, 투명성, 책무성에 있어 중요하다. 당신은 정부, 특히 보건부가 특별히 대중에 대한 보건의료나 건강 정보를 제공할 수 있는 능력이 충분하다고 보는가?
• 보건의료 제공자들에 대한 피드백을 제공할 수 있는 기전이 대중, 특히 지역사회에서 어떻게 이루어지는가?
• 국가, 지역 수준 모두에서 보건부문이 목표를 달성하기 위해서 무엇을 제안하고 싶은가?
• 이곳의 의료인들은 어떤 전문가 연합, 의회, 단체의 구성원인가?

표 3-29. 재정 부문 인터뷰 질문 예시

재정
• 민간 공급자와 계약은 어떻게 되며, 지역에서 서비스 제공에 대해 정부가 어떤 식으로 보상을 하는가?
• 지역의 NGOs는 연간 계획에서 보건부문에 운용 가능한 재정을 밝히고 있으며, 실제로 의도한 목적에 따라 쓰여지는가?
연간 운영계획은 건강 부문에 재정을 동원하기에 유용한가, 그렇지 않다면 변화를 위해 계획의 준비 과정에서 무엇을 제안할 수 있겠는가?
• 이 지역에서 필요한 서비스 요구에 맞출 수 있을 만큼 재정의 투자와 운영이 가능하겠는가? 아니라면 왜 안 되는가? 요구를 충족시키기 위한 재정을 얻기 위해서 당신에게 무엇이 필요하겠는가?

표 3-30. 인력 부문 인터뷰 질문 예시

인력
• 이곳에서 직원들의 공백기 패턴은 어떤가? 시간대와 규모의 측면에서
• 직원의 동기부여나 만족도의 수준은 어느 정도인가, 그리고 그것에 미치는 어떤 요소에는 어떤 것들이 있는가?
• 직원들이 마지막으로 훈련/교육을 받은 때는 언제이며, 어떤 종류의 교육을 받았고, 누가 지원을 해주었는가?
• (<i>Private provider</i>) 이 시설에서 의료인은 몇 명이나 일하는가? 그들의 전문 분야는? 보조 인력의 범위는? 이 시설의 인력들은 보수교육을 받고 있는가? 이 시설의 의료인들이 공공과 민간 사이에서 일하는 시간적 비중은? 이중으로 고용된 의료인은 얼마나 되는가?

표 3-31. 서비스 제공 부문 인터뷰 질문 예시

서비스 제공
• (민간부문에 대한 지식) 지역에서 민간과 공공부문의 총 시설 수는? 당신은 어떤 방식으로 민간/NGO/종교기반 시설과 소통하는가?
• 서비스 전달체계 각 수준별로 전화, 이송수단 혹은 다른 의사소통 수단으로 가능한 것은 어떤 것이 있는가?
• 지역에서 일차 보건의료 시설을 감독하기 위한 방문 횟수는 기준이 있는가? 얼마나 자주 감독 방문 하는가?

서비스 제공
• 프로그램들 사이에 감독은 통합적으로 이루어지는가, 개별적으로 이루어지는가? (일차보건의료, 결핵, HIV, 말라리아 등) 단일한 감독 도구로 수행하는가?
• 감독 외에도 보건의료 서비스의 질을 관리하기 위한 다른 과정이 있는가?
• 다른 수준의 보건의료 시설 사이에 공식적인 이송과 사후관리 절차가 있는가? 그렇다면, 이송되는 다른 수준의 시설들 간에 모니터링하는 어떤 자료가 있는가?
• 시설에는 어떤 전문적 장비가 있는가? 실험실, 초음파, x-ray, 수술 시설이 이용 가능한가?
• <i>(Facility level)</i> 외딴 지역에 아웃리치 서비스를 나가는가? 그렇다면 얼마나 자주 나가며 어떤 서비스가 가능한가?
• 감독은 얼마나 자주 나오도록 되어있으며 실제로 수행되고 있는가?(하는 쪽과 받는 쪽 동일한 구성의 질문)
• 제공하는 서비스가 지역사회의 필요에 맞도록 하기 위해 지역사회 참여를 어떤 식으로 보장하고 있는가?
• 지역사회 내에 보건의료를 담당하는 단위가 있는가? 그렇다면 그곳에서 일하는 사람들(Community health workers)과 어떻게 소통하며, 이런 체계가 지역의 필요에 따른 더 나은 계획을 할 수 있도록 해주는가?
• 이 지역사회에서 민간시설의 비중은 얼마나 되는가?

표 3-32. 의약품, 백신, 기술 부문 인터뷰 질문 예시

의약품, 백신, 기술
• 지난 세 달간 아래 목록의 재고는 파악되고 있는가? - 필수 의약품, 필수 의료 기자재, 생식보건/가족계획 관련 물품, HIV/AIDS 약제, 결핵/나병 약제, 백신, 실험실 물품, 치과 기자재, x-ray 물품
• <i>(Facility level)</i> 이 시설에서 약품과 기기 등의 의료 물품들은 어디서 받는가?

표 3-33. 정보 체계 부문 인터뷰 질문 예시

정보 체계
• 이 시설에서 불가능한 서비스를 해결하기 위한 이송과정은 어떤 것이 있는가? 그러니까, 진단적인 것들을 위해 병원, 민간 제공자들에게...
• <i>(Provincial only)</i> 지역에서 국가적 수준으로 보내는 보고체계에서 전달되는 자료들은 province의 사무소나 province의 보건의료 기록과 정보부서 등을 통해

정보 체계
province 수준의 데이터 스프레드 시트를 통해 모아져 보고할 수 있도록 수집되는가?
이 체계를 통해 당신은 province수준의 데이터 스프레드 시트에 접근 가능한가? 그렇다면, 당신은 어떻게 이런 정보들을 이용하는가?
(District only) 정보 시스템은 각 시설들에게 district수준에서 매달 제출해야 하는 서비스 요약 포맷을 요구하는가? 그리고 district 수준은 국가로 요약된 자료를 모아서 제출하도록 요구받는가?
일반적으로, 이 district의 시설들은 이런 요구를 수행할 능력이 되는가? 가장 중요한 장애물은 무엇인가?
일반적으로, 비정부 시설들도 이런 것들을 요구받는가? 왜 그래야 한다고(혹은 그럴 필요 없다고) 생각하는가?
이 지역은 보건 의료 서비스와 건강 상태에 대한 보고서 요약을 생산하고 있는가? 만약 그렇다면, 무엇이 얼마나 자주 생산되며, 어떻게 배포되는지 설명해 달라.
이 지역은 이해관계자들 간에 지역 보건 의료 서비스와 건강 상태에 대한 통계나 자료를 공유하고, 리뷰하고 논의하는 기회를 조직하는가? 만약 그렇다면, 지난 한 해 동안, 어떤 이해관계자 그룹들이 속하고 어떤 방식으로 있었는지 예를 들어 말해 달라. 만약 그렇다면, 지난 1년 간 그렇게 진행되었던 리뷰나 논의를 통해 보건부문의 관리와 서비스의 전달에 있어서 어떤 결정들이 나왔는지의 예를 들어 달라.
(Facility level) 이 시설은 매달 district 에 서비스 요약폼에 맞춰 제출하는가? 만약 그렇다면, 매달 누구에게 보고하는가? 이 시설에서는 보고하는 것을 누가 하도록 규정하고 있는가? 보고하는 데 있어서 어려운 점은?
이 시설은 district, 국가 수준에서 자료 수집과 보고, 제출의 질에 대한 훈련, 감독, 피드백을 받고 있는가? 예를 들어 설명해 달라.
이 시설은 지역 수준의 이해관계자 모임에서 지역의 보건 의료 서비스 현황에 대한 통계, 자료를 공유하고 리뷰하며 논의하는 자리에 참여하는가? 예를 들어 설명해 달라.
이 시설은 월별 자료를 서비스 전달이나 예산, 인력 등의 관리와 결정에 이용하는가?

B. 갭 분석 (자세한 정보 수집)

: 스크리닝 단계에서 얻어진 정보를 보다 자세히 설명하고 이 질문들로부터 수직적 프로그램과 보건 의료 체계 사이의 차이에 대한 정보를 파악한다. 이 단계에서의

주요 정보 제공자들은 스크리닝 단계에서보다 넓은 범위 일 수 있고, 표본감시지역(sentinel)을 이용할 수 있다. 질적 자료가 비교적 쉽게 얻어지나, 국가, 지역수준에서 얻을 수 있는 양적 정보를 함께 취합한다. 갭 분석의 시행에서 고려할 점은 다음과 같다.

- 대상 질환에 관한 정책적, 프로그램적, 재정적 갭 등을 파악하여 지금까지는 계획되거나 시행되지 않았던 개입지점에 대해 주목할 수도 있음.
- 계획한 프로그램을 온전히 집행하는 것을 지연시키는 장애물 때문에 갭이 발생할 수 있으며, 관련 서비스와 프로그램 전달, 질에 영향을 미칠 수 있음.
- 갭은 보건의료체계 내에서 발견될 수도 있고, 지역사회 체계, 혹은 재정, 정치(시행을 가능하게 하는 정책 집행이나 도입에 실패), 법적(서비스 접근의 차별을 불법화 하는 법안의 부재), 사회적 부분(가능한 서비스를 알 수 있는 정보의 부재)과 같은 환경적 부분에서 올 수도 있다. 그렇기 때문에 보건 전문가나 집행자 뿐만이 아니라, 지역사회에서 실제 생활하는 사람으로서 전문가, 대상 프로그램의 부족으로 인해 영향을 받는 사람들의 대표와 지역의 그룹 등으로부터 자문을 받기를 권고한다.

C. 심층적 추적분석

: 이 단계에서는 앞의 단계에서 얻기 힘들었던 자세한 정보들을 얻기 위한 과정이며, 보다 긴 시간에 걸쳐 새로운 정보를 수집한다. 여기서부터는 반드시 완료한 후 사업을 진행할 필요는 없으며, 사업의 수행과 함께 진행될 수도 있고, 결과물을 가지고 진행될 수도 있다. 즉, 정보의 수집은 사업 시작 전 뿐만이 아니라 진행되는 과정과 이후 평가과정에도 지속적으로 이루어질 필요가 있다.

D. 프로그램과 보건의료체계 통합 매트릭스 그리기

: 해당 지역에서 목표로 하는 수직적 프로그램을 중심으로 하여 보건의료체계 각 요소와 다른 수직적 프로그램들 사이에 통합적, 포괄적으로 조정되어 있거나 연결된 고리들을 확인하고 체크함으로써 현 상황과 부족한 부분을 파악하는데 도움을 받을 수 있다.

표 3-34. 개별사업과 보건의료체계 통합적 매트릭스 표

(통합 여부에 따라 +/- 표시, 필요에 따라 자유롭게 이용할 수 있음)

15) Governance Health finance Health Workforce Service Delivery Medical products Health information systems	HIV/AIDS	Tb	MNCH	Malaria	NTD/FP	Shared System Strengthening activities

(3) 프로그램 준비 단계에서 고려할 점(맥락과 환경요인)

■ 일반적

- 프로그램 계획을 세울 해당 부문 전문가를 포함시킬 것
- 조인 과정은 투명해야 할 것: 문서화되고 계획서(제안서)에 제시되어야 함
- 대상 프로그램과 다른 공공보건프로그램들의 참여자(동료들) 사이에 협력과 조화를 이룰 것, 차이 분석과 보조금 협상, 집행 기간을 포함하여 전 과정에서 유지할 것
- 계획팀은 대상 프로그램과 관련한 부분의 정보, 서비스, 물품에 대한 필요의 우선순위를 파악할 필요가 있음. 국가 인구, 주요 건강자료, 감시지역, 행태조사, 보건의료 시설 기록, 프로그램과 보건부문의 리뷰, 시민사회를 포함한 주요 정보원 등을 통해 해당 지역사회에서 주요한 정보들을 수집하고 파악. 기관 내부의 평가뿐 아니라, 기관 외의 맥락을 가지고 시행된 자문 역시 우선순위 규명에 이용되어야 함.

15) column 에 들어가는 수직적 프로그램들은 여기 제시된 것은 예시이며, 지역의 상황에 따라 우선순위가 높은 것을 위주로 채울 수 있다. 목표로 하는 수직적 프로그램을 가장 좌측에 두거나 표시를 하여 알아보기 좋게 한다.

- 특히 단순한 수직적 프로그램이 아니라 여러 프로그램들 사이에서와, 전체 보건의료체계를 가로질러 영향을 미칠 수 있는 프로그램이 되기 위해서는 보다 다양한 이해관계자로부터 넓은 조언을 듣고 오래 준비하여야 함. 시행하고자 하는 프로그램은 가능한 조기에 다른 프로그램들과, 국가 시스템과 통합시켜 진행하는 것이 필요함
- 기술적 지원 : 가능한 조기에 지원받을 수 있는 자원을 파악할 것. 대상 프로그램과 관련된 국제기구나, 대상 질환에 취약한 지역사회에서 일하는 기구나 서비스 제공자들을 포함하여 프로그램을 지지해줄 다른 기구들.
- 맥락의 영향
 - 사회문화적 맥락에서 계획하는 프로그램이 지속성을 갖는데 제약이 될 만한 것은 없는가?
 - 계획하는 프로그램이 필요한 상황이 될 만한 결정적 사건이나 계기가 있는가?
 - 지역이나 국가의 리더십과 책무에 대한 요구가 있는가?
- 기타 영향요인(Atun R. A. et al., 2010a)
 - 고려하고 있는 프로그램이나 해당 문제가 대상자에게 어떻게 인식되고 있는지
 - 보건의료체계의 요소
 - 받아들이는 체계에서의 제도와 주요 행위자들이 가지고 있는 문화적 규범, 신념, 가치
 - 특정 전문가 집단이 문제가 되지 않을지
 - 오피니언 리더가 이 문제에 대해 가지고 있는 인식과 태도는 어떠한지
 - 이 문제와 관련하여 사회적 네트워크가 영향력이 있는지
 - 조직 내에서 무언가를 배울 수 있는 체계와 구조로 되어 있는지
 - 새로운 지식을 조직 내로 받아들일 수 있는 흡수 능력

지금까지 제시한 요소들 외에도 프로그램 자체의 요인을 추가로 고려하도록 한다. 프로그램 자체의 복잡성은 선정한 프로그램이 타깃으로 하는 건강문제가 얼마나 자주 발생하는 것인지, 그 문제를 해결하는데 고려해야 할 요소는 많은지, 관여하는 이

해관계자가 많은지, 행정적으로 관여하는 수준이 복잡한지, 기술집중적인지, 인력집중적인지 등을 고려하는 것이다.

마지막으로, 프로그램은 국가 수준으로부터 지역사회 수준에 이르기까지 다양한 수준에서 일어날 수 있으며 지역 수준에서 시행한 것이라도 추후 국가 전체의 시스템에 적용될 것을 고려하여야 한다.

코이카는 2009년부터 우즈베키스탄 전염병 관리 역량 강화 사업을 시행하여 현재 2차 사업을 계획하고 있다. 이 사례는 1차 기자재 중심의 사업으로부터 2차는 그 사업규모를 늘리고 소프트웨어의 비중을 늘려 전반적인 국가 전염병 관리 체계 자체의 강화를 모색하는 방향으로 진행되어오고 있으며, 특정 지역에서 질병(포충증)을 관리하는 시범사업으로부터 궁극적으로는 수원국에서 전반적인 전염성 질환을 다룰 수 있는 시스템을 강화하는 데 목적을 두고 있다.

이 사례는 기존에 갖추고 있던 분산되고 낙후된 시스템을 시스템 강화라는 측면에서 지역 수준, 국가 수준을 하나의 고리로 연결하고 요소 역시 인프라부터 인력, 정보관리, 교육 등 다양한 요소를 함께 고려하여 진행한 사례라고 할 수 있다.

Box 4. 우즈베키스탄 전염병 관리 역량 강화 사업(2009-2010, 2013-2017)

우즈베키스탄에서는 우리나라를 비롯한 선진국에서 발생빈도가 낮거나 거의 없는 전염병들이 높은 빈도로 발생하고 있으며(세균성 이질, 브루셀라증, 결핵 등), 일부 질병(호흡기 감염, 급성 장염 등)들의 경우 정확한 진단도 이루어지고 있지 않다. 특히, 의료 시스템의 특성 및 전염병 빈도가 높은 국가 사정상 특화된 진료만 하는 전염병 전문 병원이 있고, 진단은 국립 및 주립 보건위생역학센터에서, 치료는 전염병 전문 병원에서도 이루어지는 등 나름의 체계를 갖추고 노력하고 있다. 그러나 각종 기자재의 부족과 낙후, 인력의 미흡함으로 인해 관리체계 활성화에 어려움을 겪고 있었다.

이에 2009~2010년에 첫째, 기자재 지원 및 기자재 설치와 운용교육을 위한 전문가를 파견하고 현지교육을 실시하고, 둘째, PMC를 선정하여 전염병 진단 매뉴얼을 개발하고 이를 통해 현지 의료인력 역량강화를 위한 현지워크숍을 개최하며, 셋째, 전염병 관리에 대한 관리자급 20명을 대상으로 2주간 국내초청연수를 진행하는 1차 사업을 진

행하였다.

1차 사업이 기자재와 진단매뉴얼 개발을 중심으로 진행하였다면, 이를 보완하기 위해 2차 사업을 2013년~2017년에 걸쳐 진행할 예정이며 현재 사전타당성 조사를 마치고 준비 중이다. 2차 사업의 기본 방향은 기존의 하드웨어적 요소와 소프트웨어적 요소를 50:50의 비중으로 함께 진행하는 데에 있다. 하드웨어가 국립과 주립 SEC에 전염병 진단과 관리를 위한 의료기자재를 지원하는 것이라면, 소프트웨어는 이들의 역학조사 역량 강화, 기자재 활용 역량강화, 질병발생 정보관리 역량 강화 등을 통해 질병진단 시스템 구축을 지원하는 것이다. 또한, 시범적으로 포충증 관리 사업을 실행함으로써 인 해 이를 통해 우즈베크에서 자체적으로 같은 프로그램을 전국 단위로 선정하여 확대하는 데 그 목적을 두고 있다. 이는 수원국 내의 동일한 보고 시스템, 감시 시스템을 활용하여 단지 시범사업 지역에만 그 영향이 미치는 것이 아니라 다른 지역, 다른 질병에 대해서도 같은 방식으로 역량을 강화할 수 있는 방식이다. 궁극적으로 전반적인 전염성 질환을 관리하는 경험과 노하우 등 체계를 갖추게 하는 데 목적이 있는 것이다. 추가로, 역량강화를 위한 워크숍, 교육프로그램 구성시 코이카 자체의 단기적 조사나 문헌 평가만으로 분석하기보다, 참여할 당사자들과 지속적으로 협의하고 조정하는 과정을 필수적으로 진행하려는 방향을 가지고 있다.

3) 프로그램 계획단계

이 단계에서는 이해관계자 지도 그리기, 지역의 보건의료체계 지도, 프로젝트 디자인 매트릭스를 작성하여 구체적인 프로그램을 계획한다. 기존의 단독, 수직적 프로그램과 다른 점은 보건의료체계의 주요 요소를 모두 고려하여 통합될 수 있는 방향으로 계획해야 한다는 것이다.

(1) 이해관계자 분석과 지도 그리기(Mayers, J., 2005)

이해관계자 지도를 그리고 분석함으로써 프로그램의 계획과 실행에 영향을 주고받을 수 있는 관련 당사자들과 그들의 구체적인 요구를 파악할 수 있으며, 지역 관계자들의 적극적인 참여를 장려할 수도 있다.

이해관계자 별로 기본 정보와 프로젝트의 영향관계(긍정적, 부정적), 이해관계자 간 협력/갈등 관계를 분석하는 것을 기본으로 한다. 아래에 제시하는 질문과 그림 3-7을 참고로 하여 이해관계자를 유형별로 분류하고, 가능하다면 그룹별로 상세분석을 시행하면 좋다 .

• **이해관계자 파악을 위한 몇 가지 질문들**

- ☐ 누가 프로그램의 잠재적인 수혜자인가?
- ☐ 누가 부작용의 영향을 받게 될 것인가?
- ☐ 누가 목소리를 내지 않는 경향을 가지는가?
- ☐ 누가 변화를 싫어하고 그것에 반해 저항을 할 것인가?
- ☐ 누가 진행하려는 프로그램 계획에 책임을 지는가?
- ☐ 누가 자원, 기술, 주요 정보를 갖고 있는가?
- ☐ 프로그램이 성공하기 위해서는 누구의 행동이 변해야 하는가?

• **이해관계자 분석을 위한 몇 가지 질문들**

- ☐ 누가 누구에게 의존적인가?
- ☐ 어떤 이해관계자들이 조직화 되어있는가?
- ☐ 누구의 요구, 이해, 기대가 우선적으로 고려되어야 하는가?
- ☐ 프로그램의 진행이 이루어지는 데에 반드시 전제되어야 할 주요 이해관계자들의 반응이나 역할은 어떤 것들이 있는가?
- ☐ 이해관계자들의 이해관계를 따졌을 때 예측 가능한 부정적인 반응들이 있는가?
- ☐ 만약 그런 반응들이 실제 일어난다면, 어떤 영향을 미치게 될까?
프로그램 진행에 매우 중요한 위험을 가져오는가?

▪ **이해관계자지도의 간략한 형태- 공여자지도**

만약 이해관계자 지도를 전체적으로 그리기에 시간이 부족하고 정보가 부족하다면 최소한 공여자 지도를 그려보는 것이 좋다. 시스템적으로 수직적 사업을 수행하기 위해서는 여러 공여기관의 사업들이 맞물릴 수밖에 없으며 협력지역에서는 이미 보 건부서 계획 하에 여러 다자기구, 양자기구, 국제/현지 NGO 등 여러 기관이 공동으

로 활동하고 있기 때문에 이러한 기관들과 협력과 조정을 위해 필수적으로 필요하다¹⁶⁾.

공여자들이 서로 조정하고 협력이 이루어지고 있는 지역인지 파악해보며 기존에 시행한 공여자 지도가 있다면 활용하도록 한다. 간단한 틀로는 그림 3-8을 참고할 수 있다.

Name ^{c)} (or group) ^{c)}	Organization (if applicable) ^{c)}	Level of Authority (e.g., to make decisions that affect policy imple- mentation) ^{c)} 1=Low, 5=High ^{c)}	Role in Policy Process ^{c)} (check ✓ where appropriate) ^{c)}					Level ^{c)} (e.g., national, provincial, district, community) ^{c)}	Geographic rep. ^{c)}	Gender rep. (e.g., female or male) ^{c)}
			Policy Formulation ^{c)}	Policy Implementation ^{c)}	Policy Monitoring ^{c)}	Policy Beneficiary ^{c)}	Other Influential Stakeholder ^{c)}			
Policymakers/Government Officials (health and non-health sectors)^{c)}										
Donors^{c)}										
Implementers/Program Managers^{c)}										
Service Providers (public, private, and NGO)^{c)}										
NGOs and Civil Society Groups/Leaders^{c)}										
Outreach Workers^{c)}										
Beneficiaries/Clients (including rural/urban, women/men, the poor, and other marginalized groups)^{c)}										

그림 3-7. 이해관계자 지도 그리기의 예시

16) 공여자 지도와 지역 보건시스템 지도는 오충현 외(2011). 모자보건 ODA 프로그램 모델 연구 p.75 를 참조

Stakeholder	Stakeholder Interest(s) in the Project	Assessment of Impact	Potential Strategies for Obtaining Support or Reducing Obstacles

그림 3-8. 이해관계자 지도의 간단한 틀 예시(WHO)

(2) 지역 보건시스템 지도 그리기

사업 지역에서 실제로 서비스를 제공하고 있는 보건의료 시설의 활동과 현황을 파악하도록 한다.

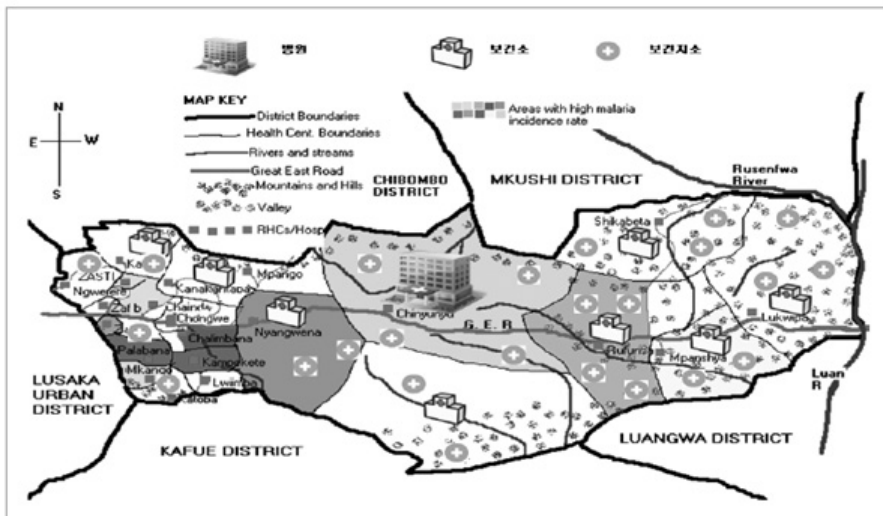


그림 3-9. 보건시스템 지도 그리기 예시

(3) 대상 프로그램과 보건의료체계 사이의 통합적¹⁷⁾ 요소

17) Integration이란 보건의료 프로그램(health intervention)이 보건의료체계의 주요기능과 어느 정도나, 어떤 패턴으로 얼마나 적용되고 궁극적으로 수용(친화)되는 것인지에 대한 것임

표 3-35. 보건의료체계 요소별 통합 요인

보건의료체계의 주요 기능	통합 요소
스튜어드십과 거버넌스	책무성 기능 보고 성과 관리
재정	재정 공동기금(pooling) 제공자 지불방법
계획	요구 평가 우선순위 선정 자원 배분
서비스 전달	구조적 인력 인프라(infrastructure) 공유 운영의 통합 이송/교차이송 체계 가이드라인 또는 서비스 경로 서비스의 제공 공급사슬(supply chain) 관리
모니터링과 평가	정보 기술 인프라 자료 수집과 분석
수요 창출	재정적 인센티브 e.g. 조건부 현금 대출, 보험 인구집단을 대상으로 개입 e.g. 교육과 홍보

(4) HSS를 고려한 보건의료체계 기능 요소별 Dos and Don'ts list (WHO, 2008)

표 3-36은 일련의 행동지침으로, 수직적 프로그램의 체계 통합적 진행을 위해서 권장하는 것(Do)과 지양해야 할 사항(Don't)들을 제시한 것이다. 프로그램의 계획부터 실행에 이르기까지 지속적으로 확인하면서 모니터링하는 것을 추천한다.

표 3-36. 보건의료체계 요소별 HSS를 위한 권장 및 주의사항

리더십과 거버넌스	
Do	• 대상 프로그램 계획과 전체 보건부문 계획 틀 사이에 정렬을 최대화 • 공중보건 프로그램들 간에 걸친 협력을 통해 합동 계획, 프로그램 정책과 전략 공유를 증진 • 대상 프로그램과 다른 기술적 지원을 위한 외부의 기술적 지원 협력을 개선 • NGO, 민간부문이 함께 관여하게 되면, 주요 재정이 민간 공급자에 우회되지 않고 스튜어드십 기능을 보건부가 유지하도록 한다.
Don't	• 전체적인 보건의료체계 계획과 분리된 목표의 프로그램 전략과 집행계획을 개발

재정	
Do	• 예산과 프로그램 관련 재정의 흐름이 중장기 예산 • 지출 틀, 또는 동등한 자원 배분 도구를 통해 진행되도록 • 만약 대상 질병관리에 대한 예산이 명확하다면, 가능한 해당질병 관리나 더 큰 기전에 대한 국내와 국제자원을 'mini-basket' 재원으로 모으기 • 환자의 보건의료 서비스 및 관련된 개인적 지출을 줄이는 정책을 추구
Don't	• 평행적 행정체계, 외부의 다양한 재원을 위한 모니터링, 보고체계를 마련 • 통합되지 않은 계획을 통한 불필요한 거래비용 소모

보건의료 인력	
Do	• 시스템적 접근을 기반으로 하여 업무를 설명할 것 • 대상 질병을 포괄적으로 관리하기에 필요한 인력을 명확하게 선정할 것 • 장기 전략과 계획을 개발할 것 • 일반적인 인력 개발 전략 • 계획과 함께 조정 가능한 중기 집행계획을 개발 • 다른 공중보건 프로그램, 보건부 내의 다른 부서와 서비스 파트(특히 병원, 진단 서비스 행정부서), province/district의 다른 보건의료 서비스 단위체와 함께 협력, 협의하여 전체적인 지역 보건 부문 계획과 역량 개발의 틀 안에서 시너지, 일관성을 지킬 것 • 공공 부문 외의 보건의료 인력이 관여하는 경험(예를 들어 민관협력 모델이나 지역사회 참여 등)을 다른 공중보건 프로그램들과 보건의료체계 이해관계자들과 함께 나눌 것

보건의료 인력	
Don't	• 프로그램 집행을 빠르게 진행하기 위해 다른 프로그램들의 집행을 고려하지 않고 대상 질병에만 국한된 해결책을 개발, 예를 들어 특정 개입과 관련한 인센티브 또는 긴급 인력 투입, 장기 직원 수 증강 • 인력의 훈련에 들어가는 기회비용과 시간을 현실적으로 고려하지 않은 채 보건의료 인력 개발 집행계획을 개발하는 것

서비스 전달 (보건의료 서비스의 제공, 관리, 감독)	
Do	• 일반적인 보건의료체계의 관리구조를 따라서 관리, 감독 구조를 조화시키고, 여기에 민간부문과 함께 운영하는 기전을 포함할 것 • 진단, 치료서비스의 제공은 모든 레벨에서 서비스 전달 계획을 할 때 해당 레벨의 당국에 책임을 둘 것(특히 일차보건의료, 그리고 다른 공중보건프로그램의 전달에서도) • 모든 보건의료 기획자, 관리자에 공통으로 능력 개발을 위해 연대하여 노력할 것 • 질 기준을 일반적인 보건의료 체계 질 기준과 조화시킬 것 • 대상 질병의 관리를 위한 공공, 민간 제공자들과 지역사회와의 경험과 전문지식을 공유하고, 이런 분야들에서 다른 공중보건 프로그램들과 함께 그런 공동의 이니셔티브를 형성하기 위해 노력할 것
Don't	• 일반적인 보건의료 서비스 감독과 질 관리에 동떨어진 단독의 감독, 질 관리를 계획하고 실행하는 것 • 관리자와 감독들 사이에서 우선순위 그리고/혹은 다른 분야의 일에 대한 성과를 비틀리게 하는 인센티브 구조를 만드는 것

의약품과 기반시설(진단, 치료를 포함)	
Do	• 대상 질환과 관련한 실험실 역량 강화 계획을 세울 때, 적절한 단위에서, 공공 실험실 담당, 다른 공중보건 프로그램, 공공, 민간부문 서비스 제공자들에 걸쳐 조화를 이룸으로써 불필요한 중복과 거래비용을 피할 것 • 일반 공급체계 내로 통합되고 잘 조화를 이루는 제공, 물품 관리와 분배 체계를 개발할 것 (적절하고 가능하다면) • 만약 안전하고 시기적절한 제공이 필요하다면, 중앙 당국을 통한 긴급 임시 체계를 가동하되, 가능한 빨리 통합 체계로 전환하도록 지원할 것
Don't	• 강력한 실험실, 약품 관리 체계가 가동 중이거나 덜 개발된 곳에서 대상 프로그램에 관련된 실험실이나 약품 관리 체계를 따로 수평적으로 개발하거나 유지하는 것

정보(모니터링과 평가를 포함)	
Do	• 대상 질병의 기록과 보고 체계가 국가 보건의로 정보체계와 조화를 이루도록 할 것, 지역의 성과 개선을 위해 사용하는 일상적인 데이터 분석을 어떻게 사용하는지에 대한 경험을 공유 • 국가의 빈곤, 건강 모니터링 마스터플랜 전반과 대상 프로그램의 모니터링을 맞추고, 원조기관들과 요구하는 보고서 등을 통합할 것 • 대상 질병의 모니터링과 평가에 대한 정보(성과, 프로그램 관리 자료를 포함)를 공유하여 보건의로체계 부족한 부분과 기회에 대해 그려보는 데에 도울 것 • 어떤 서비스나 인구집단을 대상으로 한 서베이에 대한 공통 양식(platform)을 찾을 것
Don't	• 일반적인 보건의로 성과지표와 일치하지 않고 중복되는 등, 섬세한 고려 없이 새로운 지표를 만들지 말 것 • 일상적인 보고에 요구되는 것 이상으로 성과에 대한 특별 보고 혹은 불필요한 과정에 대한 지표를 요구하지 말 것

(5) PDM(Project Design Matrix)

⇒ 각각의 셀에서 가능한 보건의로체계의 여러 요소를 함께 고려할 수 있도록 한다.

Project Design Matrix			
Project Name: Target Area:	Duration: Target Group:	Ver. No.: Date:	
Narrative Summary 요약설명	Objectively Verifiable Indicators(OVIs) 객관적 입증지표	Means of Verification(MOVs) 검증수단	Important Assumptions 외부조건
Overall Objectives 장기목표 혹은 개발목표	Narrative Summary의 각 항목의 성과측정을 위한 객관적 기준	OVI가 도출될 수 있는 자료의 출처	프로젝트 수행 시 예측되는 위험물
Project Purpose 중기목표 혹은 직접목표			
Outputs 단기목표 혹은 프로젝트 수행결과			
Activities /Output를 생산하기 위한 구체적인 행동	Inputs 프로젝트에 투입되는 자원물		
			Pre-condition 전제조건

그림 3-10. PDM 작성표

4) 프로그램 실행단계

프로그램의 선정, 준비, 계획단계를 통해 세운 목표가 제대로 달성되도록 하는 것은 프로그램의 실행단계이다. 이 단계에서는 무엇보다도 실행하는 주체가 중요하며, 계획단계에서 제시한 “Dos and Don’ts List”를 지속적으로 고려하는 것을 추천한다. 이 단계에는 PMC의 선정, 그리고 계획한 바의 모니터링과 중간평가 과정을 통한 피드백, 계획의 수정이 포함된다.

5) 프로그램 모니터링 및 평가단계

프로그램의 모니터링과 평가는 프로그램을 준비하고 계획하는 단계에서부터 함께 수립되어 포함되어야 한다. 계획에서 사용했던 진단도구는 사업이 진행되는 과정과 결과의 평가시기에도 이용할 수 있으며, 다음 표에 제시하는 시스템적 시각의 평가는 계획 단계에도 가능한 반영해야 한다.

표 3-37. 프로그램과 HSS 통합을 평가하기 위한 질문

A. 일반적 부분
☐ 프로그램과 그 기능이 일반적인 보건의료체계 내로 얼마나 통합되었는가? ☐ 어떤 특정한 보건의료체계의 취약한 부분이 대상 질병관리에서 제약이 되는가? ☐ 어떤 보건부문 개발과정/개혁이 계획되고 진행되고 있는가, 그것이 대상 질병관리 에 어떤 긍정적/부정적 영향을 미쳤는가? ☐ 프로그램이 어느 정도나 이런 과정/개혁에 영향을미치고 관여되었는가, 그리고 어떻게 하면 이 프로그램으로 보다 상황을 앞서서 주도할 수 있게 될 것인가? ☐ 프로그램이 HSS를 위한 ‘Dos and don’ts’ 원칙을 적용함으로써 어떻게 더 보건의 료체계에서 프로그램 집행의 긍정적 영향력을 더욱 개선할 수 있을 것인가?
B. 재정 및 자금의 흐름
☐ 대상 질병관리를 위한 주요 국내, 국제 재원은 어디이고, 각기 다른 재정 출처 사이 에서 어떻게 분할되고 있는가? ☐ 각기 다른 재원들이 각자 다른 보고체계를 요구하는가? ☐ 일반적인 보건의료체계에 의해 발생하는 대상 질병관리 비용 중에서, 이 프로그램 이 차지하는 비율은 얼마나 되는가? ☐ 정부의 보건의료 총지출에 비해 프로그램의 예산 비율은?

- 국가 보건의료개발계획이나 다른 원조 프로그램에 맞추어 대상 질병관리를 위해 배정된 기금은 어느 정도까지인가?
- SWAp이 있는지, 그리고 이런 출처로부터 대상 질병관리를 위한 재정은 얼마나 공유하고 있는지? 추세는 어떤지?
- 대상 질병을 가지고 있는 환자의 보건의료 서비스 접근에 영향을 미치는 공동부담금과 면제체계는 어느 정도까지인가?

C. 전체 계획, 인력, 관리와 질 관리의 담당

- 이 프로그램을 떠나서, 국가수준에서 어떤 파트너들이 대상 질병관리 계획에 관여하고 있는가? 예를 들면, 보건의료계획부서, 병원행정부서 혹은 동급, 교육이나 국방과 같은 다른 부서, 의약품 규제기구, 국가 건강보험기관, 다른 주요 질병 프로그램, 공중보건 프로그램, NGO, 전문가 연합 등
- 전체 보건부문을 위한 보건의료 계획 안에 있는 국가 인력정책과, 대상 질병관리를 위한 인력개발 전략계획이 연결되어 조화되는가?
- 보건의료체계의 어느 수준에서든, 대상 질병관리를 위한 전일제 담당직원이 있는가? 누가 그들의 급여를 지급하는가?
- 대상 질병관리 프로그램의 집행을 위해서 province/state 그리고 district/local 단위에서 관리와 감독 책임을 지고 있는 인력의 명령계통은 어떠한가? 프로그램의 내·외부에서 누가 이런 인력들에 책무를 지니고 있는가?

D. 공급사슬, 진단, 치료서비스의 전달

- 대상 질병의 약품공급, 배분과 저장관리체계는 일반적인 약제 관리체계 내에 어떻게 통합·조화되고 있는가?
- 대상 질병과 관련된 실험실 공급과 저장 관리체계는 전체적인 공공보건의료 실험실이나 일반관리 체계 내에 어떻게 통합되어 있는가?
- 대상 질병의 실험실 서비스가 전체 실험실과 서비스 구조 안에 어떻게 통합되어 있으며, 실험실 장비는 공유되는가, 아니면 그 질병에 특이적으로 필요한 진단적 서비스를 위한 장비가 있는가?
- 보건의료부문의 어떤 직원이 대상 질병의 의심, 진단, 처방 치료, 환자지지, 사후관리 등에 책임을 지고 있는가? 그들은 모두 일반 보건의료부문 직원들과 통합되어 있는가, 아니면 대상 질병에만 전적으로 담당하는 직원이 있는가?
- 민간부문이나 지역사회 내에 있는 제공자들과 관계를 맺고 접촉하는 계획은 대상 질병 프로그램에 특이적인가, 아니면 다른 공중보건 프로그램과 연결되어 있는가?

4. 수직-수평 중간적 접근 체크리스트

수직-수평 중간 접근전략을 활용한 프로그램의 선정, 준비, 계획, 실행, 평가단계에서 꼭 확인해야 할 부분들을 체크하는 리스트를 제시하였다<표 6-58>. 많은 내용들을 고려하다보면 놓치기 쉬운 부분들이 있으므로 한 장의 리스트를 보며 확인해보는 것이 도움이 될 것이다.

Check point. Summary	
1. 사업 선정과 준비 단계에서는 시스템적사고의 10단계를 지속적으로 떠올리자. 완전히 그대로 하지 못하겠지만 가능한 적용하도록 노력해보자.	
2. 팀을 꾸릴 때는 보건의료체계의 각 요소별 담당자나 전문가, 시민사회부문 등 포괄적인 팀 구성이 되도록 하는 것이 좋다.	
3. 사업 준비단계에서 현 상황의 진단은 크게 두 단계이다. 스크리닝은 주요인물들을 인터뷰하는 것으로 간략하게 파악하는 것이며, 갭 분석은 사업의 목표와 현재 보건의료체계 각 요소별로 상황을 파악해서 그 사이에 무엇이 부족한지 차근차근 정리해보는 과정이다.	
4. 실행단계에서도 보건의료체계 요소별 Dos and Don'ts list를 지속적으로 살펴보자.	
5. 평가에서도 사업이 보건의료체계에 얼마나 통합되었는지를 포함하여 평가해야 한다.	

표 3-38. CHECK LIST OF DIAGONAL APPROACH FOR HSS

프로그램 선정단계	
• 프로그램 선정을 위한 팀은 포괄적으로 꾸렸는가? - 보건의료체계 주요 기능 요소별로 대표자 각 한 명씩 - 재정 파트너 별로 각 한 명씩 - 연구공동체에서 대표 한 명	
• 지역의 보건의료 원조사업과 관련한 배경은 파악하였는가? - 지역에서 활동하는 원조기구들과 수행중인 사업들	

• 제시된 우선순위 선정방법을 이용해 해당 지역에 필요한 사업을 파악하였는가? - 현실적으로 수행 가능한 사업인가? - 이미 시행중인 다른 기관의 사업과 겹치지 않는가? 협력 가능한가?	
프로그램 준비단계 (기존의 KOICA 사무소 사전 심사 내용과 조화가 되는가?)	
• 프로그램 준비팀을 포괄적으로 꾸렸는가? - 시행 단위에 맞는 보건부서에서 대상 프로그램 관련 담당자 - 보건부서 다른 분야의 담당자(재정, 인력, 정보, 의약품, 서비스 제공) - 연구 공동체(전문가) - 시민사회단체 - 일선의 정책 집행자(street worker)	
• 프로그램의 통합적 실행을 위한 기초자료를 수집했는가? - 대상 질환과 관련한 서비스 보장율 - 접근성과 그에 대한 장애물 - 모니터링과 평가를 위해 이용 가능한 지표 - 대상 프로그램과 관련한 재정 현황 - 활용 가능한 인력 - 필수적인 물품과 기자재	
• SRAM toolkit을 통해 선정한 프로그램을 진단하였는가?	
• 지역의 맥락과 환경요인을 고려해보았는가? (사회, 문화적)	
• 프로그램 자체의 특성을 파악하고 있는가?	
프로그램 계획단계	
• 이해관계자 분석을 시행하였는가? • 지역 보건의료 체계와 현황을 파악하였는가? • 대상 프로그램과 보건의료체계 사이의 통합적 요소를 숙지하였는가?	
• 개념적 예측 경로 지도'를 그려 프로그램이 시스템의 각 하부체계에 미칠 긍정적 · 부정적 효과를 예측해보았는가?	
• PDM을 작성할 때 Dos & Don'ts list를 고려하여 작성하였는가?	
• 시스템 영향평가를 고려하여 계획하였는가? (평가단계 질문지)	
프로그램 실행단계	
• 통합적 사업 수행에 적절한 PMC를 선정하였는가? • 지역 보건부서와 프로그램 수행에 자주 의사소통을 하고 있는가? • 사업지역 타 공여자들과 역할조정을 하여 협력하였는가? • 모니터링은 주기적으로 수행하고 있는가?	
프로그램 평가단계	
• 성과평가에 시스템 영향평가를 포함하여 시행하였는가?	

[첨부 1] SRAM(systemic rapid assessment and monitoring) toolkit(Atun, R. A. et al., 2004)

vertical programme 안에 내재된 또는 평행을 달리는 보건의료체계와의 복잡성을 완전히 잡아내기 위해서 보다 포괄적인 보건의료체계-수직적 프로그램의 통합적 평가가 필요하다.

1. Concept frame

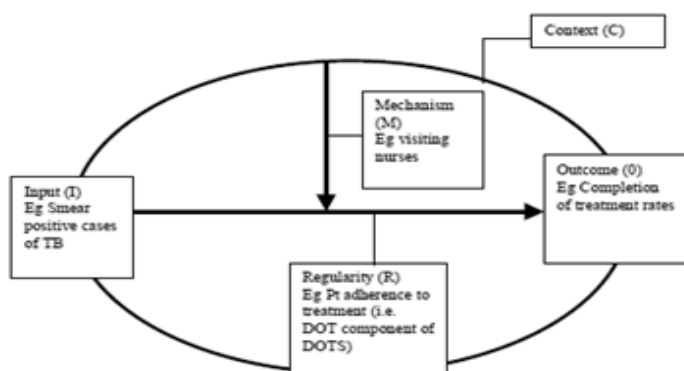


그림 3-11. 툴킷의 개념 프레임워크

이 개념틀에서 M은 대상자의 행동에 프로그램의 목적에 따라 영향을 미치는 것으로, C(context)에 따라 유발된다(or not). 결과적으로 프로그램은 서로 다른 상황과 시간에 적용될 때 다양한 O(Outcomes)를 가져온다. 작동기전(M)은 수평적 요소에 대한 맥락(C)과 함께 이 글에서 제안한 툴킷의 수직적 요소와 폭넓게 작용한다.

R(regularity)는 특정 프로그램에서 기준이 될만한 필수적인 요소이며, 이를 통해 프로그램의 성공 혹은 실패를 판단한다.

이 개념틀에서 강조하는 바는, 향후 보다 성공을 지향하고 실패를 피하기 위해서 성공과 실패에 대한 세부적인 분석과 함께, 같은 메커니즘을 다른 맥락에 적용시키는 것이다.

2. SRAM(systemic rapid assessment and monitoring) toolkit

rapid assessment approach의 장점과 보다 심층적인 longitudinal 평가 (정치적 현신, 사회적 태도, 신념과 가치, 조직적 반응과 변화와 같은 특정 분야들, 맥락적 요소에

대상)도 함께 결합

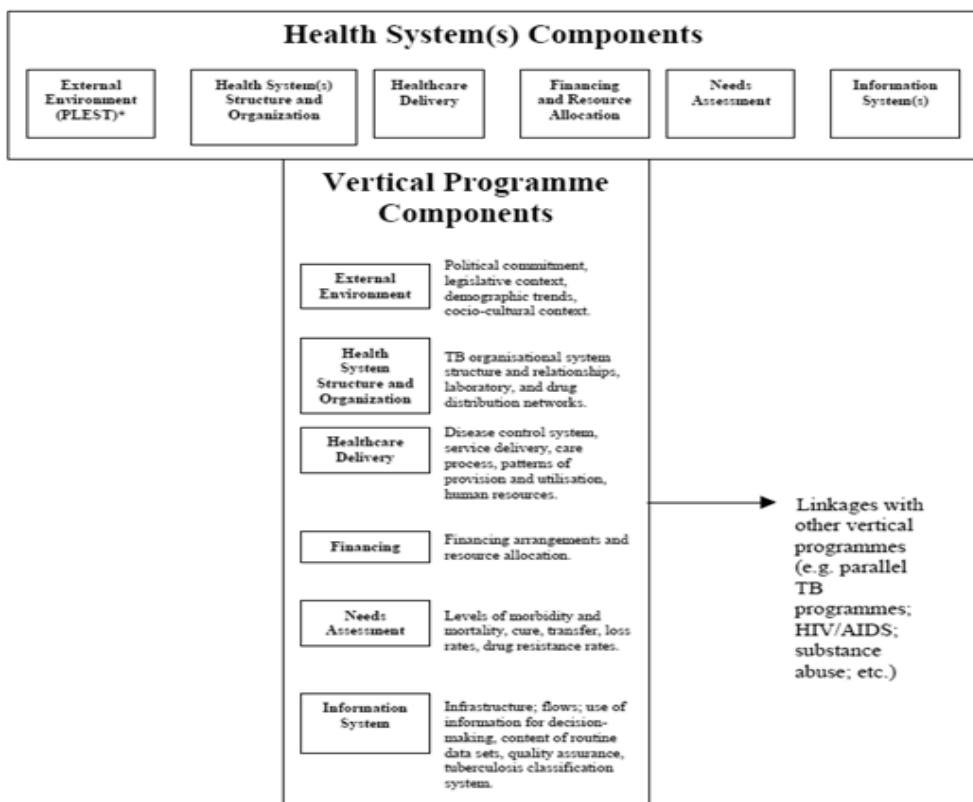
기존의 guidelines에 따라 toolkit은 다르며, 모든 맥락적인 것과 프로그램 특이적인 분야를 포괄하는 모듈 세트와, 비교적 or longitudinal 평가 또는 결과의 벤치마크를 수행할 질문/데이터셋의 주요 세트를 포함

3. Toolkit의 framework

도구는 각각의 모듈에 대하여 사용자가 필요한 정보를 빠르게 얻을 수 있도록 하는 부분별 제목 또는 미리 정해진 포괄적인 주요 질문들의 세트로 구성된다.

Toolkit은 기본적으로 루즈하게 구성된 'T' 모델에 기반하여 구성되어 있다.

수평적 요소는 보건의료체계 분석으로 구성되고, 수직적 요소는 특정 질병프로그램의 요소로 구성된다.



* PLEST: Political; Legal; Economic; Socio-demographic; Technological

그림 3-12. 툴킷의 개념적 모형(TB의 예시)

Toolkit을 이용한 분석은 ‘screening, elucidate information, in-depth longitudinal analysis’의 세 단계로 이루어진다.

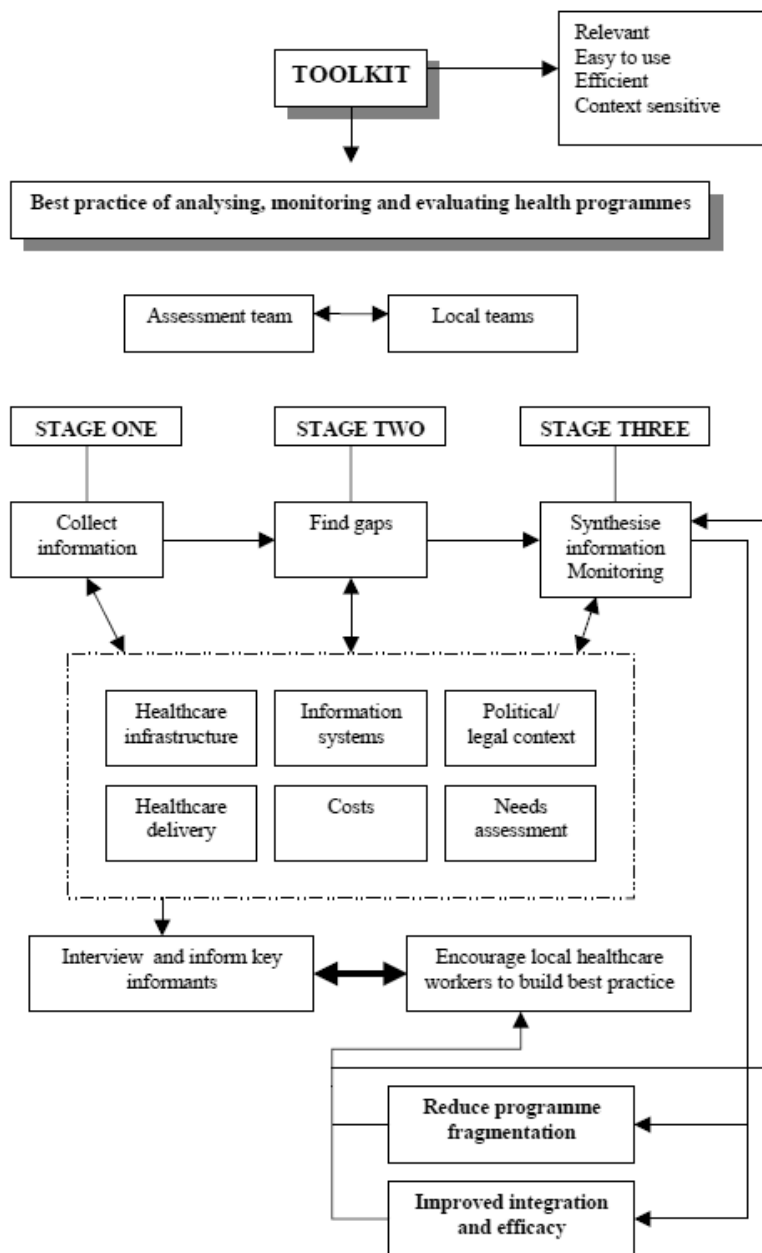


그림 3-13. 툴킷의 진행 흐름도

- 1) 각 모듈의 짜여진 질문지에 적합한 주요 정보제공자를 찾아 구성하되, 외부 조언자, 지역 전문가, 프로그램 매니저의 다학제적 평가팀을 구성하고 정보를 모으고 토론하는 반복적 과정을 통해 주요한 양적, 질적 정보들을 파악할 수 있게 한다.

질문을 통해 평가팀은 과거의 패턴, 추세, 변화에 대한 반응, 기타 역사적인 것에 대한 정보를 얻고 이를 통해 미래의 체계와 프로그램에 대한 반응의 모델링, 시나리오 구축 과정을 시작하는데 도움을 얻을 수 있다.

이 단계에서의 질문은 가능하고 신뢰할만한 정보를 생산해낼 수 있도록 범위가 넓고 가능한 질문이어야 하고, 정제된, 핵심 질문 세트로부터 확장 혹은 축소 가능한 것들이어야 한다. 다양한 상황에서 적용 가능하되, 필요에 따라 부가적인 질문들을 통하여 맥락에 민감한 부분도 파악한다.

- 2) 2단계의 목적은 1단계에서 얻어진 정보를 자세히 설명하고 이 질문들로부터 보건의료체계와 수평적 프로그램 사이의 갭에 대한 보다 자세한 정보를 제공하고자 함이다. 이 단계에서는 보다 넓은 범위의 주요 정보제공자들을 포함시킬 수 있다. 주요 정보제공자들과 표본감시지역(sentinel)이 광범위하게 이용될 수 있고, 질적 자료가 비교적 쉽게 얻어지므로 우세할 수 있지만, 일상적으로 국가, 지역수준에서 얻을 수 있는 양적 정보 (특히 재정과 역학적 분야)역시 함께 취합한다.

sentinel site에서 정보제공자의 선택바이어스를 피하기 위해 가능한 큰 풀에서 적절한 샘플링 방식을 택한다.

- 3) 1단계에서는 팀이 매일 만나 수집된 자료를 분석하고 3단계에서 심층적인 longitudinal analysis를 진행할 지역을 선택한다. 3단계에서는 프로그램의 성공에 중요한 역할을 할 것으로 여겨지는 지역에서 그간 1,2단계에서 얻기 힘들었던 자세한 정보들을 얻기 위함이다.

이 단계에서는 1,2단계와 달리 보다 긴 시간에 걸쳐 새로운 정보를 수집하는데, 프로그램의 집행(실행)과 동시에 일어날 수도 있고, 프로그램의 집행 자체에 정보를 주는 데 사용되거나 프로그램의 결과물이 될 수도 있다. 이 과정은 외부의 전문가가 지역의 협력자와 협조를 통해 수행하며 자세한 평가를 수행하는 전문가의 기술과 지식뿐 아니라 단기 평가 단계에서의 결과물에 따라서도 그 균형이 맞는가가 달려있다.

이 toolkit은 프로그램의 M&E로서 이용될 수 있다.

[첨부 2] TB control에서 잠재적인 보건의료체계 취약부분(WHO, 2008)

Leadership and governance (stewardship)

- 보건의료정책분석, 우선순위 선정, 정책 개발분야와 중앙 보건부 관리의 역량 미흡.
이것은 계획, 의사결정과 관리구조의 제한 뿐 아니라 보건의료 인력자원의 양적 부족, 그들의 역량과 관련이 있을 수 있다.
- 보건부의 각기 다른 부서 사이의 협력이 잘 되지 않는 것. 예를 들면 AIDS, Tb 등 각기 다른 공중보건 프로그램들 사이에서, 그리고/혹은 치료 분야와 진단서비스 사이, 의약품 공급과 다른 물품공급 사이, 정보체계 등의 부서들의 책임일 수 있다.
- 보건의료 계획과 집행에 관련된 다른 공공부문들 간의 협력이 잘 되지 않는 이유로, 다른 부서들 사이의 협력제한과 national, province, local government 사이의 협력제한이 포함된다.
- 충분한 입법, 적절한 질병 컨트롤 방안을 보장하기 위한 중앙에서의 협력 없이, sub-national, local의 자율에 맡기는 분권화 때문.
- 미약한 보건부문의 규제와 기존의 규제를 강화하기 위한 기전과 자원이 제한되기 때문
- 민간부문의 보건의료부문 역할에 대한 정책이 부재하거나 미약하기 때문, 여기에 보건부문에 대한 정보가 제산되고 그들에 대한 통제기전이 약한 것이 포함된다.
- 보건의료체계의 디자인, 운영, 책무성에 시민사회의 개입이 제한되는 것

Financing

- 보건의료부문의 일반예산 제한과 보건의료 자원 확장에 상한선 존재
- 불공정한 재정체계 (환자들을 위한 재정적 접근장애와 재정부담을 최소화할 수 있는 방법으로서는 자금을 모으고 재분배할 수 있는 능력을 갖출 수 있도록 건강보험의 기능을 할 수 있는 체계가 적거나 없는 것)
- 재정 흐름의 추적 기전의 취약함과 국가 보건의료 예산 역량 미흡.
- 전략적 자원 배분과 서비스 구매기전이 약함

Health workforce

- 보건의료 제공자(공공, 민간), 그들이 제공하는 서비스의 종류나 질에 대한 모든 부분들의 지리적 분포, 숫자, 구성과 관련한 기본적 정보의 부족
- 각기 다른 보건의료체계 부문과 보건의료 프로그램들 간에 걸친 인적 자원 개발의 협력이 불충분
- 보건의료 인력의 양적, 질적 불충분

- 보건의료 전문가의 교육체계 질이 낮고 구조가 약함 (지속적인 교육, 보완교육을 포함하여)
- 성과에 기반한 경력의 기회가 없거나 불충분
- 질 관리 기전과 감독이 미약
- 고용정책, 임금구조와 지불보상 기전과 연결된 왜곡된 유인구조

Medical products (의약품, 진단기기 포함)

- 의료물품에 대한 규제 그리고/혹은 강제기전이 약한 것
- 의약품과 장비의 제공, 분배, 관리체계가 약한 것
- 의약품의 합리적 이용을 장려하는 기전이 약한 것

Information(M&E포함)

- 필수적인 통계와 인구학적 정보의 질이 미흡
- 질병감시와 질병 신고체계에 대한 일반적 체계가 약함
- 보건의료 이용 패턴에 대한 자료 부족
- 서비스와 감독 레벨에서의 존재하는 자료 분석기술이 제한
- 보건의료체계 연구와 실험적 연구 역량 제한

Service delivery(보건의료 서비스의 제공과 관리/감독)

- 보건의료서비스 인프라의 확장과 개선을 위한 자원과 정보의 부족
- 체계의 각기 다른 레벨, 다른 공중보건 프로그램 사이의 서비스 전달 통합의 부족
- 기존에 있는 보건의료 제공자를 최적으로 이용할 수 있는 계획과 통합적 정책이 부족
- 보건의료체계 제공과 관리(계약, 자격, 인가 등을 포함)역량의 제한
- 질 기준과 근거기반 가이드라인의 제한적 이용
- 제공자들 사이의 이송, 정보교환 체계가 미흡

[첨부 3] 보건의료체계 기능요소별로 발생 가능한 문제와 해결 노력 사례(Atun, R., Weil, D. E., Eang, M. T., & Mwakyusa, D., 2010)

Leadership and Governance

- 문제
 - 프로그램 지원의 제한, 결핵 프로그램과 보건 부문의 개혁 사이의 빈약한 연계
- 노력
 - 통합된 필수 서비스 패키지에 포함시켜 결핵 관리를 지원
 - 분권화된 결핵관리를 일차 보건의료와 지역사회 구조를 통해 국가 보건의료 전략의 일부로 재구축함
 - 반대로, 분권화된 공공보건의료체계 내에서 강력한 스튜어드십 역할을 통해 통합, 지원
 - 공공-민간 협력을 확장하기 위한 스튜어드십의 역할

Financing

- 문제
 - 불충분한 재정
 - 적절한 재정을 보장하기 위한 gap을 파악할 수 있는 국가 역량의 부족
 - 여러 공급처로부터의 자원 조화
 - 환자의 접근성에서 재정적 문턱
- 노력
 - 지원기구 측에서, 결핵 관리에 드는 비용을 파악하고 국가가 예산을 세우고 재정적으로 모니터링 하는데 기술적 지원
 - 재정의 조화를 개선하기 위해 거대 기금 채널을 형성, SWAp
 - 제공자 폭 확대, 접근성의 문제와 맞물리는 부분. (겹치는 부분)

Human resources

- 문제
 - 낮은 임금, 만성적인 저투자(인력 배출, 훈련에), 두뇌유출, HIV 감염으로 인한 인력난
 - 대부분의 저소득 국가들은 여전히 인력의 숫자, 분포, 역량결핍에 영향을 받고 있음
- 노력
 - 지역사회 보건요원의 활용
 - 민관 혼합을 통한 접근, NGO와 민간공급자 활용을 포함
 - 체계 전체적 접근을 통해 인력의 역량도 강화, Tb를 국가의 필수 보건의료 패키지로 포함시키면서, 일차보건의료로 전환 / 거버넌스, 스튜어드십과도 겹치는 부분임
 - 지역사회 자원봉사자에 성과에 따라 경제적 유인책 제공

Procurement and supply chain management

- 문제
 - 적절한 약을 확보, 등록, 질 관리, 제공 체계 등 일련의 과정에 적절한 치료와 관리를 방해하지 않도록 해야 함
- 노력
 - 일반적인 보건의료체계 구조를 이용하여 약의 공급사슬(supply chain)을 관리. (국가 제공체계와 통합)
 - 동시에 NGO가 과정을 관리하기도 하며
 - 태국과 같은 곳에서는 지역(district), 주(province) 의 조직에서 약의 계획, 공급, 분배를 책임지고 시행하였음.

Health-information systems

- 문제
 - local의 역량과 기존의 데이터체계를 통해 이용하고 얻을 수 있는 체계가 약함

- 질병부담과 개입의 효과 측정을 개선하기 위한 기술적 지원과 유병율 조사를 위한 투자가 필요함
- 노력
 - 관리 프로그램을 국가 보건의료-정보체계 안에 모듈로서 포함시킴으로써 표준화하고 주기적으로 보고하고 지역기반의 등록시스템을 갖추며 서비스 제공시설마다 환자카드를 구비하게 함

Service delivery

- 문제
 - 제일 큰 도전은, 빈곤, 취약층의 접근성과 관련되어 있는데, 빈약한 접근성은 사례의 발굴과 치료 성공 달성을 지연시키기 때문임.
 - 보건의료체계의 여러 병목지점은 결국 서비스 제공에서 여러 문제를 발생시킴
 - 국가마다 체계의 형태, 서비스 통합 정도, 분권화 정책이 다르기 때문에, 서비스 전달 모델 역시 국가 특이적으로 다양해질 수밖에 없음
- 노력
 - 남아프리카 지역의 여러 국가에서 결핵 관리를 특정 병원 서비스로부터 일차보건의료 시스템으로 포함시키면서 좋은 성과를 보여주고 있음
 - 잠비아에서는 HIV/AIDs 가정 돌봄 프로그램과 통합시켰을 때, 지역 병원에서 공급하던 것에 비해 치료율이 높아짐
 - The Stop TB Strategy and Global Plan to Stop TB 2006-2015, 에서 는 서비스 제공 연결망을 넓히기 위해, TB와 HIV 서비스의 연계, 모든 종류의 서비스 제공자(공공, 민간, 시민사회부문)를 포함시키는 시스템 통합적 체계를 구축할 것을 제안함
 - 인도에서는 병목지점인 실험실 강화, 부족과 고위험 지역으로의 방문활동을 통해 대응함

제3절 지역보건의료체계 전부문 강화

1. 전체적인 접근(Wholistic Approach)의 이해

1) 배경과 개념

많은 개발도상국에서는 급속한 경제개발에 의해서 지역간의 경제적 격차가 벌어지고 사회적 불형평이 문제가 되고 있다. 이것은 건강에 대한 지표에서도 드러나고 있다. 빠르게 진행되는 도시화와 시골지역에서의 노령화, 그리고 보건의료인력의 도시집중현상은 이를 더욱 심화시킨다. 국가 내에서도 거주지역 또는 소득수준에 따라 의료 이용과 건강 상태의 격차가 벌어지고 있다. 개발도상국의 산악지대나 사막지대와 같은 지리적으로 고립된 지역에서 물리적 접근성도 문제이다. 지리적인 요인은 도시의 소득수준 뿐 아니라 의료 인력과 자원, 관리 행정적인 지원을 비롯해 보건의료체계의 튼튼한 형성을 위한 기반을 구축하는 데에도 많은 어려움을 수반하게 한다(Makinen, Waters et al. 2000). 이런 지역에 대한 접근은 지리적 문화적 사회적 특성을 고려한 것이어야 할 것이며 한 부분에만 국한했을 때는 성공하기 어렵다. HSS의 중요성과 방법에 대한 논의에서 지역에 초점을 둔 접근이 주목받지 못해왔다는 Tanner(2005)의 지적을 새삼 언급하지 않더라도, 각 지역의 상황에 대한 밀접한 접근을 통해 지역적인 상황에 대한 밀접한 접근을 통해 보건의료체계 전반의 강화와 지역사회의 총체적인 개발, 발전을 위한 노력을 시도할 수 있을 것이다.

여기에서 Sub-national이라고 하는 것은 국가 하위 수준의 행정적 구분이라 할 수 있는 지방(province), 지역(District), 마을(Village) 또는 지리적 구분이라 할 수 있는 region과 area와 같은 범주를 모두 포함하는 개념으로 이해할 수 있다. 또한 여기에서는 연방국가에서 일정한 분권적 지역이라 할 수 있는 주(state) 역시 Sub-national의 범주 안에 포함하기로 한다.

전체적 접근(Holistic Approach)은 보건의료체계의 과정과 관계를 포함한 모든 요소들에 집중한다. 전체적 접근은 보다 장기적으로 형평성 있고 지속가능한 개발을 추구한다. USAID의 2012년 보건의료체계 강화에 대한 매뉴얼에서는 전체적 접근을

▷형평적 개선(Equitable improvement) ▷민간 부문과 공공 부문을 아우르고 포괄
▷보건의료체계의 구성요소 간의 관계를 관리 ▷지속 가능한 개선을 위해서 모든 가
용한 자원들을 이용하는 것으로 규정하고 있다.

전체적인 접근에서는 어떤 특정 질병이나 보건의료체계의 구성요소에 대한 초점을 맞추기 보다는 지역에서 보건의료체계의 상황을 총체적으로 파악하고 지역의 보건의료요구에 적합한 유연하고 포괄적인 개입을 추구한다.

2) 접근법의 장점

특정 지역에 대한 전반적인 접근을 통해서 얻을 수 있는 장점으로는 다음과 같다.

- 해당 지역에 대한 집중적 투자와 지방정부와의 협력을 통해 리더십을 강화하고 지역에서의 역량강화를 추구
- 하향식 개혁과 책임이 주된 전제가 되기 쉬운 국가 수준의 프로그램에 비해서 지역적인 접근은 더욱 민주적이고 상향적인(bottom-up) 책무성을 이끌어낼 가능성을 품고 있다는 데에 큰 잠재력을 가짐
- 건강 수준 및 각종 보건의료 자원이 가장 취약한 곳에 대한 전체적 접근으로 국가 내에서 형평성 제고 및 취약 지역의 건강상태 개선을 시도할 수 있음
- KOICA의 ODA 재정지원 규모와의 적합성

하지만 가장 열악하고 자원이 부족한 곳에 대한 지역적인 접근을 추구해야 하는 만큼 장기적인 시각과 지속적인 지지가 필수적이다. 다른 접근법들에 비해 성과를 얻기 위한 기간이 길어질 수 있고 프로그램의 진행이 원활하지 않을 수도 있다. 또 예상하지 못했던 장애물들과 제약들이 나타날 가능성도 크다.

따라서 지역수준에서 전반적 보건의료체계를 제고하고자 하는 총체적 접근은 기존의 KOICA의 사업에 비해 더욱 장기적이고 폭넓은 시각을 필요로 하게 될 것이다. 전체적인 접근의 구체적인 사업 내용은 각 지역별로 달라질 것이며 해당 지역에서의 참여적인 우선순위 선정을 통해 이루어질 것이다. 따라서 본 매뉴얼에서는 전체적 접근의 틀을 제시하여 사업 지역과 내용을 선정하고 운영하는 과정을 보다 중점적으

로 제시하려 한다. 특히 전체적인 접근의 특성 상 사업 기획단계의 사전조사와 수요조사 부분이 통상적인 사업에 비해 강조된다. 구체적인 사업 내용은 해당 과정을 거쳐 실무자가 직접 선택하고 기획 운영해 나가는 과정에서 상황에 맞게 변형할 수 있다.

2. 접근방법

1) 사업 지역의 선정

Check point 1. 사업지역의 선정

- ▷ 지역의 보건의료사업 수행능력 평가
- ▷ 지역 상황 파악 : 지역 건강형평성 측정
- ▷ 중앙 정부와의 협조 지원 요청과 지역에서 강력한 리더십 고취
- ▷ 다부문 협력을 위한 노력

많은 경우 보건의료체계에 대한 전체적 접근은 국가적 차원에서 시행되고 있지만 공공의료체계가 취약하고 중앙정부의 역량이 부족한 경우에는 지역중심적 접근이 적절할 수 있다. 지역 간의 불평등을 탐색하거나 비교적 국가보건의료체계에 비해서 개입 후 변화의 속도가 빠른 편인 지역에 대한 실험적 개입을 통해 중재를 시험해보는 pilot study로 지역 수준에서의 체계적인 접근이 이용될 수도 있다.

다만 이러한 접근을 위해서는 전체적 접근법을 통해 개입하려는 지역정부에 어느 정도 권한이 위임되어야 한다는 전제조건이 존재한다. 만약 지역정부가 예산 할당과 우선순위 선정, 혹은 추가적인 지방세 부과를 통한 재정 확보 등에 대한 권한을 전혀 가지고 있지 못하다면 지역 수준에서의 개입은 매우 어렵고 제한을 가지게 된다. 따라서 사업 지역을 선정하기 전에는 지역의 행정적 정치적 수행능력에 대한 평가와 재정 자립도를 비롯한 재정 상태, 중앙 정부와의 관계 및 지역의 리더십 등을 사전적으로 확인해야 한다.

(1) 지역의 보건의료사업 수행능력(Operability)에 대한 평가

다음 페이지의 표 3-34는 지역적 접근의 실행가능성(operability)을 파악하기 위한 평가 기준이다. 아래의 평가기준에 해당하는 내용들을 확인해보면 지역의 자체적인 관리역량과 참여구조를 파악할 수 있다. 포괄적인 이해를 위해서는 공식적, 비공식적인 자료를 모두 이용해야 한다. 지역에 보건의료 관리나 원조와 관련된 행정부서가 존재한다면 이들로부터 먼저 공식적인 자료를 요청할 수 있을 것이다. 이전에 지역에서 활동하고 있는 타 원조기구나 NGO에 자료 공유와 자문을 요청할 수 있다. 또한 지역의 지도자나 공무원을 인터뷰하고 문헌고찰 등을 통해 정보를 얻을 수 있다.

1990년대 탈-중심화를 기조로 하는 보건의료개혁이 세계적으로 진행되면서 지역 보건의료체계로의 권한의 위임(delegation) 혹은 권력이양(devolution)이 이루어진 바 있다. 이런 경험을 통해 다양한 지방분권을 통한 장점들이 밝혀졌다. 지역 전체적인 접근을 통한 보건의료체계의 강화, 궁극적인 건강결과의 개선을 위해서는 이러한 장점들을 충분히 활용할 수 있어야 한다. 원조기구나 국가에서 수직적으로 제시하는 프로그램이 아닌 지역에서의 우선순위를 고려한 목표를 정하고 이런 중재를 지역의 문화적 사회적 맥락에 맞는 방식으로 운영해야 한다. 또한 보다 더 취약한 계층에 대한 접근을 시도하고 이를 위해서 지역사회 주민참여를 도모해야 한다.

표 3-39. 지역보건의료체계에서 사업수행능력에 대한 평가기준

1. 기능적인 지역보건의료 관리 구조
A. 지역 개발 위원회
B. 지역 보건의료 의의회
C. 지역 보건의료관리팀
2. 관리과정의 조직화
A. 실행계획이 있는가?
B. 가이드라인, 표준규정이 존재하는가?
C. 과정을 모니터링하고 감독하는 활동이 있는가?
3. 보건의료시설의 활동
A. 공공 보건의료 정책
B. 기본적인 보건의료 서비스 제공 여부
C. 건강과 관련된 다른 중재들

4. 지역 보건의료 계획

- A. 기능적인 지역사회 구조
- B. 지역사회 활동
- C. 지역사회 기금

5. 지역에서 관리(혹은 보급) 가능한 건강/건강 관련 자원

- A. 재정
- B. 인력자원
- C. 장비, 의약품, 공급구조

(Chatora and Tumusiime 2004)

Box 5. 재정 및 정책결정과정에서 지방정부의 자율성 획득을 통해 얻을 수 있는 장점(Bossert and Beauvais, 2002)

- 지역에서의 요구와 선호에 따라서 서비스의 종류와 재정적 지출을 할당함으로써 분배적인 효율성을 개선
- 지역수준에서 더욱 비용의식적인 운용(cost-consciousness)으로 기술적인 효율성(technical efficiency)의 개선
- 지역적인 맥락에 적절한 방식으로 서비스 전달을 혁신하고 실험하기에 용이
- 사용자의 감시(user's oversight)와 의사결정의 참여를 통해서 서비스의 질 향상 및 투명성과 책무성, 정당성의 확보
- 전통적으로 더 취약한 계층과 집단에 대한 자원의 분배를 지향하여 형평성을 제고

하지만 지역에서의 자율성 확보가 무조건 좋은 성과를 내는 것은 아니라는 점도 기억해야 한다. 오히려 지역 토호 세력의 권한을 강화 지지하여 부정부패가 심화되고 중앙에서의 관리, 관심이 부족해질 수 있다. 따라서 이런 탈중앙집권적인 방식의 접근법을 실시하는 것이 적절한지에 대한 사전 평가가 필요하며 주의 깊은 접근이 요구된다.

표 3-39의 평가기준을 만족할 만한 충분한 자원이 있다면 통합적 접근이 더욱 용이해 진다. 충분한 사회적인 응집력이 보장되고 리더십을 확인할 수 있다면 보다 자

울적으로 지역의 역량과 오너십을 이용한 프로그램을 계획할 수 있다. 경제적·지리적 상황은 열악하다고 하더라도 사회적 응집력이 크고 사회적 자본이 풍부하게 갖춰져 있는, 지역적 네트워크 구성이 용이한 지역에서 사업을 진행하는 것이 성공적일 수 있다.

하지만 지역 간의 불형평을 개선하고 특히 더 취약한 지역에 대한 개입을 목표로 하는 지역선정 시 위의 사업수행능력에 대한 평가들이 충족되지 않을 가능성이 더 크다. 관리 역량도 떨어지고 상향식 참여의 전제가 되는 풀뿌리 자치기구(grass-root organizations)들이 존재하지 않을 수도 있다. 따라서 위의 요소들을 파악해보고 특히 더 부족한 부분들은 결핍의 이유와 발전을 위한 장애물(barriers)이 무엇인지 확인해야 할 것이다.

(2) 지역 상황 파악을 위한 지표(지역 간 비교)

사업지역 내부적으로 아래의 지표들을 이용해서 지역 별, 혹은 인종 별, 마을 별 건강형평성을 비교해볼 수 있다. 가장 취약한 계층에 대한 파악하는 것은 보건의료 체계에서 가장 취약한 지점을 탐색하는 것이다. 중앙정부의 보건부를 비롯한 주요 정책결정자들이 제시하는 취약지역들에 대해서 의견을 받아들여 조사 대상 마을을 선정 할 수 있다. 하지만 그 지역 내에서도 다음의 지표들을 비교하여 더 취약한 그룹에 대해 파악해야 한다. 국가나 지자체에서 제시하는 지역 별 정보들이 충분히 유용하지 않다면 직접 지역에서 정보를 수집하고 정리하는 과정이 필요하다.

특히 해당 지표들이 열악한 마을이나 집단을 발견한 경우에는 왜 그런 결과가 나타나고 있는지에 대한 답을 위해 질적 연구방법을 이용한 자료 수집이 추가적으로 필요하다. 이유들에(Why Question) 대한 답을 구하기 위해 지역의 사정에 밝은 지역 유지나 관료 등을 만나 이들에게 진문을 하고 맥락을 파악하여야 한다. 총체적인 접근은 하향적, 수직적 중재를 통한 특정 지표의 향상을 목적으로 하는 것이 아니라 는 점을 염두에 두어야 한다. 취약한 집단과 연락과 소통을 유지할 수 있도록 친분을 쌓고 이들을 대표할 수 있을 만한 이들의 의견을 수렴해야 한다.

표 3-40. 지역 건강형평성 측정 지표

1. 건강의 결정인자 지표
 - A. 빈곤의 수준과 유병률
 - B. 교육수준
 - C. 적절한 상수와 위생수준의 보장성
2. 건강상태 지표
 - A. 영아사망률
 - B. 1-4세 사망률
 - C. 아동 발육지연률
 - D. 모성사망률
 - E. 출생시 기대여명
 - F. 연관된 감염성 질병 발병률
3. 보건의료자원 배분 지표(1인당)
 - A. 자격을 가진 의료전문인력의 분포
 - B. 일차, 이차, 삼차 수준에서 보건의료서비스 분포
 - C. 개인, 의료시설 당 보건의료지출의 분포
4. 보건의료서비스 이용 지표
 - A. 예방접종률
 - B. 산전관리 방문
 - C. 전문인력에 의한 출산
 - D. 피임법 제공

(Chatora and Tumusiime, 2004)

(3) 중앙 정부와의 협조와 지역에서 강력한 리더쉽

지역적 접근이라고 할지라도 사업의 대상으로 지역과 지역정부만을 고려해서는 안 된다. 해당 국가에서 취약지역으로 꼽히는 지역에 대한 국가의 계획과 전략을 확인하고 중앙정부와의 긴밀한 협조와 이해가 필요하다. 중앙에서 계획하고 있는 정책이 해당 지역에서는 여러 지역적 사정에 의해서 제대로 집행되고 있지 않다면 이를 보완하고 개선하기 위한 개입 역시 지역에서의 요구에 맞는 접근이 될 수 있다. 어떤 경우에도 중앙정부와의 대화는 필수적이며 더욱 중요한 것은 특정 지역에 대한 투자에 대한 협의가 중앙부처와 이루어진 경우에도 지속적으로 이 프로그램에 중앙부처의 참여와 피드백이 이루어져야 한다. 지역에 해외 원조 투자를 지역적 수준에서 수행하는 경우 중앙 정부에서 기존에 지역에 제공하던 각종 지원을 감소시킨다거나 더

이상의 관심을 두지 않는 경우 사업의 지속가능성이 떨어지고 지역의 보건의료체계를 오히려 악화시키는 결과를 가지고 올 수 있으므로 지역-중앙 사이에 긴밀한 의사소통과 합의가 이루어질 수 있도록 주의해야 한다.

따라서 중앙 정부나 중앙 보건부처에 대한 보고와 관리 체계에 대한 파악이 필수적이다. ▷어떤 방식으로 보고를 하는지 ▷보고 주기는 어떠한지 ▷보고에 대한 피드백은 내리고 있는지 ▷어떤 지표들을 보고하고 이에 따라 재정지원 등이 달라지거나 인센티브 시스템이 존재하는지 ▷이러한 책무들을 담당하는 기관과 담당자가 누구인지 등에 대해서 정리한다.

중앙과의 원활한 관계유지와 동시에 지역에서 보건의료체계 전반에 대한 개선 의지를 가진 강력한 리더십, 또는 정치적인 의지가 성공적인 사업을 위한 중요한 요소이다. 자원과 인력이 부족한 상황에서 좋은 성과를 보이는 지역의 성공요인을 조사하였을 때 많은 경우 관리자들과 지역 지도자들의 강력한 개선 의지와 주요 이해당사자들 사이의 원활한 관계를 손꼽는다. 지방정부의 장이나 지방정부의 보건부문의 장이 강력한 의지를 가지고 지역보건의료체계의 강화를 위해 협조할 수 있도록 해야 한다. 또한 마을의 지도자들(종교 지도자 등 비공식적인 부문들을 포함하여)의 협조를 얻어내고 이들이 해당 지역의 사업의 장점을 이해하고 이를 지지할 수 있도록 해야 한다.

(4) 다부문 협력(Multi-sectoral cooperation)

지리적으로 취약하거나 자연재해가 빈번하거나 빈곤율이 높아 국가 내에서도 건강 수준이 떨어지는 지역에서 건강 상태를 개선하기 위해서는 보건의료체계에 대한 직접적인 투자보다 오히려 다른 부문에 대한 투자가 더욱 효과적일 수 있다. 위생 및 상수시설과 이동, 수송을 위한 각종 사회기반시설, 영양과 직결된 농업과 경제상황, 건강 행태와 건강 리터러시와 관련이 깊은 교육 수준 등의 개선이 보건의료체계의 강화보다도 더 강력한 건강 효과를 나타낼 수도 있다. 보건의료체계에 국한하지 않고 건강에 영향을 미치는 사회적 결정요인들에 대한 개입을 이루어낼 수 있는 보다 전체적이고 포괄적인 개입이 효과적일 수 있다. 긴밀한 다-부문간 공조와 협력이 더

좋은 결과를 이끌어낼 수 있을 것이다.

다부문 협력을 이끌어내는 시작점으로 JICA가 취하는 형식의 HSS처럼 서로 다른 성격의 사업들을 통일된 목표와 기획 아래 담아내는 방식이 현실적일 수 있다. 처음에는 서로 함께 시작된 프로젝트가 아니라고 할지라도 KOICA가 실행하고 있는 다양한 부문에서의 프로젝트(예를 들자면 교육과 도로건설, 그리고 모자보건 사업 등)들이 같은 지역에서 동시에 진행되고 있다면 이들을 먼저 연계할 수 있다. 프로젝트가 실행되고 있는 과정에서 문제를 발견하고 이를 위한 다른 기획을 구성하여 더할 수 있을 것이다. 또한 광범위한 영역에서의 원조사업을 통해 지역정부의 신뢰와 협조를 이끌어내고 이를 총괄하여 서로가 융합되어 시너지를 낼 수 있도록 할 수 있다.

2) 체계적인 접근(Systemic Assessment)을 통한 사업기반구축¹⁸⁾

전체적이고 포괄적인 접근을 위해서는 사업지역에 대한 정확하고 실질적인 평가가 필요하다. 지역에서의 질병부담과 의료수요에 따라서 재정적인 우선순위를 세워 배분하는 합리적인 자원의 배분을 위해서는 직접 사전평가를 시행하고 지역의 문화와 맥락, 정치적 상황 등을 파악해야 한다. 국별협력전략(CPS)이 수립되어 있는 경우거나 수원국에서 실시하기를 원하는 특정 프로그램이 있다고 하더라도 이것을 반영하되 전체적인 검토를 다시 해야 한다. 이를 위해 사업수행 지역의 보건의료체계 전반적인 강점과 약점, 기회와 위협(strength, weakness, opportunity, threats Analysis)을 분석한다. 의료체계의 개별 요소들을 분리하여 각각 분석하는 것이 아니라 좀 더 넓은 시각에서 체계를 바라봐야 한다. 문헌 고찰과 주요 이해당사자 및 지역사회 주민과의 인터뷰를 통해 기존의 보건의료중재의 우선순위와 전략들을 이해하고 이를 기반으로 명확한 제안과 전략을 세울 수 있어야 한다.

18) 2012년 USAID의 보고서 The Health System Assessment Approach: A How-To Manual은 국가 수준의 전체적 접근 방법을 제시하였다. 이 매뉴얼의 목적은 국가의료체계에 대해 구조적인 지표-기반 방법론(indicator based methodology)을 통해 접근(Assessment)을 수행하고 이를 통해 해당 의료체계에서의 취약부분을 발견, 이에 따라 강화시켜야 할 부분들의 우선순위를 정하는 데에 있다 (USAID, 2012).

Check point 2. 체계적 접근 단계

- ▷ 국가/지역의 맥락 개괄
- ▷ 지역 보건의료시설 지도 그리기(health facility/district mapping)
- ▷ 보건의료체계 분석: 6영역별 SWOT분석
- ▷ 보건의료재정 분석

(1) 국가/지역 개괄

지역보건의료체계에 대한 전체적이고 포괄적인 접근을 위해서는 먼저 국가와 지역의 기본적인 사회적 지리적 경제적 정보를 포함하는 보고서를 작성한다. 이 보고서에는 보건의료부문과 관련된 정치적이고 거시경제적인 맥락들이 포함되어야 하며 사업환경과 투자 여건에 대해서도 기술한다. 사망원인과 질병부담에 대한 정보들을 구한다. 주정부와 지역정부 간의 관계와 권력의 위임 정도, 보건의료체계의 구조와 공공, 민간 영역에 대한 기술, 보건의료서비스 제공 조직과 원조자 지도 그리기(mapping), 원조자 간 협력 상황에 대해서 상술한다.

(2) 지역의 보건의료시설과 구역 지도 그리기(health facility/district mapping)

새로운 계획을 세우기 전에 기존의 보건의료시설들에 대해서 파악할 필요가 있다. 지역보건의료지도는 모든 보건의료시설(민간과 공공시설을 모두 포함)과 주요 인구집단의 거주지역, 도로, 거리, 강이나 산과 같은 지형, 현재 의료시설이 커버하고 있는 진료권 등을 포함해야 한다. 지역보건의료지도는 가급적이면 상세하게 작성될수록 좋다. 지역적으로 소외되기 쉬운 산악지형이나 사막 등에 거주하는 인구집단에 대해서도 지도에 표시할 수 있도록 한다.

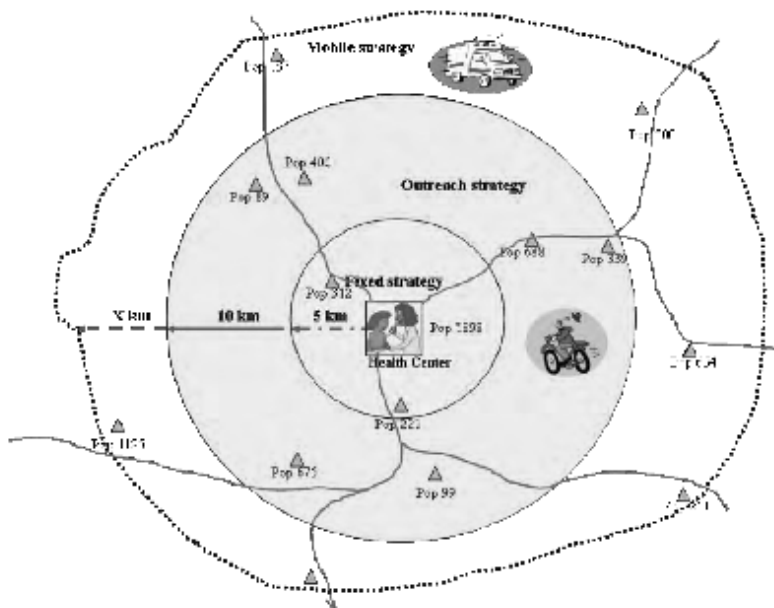


그림 3-14. 지역 보건의료시설과 구역 지도 그리기 예시

* Source: Implementing the Reaching Every District Approach, (WHO/AFRO, 2008))

(3) 보건의료체계의 6 구성요소 별로 SWOT 분석

전체적으로 보건의료체계에 대한 접근을 위해서 WHO가 제시하는 보건의료체계의 6가지 구성요소 별로 SWOT분석을 시행할 수 있다.

이런 분석을 위해서 정보를 수집하기 위해서 사업지역선정 단계에서 수행한 것보다 상세한 활동이 필요하다. ▷주요 정보제공자(Key informant) 인터뷰 ▷포커스그룹 인터뷰(Focus group interview) ▷설문조사 ▷문헌 고찰 ▷지역 보건의료기관 방문 관찰 ▷중앙 및 지역 보건의료관료들을 비롯한 주요 이해당사자들이 참석하는 워크숍 등의 방식을 적절히 배합하여 사용한다.

정보수집 과정의 각 단계에서 수원국의 주요 정보제공자들이 포함되어야 한다. 이들은 일회적으로 의견을 제시하는 것이 아니라 수집되어 분석된 정보의 내용에 대해 확인과 피드백에 참여하여야 한다. 중앙정부와 MoH의 의견도 중요하지만 지역에서

의 요구와 필요를 파악하기 위해서는 특히 더 하부 차원에서의 참여자(지역보건의료 시설에 종사하는 의료인, 마을 지도자, 지역에서 오랜 기간 일해온 의사 등)의 의견을 수렴해야 한다. 많은 경우 중앙부처 공무원들이 말하는 필요가 지역에서 실무자의 요구와는 일치하지 않는다는 것을 염두에 두어야 한다.

효과적인 사업기반 구축을 위해서 현지 연구자 및 국제원조기관의 인력, 중앙정부 소속의 관료 및 지방정부의 관료 등 정책 결정자들이 포함된 TF팀을 꾸리는 것이 편리할 수 있다. 이들은 기존의 지역보건의료체계 계획 과정과 질병부담 및 지역의 보건의료이용형태 등 보건의료체계 강화를 위한 계획을 설계하기 위한 정보를 수집하고 이에 근거하여 전략을 제시하는 역할을 하게 된다¹⁹⁾. 여기에는 가능한 많은 이해당사자들이 참여하여야 하며 국내와 국외 연구진 및 실무자를 포함시킨다. 보건부문에 국한되지 않는 다양한 수준의 구성이 바람직하다. 지역에서의 분석과 사업수행에서 보건의료체계에 대한 정보를 제공할 수 있는 정보 수집 및 TF팀을 구성하는 과정에서 생각해볼 수 있는 이해당사자(stakeholders)는 다음과 같다.

- 해당 지역의 국제원조기구 및 NGO 직원
- 수원국의 보건부(MoH)의 관료, 장관, 직원(재정부나 인력자원부 등 다른 관련 부서들의 관료들 역시 포함될 수 있음)
- 지역정부의 관료, 지역 보건의료사무국 등의 직원
- 민간 부문의 영리/비영리 제공자, 보건의료부문에 투자자 혹은 고용주로 개입되어있는 다국적 기업 등
- 전문가 조직, 의회, 노동조합
- 면허기구 혹은 규제기구
- 공공서비스를 제공하거나 규제하는 기구(보험회사, 의료전문가)
- 시민사회, 종교집단, 주민대표
- 학술적인 연구조직(수원국의 연구기관, 보건대학원 등)

19) Task force의 구성과 훈련, 관리와 관련해서는 District health management Team(DHMT)에 대한 WHO/AFRO의 다양한 매뉴얼을 참고할 수 있다

주요 이해당사자들 및 프로그램과 관련된 모든 사람들이 모여서 우선순위 결정 및 필수 보건의료서비스를 결정하기 위한 토론을 할 때에는 특히 지역의 참여자들이 설명과 제안을 할 수 있는 기회를 제공해야 한다. 토론은 지역보건의료체계 내부에서 가용한 자원의 한계를 인식하면서 자체적으로 실행할 수 있는 해결책들에 대해서 이루어져야 한다. 이 과정과 관련해서는 앞서 “시스템적 접근”에서 제시되었던 systems thinking의 과정을 참고할 수 있다.

기존의 양적 자료뿐만 아니라 지역에서 얻은 다양한 정보들을 토대로 SWOT분석을 시행하며 이는 아래와 같은 형태로 작성할 수 있다.

표 3-41. SWOT 분석(USAID, 2012)

	보건의료체계 구성요소	
	강점(Strength)	약점(Weakness)
내재적 요소 Internal	강점은 보건의료체계에서 원활하게 이루어지고 있는 요소에 대한 것이며 좋은 성과로 이루어지고 목표를 달성하는 데에 기여하고 있는 부분을 지칭한다. 예시: 보건의료인적자원의 역량강화를 위한 의료인력훈련 프로그램의 존재나 의료기관수준에서 강력한 정보수집과 보고 능력 등 새로운 제안은 체계의 강점에 기반하여 이루어져야 한다.	약점은 보건의료체계가 좋은 성과로 이루어지고 목표를 달성하는 것을 방해하고 병목을 일으키고 있는 부분을 지칭한다. 예시: 공공-민간 부문간 파트너십의 부재, 봉급에 대한 보건의료인력의 불만, 불필요하게 빠른 직원 교체 주기 제안은 어떻게 체계의 약점들을 극복할 수 있을 것인가에 대한 것 이어야 한다.
	기회(Opportunities)	위협(Threats)
외재적 요소 External	기회는 보건의료체계의 목표를 성취하는 데에 도움이 되는 외부적 조건을 지칭한다. 예시: 보건의료재정원조금 증액 계획, 파트너십을 형성하기에 적절한 민간 보건의료 부문의 양상 이러한 요소들은 이후 정책을 계획하고 실행하는 데에 영향을 미치게 된다.	위협은 보건의료체계의 목표를 성취하는 데에 방해가 되는 외부적 조건을 칭한다. 예시: 부족한 보건의료예산과 부적절한 예산 배정, 보건의료인력 봉급의 감축 제안은 어떻게 위협을 극복할 것인지에 대한 것 이어야 한다.

SWOT 분석의 결과물은 두 가지 형태로 나타나게 된다.

첫째, 각 보건의료체계의 구성요소 별로 강점과 약점, 기회와 위협을 살펴봄으로써 전반적인 크로스-컷팅 이슈를 발견할 수 있다. 전체 체계를 아우르는 강점이나 약점을 발견하고, 보건의료체계 강화를 위한 제안을 내 놓는 것이 목적이다. 가장 시급한 보건의료필요가 무엇이고, 이런 필요를 충족시키기 위해서 어떤 범위에서 어떤 개입을 실행할 수 있을 것이며, 어떻게 해야 더 많은 사람들에게 효율적이고 효과적인 방식으로 서비스를 제공할 수 있을 것인가에 대한 고민을 통해서 제안을 구성한다.

둘째, 이런 평가의 결과를 지역사회 이해당사자들과 공유하고 확인하며, 이에 기반하여 우선순위를 정하고 이후 계획에 대한 조언을 제시할 수 있도록 지역사회 주민들이 참여하는 워크숍을 개최한다. 또 이 워크숍은 이후 지역의 총체적인 보건의료체계적 접근의 과정에서 지속적이고 정기적으로 개최되는 것이 좋다. 워크숍은 사업수행 중간과 사업 종료 시점 등 주기적으로 열려서 프로그램의 결과를 피드백 하고 이후 계획에 대한 자문 구할 수 있도록 하는 것이 바람직하다.

(4) 보건의료재정(Health Financing) (Islam, 2007)

추가적으로 사업을 진행하면서 살펴보아야 할 중요한 요소가 보건의료재정에 대한 부분이다. 지역에서 보건의료재정의 흐름을 살펴보기 위해서는 중앙 정부에서 지역에 배정되는 보건의료재정이 어떤 식으로 할당되는 지에 대해서 살펴보아야 한다. 이른바 탈-중앙집권화를 추구하는 나라의 경우 중앙의 재정부에서 보건부로 할당된 재정이 직접 지역 보건의료부문에 할당되어서 사용되는 반면 중앙정부에서 지역정부와 지역 보건의료부문에 매우 분절화되고 복잡한 단계를 통해서 재정이 할당 되는 경우도 있을 수 있다. 이런 여러 경우의 수에 따라서 지역 보건의료재정 사용의 자율성이 달라질 수 있고 이것은 즉 보건의료체계의 작동방식에 영향을 미칠 수 있으므로 재정에 대한 파악이 필요하다. 따라서 아래에는 보건의료재정에 대한 세밀한 파악을 위한 지표들을 제시하였다.

표 3-42. 보건의료재정의 조달

- 전체 국가재정 (GDP) 대비 보건의료지출의 분율 (%)
- 전체 지역재정 대비 보건의료지출의 분율(%)
- 국가/지역별 1인당 보건의료지출금액
- 지역정부의 공공지출에 대해 보건의료비가 차지하는 분율(%)
- 전체 보건의료비지출에서 공공부문재정이 차지하는 비중
- 전체 보건의료비지출에서 원조자의 기여분과 본인부담금의 분율

* Source: Islam, M. (2007). Health systems assessment approach: a how-to manual, Rational Pharmaceutical Management Plus.²⁰⁾

재정적 자원의 할당과 관련해서는 중앙정부 및 지역정부에서 배분하는 공공재정에서 보건의료부문의 재정할당과 의료보험(국가 보험, 민간 보험, 지역의료보험, community-based health insurance)의 재정에 대한 파악이 필요하다. 특히 지역정부와의 계약과 협상을 통한 보건의료체계 강화 접근에서 지역정부의 보건의료재정의 탈-중앙집권적인 배분과 자율적인 할당은 전체적인 접근에서 매우 중요한 부분이다.

표 3-43. 재정의 할당

- **복지부문의 재정 추세**
 - 보건의료재정은 전체 재정의 정감과 인구의 증감에 비례해서 늘어나고 있는가?
 - 보건의료 재정지출이 전체 지역 지출에서 얼마만큼을 차지하는가? 그 추세는 어떠한가(증가 혹은 감소)?
 - 공공보건의료재정 중 설비투자에 할당되는 비중은 얼마인가 (%)?
 - 지역에서 예산안(사전)과 실재 보건의료지출과의 차이는 어떠한가?
- **보건의료예산 계획 과정**
 - 보건의료예산안이 작년 예산안에 기반해서 만들어지는가? 아니면 지역에서의 보건의료필요에 기반해서 만들어지는가?
 - 예산기획 과정은 중앙에서 지시를 받는 하향식 과정인가? 아니면 지역과 마을 수준에서 계획을 취합하는 상향식 과정인가?

20) 제시되는 지표들은 USAID의 Health system assessment approach: a how-to manual에서 제시된 것으로 상세한 지표에 대한 설명과 의미, 그리고 자료 수집을 위해 참고해야 할 정보원과 관련 이해당사자를 파악하기 위해서는 해당 매뉴얼을 참고할 것

- **보건의료재정을 할당하는 구조는 어떤 방식인가?** (프로그램별, 품목별 등)
- **탈-중앙집권화 된 곳에서 중앙과 지방정부의 예산할당**
 - 중앙 정부에서 보건의료재정을 어떻게 배분하는가?
 - 지방정부가 자체적으로 지방세를 부과할 수 있는 권한을 가지고 있는가? 만약 그렇다면 보건의료부문에 적절한 기금을 마련하고 있는가? 지역 공공재정에서 보건의료부문을 위해 자금을 마련할 수 있는 다른 방법이 존재하는가?
- **보건의료예산의 사용 부문 별 분율(%)**
 - 보건의료 인력에 대한 월급
 - 의약품 등의 공급
 - 여타 반복 비용 (ex. 지방정부에서 관리비용, 관련된 교육, 훈련 비용)
- **지역수준에서의 지출의 권한 정도**
 - 공공보건의료 기관, 시설들이 자체적으로 반복비용을 책정할 권한을 가지는가? (의약품 조달, 기름과 전기, 의료기기 보수, 초가인력 고용 등)
 - 중앙과 지역, 시설수준에서 예산집행을 관리감독하는 회계감사(auditing) 기능이 존재하는가?

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

보건의료제공자들과의 계약과 이에 대한 보상지불이 어떤 방법으로 이루어지고 있는지에 대한 파악을 위해서는 아래를 참고하라.

표 3-44. 구매와 보상지불방법

- **지역정부와 공공/민간 서비스 제공자들 사이에 계약이 존재하는가?**
 - 공공 부문에서 어떤 계약 기전이나 성과에 따르는 인센티브 지급 방법이 있는가? 있다면 이를 파악하되 입원진료와 외래를 구분해서 파악
 - 민간부문과의 어떤 종류의 재정할당이나 계약, 성과에 따른 인센티브 지급 방법이 있는가? 만약 있다면 이를 파악하고 비영리민간제공자(NGO, 종교 단체 기반 조직)와 영리 민간 제공자를 구분해서 확인
- **공공부문에서 본인부담금 정책**
 - 환자들이 외래 방문에 본인부담금을 지불하는가? (진료, 의약품, 진단 검사 등)
 - 환자들이 입원 치료에 본인부담금을 지불하는가? (입원 진료와 처방, 의약품

비용, 진단검사 등)

- 취약계층에 대해서 본인부담금을 면제해주는 정책이 있는가? (ex. 5세 이하 아동이나 노인, 빈곤층 등에 대해)

■ **본인부담금 재정의 할당**

- 시설에서 얻은 본인부담금은 어디에서 사용되는가? 전체/일부분이 해당 시설에서 사용되는가?
- 만약 그렇다면 이 본인부담금을 어떻게 사용해야 하는지에 대한 지침이 존재하는가? 있다면 이에 대해서 제시할 것, 이런 본인부담금 재정의 사용에 대해서 지역에서의 감시나 참여가 있는가?
- 지역 병원이나 일차의료시설에서 본인부담금 재정이 전체 재정에서 차지하는 비중은 얼마나 되는가?

■ **공공부문에 비공식적인 본인부담금(table money)이 존재하는가?**

- 공공부문에서 비공식적인 본인부담금이 광범위하게 제공되는가?
- 어떤 종류의 비공식적 본인부담금이 존재하는가?
- 서비스 접근성에 비공식적 본인부담금이 미치는 영향은 얼마나 되는가?

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

3) 실행단계

Check point 3. 실행단계

- ▷ 참여적 우선순위 선정
- ▷ 참여적 의사결정을 위한 지역사회와의 연대
- ▷ 보건의료인력 교육

(1) 참여적 우선순위 선정

희소한 자원을 어떻게 효과적으로 사용할 것인지 선택하기 위해서 우선순위 선정은 피할 수 없는 과정이다. 가장 간단한 방법은 가장 중요한 순서대로 문제들을 나열하는 것이다. 우선순위 선정 방법으로는 BPRS(Basic Priority Rating System),

PEARL(Propriety, Economic Feasibility, Acceptability, Resources, Legality), Golden Diamond, PATCH(Planned Approach To Community Health) 등을 비롯해 다양한 방법들이 알려져 있다(자세한 우선순위선정 방법론에 대해서는 앞의 장들을 참고).

우선순위 결정을 위한 어떤 방법도 지역에서 얻어진 질병부담에 대한 정보에 기반을 둔 것이어야 한다. 국가적인 우선시하는 정책이나 원조단체의 전략이 지역주민들의 요구보다 우선시 되어서는 안된다.

Box 6. 보건의료문제들에 대한 우선순위 선정의 기준

- **중대성 Magnitude**: 얼마나 많은 사람들에게 대한 문제인가? 인구전체의 어느 정도 부분의 사람들에게 영향을 미치는가?
- **심각성/위험성 Severity/Risk**: 이 문제가 사람들의 일상에 얼마나 영향을 미치는가? 생명을 위협하는 문제인가? 유병과 발병이 일반적인 생활에 지장이 되는가? 생산성을 떨어뜨리는가?
- **실행가능성 Feasibility**: 만약 문제가 변화시킬 수 없는 것이라면(있다고 하더라도 해결하기 위해 지나치게 많은 자원과 시간이 필요한 것이라면) 이것을 우선순위로 선정하기는 어렵다.
- **중재의 비용-효과성 Cost-effectiveness**: 문제가 해결되는 것이 중재 비용과 대비해보았을 때 충분히 효과적인가?
- **정치적 기대 Political expediency**: 위의 모든 조건들을 충족시킨다고 하더라도 중앙 정부 및 지역 정책결정자들의 정치적 지원이 없이 그 문제를 우선순위 목록에 선정하기는 매우 어렵다. 정책결정자들을 설득하고 지지를 이끌어내기 위해서도 우선순위 선정은 언제나 근거에 기반(evidence-based)한 것이어야 한다.

필수 보건의료 서비스는 건강증진, 예방, 치료, 재활에 거쳐 다양한 보건의료적 중재를 포함한다. 다양한 범주에서 질병부담에 대해 가장 큰 효과가 있을 수 있는 중재들이 선택되어야 한다. 또한 이런 중재는 비용-효과성과 접근의 형평성과 같은 요소들이 고려되어야 할 것이다. 하지만 이런 서비스는 각 국가에서의 보건의료 우선

순위와 사회적 경제적 상황에 따라서 달라진다. 따라서 전체적 접근에서 가장 중요한 부분 중의 하나는 각종 의사결정 과정에 **아래서부터의 상향식 참여(bottom up approach)**가 보장되어야 한다는 것이다. 새로운 프로그램 혹은 지역사회적인 보건의료체계 프로그램의 도입은 일방적인 하향식 조달이 아니라 그 계획과 설계 단계에서부터 정책 입안과 집행, 이후 피드백과 모니터링의 전체 단계에서 실제 프로그램의 수혜를 받는 대상자들의 참여를 필요로 한다. 이는 곧 필수보건의료서비스의 결정과 같은 의사결정이 지역에서 일상적으로 진료를 수행하는 의료제공자부터 관리자 및 지역사회 구성원들 모두에게 실용적이고 수궁이 되는 것으로 받아들여져야 함을 뜻한다.

참여적 의사결정과 지역사회와의 효과적 연대를 위해서 지역에서 실무 진행자들은 아래의 방법들을 이용한다(WHO/AFRO 2008).

표 3-45. 참여적 의사결정을 위한 전략

참여적 의사결정을 위한 전략
• 지역사회에 기반 조직, 지역사회 지도자(정치적, 종교적, 교육 등), 지역의 보건의료체계를 강화시키기 위해서 중요한 역할을 할 수 있는 여타 주민들을 발견(Identification) • 지역 보건의료정책을 계획하고 실행할 때에 주인의식을 발휘하고 제 역할을 해낼 수 있는 지역사회의 주민들을 계획과 실행 단계에 참여시키고 동기부여를 위한 교육을 실시 • 지역 지도자들이 프로그램을 지지하도록 설득하고 홍보 • 올바른 정보를 전달하고 주민들의 참여를 독려할 수 있도록 지역 보건의료기관의 직원과 지역사회 교육자들에 대한 훈련과 지지 강화 • 지역사회 주민과 보건의료시설 직원들과 합의를 이루고 협력과 책임에 대해서 서로 규정하고 인식할 수 있도록 함(Networking) • 프로그램 중재 과정에 대해서 지역 지도자들에 대해서 정보를 전달하고 현황을 파악할 수 있도록 공식적 비공식적 의사소통의 통로를 확보 • 지역사회 건강상태 개선의 결과가 지역사회의 기여에 의한 것임을 지역주민 전반을 대상으로 모니터링하고 홍보

(2) 보건의료인력(Health Workforce)

수직적 프로그램에서 인력 훈련은 매우 짧은 기간에 특정 질병에 대해서 교육을 받으며 단기간에 실전에 투입된다. 총체적 접근에서 인력 훈련은 훨씬 더 오랜 기간을 소요하며 이들에 대한 교육은 더욱 포괄적이고 체계적으로 이루어져야 한다. 더 나아가 의료서비스는 특정 목표 질병을 진단하거나 치료하는 것에 그치는 것이 아니라 환자의 전반적인 건강상태에 대한 것이어야 하므로 일선 인력들이 이에 대응할 수 있도록 지속적으로 이들을 교육 훈련시켜야 한다.

이런 인력교육의 지속가능성을 위해서는 전반적인 교육 역량을 수원국의 리더쉽과 거버넌스 하에서 진행하는 것이 중요하다. 특히 전체 보건의료교육기관을 통합하는 기관을 두는 바람직하다. 수직적인 다수의 프로그램이 진행되는 경우 많은 인력들이 중복되는 프로그램에 의해 각각의 프로그램에 필요한 훈련을 받으며 이것이 서로를 효과적으로 보완하지 못하는 경우가 많다. 따라서 교육체계 역시 국가정부(복지부) 혹은 지방정부의 주도 하에 포괄적인 통합교육기관을 제도화하고 원조파트너들에게 공동기술지원 및 공동재정지원을 받는 방식의 조화로운 기술원조를 제공받는 것이 효과적이다. 따라서 이를 위해서는 중앙정부와 연계하여 교육기관을 연계하는 방안이나 지역에서의 보건의료인력 교육기관을 직접 설치하는 방안 등을 고려할 수 있다. 하지만 어떤 경우에서도 보건의료인력의 교육과 인증, 평가는 국가의 보건의료체계에서 매우 중요한 부분이므로 중앙정부와 보건부와의 긴밀한 협조와 대화가 필수적이다.

표 3-46. 인력 관리에서 고려해야 할 사항들

- 자기 주도적인 관리 역량을 만들 수 있게 훈련한다. 한 가지 프로그램이 아니라 지역의 필수 보건의료 개입을 위한 역량을 종합적으로 키워야 한다.
- 사전 교육과 업무 중 교육, 보수교육 등 다양한 감시지원의 기회를 이용하여 연속적인 교육을 실시하며 이런 역량강화를 모니터링의 일부로 활용한다.
- 동기부여를 위해서는 지지적인 관리감독과 성과에 대한 피드백, 직원들의 배치에 대한 세심한 관리, 재정적, 비재정적 인센티브의 지급 등이 주효하다.

* Source: Chatora, R. and P. Tumusiime (2004). "planning and implementation of District health service." World Health Organization Regional Office for Africa: Brazzaville.

Box 7. 일선 관료(Street level policy implementers)의 중요성

일선 공무원 혹은 일선 관료(Street level policy implementers, street level bureaucrats)라고 부르는 이들은 정책이 집행되는 과정의 가장 말단에서 서비스를 제공하는 자이다. 이들은 스스로 그 정책을 설계하지 않지만 각자가 가진 자율성에 따라서 해당 정책의 내용을 재해석하고 각자의 우선순위에 따라서 정책의 입안을 변경할 수 있다. 이것은 보건의료정책의 입안에서도 마찬가지인데 이들은 업무수행과정에 있어서 주민들과 지속적이고 직접적인 상호작용을 하며, 업무수행상 상당한 독립성을 보유하는 특징이 있다. 이들은 만성적인 자원부족과 모호하고 상충되는 목표, 성과 측정의 어려움 등 어려운 업무상황 속에서 직무상 독립성과 재량권을 가지게 되며 정책에 입안 및 주민들에게 중요한 영향을 미칠 수 있다(정우일 1998).

국제보건의료 사업에서도 지역보건의료 관리자들이 사업의 성격을 제대로 이해하지 못하기 때문에 실패했던 사례들이 존재한다(De Savigny and Adam 2009). 특히 수직적으로 조달되는 하향식 의사결정과정에 의해 만들어지는 정책에 대한 일선관료의 이해 부족이나 선입견은 오히려 상부 정책결정자들의 의지와 노력보다도 더 큰 영향을 미치게 된다. 아래부터의 저항을 극복하기 위해서는 현실적인 관점으로 실무자들의 입장을 이해하고 정책에 포함하려는 노력이 필요하다. 빠르고 적절한 방식으로 정책집행과정에 일선에서 일하는 실무자들의 목소리가 반영될 수 있어야 한다. 이를 위해서 지역정부 수준에서 보건의료정책 설계 과정에 현실적인 입장을 대변할만한 이를 포함해한다. 아래서부터의 목소리를 반영하는 데에 sub-national 수준의 접근은 장점을 갖는다. 회의에 일선 담당자의 혹은 이들을 대변하는 이의 참여보장하고 발언권한을 제공해야 한다. 지역적 접근의 일선실무자의 참여는 좀더 구체적이고 현실적인 시각을 반영할 수 있게 해 줄 것이다. 이후의 정책 집행 과정에서도 지역수준의 집행은 그 규모에서 중간 관리자들을 통한 일선 관료들에 대한 가시적인 통제를 용이하게 한다. 일선 관료들에게 정책에 대해 충분한 정보를 제시하고 정책의 목표를 이해하여 효과적인 업무를 수행할 수 있도록 해야 한다. 현장에서의 목소리를 취합하여 사업계획에 반영하는 데에도 지역적 접근은 규모적 이점을 가질 수 있다.

4) 모니터링 및 평가

Check point 4. 모니터링과 평가

- ▷ 참여를 통한 모니터링과 통제
- ▷ 지역 보건의료현황 제시와 홍보: 질병부담툴킷
- ▷ 장기적인 평가

(1) 참여를 통한 모니터링과 통제

모니터링은 각 단계별로 투입물, 산출물, 목적, 목표에 대해 모두 이루어 져야 한다. 장기적인 결과와 영향에 대한 고려를 잊지 않으면서도 각각의 단계에서 지역주민들과 합의를 통해 설정한 목적과 목표를 달성하기 위해 지속적인 확인이 필요하다. 실제로 정기적인 모니터링과 목표치의 달성을 확인하는 것은 사업에 참여하는 이들과 관리자들이 책임의식을 가지게 하며 이것이 사업에 긍정적인 영향을 끼치게 된다 (UNICEF, 1996).

다만 어떤 사업이든 효과가 나타나기 위해서는 시간이 걸리고 지역 전반적인 보건의료체계 강화를 위한 중재는 더욱 장기적인 시각으로 목표를 바라보아야 한다는 점을 기억해야 한다. 전체적 접근에서 더욱 중요한 것은 해당지역에서 문제를 선정하고 이를 해결할 수 있는 체계를 강화하여 지역에서 자체적으로 보건문제를 해결하기 위한 능력을 키워 주는 것이다. 따라서 각각 목표나 목적의 달성도 중요하지만 그보다 이러한 과정을 통해 장기적인 결과를 기대한다. 지역의 역량이 강화되어 궁극적으로 스스로 지역의 문제들을 해결해 나갈 것을 기대하는 것이다.

모니터링은 다양한 방식으로 이루어진다. ▷보건의료관리정보시스템의 개선과 주기적인 보고서 제출 ▷관리 보고서(supervision report) ▷프로그램 진행현황 보고서 ▷실행계획 보고서 등 다양한 보고서들은 수원국의 실무자 및 관리자들이 작성하여 지방정부를 통해 제출하거나 KOICA의 직원, 관련 원조 기관의 직원 등이 직접 작성하게 된다. 여기에서도 참여적인 방식은 필수적이다. 현황을 파악하고 보고하는 데에

있어 사업 실행 당사자들의 의견만 제출되어서는 부족하다. 참여적 의사결정 전략을 이어나가야 한다. 이들은 지역의 질병부담을 고려하는 우선순위 결정 뿐 아니라 목표와 지표 선정, 그리고 이것의 모니터링과 보고 단계에까지 개입할 수 있어야 한다.

(2) 지역의 보건의료현황 제시와 홍보

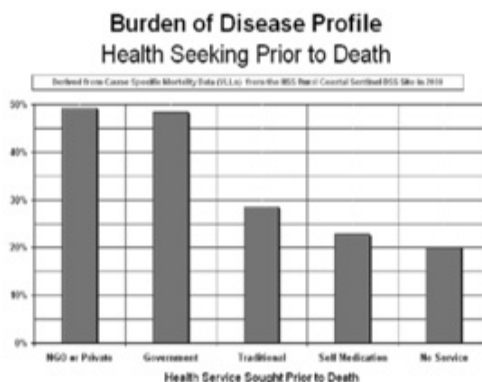
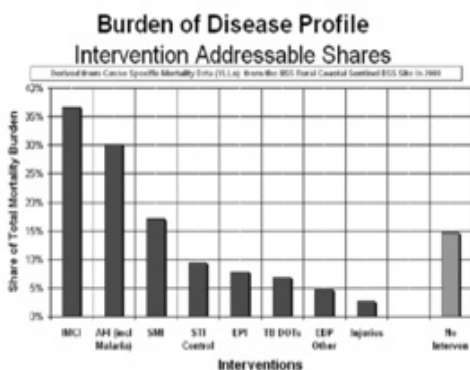
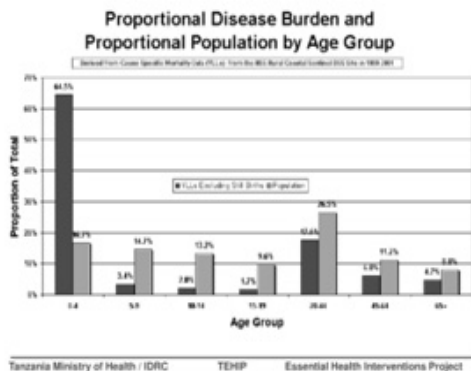
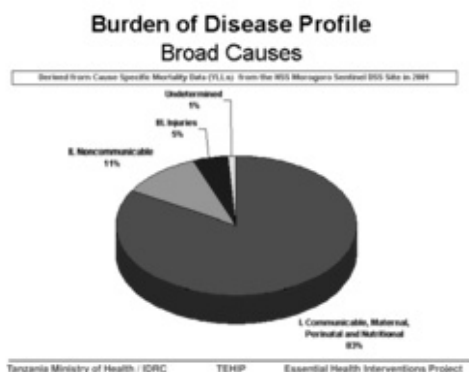
모니터링을 넘어서서 중재의 결과에 대한 정보의 다각적인 공유를 위해 지역의 보건의료현황에 대한 정보를 제시하고 공유하는 방법으로 TEHIP 에서 매우 효과적이라는 평가를 받았던 **질병부담툴킷(Burden of disease toolkit)**의 사용을 고려할 수 있다. 질병부담툴킷은 사전 조사 및 정보수집 과정에서 얻은 지역의 질병 부담에 대한 정보를 정책 계획에 바로 반영할 수 있도록 매우 실용적이고 보기 좋게 통계와 그림으로 나타내는 방법이다. 새로 지역에서 획득한 정보를 수원국의 주요 이해당사자들에게 제시하여 필수적인 의료서비스 선택을 비롯한 정책 우선순위 선정에 근거에 기반한 효과적인 정책을 선택하도록 하는 것이 그 목적이다.

자료를 구성할 때 가급적이면 모든 정보는 그림으로 나타나고 설명은 간략하게 각 주로 삽입하는 것이 좋다. 다음은 TEHIP에서 제시하였던 질병부담의 분포이다.

표 3-47. 질병부담툴킷(Burden of disease toolkit)

질병부담툴킷(Burden of disease toolkit)
▪ 포괄적 사망 원인(예. 감염성/비감염성/외상) ▪ 주요 사망 원인(감염성/주산기/모성/영양 등) ▪ 연령 별 사망(5세 이하, 5세 이상, 가임기 여성) ▪ 지역 보건의료서비스의 비용-효과적인 중재 가능성 여부 ▪ 추가 정보 □ 출생과 사망의 분포 □ 질병 사망의 계절과 월별 추세 □ 출생과 사망의 장소 별 분류 □ 사망 전 의료이용 관련 행동

*Source: TEHIP “interventions”, Tanzania MoH (Savigny, Kasale et al. 2002)



위와 같은 정보는 국가 및 국제원조자들에 의해서 수직적으로 실행되고 있던 기존의 프로그램이나 정책적 우선순위와는 다른 결과를 나타낼 수 있다. 예를 들어서 말라리아의 질병부담이 전국적으로 높은 수준의 나라에서도 고산지대 산악지역에서는 말라리아에 대한 피해가 거의 없을 수 있다. 따라서 지역에서의 핵심적인 정보를 파악하고 관리하는 것이 더욱 근거에 기반한 접근을 가능하게 해준다.

수집한 정보들을 간단한 컴퓨터 프로그램(엑셀과 파워포인트 등)을 이용해서 가급적이면 그림으로 정돈한다. 정보들을 매년 질병부담프로필로 업데이트하여 정책결정자와 실무자 및 중앙정부로 빠르게 전달하고 이들이 새로운 계획을 세울 때 이용하기에 용이하도록 해야 한다. 많은 경우 개발도상국에서 중요한 의사결정들이 근거와는 무관하게 관습적으로 이루어지고 있다. 지역에서 수집하고 제공된 정보들이 믿을 만한 것이고 또 이에 기반한 정책결정이 보다 더 효과적일 수 있다는 점을 정책결정

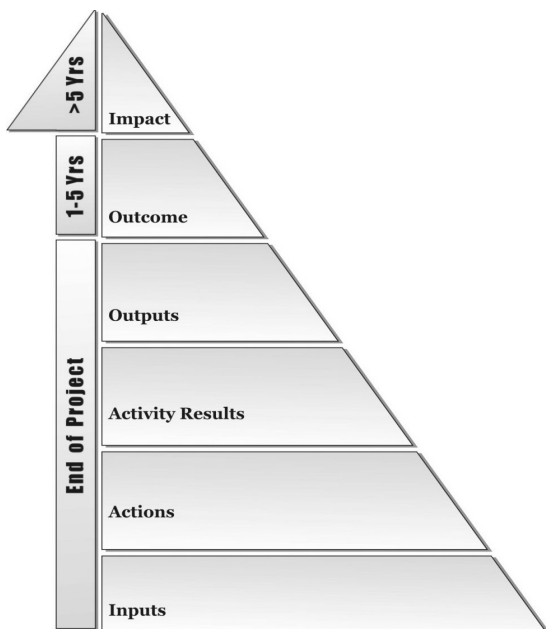
당사자들에게 인식시켜줄 수 있도록 노력해야 한다. 실제로 탄자니아에서 지역의 정책결정자들 및 보건의료 관료들은 매년 업데이트 되는 질병부담 툴킷의 자료들을 매우 신뢰하였고 이것이 TEHIP프로젝트의 성공에 크게 기여하였다고 평가했다.

(3) 평가(Evaluation)

보건의료체계의 여섯 가지 빌딩블록을 개별적으로 살펴봄으로써 기본적인 보건의료체계에 대한 이해를 얻을 수도 있지만 전체적인 관점에서 보건의료체계를 체계 전반에 걸쳐서(across the entire system) 그 상호관계와 영향들에 대해 살펴 볼 필요가 있다. 전체 시스템의 평가를 살펴보기 위한 포괄적인 지표로 WHO가 제시하는 의료체계의 성과 평가기준은 ▷형평성과 효율성 ▷접근성 ▷서비스의 질 ▷지속가능성이다.

평가를 수행하는 시기는 다양할 수 있다. 본격적으로 정책을 집행하기 전에 가능성과 발달 요구를 확인하고 계획의 실행가능성을 결정하기 위한 **사전평가**와, 집행과정 도중에 수정이 이루어져야 하는 취약지점에 대해서 파악하고 현재의 계획을 수정하거나 보충해야 할 만한 점들을 발견해 내는 **중간평가**, 프로그램 집행 이후에 프로그램의 효과와 영향에 대한 정보를 수집하는 **사후평가**가 있다.

지역보건의료체계 전부분 강화의 평가는 통상적인 수직적인 프로그램의 평가에 비



해서 매우 어려울 수 있다. 평가를 해야 하는 대상이 명확하지 않고 지표를 선정하기 어렵다는 문제점에 부딪히게 된다. 또한 이런 평가 또한 각 지역의 맥락적 상황에 따라 크게 달라질 것이다. 하지만 전반적인 보건의료체계의 개선을 평가하기 위해서 개발된 지표들이 존재하며 이에 대해서는 본 매뉴얼의 제6장 제1절의 “보건의료체계의 평가” 부분을 참조할 수 있다.

포괄적인 평가는 맥락(context)과

투입(input), 과정(process), 그리고 효과(outcome)을 모두 포함해야 한다. 하지만 평가단계에 많은 내용을 담기를 시도하면 할수록 평가의 비용은 상승한다. 따라서 평가를 수행하기 전에는 각각의 방법에서 올바른 실행안과 방법을 확인하고 비용과 평가의 필요에 대해 고려해야 한다.

전체적 접근에서는 평가과정도 역시 주민들과 지역의 이해당사자들이 참여해야 한다. 객관적인 지표가 아니더라도 이들의 만족도와 개선에 대한 인식 역시 확인해야 한다. 설문을 통해서 지역에서 주인의식과 책임감을 확인하는 것이 오히려 궁극적으로 사업의 성공적인 수행의 지표가 될 수도 있다.

Box 8. 모범적인 Subnational level에서 전체적 접근을 통한 보건의료체계 강화의 사례 및 시사점 (De Savigny, Kasale et al. 2008)

여기에서는 Subnational level에서 총체적 보건의료체계 강화의 좋은 예시로 제시되고 있는 예로는 탄자니아의Tanzania Essential Health Interventions project(이후 TEHIP)를 소개한다. TEHIP 프로젝트는 원조자 피로(Donor Fatigue)를 야기하던 분절화되고 비효율적이었던 수직적인 접근들에 대한 대안으로 제시된 것이었다. 아프리카의 원조사업에서 높은 유병율과 사망율을 감소시키기 위해서는 고가의 새로운 약이나 백신이 중요한 것이 아니라 체계 수준에서의 중재가 더 중요하다는 인식이 대두되었다. 보건의료자원을 전략적으로 필요한 부분에 할당하고 보건의료시설 일선에서 활동하는 보건의료 정책가들이나 개개인의 보건의료 인력들이 좀 더 효과적으로 일할 수 있도록 하는 것이 중요하다는 합의 하에 새로운 시도가 시행되었다.

이 프로그램을 실행한Canada's International Development Research Centre(IDRC)는 1993년 World Bank의 국제 개발 보고서의 가정에 기반하여 사업을 수행하였다. 1993년 World Development report에서는 지역적으로 부담이 되고 있는 질병에 대한 직접적인 비용-효과적이고 근거에 기반한 최소한의 건강 중재 개입(minimum package of health interventions)이 전체 건강 상태에 커다란 향상을 가지고 올 수 있다고 하였다. 특히 이 보고서에서는 개발도상국에서 1인당 12\$정도의 추가적인 보건의료재정 투입을 통해서 필수적인 보건의료서비스(Essential health service)를 80%의 인구에게 제공하는 것이 전체 질병부담의 32%를 감소시킬 것이라고 추계하였다.

이런 이론적 내용에 대해 많은 연구자들이 공감하고 합의를 이루었으나 이런 개입을 어떻게(how)시행할 것인지에 대한 의문이 남아있었다. 이에 CIDA의 주도 하에 필수 보건의료중재 프로젝트(Essential Health intervention project)가 발족되었고 논의 끝에 탄자니아가 사업지역으로 선정되었다.

이렇게 시작된 TEHIP은 1996년 4년 기간의 연구개발 프로젝트로 시작되었다. 광역지역수준에서 보건의료체계가 효과적으로 작동하기 위해서는 어떻게 해야 하는가에 대한 관심을 일차적으로 중심에 두면서 사람들이 필요로 하는 가장 명확한 의료 요구에 합리적이고 논리적으로 자원을 배분하기 위해 노력했다. 프로젝트의 목표는 크게 세 가지로 요약될 수 있다.

- 기술적 분배적 비효율을 개선하기 위해 지역에서 실질적인 요구와 질병부담(Burden of disease)에 해당하는 비례적인 재정배분(proportional spending)
- 근거 중심적인 접근을 기본으로 비용-효과성이 입증된 중재들의 우선적인 시행
- 지역적인 보건의료정책의 계획과 관리 능력의 향상

이 목표를 위해 탄자니아에서는 해안가와 산악지역에 위치한 시골 지역인 Rufiji와 Morogoro에서 TEHIP프로젝트를 진행했다.

두 지역의 인구는 모두 74만명 정도이다. TEHIP사업에서 적용되었던 두 가지 원칙은 다음과 같다. 첫째, **탈중앙집권적인 보건의료개혁**을 수행하는 것이다. 탄자니아에서는 1990년대 후반 탈-중앙집권화(Decentralization)를 통해 보다 합리적이고 효율적인 보건의료체계로의 구조조정을 이루고자 하였다. 이는 지방정부가 자체적으로 지역의 질병부담을 파악하고 재정을 계획하고 할당하여 운용할 수 있도록 중앙정부의 권한을 위임함으로써 TEHIP사업이 보다 전체적이고 통합적으로 지역보건의료체계에 중재를 시행할 수 있도록 하는 기반이었다. 둘째, **원조자들의 개입을 최소화하는 SWAp 방식의 원조**를 수행하는 것이다. CIDA, DANIDA, WB, GTZ, USAID, JICA 등 여러 국제원조 파트너들에 의해서 이루어진 재정 지원은 복지부에서 관리하는 fund에 공동재정 지원으로 관리되었다. 따라서 국제원조파트너들 간의 경쟁이 억제되고 좀 더 유연한 자금 이용이 가능했다. 지역의 보건의료 우선순위에 따라서 분배적으로 재원을 배분하고 비용-효과성이 밝혀진 중재에 재원이 투자되고 남은 부분은 지역에 필요한 사회기반시설(시설 건축 보수, 역량강화 교육, 필수약품 구매 체인 구성, 교통시설, 업무용 컴퓨터의 구비 등)에 사용될 수 있었다.

1993년부터 1996년까지 IDRC는 탄자니아의 복지부를 초청해서 프로그램 계획 설계를 위한 워크숍을 진행했다. 오랜 사전준비기간을 통해 정보를 수집한 이후 1996년 12월 지역 서베이일런스 체계(Demographic Surveillance system, DSSs)을 구성, 해당 지역의 지배적인 질병부담이 무엇인지에 대한 통합적인 정보를 수집하도록 하였다. 이에 의해 지역에 123개의 지역보건관리팀 District health management Teams(DHMTs)이 구성되었다. 이들은 수동적으로 국가의 우선순위에 따라서 자원을 할당하는 것이 아니라 지역적인 질병부담을 파악하고 적절하게 재정을 배분하기 위한 정보를 모으는 역할을 했다.

Demographic surveillance system(DSSs)는 전체 인구를 대표하는 표본집단을 설정하고 이들에 대한 정보를 수집하였다. 적절하게 교육받은 요원들이 표준화된 방식으로 탄자니아의 표본지역에 직접 방문하여 정보를 수집하였다. 지역공동체의 지도자가 주요 정보제공자가 되었으며 사망자 정보의 경우 해당 가정에서 구두로 사망원인을 파악(verbal autopsy)하도록 하였다. 특히 이때 은퇴한 의료인과 같은 이미 지역의 지도자 혹은 위원회에서 활동하고 있는 기존의 질병부담에 대한 정보를 가지고 있는 인력들의 참여가 큰 도움이 되었다.

또한 지속 가능한 테스크포스팀을 유지해 나가기 위해 이에 필요한 인력을 교육시키고, 이들의 활동을 모니터링 평가하는 관리 체계가 구성되었다. 이에 가장 큰 책임을 지게 된 기관은 Zonal training Centre(ZTC)로 전체 보건의료교육기관들을 통합하는 역할을 한다. ZTC는 원조자들의 공동예산지원을 통해서 유지되며 DHMT 뿐 아니라 이들을 모니터링하는 중간 관리자, 각 지역에서 직접 보건의료서비스를 제공하는 의료인력들에 대한 교육을 통괄한다.

수집된 정보들을 이해하기 쉽고 편리하게 만들어서 정책입안자 및 상부 관료들에게 제시할 수 있도록 하는 toolkit이 여러 가지 개발되었다. Toolkit의 개발에 있어 매우 실용적인 접근이 중요하다. 수집한 자료를 제시할 때에 너무 많은 정보를 제공하는 것은 이미 과중한 업무와 너무 많은 숫자에 혼란스러워 하는 중간관리자 및 정책결정자들에게 뚜렷한 방향을 제시하지 못한다. 따라서 매우 명료하고 간단한 자료 제시가 필요하다. 필요한 정보를 빠르게 파악하고 확인하여 바로 응용할 수 있는 자료를 생성해 내도록 해야 한다. 이를 위해 탄자니아에서는 1) 매년 지역인구건강상태를 확인하고 선택할 수 있는 비용-효과적인 중재package등을 포함한 내용으로 향후 계획을 세우는 데

에 도움이 되는 연간 보고서 형식으로 제시되는 지역 질병부담실태 도구(district burden of disease profile tool)과 2) 각 프로그램이 전체 재정에서 몇%의 자금을 사용하고 이 자금들의 원천이 어디인지, 또 이전에 비해 증가하거나 감소하고 있는지 등을 그림으로 보여주는 프로그램인 지역 보건의료재정 도구(District health account tool), 3) 지역에 어떤 의료서비스 기관들이 존재하고 어떤 자원들이 있는지를 비롯해 마을과 도로, 강, 행정적인 경계, 학교와 의료시설 등이 표시되는 지도와 데이터베이스를 통합하여 만드는 지역 보건의료서비스 매핑 도구(District health service mapping tool) 등이 만들어졌다.

지역의 요구를 수렴한 근거에 기반한 예산 할당이 이루어졌다. 가장 많은 비중을 차지하는 것은 영아들에게 비타민A의 보충과 예방접종, 모유수요 촉진 및 포괄적인 아동 보건 프로그램인 Integrated Management of Childhood Illnesses(ICMI)과 살충제 도포 방충망Insecticide-treated bed nets(ITNs) 배부 및 사용권장을 비롯한 말라리아 예방 프로그램이다.

지역주민의 참여와 동원 역시 매우 중요한 전략이었다. 탄자니아 Rufiji 지역의 District Executive director 인 Faustin은 “보건의료개혁의 생명줄은 주민참여에 달렸다(The lifeblood of health sector reform is community participation)” 라 말했다. 하향식 정책전달과 집행에서 단지 수동적인 수혜자의 입장을 가지고 있는 주민들이 스스로 공동체의 요구와 필요를 표현하고 참여를 통해 그런 목표를 달성해나가는 과정이 보장될 때 커다란 변화가 발생한다. TEHIP프로그램의 파일럿연구가 진행되었던 Rufiji에서는 지역의 역량을 강화시키는 데에 노력을 하였다. 지방정부는 각 마을에 의약품과 장비, 그리고 보건의료인력의 봉급과 같은 재정을 지원하기로 약속하는 대신 각 마을들이 자체적으로 마을보건원Health post의 시설 유지보수와 운영할 것을 약속하도록 했다.

이에 의해 각자 마을의 시설 운영을 책임지게 된 주민들은 이 과정 속에서 보건원 시설의 유지 및 보수뿐 아니라 새로운 요양 시설이나 학교, 교회 시설의 보수 등 지역 사회 개선을 위한 의견들을 내어 놓았다. 그 단적인 예로 Rufiji의 Kilimani 에서는 마을보건원의 유지보수를 위해 만들어진 주민들이 마을의 지도자 격인 노인들을 주축으로 지역의 캐슈넛, 쌀, 생선, 목제 등에 대해 일정한 세금을 부과하여 재정을 마련하여 마을에 수도시설을 설치했다. 이는 주민들의 위생상태를 개선하였을 뿐만이 아니라 강으

로 물을 길거나 빨래를 하러 갔다가 악어에게 물리는 손상사고를 크게 감소시켰다.

지역의 보건의료담당자는 마을사람들의 태도가 크게 달라졌다고 놀라워했다. 이전에는 마을보건원의 자물쇠가 고장이 나도 사람들은 정부에서 사람이 내려와서 이를 수리 해주기를 기다렸다면 이제는 적극적이고 능동적으로 대처한다는 것이다. 지역 주민들은 이런 새로운 보건의료체계의 성과를 매우 자랑스러워 하며 보다 더 개선되기를 요구했다. 특히 이런 지역의 목소리를 듣기 위한 실무자의 협조적 자세와 Community voice toolkit으로 의견을 수렴하여 상부에 전달하는 방식이 효과적이었다는 것은 여러 지역에서의 실무자들에 의해서 확인되었다.

결과적으로 지역중심의 전체적인 접근으로 보건의료체계 강화를 꾀하였던 TEHIP의 프로그램이 진행된 탄자니아의 두 개의 지역에서 5년 간 아동사망율이 40% 이상 감소 하였으며 15세에서 60세 사이 청소년과 성인 사망율이 18% 감소했다. 이들의 성공은 보건의료체계에 대한 투자가 효과적이라는 것을 입증하였을 뿐만이 아니라 지역적인 수준에서 결정되는 필요와 수요에 대한 투자가 필수적이라는 것, 제한된 자원을 관리하고 할당하는 과정에 있어서 지역적 거버넌스와 리더십이 중요하다는 것, 그리고 이러한 체계적인 접근은 짧은 시간 내에 되지 않는다는 것, 특히 시설이나 사회기반구조와 같은 물질적인 자원뿐만 아니라 인적 자원을 비롯한 사회적 역량을 강화하는 것이 필수적임을 제시하는 근거가 된다.

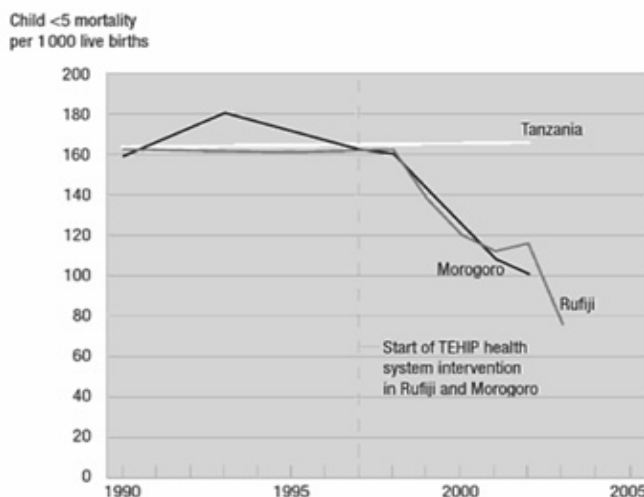


그림 3-15. TEHIP 이후 5세 미만 아동 사망률과 영아사망률의 개선

TEHIP 프로그램은 이런 뛰어난 성과에 힘입어 국가적인 프로그램으로 확장되었다. 국가의 적극적 개입에 의해 탄자니아의 보건의료시스템은 공공보건의료지출을 2배로 늘리면서 전국적으로 탈-집중화된 섹터예산지원을 시행하였으며 1990년 1000명당 141명이었던 5세 이하 아동사망율은 2003년 24% 감소한 112명으로 낮추었다. 2008년 Masanja et al. 의 연구에서는 1990년대 이전의 보건의료개입이 그리 효과적이지 못했다고 가정, 출생률, 경제성장, 기근과 빈곤율 변화, 자연재해와 홍역, 수막염 등 아동 질환의 유행 등의 혼란변수를 통제하고 1990년 이후의 자료를 이용하여 추계하였을 때 탄자니아는 2015년 MDG4의 목표인 5세이하 아동사망율의 2/3을 감소(47/1000)를 달성할 것이라고 예상하였다(Masanja, de Savigny et al. 2008).

제4절 일차보건의료를 통한 보건의료체계 강화 전략(PHC for HSS)

1. 배경과 개념²¹⁾

1) 정의

일차보건의료(Primary Health Care, 이하 PHC)는 1978년 WHO의 알마아타 선언에서 선진국과 개발도상국 사이의 건강불평등과 각 나라 안에 존재하는 건강불평등의 대처 전략을 개발하기 위해 발표된 구체적인 전략개념이다. 알마아타 선언에서 제시된 PHC의 정의는 다음과 같다(World Health Organization, 1988).

“일차보건의료는 지역사회의 개인과 가족 누구나 접근할 수 있는 실제적이고 과학적으로 타당하며 사회적으로 받아들일 수 있는 방법과 기술에 기초한 필수적 보건의료를 말한다. 이는 자조와 자결의 정신을 살려 발전의 모든 단계에서 가족과 개인이 완전히 참여하고 지역사회와 국가가 비용을 스스로 부담할 수 있어야 가능하다. 일차보건의료는 한 국가의 보건의료체계의 중심 기능이자 주된 초점을 이루는 부분이며, 지역사회의 전반적인 사회, 경제적 발전의 한 부분이다. 또한 이는 개인, 가족, 지역사회가 국가보건의료체계와 처음 만나는 곳으로 사람들이 살고 일하는 장소에서 가능한 한 가까운 곳에서 만나는 보건의료를 말하며, 연속적인 보건의료 과정에서 첫 번째 요소를 차지한다.”

즉 PHC는 주민의 보건의료 필요에 입각하여 다양한 보건의료서비스가 종합적으로 제공되도록 하는 것이고 이를 위해 정부의 투자를 이끌어내는 전략계획이며, 이를 통해 각국이 직면한 보건의료 문제를 해결할 수 있는 능력을 갖추도록 하는 것이다. 그러기 위해 다음과 같은 원칙이 제시되고 있다(서울대학교 의과대학 의료관리학 교실, 2012).

- 사람들의 생활양식을 둘러싼 친근하고 설득력 있는 일차보건의료
- 지역사회 주민의 참여
- 지역사회의 동원 가능한 자원을 모두 활용

21) 일차보건의료에 대한 전반적인 개념과 내용은 [첨부 1] 참고.

- 지역사회나 개인을 위한 치료, 예방, 증진의 통합적인 접근
- 보건의료체계의 일선에 있는 사람은 간단한 훈련으로 제공되는 모든 서비스를 현장에서 제공할 수 있음
- 이러한 일선의 서비스 제공을 위해 필요한 전문적 상담 자원 등 기술지원이 가능하도록 할 것
- 지역사회개발의 관점에서 보건 분야와 타 부서의 협조

이상의 원칙에서도 알 수 있듯이 일차보건의료의 활동은 단순히 일차진료만을 의미하는 것이 아니라 제도적, 기술적으로는 개인, 가족 및 지역사회를 위한 건강증진, 예방, 치료 및 재활 등의 서비스를 두루 포함하는 포괄적 보건의료를 의미한다. 또한 그 활동은 주민의 집단적 건강실천을 위해 노력하는 원칙을 가져야 한다. 이러한 일차보건의료 체계의 목적은 통상적인 보건의료보다 광범위해서 정치적, 사회적 권리로써의 건강을 구현하기 위한 원리와 수단 등을 포함하고 있다. 일차보건의료의 핵심은 지역사회의 참여(community participation)와 부문 간 협력(intersectoral collaboration)을 통해, 건강에 영향을 주는 사회경제적 문제들을 해결하는 접근가능(accessible)하고 지불 가능한(affordable) 보건의료체계이다. 이를 단순하게 정의하자면 일차보건의료는 지역의 모든 개인과 가구, 지역사회를 위한 지불가능하고, 지속 가능하며, 보편적인 필수의료라고 할 수 있다(김창엽, 2012).

이것을 달성하기 위한 일차보건의료의 9가지 필수사업영역은 다음과 같다.

- ① 보건교육: 지역의 주요한 보건 문제와 그에 따른 예방과 관리방법 교육
- ② 영양: 식량 및 적절한 영양 공급의 촉진
- ③ 위생: 안전한 식수와 기초 위생의 적절한 공급
- ④ 모자보건: 가족계획을 포함한 모자보건
- ⑤ 예방접종: 주요 전염성 질환에 대한 예방접종
- ⑥ 풍토병 관리: 지역적 풍토병의 예방과 관리
- ⑦ 치료: 흔한 질병과 외상의 적절한 치료
- ⑧ 의약품 관리: 필수약품의 제공
- ⑨ 재활: 심신장애자의 재활

2) 기대 효과

포괄적 일차보건의료는 모든 나라와 지역에 적용될 수 있는 통일된 지침을 제시하지 않는다. 따라서 각 나라와 지역의 역량개발이 매우 중요하며 여러 사업에 공통적인 관리 기능(필수 의약품, 교통, 감독, 정보 등)을 통합하는 것이 핵심적 과제가 된다. 또한 일차보건의료가 현실에서 구현되기 위해서는 통합적 접근, 이상주의, 기술적 전문성, 재정이 함께 고려되어야 한다.

일차보건의료 전략에 기반한 보건의료체계 강화 사업이 시행되었을 경우, 지역에서 건강에 대한 기본적인 인식을 변화시킬 수 있다. 즉 건강이 단순히 생의학적 현상 또는 개입의 결과만이 아니라 사회적 결정요인의 결과이기도 하다는 인식을 건강과 보건의료에 중요한 패러다임의 변화를 일으킬 수 있다. 그리고 건강과 보건의료에서 불평등과 형평 개념을 확립할 수 있다. 보건의료의 형평성을 고려한 접근은 단순히 의료 서비스의 양을 늘리는 것뿐 아니라 의사결정과 실천에서 민주적 참여를 강조하는 것으로 이어진다. 즉 일차보건의료 전략의 적용을 통해 지역사회 주민참여를 활성화시킬 수 있다. 수직적 사업에서는 고려할 수 없는 지역사회 주민 참여는 일차보건의료의 기본 원칙 중 하나이다. 이를 통해 지역 주민들의 역량 강화를 도모하며 이것이 실질적인 보건지표의 향상으로 이어질 수 있을 것으로 기대할 수 있다(World Health Organization Regional office for South-East Asia, 2010).

보건의료체계 강화를 위한 일차보건의료 전략으로 또 강조해야 할 접근법은 부문간 협력(intersectoral collaboration)이다. 보건의료체계 강화를 위해서 필수적으로 이루어져야 하는 것이 시스템적 사고이고, 이를 위해 지역주민의 건강에 영향을 미치는 모든 부분을 고려해서 사업을 기획하는 것이 필요하다. 그리고 그것을 바탕으로 직접적인 보건의료 분야가 아닐지라도 지역주민의 건강에 영향을 미치는 부문에 대한 개선이 이루어져야 실질적으로 지역주민의 더 큰 건강향상을 기대할 수 있다. ‘부문간 협력’은 알마아타 선언 때부터 강조되어 온 일차보건의료의 전략이다(World Health Organization, 1978; Litsios, 2004; 김창엽 2012). 즉 잘 구성된 부문간 협력을 통하여서 지역 보건의료와 지역 주민의 건강에 영향을 미치는 부문에 개입할 수 있다.

2. 접근 전략

일차보건의료를 지역에 정착시키기 위해 시스템적 과정이 요구 된다. 시스템적 과정에는 준비과정(entry phase), 즉 지역사회 평가(community assessment)와 필요 평가(need assessment)의 단계, 기획 단계(planning), 실행 단계(implementation)와 평가 단계(monitring & evaluation)가 포함된다(Lindsey, 2002; PHRplus/Albania 2005).

PHC 프로그램을 처음 개발할 때는 이 과정을 순서대로 밟아야 하겠지만, 프로그램이 현실화되었을 때, 이 과정은 좀 더 순환적이 될 수 있고, 이러한 단계적 접근이 더 이상 필요하지 않을 수도 있다. 프로그램이 이미 운영 중에도 지역사회의 필요에 반응하여 프로그램은 수정될 수 있다. 자원을 모으고 프로그램을 모니터링하며 평가하는 것 또한 지속적으로 필요하다.

보건의료체계강화를 위한 일차보건의료 전략을 지역에서 실행하기 위한 단계와 각각의 내용은 아래의 표와 같다.

표 3-48. 일차보건의료 프로그램의 단계별 개요

단계	다뤄야 할 사안	주요 질문	성과
준비 과정 Entry phase	다양한 정보를 바탕으로 지역사회를 최대한 파악, PHC 프로그램 수행을 위한 지역 내 상황과 환경에 대한 기초적인 정보 확보 단계 (community assessment) 1) 지역 내부의 특성(인구학적, 물리적, 경제적 특성)의 파악 2) 지역의 역량 수준(지역주민 조직, 참여의 수준, 부문간 협력 수준) 파악 3) 지역주민의 필요(보건학적 필요) 파악 4) 공적 조직(중앙과 지방 정부)과 지역의 다른 개발원조기관들의 특성 파악	PHC 프로그램을 지역에서 실행하기 위해 필요한 지역정보를 획득할 수 있는가?	산출물: community assessment paper

단계	다뤄야 할 사안	주요 질문	성과
기획 단계 Planning	앞의 준비과정에서 수집된 정보를 바탕으로 PHC 프로그램을 원칙에 입각하여 지역사회에 적용하는 방안을 구상하는 단계 지역사회주민이 참여를 중요하게 고려해야 함. 주민들의 필요를 최대한 반영하여 PHC 프로그램의 목표와 목적을 수립함. 이를 위해 지역주민들의 공식적인 의사전달 통로로 지역보건위원회를 수립할 수 있음. 또한 지역사회에서 주민들의 건강에 영향을 미치는 타 부문과의 연계, 동원할 수 있는 자원(특히 인적 자원 부분)을 고려하여 프로그램을 기획.	PHC 프로그램의 기획과정에 지역주민이 참여하였는가? PHC 프로그램의 목적과 목표, 세부 사항에 주민들의 필요가 반영되었는가?	PHC 프로그램 실행 계획 수립(목적, 목표, 일정, 필요 자원 등의 계획 포함), 지역주민 보건위원회 형성
실행 단계 Implementation	기획단계에서 구성된 PHC 프로그램을 지역사회에서 실제적으로 실행하는 단계 PHC 프로그램의 9가지 영역 중 지역에 필요한 서비스가 공급되도록 함. PHC 프로그램이 지역에서 실행됨으로써 지역주민의 전체적인 역량 강화와 함께 다른 부문과의 협력이 이루어질 수 있도록 함. 또한 주민의 의견에 따라 프로그램이 수정될 수 있도록 함	기획 단계에서 계획된 것처럼 PHC 프로그램이 실행되는가?	지역주민들에게 일차보건의료서비스가 제공됨, 지역주민 보건위원회의 활동을 통한 역량 강화
평가 단계 Monitoring & Evaluation	PHC 프로그램이 계획된 대로 실행되었는지 평가함. 베이스라인과 어느 정도 발전이 이루어졌는지 파악. 문제점이 발견 시, PHC 프로그램에 그것을 어떻게 반영할 것인지 방안 모색	프로그램 수행으로 어떠한 변화가 있었는가? 프로그램에 수정이 필요한가?	결과보고서(또는 과정보고서)

1) 준비 과정: 지역사회 평가²²⁾

이 단계에서 가장 중요한 것은 가능한 한 다양한 정보를 바탕으로 최대한 지역사회를 파악하는 것이다. 이 단계에서 또한 관심을 가져야 할 것은 지역에 대한 정보 수집 방법에도 세심한 주의가 필요하다는 것이다. 지역사회 평가는 지역보건시스템의 구조를 파악하는 것, 현존하는 지역 내 기관이나 조직, 그들이 하고 있는 사업을 아는 것, 지역의 인구, 경제, 권력의 구조를 이해하는 것이 포함된다. 즉 지역 수준에서 PHC를 진행하기 위해 필요한 지역 내 상황과 환경에 대한 기초적인 정보 확보를 하는 단계라고 할 수 있다(Lindsey, 2002; PHRplus/Albania, 2005). 이 단계에서 파악해야 할 핵심적 내용은 다음과 같다.

- ① 인구학적 특성 파악
- ② 지역의 보건학적 필요 평가
- ③ 공적 행정구조, 국가 보건의료 전략의 파악
- ④ 지역의 주민참여 수준과 주민 권력 구조 파악²³⁾
- ⑤ 지역 내 조직과 부문간 협력 수준 파악
- ⑥ 지역의 보건시스템의 구조 파악
- ⑦ 지역의 물리적 특성 파악
- ⑧ 지역의 경제적 특성 파악

2) 기획 단계(Planning)

이 단계에서 가장 중요한 것은 앞의 준비 단계에서 수집된 정보를 바탕으로 PHC 프로그램을 원칙에 입각하여 어떻게 지역사회에서 구성할 것인지 계획을 수립하는 일이다. 특히 PHC의 9가지 사업 영역(보건교육, 영양, 위생, 모자보건, 예방접종, 풍토병 관리, 치료, 의약품 관리, 재활)을 어떻게 전달하고 그에 따른 자원의 동원과 주민 참여 방안 등을 고려하여 프로그램을 기획한다(Bam, Kahn, Nant'ulya & O'ngayo, 1996; PHRplus/Albania, 2005).

22) 지역사회 평가에 대한 상세한 내용은 앞 매뉴얼 '시스템적 접근을 통한 요소별 강화전략'의 현황분석을 참고.

23) 지역사회 참여와 부문간 협력의 자세한 내용은 [부록 4] 참고.

(1) PHC 프로그램 기획과정의 지역사회 참여자 선정(Björås, Haglund & Rifkin, 1991)

기획과정에서부터 지역 주민의 참여를 보장하고 그들의 의견을 반영하는 것이 중요하다. 또한 지역의 보건정책 담당자와 보건의료 제공자와의 PHC 프로그램에 대한 동의가 필요하다.

- 지역 내 여러 인구집단을 대표하는 지역주민위원회의 리더가 모두 프로그램 기획과정에 참여한다. 또한 그들이 지역 주민들의 의견을 적절히 기획과정에 반영한다.
- 지역 내에 기존에 활동하던 보건의료 사업 관계자들의 의견을 PHC 프로그램 기획과정에 반영한다.
- 지역의 보건의료 책임 기관(행정기관)이 PHC 프로그램 기획과정에 참여한다.

(2) 지역주민위원회 내의 지역보건위원회 설치²⁴⁾

지역주민위원회에서 PHC 프로그램의 참여를 독려하기 위해 지역보건위원회를 설립한다. 지역보건위원회의 역할은 시간 계획에 따라서 주민들의 참여를 독려하고, PHC의 특정 활동을 위하여 자원봉사자 및 비전문 의료제공자(lay providers)를 모집하고, 지역 회의를 기획하며 자원 확보 방법을 개발하는 것이다.

- 지역의 보건위원회 수립 시 위원으로 참여할 사람들을 선정한다. 지역 주민위원회의 리더들이 보건위원회에도 참여할 것인지, 이들을 배제하고 위원회를 구성할 것인지 결정한다.
- 보건위원회 회의 참여율을 높이기 위한 방법을 모색한다. 그 일환으로 보건위원회의 자조활동에 대한 인센티브 제공 유무와 제공방법 등을 결정한다.
- 지역의 보건위원회에 여성이 참여할 때, 지역 내 반발이 존재할 것인지 파악한다. 존재한다면, 그것을 무마시키고 여성을 참여시킬 수 있는 대안이 무엇인지 결정한다.

24) 만약 지역에서 주민들이 PHC 프로그램에 참여할 수 있는 여러 가지 방안이 있거나, 공식적인 통로가 있다면 굳이 지역보건위원회를 설치하지 않아도 될 것으로 생각됨.

BOX 9. 케냐 나이로비 주의 지역보건위원회

케냐 나이로비 주의 지역보건위원회(Community Health Committee, CHC)는 지역사회 단위(약 1,000 가구, 또는 주민 5,000 명이 같은 지리적 위치에서 자원을 공유하며 사는 단위)에서 지역 보건 활동을 주도하는 책임을 맡은 8-12 명의 주민들로 구성된다. CHC는 지역사회와 관련된 건강 이슈를 토론하고, 가용한 데이터를 바탕으로 지역사회 건강수준의 변화를 검토하기 위해 정기적인 모임을 가진다. 이 때 보건부는 지역사회 보건활동의 기획, 조정, 자원 동원과 관리를 포함한 CHC의 핵심 역할과 기능을 제시해 준다.

이 때 정부에 의해 제시된 CHC의 역할과 기능은 다음과 같다:

- 정기적인 대화를 통해 지역사회의 보건활동 우선순위 규명
- 지역사회 보건 활동 기획
- 지역사회 보건 활동 참여
- 계획된 보건 활동의 모니터링과 보고
- 보건 활동을 위한 자원의 동원
- CHW 활동 조정
- 지역사회 보건의 날(community health day)의 조직과 실행
- 우선순위 질병과 기타 건강 상황을 상위 조직에 보고
- 지역사회 아웃리치와 캠페인 이니셔티브 주도
- 지역사회에서 양질의 건강을 위한 옹호 활동

(3) 지역의 다른 부문과 협력하기

지역주민들의 건강수준에 영향을 미치는 요인들은 굉장히 다양하다. 그렇기 때문에 단순히 보건의료분야의 전략이 아닌 건강에 영향을 미치는 여러 부문과의 협력을 통해서 전반적인 지역개발과 건강상태의 향상을 함께 도모할 수 있도록 한다.

- 다른 부문과 협력하는 과정을 진행하고 주도할 지역사회 리더를 판별한다.
지방정부의 보건부 관계자가 거버넌스와 관리 조직 구성에 대한 도움을 줄 수 있을 것이다.

- 현재 존재하는 지역사회 조직(교회, 여성과 청소년 조직, NGOs, 전통적인 주민 조직 등)을 통해서 부문간 협력의 방법을 모색한다.
- 부문간 협력을 위한 별도의 조직을 구성해야 할 지 결정한다.
- 지역사회 개발을 위한 다양한 부문들(예를 들어 식수를 담당하는 기관 또는 관계자, 고용담당 기관 또는 관계자, 안전, 교육, 농업, 경제 등을 담당하는 관계자)과의 연계 방법을 모색한다.
- 지방 정부 같은 법적, 행정적 공식 기관과 연계를 통한 부문간 협력 방법을 모색한다.
- 네트워크를 공식화하고 연계 수준을 높일 수 있는 방법을 모색한다.
- 지역사회, 또는 다른 부문과의 포럼을 통해 지역사회의 건강과 보건문제에 대한 인식 수준을 높이도록 한다.
- 다른 부문의 단체에 지역의 건강과 보건분야에 대한 정보를 제공한다.
- 지역 보건위원회에 다른 부문의 관계자가 참여하도록 한다.

(4) PHC 프로그램 구성하기

기획의 초기 과정은 PHC에 대한 필요와 지역 내 상황 정보를 기획 참여자들이 동의하는 것에서 시작한다. 또한 PHC 프로그램을 통해 달성하고자 하는 지역의 보건 의료 목표와 목적을 우선 수입해야 한다. 그런 후 프로그램의 역할, 과제, 일정 등에 대한 조율이 필요하다. 기획과정에서 PHC 프로그램에 대한 평가방법 또한 동시에 개발되어야 하며 예산안도 작성되어야 한다. 예산에는 프로그램의 효과적 실행과 확장에 필요한 자원 목록이 포함되어야 한다. 또한 그러한 필수 자원을 어떻게 동원하고 얻을 수 있는 지에 대한 계획을 포함한다.

PHC 프로그램의 목표와 목적은 전체 지역의 필요를 바탕으로 수립되어야 한다. 프로그램의 목표는 PHC의 전반적인 지향점을 반영함과 동시에 지역 내 가치, 규범을 반영할 수 있어야 한다. 전반적인 목표 수립과 그에 대한 참여자들의 동의 후 세

부 목적을 작성한다. 세부 목적에는 지역의 일반주민과 취약계층의 필요가 반영되어야만 한다.

- 기획과정에서 PHC 프로그램의 역할과 책임을 명확하게 논의하고 수립한다.
- 수립되는 PHC 프로그램의 지향점은 지역 내 가치, 규범과 일치하도록 한다.
- PHC 프로그램의 목표는 지역의 일반주민과 취약계층의 필요를 반영해야 한다.
- 지역에서 동원 가능한 자원 - 인력과 시설 -에 따라 PHC 프로그램 자원 동원 계획을 수립한다.
- PHC 프로그램 일정을 수립한다.
- PHC 프로그램 평가 계획을 수립한다.
- 예산안과 지속적인 재원확보 방안을 수립한다. 이것을 위해 지방정부의 보건부, 재정부와 연계하도록 하고, 지역사회에서 재원의 확보방안을 위한 주민들의 의견을 확보한다.
- PHC 프로그램의 지속성을 위해 재정을 지역에서 동원할 수 있는 방법을 모색한다²⁵⁾(Eliason, 1999).
- PHC 활동과 지역의 다른 부문의 프로젝트-교육, 소득활동, 교통 등-와 연계할 수 있는 방안을 모색한다. 예를 들어, 지역의 학교에서 학생들의 보건 교육을 할 수 있도록 연계와 지원이 가능한지 파악한다.

(5) 프로그램 실행을 위한 세부 사항 확인

수립된 목표와 목적을 현실에서 어떻게 행동으로 옮길 것인가에 대한 계획을 수립한다. 세부 계획 별 일정이 정해져야 하고, 누가 그 계획을 진행시킬 것인지 결정해야 한다. 각 부문(시설, 기자재, 인력, 주민참여, 협력 방안, 타부문 및 기존 현지 조

25) 카메룬에서 마을 단위의 보건의로 프로그램의 지속가능성의 영향요인으로 밝혀진 것은 스스로 지역사회가 보건 프로그램을 관리하고, 지역사회에서 재정을 스스로 책임지며(community financial self-reliance), 재정 관리에서 지역사회를 마을을 통합하고(village integrity), 모든 보건의료인력을 매년 연속적으로 교육하고, 프로젝트 스태프로부터 지속적으로 지원을 받는 것이었다.

직과의 협력 방안)에 대한 계획도 수립되어야만 한다. 이것은 적절한 재정과 지역의 다른 서비스에서 사용되는 자원과의 연계, 지역 내에서 이용할 수 없는 자원을 어떻게 획득할 것인지에 대한 것이 포함되어야만 한다. 또한 PHC 프로그램 수립과 동시에 평가 계획도 만들어져야 한다.

- 지역의 PHC 프로그램의 목적과 기대효과에 따라 각 부문의 지원방안을 작성한다.
 - i) **보건의료인력**: 보건인력을 확보를 위한 재정을 확보할 수 있는 방안을 마련하였는가? 장기적으로 보건의료인력을 확보할 수 있는 방안은 무엇인가? 현재 기존 인력이 PHC를 전달할 때 부족할 수 있는 질적 수준 향상과 동기부여의 방안을 마련하였는가? 지역에서 확충할 수 있는 인력(보건진료원, community health workers)의 충원 방안은 있는가?
 - ii) **보건의료시설**: 지역의 모든 주민들이 보건의료서비스를 제공받는 보건의료시설에 대한 접근성의 제한이 있는가? 접근성이 제한되었다면, 그것이 보건의료시설의 수가 부족한 것인지, 접근방법의 제약인지를 확인한다. 보건의료시설 부족 시, 공공보건의료시설을 확충하는 것이 좋을지, 민간의료시설을 이용할지 결정한다.
 - iii) **지역사회 주민 역량 강화**: 지역사회 주민들에 대한 보건교육과 홍보 방안은 마련하였는가?
 - iv) 지역에서 실시할 수 있는 있는 다른 부문과의 협력 방안과 구체적인 방법 등은 마련하였는가? (학교에서 학생들을 대상으로 하는 보건교육, 안전한 식수의 확보 방안, 식량 확보 방안, 보건의료 시설 이용을 위한 교통편 확보 방안 등)
- 각 세부계획의 진행사항에 대한 각각의 책임자를 지정한다.
- 각 세부계획의 일정을 수립하고 책임자가 이를 관리하도록 한다.
- PHC 프로그램의 구체적인 평가계획을 수립하고 평가 주체, 평가 주기를 결정한다.

3) 실행단계

이전 단계에서 수립된 모든 계획을 행동으로 옮기는 단계이며, PHC의 필수 요소들에 대한 접근이 진행되는 단계이다(Bam et al., 1996; Lindsey, 2002).

(1) PHC 서비스 공급

- 포괄적인 PHC(건강 증진, 질병 예방, 치료 관리, 고통완화 치료 등)가 계획된 것처럼 지역주민에게 차별 없이 제공한다²⁶⁾.

가. 건강 증진 활동 (health promotion)

i) 목표

건강증진 활동은 개인, 가구, 지역사회가 개선된 지식과 기술을 통해 좋은 건강 상태를 획득하고 유지하는 것을 가능하게 해야 한다.

비록 건강증진 활동이 프로그램으로 표현되고 있지만, 건강 증진은 모든 PHC 프로그램에서 중요한 전략으로 취급된다. 건강증진 프로그램은 지역의 모든 보건의료서비스 프로그램에서 의사소통, 정보 교환, 건강 증진 활동의 지원을 가능하게 한다.

ii) 목적

건강증진 프로그램의 목적은 다음과 같다

- 사람들에게 건강한 삶에 대한 지식을 제공함
- 사람들이 건강한 생활양식을 유지하도록 격려하고 지원함
- 국가, 지방, 지역의 지도자들이 모든 개발 정책과 활동에서 건강 문제를 고려하도록 권고함
- 정부가 건강을 제한하는 것이 아닌 증진할 수 있도록 법률 제정을 권고함

iii) 전략

효과적인 건강 증진 활동과 의사소통 전략을 인구집단에 따라 적절히 다르게 적용하는 것이 더 좋다. 건강증진 활동의 전략은 다음과 같다

26) 다음에 제시된 PHC 프로그램의 서비스 중 지역사회 평가 부분에서 취약한 부분을 우선적으로 시행할 수 있고, 통합적으로 모든 프로그램을 시행할 수도 있다.

- 보건의료인력의 건강에 대한 의사소통, 상담 기술의 향상
- 지역주민들- 특히 여기에는 지역보건요원(community health worker)가 포함됨-에 대한 훈련
- 지역에서 어떠한 정보가 필요한지 알기 위해 연구기반 접근법을 도입함. 목적이 분명한 효과적 메시지를 개발함. 건강증진 활동 영향력을 평가함
- 지역사회 정보센터의 설립과 센터 내 지역 건강 정보실을 통한 정보의 확산을 촉진

iv) 활동

- 보건교육과 건강 기술에 대한 지역 훈련의 필요성 식별과 조화
- 지역 보건을 개선을 위한 다 부문적 정책의 옹호
- 적절한 보건교육 자료의 개발과 모든 PHC 프로그램의 지원을 위한 지역 기반 보건 교육을 지도
- 지역 문화와 전통에 적절한 교육 과제와 활동의 보장과 연구 지원
- 지역의 건강증진 활동 조직화와 조화
- 정보와 지식의 지역 내 공유 조직의 형성
- 부문간 협력 조직 형성
- 건강 증진 활동을 위한 방송 매체와 전통적인 매체와의 연결점 형성
- 건강증진/의사소통을 위한 센터 설립을 위한 지원

표 3-49. 건강증진의 가구/시설별 활동내용

가구/지역사회	의료시설	보건소	지방병원
• 건강 관련 개발에서 능동적인 관심을 가지도록 지역사회 동원 • 건강과 개발문제, 보건 필요를 식별할 수 있도록 지역사회 지원 • 지역사회가 불건강의 원인과 어떻게 건강을 유지할 수 있는지에 대한 지식을 개선하도록 도움 • 지역사회 스스로 건강을 개선 활동을 참여할 수 있도록 지역사회의 자원 동원 • 개발 관련 활동에 공공 참여 강화 • 지역사회 조직에서 보건의료 인력의 의사소통과 상담 능력 훈련 • 지역사회 기반 서비스 제공 (예방접종, 설사병 치료, 보건 교육, 영양과 위생, 환경 위생 등)	• 서비스 제공 지역 내의 지역공동체에 게 정보 피드백의 제공 • 지역 보건요원의 훈련을 조직하고 실행 • 지역 보건요원에게 기술적 지원 제공	• 해당 지역에서 건강증진 서비스 기획 • 해당 지역에서 건강 증진 활동의 지원을 위한 방송매체와 전통매체와 연결점 만듦 • 훈련을 포함한 건강증진 활동에서 의료시설 지원 제공	• 보건소와 의료시설에서 건강증진 자료와 내용을 구성하는데 지원함

가구/지역사회	의료시설	보건소	지방병원
- 지역보건요원들에게 훈련과 교육기회 제공 - 지역사회가 그들 스스로 건강을 증진하는데 주도적 역할을 할 수 있도록 역량강화			

나. 모자보건과 여성 건강 (maternal & Child Health, Women's Health)

i) 목표

모자보건과 여성 건강 프로그램의 목표는 모성과, 여성 청소년의 질병과 사망을 감소시키는 것이다.

ii) 목적

- 모성의 산전, 출산, 산후, 생식 보건에 대한 접근가능하고 포괄적인 서비스 제공
- 아동에게 접근 가능한 양질의 예방적 보건 관리 서비스 제공
- 예방 가능한 질병으로 발생하는 아동의 질병과 사망 감소
- 잠재적인 학대, 우울, 십대 임신, 성 매개 질병 문제의 해결을 위해 청소년 여성에게 접근 가능한 보건의료서비스 제공
- 여성 노인이 건강한 상태를 유지하도록 그들에게 보건의료서비스 제공

iii) 전략

ㄱ. 모성 보건

- 여성과 그들의 자녀에게 산전 관리, 출산과 출산 후 양질의 관리를 할 수 있도록 서비스를 구성하고 이것을 이용하도록 장려함
- 모성보건의 목적을 달성하기 위해 출산여성과 아동에게 서비스를 제공하는 체계를 구축함
- 모든 모자보건 시설이 모성과 아동에게 친근할 수 있도록 함
- 포괄적인 가족계획 서비스 제공

ㄴ. 아동 보건

- 아동에게 영향을 줄 수 있는 일상적인 질병 관리를 위한 역량의 향상
- 저체중 아동을 위한 서비스 제공
- 적절한 질병 관리 활동으로 설사, 홍역, 급성 호흡기 감염으로 인한 사망률 감소

- 디프테리아, 파상풍, 성홍열, 홍역, 소아마비, 간염과 결핵에 대한 1세 아동의 예방 접종률 높임
- 설사병에 이환된 아동들에게 경구용 수분 치료(ORT)와 지속적인 섭식 제공
- 모든 학령기 전 아동 대상 정기적 성장 모니터링 실시
- 모유수유 장려
- 보건의료시설과 지역사회에서 영양지원사업 도입
- 영양실조 아동에게 적절한 관리 제공
- 취약 아동 대상의 영양학적 재활과 적절한 이유식 제공

ㄷ. 청소년 보건

- 학대, 십대 임신, 의도된/의도하지 않은 상해 감소를 위한 십대 지원 프로그램 제공
- 성교육과 기술 교육을 위한 동료 그룹 교육 제공

ㄹ. 여성 보건

- 소녀와 여성을 위한 교육과 문자 교육 프로그램 지원
- 성교육과 생식 보건에 대한 정보 제공
- HIV/AIDS에 감염된 여성에 대한 진단, 관리, 상담 활동 지원(비밀 유지)
- 자궁 경부, 유방암의 판별과 치료, 보건 교육에 대한 계획 실행시킴

iv) 활동

표 3-50. 모자보건과 여성건강의 가구/시설별 활동내용

가구/지역사회	의료시설	보건소	지방 병원
• 전통적 산파(TBAs)의 훈련 제공 • ORT(경구용 수분 치료) 정보 제공 • 가정 내 상해 방지를 위한 건강증진 활동 제공 • 아동 학대 예방을 위한 상담 제공 • 모유수유 장려 • 예방접종과 성장 모니터링 서비스를 이용할 수 있도록 건강증진 활동을 통한 가구의 역량 강화 • 성교육, 원치 않은 임신, 학대, 낙태, 성매개 질병	• 산전 산후 관리 제공 • 가족계획 서비스 제공 • TBAs 훈련 제공 • 고위험 임신 감별과 병원후송 서비스 제공 • 출산 후 추후 관리 • 성장모니터링 서비스 제공 • ORT 제공 • 아동 학대에 대한 상담 제공 • 학교 보건 지원을 위한 건강증진 서비스 제공	• 산전, 산후 관리 제공 • 가족 계획 서비스 제공 • 고위험 임신 감별과 병원후송 • 태반 박리 합병증과 낙태 관리 • 정상 출생과 위험 출생에 대한 관리 제공 • 아동 학대 상담 • 발진 지표 모니터링 • 학교보건 서비스	• 지역사회에서 의뢰한 후송환자들 관리 : 고위험 환자들에게 제왕절개출산 : 선천성 장애와 조산아 관리 : 자궁경부와 유방암 판별 : 불임서비스 제공

가구/지역사회	의료시설	보건소	지방 병원
등에 대해 학교와 청소년 그룹에게 교육과 상담 제공 • 자궁경부암과 유방암 감별 서비스 이용 촉진을 위한 건강증진 활동을 통해 여성의 역량강화 • 성인지를 위한 건강증진 활동 • 불임을 위한 서비스 제공	• 자궁 경부와 유방암 판별 서비스 • 양질의 예방접종 서비스 제공과 예방접종으로 인한 장점을 지역사회가 인식하도록 홍보	스 제공 • 자궁경부와 유방암 판별 서비스 • 양질의 예방접종으로 인한 장점을 지역사회에 홍보	

다. 영양 프로그램

i) 목적

영양 프로그램은 지역 주민들이 양질의 영양을 섭취하는 것을 도움

ii) 목표

- 5세 이하 아동의 심각한 영양실조, 저체중 발생 감소
- 임신, 모유수유 중인 여성의 심각한 영양실조 예방
- 미세 영양소 결핍 발생률 감소
- 4-6개월 동안 완전한 모유수유를 장려하고 이를 위한 모유수유 지원 그룹 만들
- 아기에게 친근한 병원 이니셔티브 장려
- 생활습관 질병 예방
- 영양 관련 질병에게 특수화된 치료 제공
- 지역 기반의 영양 조사와 재활 프로그램을 위한 지원

iii) 전략

- 예방, 치료, 재활, 증진 서비스의 제공
- 부문간 협력 활동과 지역사회 참여
- 효과적인 전원 시스템 개발

iv) 구성

- 영양 증진과 교육
- 영양 조사
- 영양 치료와 재활

v) 활동

표 3-51. 영양프로그램의 가구/시설별 활동내용

가구/지역사회	의료시설	보건소	지방병원
• 가구의 식품 안전, 바른 식생활 습관과 위생 증진 • 모유수유 이니셔티브 장려, 지원, 참여 • 아기에게 친근한 시설의 수유 관리를 위한 지원 그룹 형성 • 영양교육 프로그램 모니터링, 평가와 향상 • 식별된 필요에 대해 지역사회가 이를 평가하고 분석할 수 있도록 훈련 • 초등학교 영양 프로그램 실시 • 건강증진활동을 통해 가구가 영양과 관련된 질병에 대해 인식할 수 있도록 역량 강화 • 영양 관련 질병 상태의 가구원을 관리하고 재활시킬 수 있도록 가구의 역량 강화	• 영양 교육, 표적 집단에게 적절한 안내 제공 • 모유수유 이니셔티브 지원 • 지역사회의 영양 프로젝트 기획 지원 • 5세 이하 아동의 영양 상태 모니터링 • 미세영양소 보충 사업 실시 • 모유수요와 요오드 결핍 같은 영양학적 개입 모니터링과 평가 지원 • 건강정보시스템을 통한 정기적인 데이터 수집 활동 참여	• 의료시설의 지원 감독 • 영양 캠페인 기획과 지원 • 훈련 활동 지원 • 지역의 프로젝트 기획 지원 • 추후 조사를 위한 시스템의 지원과 후송시스템 유지 • 생활습관 질병 특수화된 치료 제공 • 식습관 치료 제공 • 영양 개입법 개발 • 아기에게 친근한 병원 이니셔티브 실행 • 전원 병원과 지역사회로부터 자료 수집과 취합 • 5세 이하 아동의 영양상태 모니터링	• 영양 부족 예방, 치료, 재활 치료 제공 • 아기에게 친근한 병원 이니셔티브 실시 • 특수화된 치료식 만들기 • 영양과 관련된 연구 실시

라. 전염성 질병 관리

i) 목표

이 프로그램을 통해서 유행성 전염질환에 대한 노출과 위험을 예방한다.

ii) 전략

표 3-52. 전염성 질병 관리의 가구/시설별 활동 내용

가구/지역사회	의료시설	보건소	지방 병원
• 보건 개입의 가치에 대한 교육 제공 • 특수 활동을 위한 지역사회 동원 • 질병에 대한 지역사회 훈련 • 동물에 대한 예방접종 장려 • 치료 지원단 모집 • 콘돔 보급 • 가정 관리 (home based care) 지원 • 예방법 훈련	• 보건교육 제공 • 지역 방문 활동 강화 • 지역 필요에 맞춘 일자별 서비스 제공 • 백신과 의약품 주문, 공급과 관리 • 지역보건요원이 지역의 필요에 맞게 서비스를 제공할 수 있도록 관리함 • 제공 활동에 대한 기록과 해석 • 적절한 의약품을 이용한 치료 제공 • 합병증 발생, 치료에 진전이 없는 환자들은 상급병원으로 전원 • 전염병의 상태 관리에 대한 적절한 반응 이끌어냄 • 지역 환경보건 관리자와 함께 지역기반 개입법의 시행, 모니터링과 평가	• 보건교육 제공 • 지역 방문 활동 강화 • 지역 필요에 맞춘 일자별 서비스 제공 • 백신과 의약품 주문, 공급과 관리 • 지역보건요원이 지역의 필요에 맞게 서비스를 제공할 수 있도록 관리함 • 제공 활동에 대한 기록과 해석 • 적절한 의약품을 이용한 치료 제공 • 합병증 발생, 치료에 진전이 없는 환자들은 상급병원으로 전원 • 전염병의 상태 관리에 대한 적절한 반응 이끌어냄 • 지역 환경보건 관리자와 함께 지역기반 개입법의 시행, 모니터링과 평가	• 전원된 환자들에게 치료제공

iii) 구성요소

- 예방접종 프로그램 확장
- 결핵/ 나병, HIV/AIDS, 설사병 관리
- 감염원, 동물매개 전염병 관리

마. 재활 서비스 프로그램 (Rehabilitation service programme)

i) 목표

재활서비스 프로그램을 통해 장애를 예방하고, 장애를 조기에 발견하고, 재활 서비스를 제공한다.

ii) 전략

지역사회 기반 재활의 전략은 지역개발 환경 내에서 재활이 위치해야 한다는 것이다. 이것은 전문가의 감독을 받는 지역 기반의 재활인력들에 의해 서비스가 제공되는 것을 의미한다. 이것은 장애를 가진 사람들이 사회적 통합과 기회의 평등을 동시에 받을 수 있는 활동을 포함한다. 지역사회 재활의 성공을 위해서 상급병원의 특수 재활센터의 전원체제와 지원이 필수적이다.

iii) 활동

표 3-53. 재활서비스 프로그램의 활동

가구/지역사회	의료시설	보건소	지방 병원
• 장애를 가진 지역 주민 식별 • 장애를 가진 주민들에게 기초적인 신체기능 평가 제공 • 적절한 재활 과정을 선택 • 사회적 재활 증진 • 지역사회 개발과 함께 재활이 제공되도록 하고 이를 통해 장애인을 역량 강화시킴 • 지역 내 자조활동 그룹 또는 장애 아동 지원 그룹 같은 지역사회 이니셔티브 지원과 강화	• 정서적, 지식적 지원 • 장애인의 정상화 장려 • 장애 성인의 정상 활동 장려 • 보조 기구 이용 지원 • 적절한 자원을 장애인이 얻을 수 있도록 지원 • 적절한 재활서비스를 장애인이 이용하도록 지원	• 장애인에 대한 양질의 재활 제공 • 지역사회 재활요원 지원 • 지역사회 자원으로 활동 • 지역사회 방문 활동 장려	• 전원 재활 서비스의 제공, 특히 장애발생 초기의 재활의 제공

바. 응급의료서비스 (Emergency Health Services)

i) 목표

응급의료서비스의 목표는 응급상황에서 빠른 대처법을 제공함으로써 응급상황에서 지역사회의 대응법을 훈련하는 것이다.

ii) 목적

- 사고가 일어난 장소에서 중상 환자, 상해 환자를 신속하고 안전한 교통수단으로 적절한 보건의료시설로의 이송
- 지역의 보건의료시설의 의학적, 수술, 마취, 산과, 그리고 기타 응급 상황 대응 능력 개발
- 지역사회의 위험 감수행동과 자연재해의 잠재적 발생에 민감하게 반응
- 지역사회 수준의 조기 경보시스템의 구축
- 주민들의 위험 발생 최소화를 위한 응급 대비 활동의 조화
- 지역보건요원의 응급상황 대처법 훈련
- 지역 응급 계획 또는 응급구조 팀의 현재 준비상태의 개선
- 가정 내 상해를 관리를 위한 가정의 역량강화
- 교통사고 발생 감소를 위한 도로 안전 이용의 장려
- 가정 내 상해 예방

① 인력

- 지역의 각 직종별 보건의료제공자들이 지역 주민에게 접근성의 제한 없이 PHC 서비스를 제공한다.
- 지역의 PHC 제공자의 질적 역량이 포괄적 PHC를 제공할 수 있을 정도로 충분한지 파악한다.
- PHC 제공자의 관리, 감독을 정기적으로 실시한다.

② 시설

- 지역 주민들이 일차보건의료서비스를 제공받을 수 있도록 충분한 수의 일차보건의료시설을 확보한다.
- 지역 내 인프라가 부족할 때, 보건의료시설의 건축과 증축을 시도한다. 이를 위한 재정의 확보와 시설물의 건축, 이후 시설물의 유지와 보수 등과 관련하여 지역사회 대표자와 지방정부 공무원 등과 협의한다.
- 지역에 민간의료시설이 충분하다면, 이들과 협력하여 주민들에게 일차보건의료서비스를 제공할 수 있는 방안을 모색한다.

③ 교육

- 지역의 PHC 제공자들에게 정기적인 교육을 제공한다.
- 정기적 교육의 내용과 강사를 확보한다.
- 교육 내용에 대한 모니터링과 교육 달성 정도에 대한 평가를 실시하고, 이를 지역의 보건위원회에 보고한다.
- 지역사회 주민을 대상으로 보건 교육을 실시한다.
- 주민 대상 교육의 내용과 달성 정도의 평가를 실시한다.

④ 지역 보건위원회

- 지역 보건위원회가 그들 지역의 필요를 파악하고 그것을 식별하고 조화시키는데 핵심적인 역할을 담당하도록 한다.
- 지역사회주민위원회가 지역사회보건요원의 추천과 선정, 동기부여와 지원, 협력 증진 등의 역할을 하도록 한다. 또한 지역사회보건요원과 지역 주민 사이에서 중간역할을 담당하도록 한다.
- 지역 보건위원회가 PHC시설에서 근무하는 보건의로 제공자와 지역사회보건요원의 활동을 지원하도록 한다.
- 지역 보건위원회가 보건지소/이동진료소 등의 방문 진료, 국가 건강관련 행사, 건강관련 인식증진 캠페인 등을 조직하는 것에 핵심적인 역할을 담당하도록 한다.

⑤ 다른 부문과의 협력(Leonard 1998)

- 교육분야: 학교에서 학생들을 대상으로 보건부문의 교육을 수행한다. 지역주민 대상으로 문맹률을 낮추기 위한 교육을 실시한다. 지역 보건위원회를 중심으로 위생적인 생활을 위한 행동 변화 프로그램을 실시한다.
- 식품 분야: 안전한 식수와 식품을 지역 주민이 이용할 수 있도록 해당 관련 기관과 협력한다. 관련 기관이 지역의 위생시설 사용법에 대한 지원과 지역사회 보건요원에서 안전한 식수와 식품 관련 부분의 기술 지원을 하도록 요청한다.

4) 평가 단계²⁷⁾

PHC 프로그램 기획팀은 PHC 정책, 시스템과 프로그램이 의도한 결과대로 수행되고 있는지 모니터링과 평가를 해야만 한다. 모니터링(monitring)은 프로그램이 계획된 대로 진행되고 있는지 계속적으로 사정하는(assessing) 과정이며, 프로그램의

27) 모니터링과 평가 요소에 대한 구체적인 내용은 [첨부 3] 참고.

실행을 개선하고 기대한 결과를 달성하기 위해 수행되어야만 한다. 평가(evaluation)는 간단히 어떤 것의 가치를 사정하고 알아내는 것으로 정의될 수 있다. 평가는 프로그램 종료 후에 수행된다. 평가는 프로그램이 목적을 달성했는지 결정하는 것을 돕는다(Bam et al., 1996).

모니터링과 평가 과정을 실시하기 전에 다음 사항이 미리 결정되어야 한다.

- PHC 서비스에 대한 평가는 얼마나 자주 진행할 것인가?
- 평가 수행 책임자는 누구인가?
- 평가에 따른 보건의료서비스 수정사항에 대한 책임은 누가 가지는가?
- 지역사회 주민들과 실제 진료를 받았던 사람들이 서비스 평가에 참여하는가?
- 서비스 평가에 대한 결과를 지역사회 주민과 공유하는가?
- 평가를 바탕으로 한 개선사항들을 실제로 어떻게 적용, 개선할 수 있을 것인가?

모니터링(monitoring)은 다음의 10가지 단계를 거쳐 진행될 수 있다.

- 모니터링 목적을 정의한다.
- 모니터링의 정도(scope)를 결정한다.
- 지표 선정과 성과 표준(performance standard)를 결정한다.
- 정보원을 선택하고 자료수집 과정을 개발한다.
- 자료를 수집한다.
- 자료를 분석하고 도표화한다.
- 자료를 해석한다.
- 발견점을 표시한다.
- 적절한 대응법을 취한다.
- 모니터링을 지속할 것인지 결정한다.

평가(evaluation)는 다음과 같은 6가지의 단계로 수행될 수 있다.

- 대답되어야만 하는 질문을 명확하게 선별한다.
- 평가할 정보원을 확인한다.
- 정보를 수집한다.
- 정보를 분석한다.
- 평가 보고서 준비와 발견점을 표현한다.
- 적절한 행동을 취한다.

[첨부 1] 일차보건의료의 개념과 내용

1. 일차보건의료의 원칙(1978, WHO)

일차보건의료를 실현하기 위해 알마아타 선언이 제시하고 있는 접근방법은 다음과 같은 4가지 기본원칙으로 요약될 수 있다.

첫째, 필요에 따른 보편적인 적용과 접근(universal accessibility and coverage in relation to need)이 이루어져야 한다. 이는 주민이 필요로 하는 보건의료자원과 보건의료서비스를 주민이 필요로 할 때 이용할 수 있도록 접근성이 보장되어야 함을 의미한다. 여기에서 의미하는 접근성이 보장되려면 현재 존재하는 보건 및 사회적 자원을 필요가 가장 큰 사람들에게로 재분배가 이루어져야 한다.

둘째, 개인과 지역사회의 참여와 자립(community and individual participation and self-reliance)이 필요하다. 일차보건의료는 기획, 조직, 운영, 조정 등에 지역사회와 개인이 건강에 대한 책임을 자각하고 적극적으로 참여할 것을 요구한다. 이를 위해 지역사회의 권한과 역량을 부여(empowerment)함으로써 주민 스스로가 건강증진 과정의 핵심 활동가(key actor)로서 역할을 수행할 수 있어야 한다. 이는 다양한 수준에서 요구되는 정부의 사회적 활동에 주민 참여가 요구되는 것이고 동시에 지역주민 개개인이 자신과 가족에 대한 더 큰 책임을 가져야 함을 의미한다.

셋째, 건강을 위해 관련 분야들의 상호협력(intersectoral action for health)이 이루어

져야 한다. 일차보건의료는 보건의료 분야뿐만 아니라 농업, 축산, 식품, 공업, 교육, 주거, 공공업무, 통신, 교통 등과 같은 다양한 분야와 관련되어 있다. 이는 보건의료기관이 제공하는 서비스뿐 아니라 건강과 밀접한 관련성을 가지는 주거, 영양, 위생, 학교, 여성의 지위 개선을 위한 서비스 등 사회의 다양한 인프라에 대한 접근이 형평성 있게 이루어져야 함을 의미한다. 따라서 각 분야에 대한 종합적인 접근전략과 분야 간의 협력이 요구된다.

넷째, 적절한 기술이 사용되어야 하고, 이 기술이 가진 비용-효과성(appropriate technology and cost-effectiveness)이 강조되어야 한다. 비용-효과를 고려한 자원 분배가 더 큰 편익을 가져올 것임은 자명하다. 이를 위해 최소비용으로 최대의 효과를 가져다 줄 수 있는 적절한 기술의 개발과 이용이 요구된다.

이러한 접근 전략 원칙을 통해 알 수 있는 것은 일차보건의료가 보건의료의 주체로서의 주민, 형평성의 달성, 지역사회 수용성과 효율성 등을 통해 지역 주민의 건강 증진을 꾀하고 있음을 알 수 있다. 일차보건의료는 지역사회 주민을 지역사회 보건 문제에 대해 높은 책임의식과 능력을 지닌 보건의료의 주체로 설정하고 이를 위해 개인이나 지역사회의 잠재력과 자립도를 개발하고 극대화하는 것을 그 목적으로 하고 있다. 아울러 일차보건의료는 한정된 소수의 사람에게 최상의 보건의료를 제공하는 것이 아니라, 형평의 원칙하에 많은 사람에게 양질의 보건의료를 제공하는 것을 지향하고 있다.

2. 일차보건의료의 접근방법

알마아타 선언에서는 일차보건의료가 포괄적인 국가보건의료계획의 한 부분이라는 것을 명확하게 표현했고, 이를 제대로 수행하고 유지하기 위해 각 나라가 적합한 정책과 전략, 계획을 세우도록 권고했다. WHO가 제시한 일차보건의료의 속성 혹은 특징은 다음과 같다.

- 1) 각 나라나 지역의 경제적 상황, 사회문화적 또는 정치적 특성을 반영해서 발전한다. 또한 적합한 사회과학, 생의학, 보건서비스 연구와 공중보건 경험의 결과를 적용하는 것이 기초가 된다.
- 2) 적절한 건강증진, 예방, 치료, 재활을 제공함으로써 지역사회의 주요 건강문제를 해결한다.
- 3) 최소한의 주요 건강문제와 이를 예방, 관리할 수 있는 방법을 교육하는 것, 음식물의 공급을 촉진하고 적절한 영양을 공급하는 것, 안전한 식수를 적절하게 공급하고 기본 위생을 확보하는 것, 가족계획을 포함하여 모자보건의료 서비스를 제공하는 것,

주요 전염병을 예방하기 위한 예방접종, 각 지역의 풍토병을 예방하고 관리하는 것, 흔한 질병과 손상을 적절하게 치료하는 것, 흔한 질병과 손상을 적절하게 치료하는 것, 필수적인 약품을 공급하는 것을 포함한다.

- 4) 보건 분야 이외에도 국가와 지역사회 개발과 관련된 모든 영역과 측면에서 관련성을 갖고, 서로 조정되는 가운데 협력한다. 여기서 영역은 특히 농업, 축산, 식품, 산업, 교육, 주택, 공공사업, 통신 등을 포함한다.
- 5) 일차보건의료를 계획, 조직, 운영, 통제하는 데에 지역사회와 개인의 자립과 참여를 최대한 요구하고 촉진시키며, 지역과 국가, 그리고 기타 자원을 최대한 활용한다. 또한 이러한 목적을 달성하기 위해 적절한 교육을 통하여 지역사회의 참여 능력을 개발한다.
- 6) 통합되고 기능적이며 서로 지원하는 의뢰체계(referral services)를 갖추어 지속성을 높이고, 모든 사람을 위한 포괄적인 보건의료를 점진적으로 개선해 가며, 필요가 가장 큰 사람들의 우선순위가 가장 높다.
- 7) 지역 혹은 의뢰된 단계에서 의사, 간호사, 조산사, 보조인력, 지역사회 일꾼, 혹은 전통 보건인력 등의 보건의료인력에 기초하여, 이들은 하나의 팀으로 일하고 지역사회에 나타난 필요에 부응할 수 있도록 사회적, 기술적으로 적합하게 훈련되어야 한다.

3. 일차보건의료의 우선순위 실천 항목 (Walley et al., 2008)

0. 건강과 건강 형평성의 우선순위를 높인다.
1. 통합적인 일차보건의료를 대규모로 실행한다. 통일된 국가계획을 수립하는 것이 시급하다. 국가 수준의 전략계획보다 더 중요한 것은 지역단위의 실행으로 이어질 수 있는 구체적인 계획수립이다.
2. 형평성과 양성 평등을 강조한다.
3. 지역사회 주민참여와 역량강화를 촉진한다.
4. 건강과 개발을 연계한다.
5. 변화를 측정하고 책임성을 강화한다. 명확하고 현실적인 목표를 정하고 이를 얼마나 달성했는지 모니터링 해야 한다. 이런 목적을 달성하기 위해서 과정지표가 활용될 수 있다.
6. 약품과 기술의 혁신, 실행연구(implementation research)에 투자해야 한다.

[첨부 2] 일차보건의료에서 지역사회의 역할

지역의 보건의료서비스의 분권화(decentralization)를 통해서 지역사회가 보건의료서비스의 기획과 전달에 주민들이 의미 있는 참여를 경험할 수 있다. 이것은 지역의 보건학적 필요에 대해 보건의료 서비스의 대응도(responsiveness)를 높이고, 지역사회에 제공하는 서비스의 책무성을 통해 주인의식을 촉진시킬 수 있다. 그러나 보건의료서비스에서 지역사회 참여는 체계적이어야만 하며, 잘 조직화되어야 한다.

지역사회 참여(community participation)는 그것을 받아들이는 사람마다 각자 다르게 이해할 수 있다. 일차보건의료에서 지역사회 참여의 범위와 그 수준은 매우 다양할 수 있지만 여기서는 지역사회 스스로 그들의 건강수준을 개선하는 것과 관련된 활동의 기획, 실행, 평가를 보건학적 우선순위에 따라 지역사회가 개입하는 과정이라고 볼 수 있다. 그러한 과정 자체가 역량강화(empowering)이며, 참여하는 사람들의 기술과 자신감을 고취시키는 방편이 될 수 있다. 또한 지역의 건강수준에서 인적, 물적 자원을 동원하고, 개발 노력에 대한 기전을 수립할 수도 있다.

지역사회 참여는 “지역의 포럼이 열릴 때의 지역 대표 참석자”와 함께 산발적이고 피상적인 상의를 하는 과정도 아니고, 보건의료서비스를 제공하는 것에서 보건부의 책임을 덜어주는 과정도 아니다. 지역사회 참여에서 지역사회는 모든 지역의 보건의료 전략의 핵심이며, 그러한 전략의 모든 보건의료 기능과 과제에 지역요소를 반드시 가지고 있어야만 한다. 지역 주민은 이러한 일차보건의료의 가장 큰 자원이 되며, 그들과 함께 일함으로써 보건의료체계가 주민들의 책임 일부분이 되도록 한다.

지역사회 참여에는 하나 이상의 수준이 존재한다. 그것은 다음과 같다:

- 지역위원회의 대표 지명
- 지역사회 또는 지역사회에서 선출된 리더와 민주적인 대화
- 서비스 전달 활동의 능동적인 참여

지방 정부는 지역사회와의 민주적 대화라는 선택 사항을 지원할 때, 그러한 지역사회 개입(community involvement)이 민주적 권리일 뿐만 아니라 광범위한 사회 개발과 인간의 잠재적인 소망의 일부분이라는 것을 염두에 두어야 한다.

많은 보건의료인력에게, 지역사회와 협력하는 것은 새로운 경험이 된다. 이러한 과정을 통하여 보건의료 인력과 지역사회는 함께 학습할 수 있다.

지역사회 참여의 정도는 초기에는 이미 지역에 존재하던 지역사회 조직의 수준에 따라 결정될 것이다. 지역사회 개입은 그러한 수준에서 시작하여서 지역의 보건의료 발전에 지

역사회가 참여하는 역량을 개발할수록 확대될 것이다.

하지만 지역사회에 대하여 파악하는 과정은 결코 쉽지 않다. 지역사회의 수준과 특성은 굉장히 다양하여서 일차보건의료 프로그램의 기획자는 지역의 엘리트들의 주장에 집중하면서 침묵하는 다수에 대해서는 관심을 가지지 않을 수 있다. 지역의 대표들은 다음과 같이 분류될 수 있다”

- 엘리트(주도적 리더, big leader): 지역사회를 대표하는 것으로 추정
- 지역사회의 “상위계층”
- 침묵하는 다수(지역사회): 주변화되어 있는 경우가 많으며 보통 가장 마지막에 의견을 주고 받고 접촉하게 됨

지역사회를 평가하는 사람들은 그 사회의 건강상태가 많은 사회적 결정요인에 의해 내재적으로 영향을 받는 것을 알게 된다. 중요한 결정요인에는 사회-경제적 상태, 생활습관의 선택, 건강추구행동, 문화적 신념과 그 실천, 종교적 신념, 교육과 일반적 인식 수준 등이 포함된다. 이러한 필요 사항 등에 대한 고려가 없는 보건의료사업은 실패할 가능성이 매우 높다.

일차보건의료 프로그램 기획자는 지역사회가 가지고 있는 이러한 문화적, 사회적 조직에 대한 지식을 활용하여야 한다. 그리고 그러한 지식에 기반하여 일차보건의료 프로그램이 구성되고 실행될 때 지역사회가 그것을 수용할 수 있다. 그렇게 구성된 일차보건의료 프로그램은 단지 프로그램의 성공여부뿐만 아니라 그 효과의 지속가능성과 영향력(impact)도 담보할 수 있게 된다. 지역사회 참여는 또한 일차보건의료 프로그램이 인력 같은 지역의 다른 자원에 대해 접근할 수 있도록 해준다.

부문간 협력(intersectoral collaboration)을 간단히 설명하면 건강증진, 질병의 예방과 치료, 재활에서 일반적인 관심사를 공식적, 비공식적인 영역이 공유하는 관계를 의미한다. 지역사회, 보건의료, 다른 부문과의 파트너를 형성할 때, 다음과 같은 형태로 시작될 수 있다:

- 관리 조직 구성에 대한 도움을 줄 수 있을 것이다.
- 현재 존재하는 지역사회 조직(교회, 여성과 청소년 조직, NGOs, 전통적인 주민 조직 등)을 통해서 부문간 협력의 방법을 모색한다.
- 부문간 협력을 위한 별도의 조직을 구성해야 할 지 결정한다.
- 지역사회 개발을 위한 다양한 부문들(예를 들어 식수를 담당하는 기관 또는 관계자, 고용담당 기관 또는 관계자, 안전, 교육, 농업, 경제 등을 담당하는 관계자)과의 연계 방법을 모색한다.
- 지방 정부 같은 법적, 행정적 공식 기관과 연계를 통한 부문간 협력 방법을 모색한다.

- 네트워크를 공식화하고 연계 수준을 높일 수 있는 방법을 모색한다.
- 지역사회, 또는 다른 부문과의 포럼을 통해 지역사회의 건강과 보건문제에 대한 인식 수준을 높이도록 한다.
- 다른 부문의 단체에 지역의 건강과 보건분야에 대한 정보를 제공한다.
- 지역 보건위원회에 다른 부문의 관계자가 참여하도록 한다.

지역 내에서 건강과 관련된 모든 잠재적인 조직들-지방정부, NGOs, 다양한 유형의 지역 내 집단-에 대한 정보는 지역보건의로 정보 단위를 통해 수집되고 보존되어야만 한다.

부문간 협력은 다음과 같은 이유로 인해 중요하다. 많은 건강문제가 다양한 기저 원인들을 가지고 있다. 그러므로 그 해결책은 다양한 부문들로부터의 개입(interventions)을 필요로 한다. 우선순위로 선택된 문제에 따라서 지역사회뿐만 아니라 다른 개발영역(교육, 식수공급, 농업, 사회복지, 양성평등 문제, 안전과 안보, 지역사회 교정 기관 등등)과의 연계를 도모해야 할 것이다. 만약 지역의 일차보건의로 프로그램 기획자, 지역 주민위원회 또는 지역보건위원회 대표, 다른 부문의 관계자가 함께 모여 공통 목표, 공통 프로그램에 대한 계획을 동의하고 협력한다면 가장 최선일 것이다. 그 후 각각의 조직들은 각자의 우선적 역할에 따라 프로그램 수행에 기여할 수 있다. 그것을 위한 원리는 다음과 같다.

- 공통 기반 / 공통 관심사 식별
- 공식적이고 의미 있는 토의
- 공유된 목표를 위한 각 부문의 협력 약속
- 모든 부문에서 효과적, 효율적인 피드백 기전

지역사회는 보건 이니셔티브의 개발과 실행의 전 단계에서 참여해야만 한다. 구체적인 기여는 다음과 같다:

- 보건학적 필요의 판별
- 우선순위 설정
- 개입 프로그램 구성
- 개입 프로그램의 실행
- 개입 프로그램과 그 영향력에 대한 모니터링과 평가

지역사회는 또한 건강한 생활습관과 건강한 행동을 통하여서 스스로의 건강에 대한 책임을 질 수 있도록 장려되어야 한다.

- 프로그램이 시행되는 지역의 특성과 가치
- 지역의 필요와 문제의 근원
- 문제에 대한 해결책
- 그 문제를 해결하기 위해 지역의 참여 활동에 대한 기회

Box 10. 지역사회 참여의 사례 연구

1984년, 산파인 아그네스는 병원에서 오지로 근무지가 변경된다. 그 지역의 주민들은 대부분 문맹인 것으로 생각되었다. 그들 예방 가능한 질병으로 인해서 고통 받고 있었다. 예를 들어 영양 실조나 균형 잡힌 영양소의 섭취 부족으로 인한 기타 질병 발생률이 높았다. 사람들은 그들의 마당에서 직접 재배한 전통적인 작물로 영양섭취를 하고 있었다.

그녀는 그 곳 출신이기는 했지만 오랜 시간 그 지역을 떠나 있었기 때문에, 실제로는 거의 이방인과 같았다. 그녀는 지역의 주민들과 친숙하지 않았고 그로 인해 주민들은 그녀를 다른 인종인 것처럼 취급했다. 그녀는 그녀의 업무가 성공적이기 위해서는 지역 주민들에게 그녀가 진심으로 다가가야만 한다는 사실을 깨달았다. 그녀는 그 지역에 속한 사람이라는 것을 보여줘야만 했으며 지역주민과 동일한 사람이라는 것도 나타내야 했다. 그녀는 그 지역 언어를 사용할 수 있었기 때문에, 마을 회의나 모임에 참석했다. 그녀가 한 여러 가지 일 중 가장 성공적이었던 것은 지역주민들처럼 마당에서 직접 작물을 재배하는 것이었다. 또한 마당에서 닭을 키우고 전통 음식을 만들 때 참여했다. 그녀의 이러한 노력은 서서히 받아들여져서, 그녀는 점차 지역사회에서 받아들여질 수 있었다.

지역사회 주민들은 스스로 모여서 아그네스에게 어떻게 영양실조를 이길 수 있는지 방법을 문의하기 시작했다. 그녀는 여성들을 교육시켜서 영양분이 높은 야채를 심게 했고, 작물에 물을 대는 방법을 가르쳐서 수확량이 늘어날 수 있도록 하였다. 이후 지역사회는 점차적으로 식량문제에서 성공을 이룰 수 있었고 영양실조를 줄일 수 있었다

위의 사례연구에서 배울 수 있는 것은 아그네스가 지역사회를 파악할 필요가 있다는 것을 신속하게 알았다는 것과 그들에게 수용되었다는 것이다. 또한 그녀는 지역사회의 더 큰 발전을 위해 특정한 기술이 필요하다는 사실을 인식했다. 그녀는 다른 조직에서 지원을 얻기 위해 어떻게 프로젝트 제안서를 작성하는지를 배웠고, 다른 부문에 그녀의 아이디어가 사용될 수 있도록 하였다.

실질적인 지역사회 참여가 되기 위해서는 다음의 4가지의 기본조건이 필요하다.

- ① 보건의료 프로그램과 보건 개발 프로그램에 기반한 지역사회 참여를 지원하는 정
 치적 공약
- ② 보건의료 제공자의 재교육, 특히 지역사회에 대한 태도와 상호 작용 기술 재교육
- ③ 효과적인 서비스 분권화, 행정 지원, 부문간 조화를 위한 지역사회 기반의 활동 지원
- ④ 보건 기획과 개발에서 참여를 강화하기 위한 지역사회 역량 강화.

실질적인 참여를 위해 확보되어야 할 정보는 다음과 같다:

- 건강문제, 문제의 원인, 적절한 예방과 증진 방법
- 프로그램 기획, 실행, 모니터링과 평가의 방법
- 재원의 확보, 부기, 지역사회, 정부, 비정부 기관에서 이용 가능한 자원 등과 같은 관리
 기술
- 이러한 자원을 평가는 방법; 옹호, 지역사회 내 관련된 보건과 개발 단체
- 보건분야에서 지역사회 참여가 이루어질 때 흔히 나타날 수 있는 문제는 다음과 같다.
- 실질적인 지역사회 참여를 촉진하기에는 부족한 역량
- 공동 의사결정을 위한 기전의 부족
- 지역 개발을 위한 재정 분배의 부적절성
- 지역사회 조직에서 대표자의 부족
- 지역사회 기반의 보건 개발을 위한 실질적인 매뉴얼과 가이드라인 같은 적절한 도구의
 부족
- 부문간 조화를 위한 협력을 실질적으로 주저함
- 치료와 시설 기반의 보건의료체계에서 보건학적 발전을 지향하고, 지역사회 기반으로
 나아가는 것에 대해 저항함
- 지역의 주민들이 개인적인 이익을 추구함
- 부정적인 정치적인 영향력이 있음

[첨부 3] 모니터링과 평가

1. 모니터링(monitring)

모니터링(monitring)은 프로그램이 계획된 대로 진행되고 있는지 계속적으로 사정하는(assessing) 과정이며, 프로그램의 실행을 개선하고 기대한 결과를 달성하기 위해 수행되어야만 한다.

모니터링에는 다음과 같은 두 가지의 유형이 있다:

- 정기 모니터링(routine): 정기 모니터링은 규칙적으로 정보를 수집하고, PHC 프로그램 관리자가 프로그램 실행으로 인한 개선 사항을 추적할 수 있도록 충분한 정보를 제공할 수 있을 만한 일련의 지표에 기초한 지속적인 과정이다.
- 단기 모니터링(short-term): 이것인 제한적인 기간에 새로운 이니셔티브나 과정을 추적하기 위해 시행된다. 이 모니터링의 목적은 정기 모니터링과 연계된 단기 모니터링 후 문제점을 개선하기 위해 도움이 되는 정보의 수집을 위해서이다.

PHC 프로그램의 모니터링 대상은 다음과 같다

- 투입요소(inputs): 투입요소는 프로그램을 실행하기 위해 필요한 자원을 의미한다. 여기에는 보건의로 인력, 재정, 의약품, 보건의로 시설, 가구 등이 포함된다. 기획 단계에서 PHC 프로그램의 지원을 위한 각 활동과 영역에 필요한 투입요소들에 대한 투입물의 비용은 예산서에 이미 기록되어 있다. 이러한 자원의 조달과 이용은 예산 내에서 프로그램이 실행되는지 모니터링한다.
- 과정요소(processes): 과정요소는 원하는 결과를 달성하기 위해 기대되는 활동 또는 과제의 일련의 단계를 포함한다. 이러한 활동은 그것이 기대한 만큼의 질적 수준으로 제공되고 있는지, 지역주민에게 거부감 없이 제공되고 있는지, 이성적인 판단 아래에서 제공되고 있는지 모니터링 되어야 한다. 과정요소에 대한 지표로는 아동의 체중 제거, 의약품 조달, 주사제 제공, 경구용 수분보충 소금의 제공 등이 사용될 수 있다.
- 산출요소(output): 결과요소는 프로그램의 성공적인 종료 후 결과로서 산출물 또는 달성 정도에 대한 모니터링을 의미한다. 결과 요소에 포함될 수 있는 지표는 외래 이용 환자, 지역사회 주민의 건강증진 활동 참여 수 등이 포함될 수 있다.

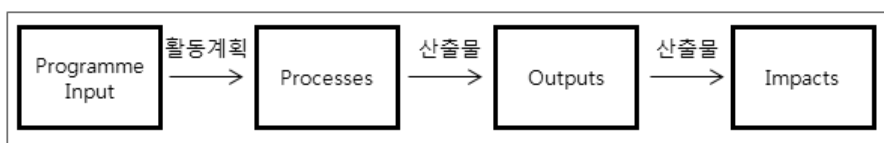


그림 3-16. 투입, 과정, 산출 요소 간의 관계

모니터링은 다음의 10가지 단계를 거쳐 진행된다.

- 모니터링 목적 정의: 어떤 보건 의료 서비스를 모니터링 할 것인지 결정한다. 즉 모니터링의 목적이 무엇이고 그 결과를 누가, 어떻게 사용할 것인지 결정한다.
- 모니터링의 정도(scope) 결정: 프로그램 팀은 전체 지역 또는 지역 일부분을 대상으로 모니터링 활동을 진행할 수 있다. 전체 지역에서 정기 모니터링 과정을 시작하기 전에 팀은 지역 일부분에서 모니터링을 파일럿 테스트를 실시할 수 있다. 진행될 모니터링의 기간에 대해서도 결정한다.
- 지표 선정과 성과 표준(performance standard) 결정
- 지표는 다음과 같은 것들이 사용될 수 있다
- 횟수(일어난 일, 또는 물품의 개수를 세는 것): 예를 들어 몇 명의 아이들이 예방접종을 받았는가
- 율(rate)(정해진 기간에 프로그램이 일어난 빈도의 측정): 아동의 예방접종률
- 비(ratio): 관련된 각각의 두 숫자들의 비, 인구 대비 환경보건 공무원의 수
- 백분율: 100으로 곱한 비율, 예를 들어 200명의 간호사 중 40명만이 가족계획에 대한 교육을 받았으면, “작년 가족계획으로 훈련 받은 간호사는 20%이다”라고 측정

성과 표준은 팀이 프로그램이 계획된 대로, 효과적으로 실행되고 있는지 결정하기 위해 판단을 돕는 지표들의 구성을 의미한다. 성과표준은 주로 양적으로 판단되고, 실제 프로그램이 계획된 프로그램에 따라 수행되고 있는지 판단할 수 있도록 해준다. 성과표준은 계획된 프로그램 대비 실제 프로그램의 달성 정도로 표현된다.

- 정보원 선택 및 자료수집 과정 개발: 투입에 대한 지표는 정기 기록에 의해 획득이 가능할 것이지만 과정과 성과 지표의 획득을 위해 새로운 도구가 개발될 필요가 있다. 또한 팀은 지역 리더와 의견을 나누어서 보건 의료 인력과 기타 관계된 사람으로부터 PHC 프로그램에 대한 느낌 등을 얻을 수 있을 것이다.
- 자료 수집: 정보를 수집하는 팀은 그러한 과정을 하고 있다고 보고해야 한다.
- 자료 분석 및 도표화: 획득된 자료를 다양한 방식으로 시각화한다
- 자료 해석
- 발견점 표시: 누가 정보를 정기적으로 받을 것인지를 결정한다. 즉 전체 지역 주민에게 정보를 공개할 것인지, PHC 프로그램에게 참여한 단체에게만 할 것인지 등을 결정한다. 또한 정보를 공유하는 방법과 기전 또한 결정한다.
- 적절한 대응: 모니터링의 가장 중요한 이유는 프로그램 매니저가 결점 및 단점을 확인하고 그것을 즉시 보완하는데 있다. 그 결과를 이용해서 필요한 행동을 어떻게 취할 것인지 결정하고 어떻게 그 대응법을 쉽게 적용할지 결정한다.

- 모니터링 지속 여부 결정: 모니터링을 통해 부족한 부분이 채워졌을 때, 이후 모니터링을 어떻게 수행할 지 결정한다. 그리고 어느 정도의 빈도로 모니터링을 수행할 지 결정한다.

2. 평가(evaluation)

평가(evaluation)는 간단히 어떤 것의 가치를 사정하고 알아내는 것으로 정의될 수 있다. 평가는 프로그램 종료 후에 수행된다. 평가는 프로그램이 목적을 달성했는지 결정하는 것을 돕는다.

평가가 필요한 요소들은 다음과 같다.

- 투입요소(inputs): 프로젝트의 다양한 실패 원인 중의 하나는 자원의 동원이 계획한 대로 달성되지 않았거나, 그것들을 이용할 수 없었기 때문이다. 다른 이유는 자원이 계획한 서비스 제공을 할 수 있을 정도로 충분하지 않았기 때문이다. 평가는 이러한 투입요소로서 자원이 서비스 제공에 잘 사용되었는지, 잘못 사용되었는지를 파악하는 과정이다.
- 산출요소(outputs): 평가자는 제공된 PHC 프로그램이 적절했는지에 대해서 평가할 필요가 있다. 특별히 평가자는 제공된 프로그램의 질과 양, 프로그램의 효율성, 지역사회에서의 프로그램의 수용성과 그 결과, 표적 인구 집단이 받아들이는 프로그램에 대한 영향력 등을 자세히 확인하여야 한다.
- 결과요소(outcomes): 평가자는 평가하는 프로그램의 목적을 잘 파악하고 있어야 한다. 대부분의 기초적인 질문은 평가되는 활동이 성취되었는가에 대한 것이다. 프로그램의 성공과 실패를 구분하는 이러한 지표들에 대해 측정할 필요가 있다. 평가자는 또한 프로그램의 잠재적인 영향력에 대한 고려한다. 예상 가능했던 영향력뿐만 아니라, 의도하지 않았던 영향력도 있을 수 있다. 예를 들어, 가족계획 프로젝트는 여학생들의 교육 중단을 감소시키는 영향을 가져올 수 있다.

평가는 다음과 같은 6가지의 단계로 수행될 수 있다.

- ▮ 1) 응답 질문 명확하게 선별: 평가가 필요한 부분이 무엇인지 확실히 결정되어야만 하며, 그것을 나타낼 수 있는 지표도 선정되어야만 한다. 다음과 같은 4가지 유형의 정보가 필요하다.
- ▮ 2) 베이스라인(baseline) 정보: 프로그램 실행 전의 상황을 설명할 수 있도록 해준다
- ▮ 3) 투입(input) 정보: 투입정보는 프로그램에서 사용된 자원을 설명할 수 있도록 해준다.
- ▮ 4) 과정(process) 정보: 프로그램의 수행 과정을 설명할 수 있도록 해준다. 예를 들

어 예방접종 프로그램에서 어떻게 예방접종이 조직화되고 수행되었는지에 대한 정보가 필요하다.

- ▮ 5) 산출(output) 정보: 프로그램 수행 이후의 상황을 설명할 수 있도록 해준다. 예를 들어 예방접종 프로그램 이후 계획 대비 몇 명의 아동에게 예방접종이 실시되었는지 정보가 필요하다.
- ▮ 6) 평가할 정보원 확인: 현재 존재하는 자료, 예를 들어 병원 통계는 몇몇 정보의 좋은 자료원이 될 수 있다. 다른 정보는 사용가능성이 없을 수도 있기 때문에 설문조사나 다른 방법 등을 동원해 정보를 획득할 필요가 있다.
- ▮ 7) 정보 수집: 설문조사를 실시할 때는 사전조사와 설문조사를 담당할 사람들을 어떻게 정보를 지역사회에서 획득할 것인지 미리 훈련하고 조직화한다.
- ▮ 8) 정보 분석: 정보가 수집되기 전에, 어떻게 정보를 분석할 것인지, 도표화할 것인지 분석 방법과 일정을 결정해야만 한다. 다음과 같은 표를 이용할 수 있을 것이다.

표 3-54. 보건의료차관에서 아동 예방접종 실시 횟수 표(예시)

프로그램 시행 전	병원	보건소	의원	이동진료팀
프로그램 시행 후				

- ▮ 9) 평가 보고서 준비와 발견점 표현: 평가자는 평가보고서를 작성하고 다른 관련 단체들에게 이것을 발표한다. 보고서는 간략해야 하며 주요한 권고사항을 수록하고 있어야 한다. 프로그램 실행자는 식별된 문제점에 대한 잠재적 원인과 해결 방안
에 대한 토의에 기여해야 한다.
- ▮ 10) 적절한 행동: 평가 결과가 발표되고 다양한 프로그램 실행자들과의 토론을 한 후 이러한 결과를 이용해 필요한 행동을 취해야 할지 결정하고, 이러한 행동에는 어떤 것들이 있을 지를 찾는다.

제5절 지역보건의료체계 강화 접근

1. 배 경

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.

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. 가볍게 보고 시설과 장비 중심의 인프라 투자를 하거나 특정 질병을 대상으로 한 보건교육 등 프로그램만 들고 들어가서는 지속성과 효과성 면에서 낭패를 볼 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.

2. 지역보건의료체계의 개념

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 노력을 기울였으나 지방정부의 무책임성 및 일차의료병원서비스의 질적 낙후 등 일차보건의료 전략의 한계를 보완 발전시키기 위해 새롭게 도입된 전략이다. 세계보건기구(WHO)에 의해 1987년 아프리카 짐바브웨 하라레(Harare)에서 주창된 지역보건의료체계는 상향식(bottom-up) 접근으로서 일차보건의료 전략의 핵심가치를 계승하면서도 더욱 체계적이고 적

극적인 일차보건의료 적용 전략이라고 할 수 있다. 특히 일차보건의료 전략이 채택되기 전 상당수의 보건의료투자가 병원에 국한되어 있던 문제를 타개하기 위해 그보다 더 주민 생활 현장과 가까운 보건소 단위에 주목했었는데 일차보건의료 전략 천명으로 보건소 영역에서 큰 성과를 거두었지만 한편 수개의 보건소를 관장하는 지방정부의 부패와 무관심이 컸고 이에 따라 지방정부가 운영하는 일차의뢰병원의 수준이 낮아지게 되었고 이는 결국 일차의뢰병원과 연계가 중요한 보건소의 보건의료서비스 질 저하로 연결되어 주민의 일차보건의료에 대한 관심과 참여가 저하되는 결과를 낳게 하였다. 따라서 이러한 문제로부터 자연스럽게 지역보건의료 체계를 고민하게 되었고 일차보건의료 전략을 고수하면서 지방정부의 책임성을 높이며 일차의뢰병원의 기능을 강화하는 지역보건의료체계 강화 전략을 주창하기에 이르렀다.

일차보건의료 전략의 필수 사업영역

- ① 널리 퍼져있는 주요 보건문제의 그 예방 및 그 관리방법에 대한 교육
- ② 식량 및 적절한 영양 공급의 촉진
- ③ 안전한 식수와 기초 위생의 적절한 공급
- ④ 가족계획을 포함한 모자보건
- ⑤ 주요 전염성 질환에 대한 예방접종
- ⑥ 지역적 풍토병의 예방과 관리
- ⑦ 흔한 질병과 외상의 적절한 치료
- ⑧ 필수약품의 제공
- ⑨ 심신장애자의 재활(추가 항목)

일차보건의료 전략의 접근 원칙

첫째, 필요에 따른 보편적인 적용과 접근(universal accessibility and coverage in relation to need)이 이루어져야 한다.

둘째, 개인과 지역사회의 참여와 자립(community and individual participation and self-reliance)이 필요하다.

셋째, 건강을 위해 관련 분야들의 상호협력(inter-sectoral action for health)이 이루어져야 하고 지역내 각종 자원이 우선 활용(utilization of local resources)

되어야 한다.

넷째, 치료와 동시에 예방법이 적용된 보건의료서비스(integration of preventive and curative services)가 제공되어야 하며 기술적으로도 적절하며 비용-효과적(appropriate technology and cost-effectiveness)이어야 한다.

지역보건의료체계에서 지역(District)은 잘 구분된 행정 및 지리, 인구 특성을 가지고 있으며 자체로 모든 수준의 보건의료서비스를 제공할 수 있는 자원을 가지고 있거나 혹은 가지고 있도록 기대된다. 이는 지역사회(Community)와 구별되는 개념으로 일종의 행정단위를 의미하고 있다. 따라서 지역 내 보건의료 분야 외에도 경제, 산업, 주거, 복지, 인사 등 타 부서와의 행정적 협력 및 연계가 강조되며 또한 중앙정부와의 행정 연계 및 견제와 감시도 중요한 내용이다. 그리고 보건의료 분야 내에서도 주민의 건강관심과 참여를 중심으로 보건소 및 일차의료기관의 협력 연계도 중요한 구성 내용이다.

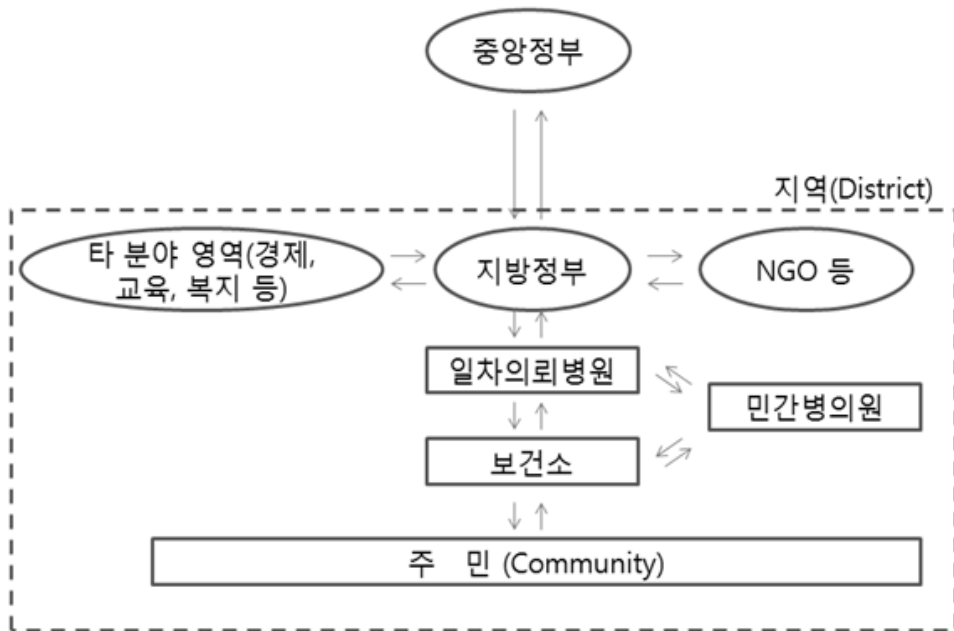


그림 3-17. 보건소 및 일차의료기관의 협력 연계도

3. 지역보건의료체계 접근의 고려사항

1) 중앙과의 관계 - 지방분권을 중심으로 한 이해

지역보건의료체계에서 중요하게 고려되어야 할 요소 가운데 하나가 바로 지방분권(decentralization)이다. 지방분권은 행정권한과 책임 그리고 정치활동의 중심을 지방에 두고 중앙의 지휘명령으로부터 상대적으로 독립하여 자율적으로 운영되는 행정 형태이다. 이는 행정의 종합성과 다양성 측면에서 강점이 있는 제도로 받아들여지고 있다. 보건의료분야에서도 지방분권은 주민참여와 자립적 운영에 도움 되는 접근으로 이해되어 환영받을 만하다. 실제 보건의료의 지역화(regionalization) 전략이 그전부터 이미 주창되었는데 이는 지역 내 주민 집단에게 체계적인 서비스를 제공하기 위해서는 지역 내 보건의료기관의 역할이 잘 정립되고 유기적인 연계와 협력체계가 구축되어야 한다는 의미이다. 하지만 지방분권은 긍정적인 의미만 가지고 있는 것이 아니라 부패와 자원부족, 규모의 경제 실패 등으로 인해 오히려 시민의 사회적 권리가 제약당하는 부작용도 나타날 수 있다. 따라서 지방분권은 충분한 권한을 주면서도 동시에 주민이 요구하는 서비스를 적절히 제공하도록 장치를 만드는 것이 필요한데 특히 보건, 교육, 주택, 조세 등 사회 문화 경제 권리 등은 더욱 이러한 과정이 중요하다. 특히 지방분권이 경제성장에 힘들어하는 중앙정부의 정책 한계를 지방에 전가하는 형태로 이루어지는데 이러한 경우 보건의료 분야에서 흔히 일어나는 형태가 중앙정부의 책임 있는 운영이 잘 안 되는 분야(예를 들어 중앙정부가 설립한 병원)를 지방 혹은 개인에게 일방적으로 운영을 전가하는 것이라고 할 수 있다.

이러한 내용에 대해 지역보건의료체계 강화의 중요 내용은 중앙정부가 해야 할 지원 정책(지역보건의료 활동을 통한 달성 목표 제시, 각 활동에 대한 예산투자 내역 명시, 지역별로 보건의료 필요에 따른 합리적인 예산 분배 방안 제시, 지역보건의료 활성화를 위한 인력 훈련 방향 제시와 지역보건의료 인력 훈련 활성화 예산 제시, 지역보건의료 활동 계획 수립 및 평가 그리고 활동지침 개발 제시를 위한 기술지원 체계 운영 등)을 밝혀야 한다.

한편 이러한 중앙정부의 정책 방침에 따라 지방정부에 중앙정부로부터 자원분배를 받기 위한 계획서 제출 및 평가결과 피드백이라는 기전이 존재하여야 한다.

2) 지방정부의 부서 간 협력 팀 구성과 운영

지방정부에 보건분야가 아닌 경제 및 복지, 주택, 교통 등 타 부서와의 협력 연계 체계가 있어야 한다. 또한 관할 지역 내에 활동하는 해당 국 혹은 해외 NGO 단체와도 협력 연계체계 역시 중요하게 파악되어야 한다. 이는 DHMT 혹은 그와 유사한 명칭으로 불릴 수 있는데 기능은 해당 지역 내 다양한 부서 간 협력과 연계를 담당하는 기관이어야 한다. 동시에 이러한 기구의 구성과 운영이 명칭만 있는 것이 아닌 내실 있는 것이어야 한다면 이와 관련한 조례, 예산, 활동 지침 등이 명확히 제시되어 있어야 한다.

한편 관내 일차의료병원, 보건소, 병원과 보건소 등의 연계 등 각 산하 기관에 대한 평가지표도 적절히 제시되어야 한다. 또한 산하 소지역에 대한 취약지 구분을 평가도 해야 하며 내부의 자원을 이러한 지역사회 필요에 입각하여 분배하는 원칙과 제도가 마련되어 있어야 한다. 한편 이러한 평가 및 그 결과를 반영한 예산지원 체계도 제시되어야 하고 이러한 모든 것을 가능하게 하는 내부 팀 구성과 활동 내용 등이 제시되어야 한다.

3) 주민 참여의 가능성 및 현실

지역의 주민 참여는 다양한 경로로 보장되어야 한다. 보건사업의 성패는 결국 주민참여의 활성화 여부에 의해 좌우되기 때문이다. 이는 제도적인 측면과 문화적 측면에서 검토되어야 한다. 제도적 측면에서는 주민의 보건의료 관련 의견이 반영될 수 있는 절차가 법적 근거 등에 입각하여 구축되어야 한다. 예를 들어 의회 구성과 운영에서 보건의료 분야 주민 의견이 반영될 수 있는 통로를 가지고 있는가 하는 문제도 검토가 필요하며 지역의 보건의료 정책이 결정되는 과정에 주민의 대표가 참여할 수 있는가 하는 문제도 고려되어야 한다. 그리고 다양한 위계를 가지고 마을단위 풀뿌리 주민참여에서부터 시민운동 혹은 소비자운동 차원의 보건의료 주민참여 움직임이 반영될 필요가 있으며 이러한 참여의 기전이 일부 혹은 전부 제도적 보장을 받아야 한다.

마지막으로 문화적 측면에서 주민참여의 가능성을 보장하는 방법은 지역보건의료

수요 조사에 사망률 등 객관적인 지표 외에도 주민의 보건의료 정책 변화에 대한 욕구 혹은 주문이 반영될 수 있도록 지역사회 보건의료 실태조사에 이들을 찾아가거나 찾아오도록 하여 그들이 가진 해당 보건문제에 대한 신념체계, 문화관습 등을 파악하려는 노력이 있어야 한다. 한편 이렇게 파악한 문화적 요소를 이후 사업시행 및 평가에도 반영할 수 있도록 하여야 한다.

4. 지역보건의료 강화 프로젝트 접근 전략

1) 지역보건의료체계 강화 프로젝트 추진 시 각 사업 진행단계에 따른 체크리스트 개발

표 3-55. 지역보건의료강화 프로그램의 단계별 개요

사업진행단계	사업진행단계에 따른 점검 목록
사업 계획 및 요청 평가 단계	시행 필요성, 규모의 적절성, 투자 효과성, 지속성, 시스템 강화에 기여 정도 등 지역보건의료체계 강화 전략과 연계성 파악
사업 시행 단계	현장의 요구 파악, 기존 보건의료체계와 조화 및 새로운 체계 도입과 확산, 지속성
사업 모니터링 및 평가 단계	효율성, 성과달성 정도 및 가능성, 지속성

2) 각 단계별 체크리스트의 이해와 활용 방법

(1) 사업 계획 및 요청의 타당성 평가 단계

- 보편적인 타당성
 - 해당 사업 대상지역의 낙후성이 제시되어 있는가?
 - 주요 보건지표의 MDG 관련성이 제시되어 있는가?
- 중앙정부와의 관계
 - 정기적으로 중앙정부의 보건의료 예산을 지역의 필요에 따라 나눠주고자 하

는 종합 계획이 수립되는가? 그리고 공표되는가?

- 중앙정부의 보건의료 투자를 통해 달성하고자 하는 보건분야 목표가 제시되어 있는가?
- 지방정부에 보건의료 예산 편성 및 인력 활용에 대한 자율성을 부여하고 있는가?
- 지방정부의 보건의료 통계 산출 및 보건사업 수행에 필요한 조직 및 인력과 예산 편성에 관한 기술지원을 하고 있는가?
- 지방정부에 보건의료 예산 편성 및 인력 활용에 대한 자율성을 부여하고 있는가?
- 지방정부의 인력의 양과 질을 보장하는 인력교육 프로그램을 가지고 있으며 안정적으로 예산이 편성되고 있는가?
- 지방보건의료 평가 및 체계적인 지원에 관한 법적 근거를 가지고 있는가?

■ 지방정부의 자율성 및 파트너십 평가

- 정기적으로 자체 관내의 보건의료 필요와 욕구를 파악하고 이를 통해 우선순위를 세운 보건의료 예산 투자 및 사업 실행계획을 가지고 있는가?
- 자체적으로 보건의료 필요에 따른 예산 및 인력 편성과 관련 조례를 만들 수 있는 권한이 있는가?
- 자체적으로 지역보건의료관리팀(District Health Management Team; DHMT) 및 유사 조직을 가지고 있으며 거기에 보건의료 분야 외에 타 분야 담당자 등의 참여가 내실 있게 이루어지고 있는가?
- DHMT 혹은 유사 조직에 민간 NGO 및 관련 학계 등의 참여도 이루어지고 있는가?
- DHMT 혹은 유사 조직이 예산 편성 및 기획의 업무에 참여가 가능한가?
- 관내 일차의뢰병원과 보건소의 연계를 활성화하기 위한 제도적 노력이 있는가?
- 관내 인구 30만~50만여 명에 일차의뢰병원을 제대로 갖추고 있는가?(농어

촌 등 광활한 인구 희소 지역을 위해 지리적 접근성 개념으로 인구기준 변경가능)

- 관내 인구 3-5만 명에 보건소를 갖추고 있는가? 그리고 그보다 작은 인구 단위를 위해 보건지소 혹은 마을보건센터 등을 갖추고 있는가? (농어촌 등 광활한 인구 희소 지역을 위해 지리적 접근성 개념으로 인구기준 변경가능)
- 관내 보건의로 인력의 질 향상을 위한 별도의 교육 프로그램을 운영하고 있는가?
- 전체 보건의로 인력의 질 향상을 위한 직무분석 및 성과관리와 교육 프로그램을 운영하고 있는가?
- 일차의뢰병원에 대해 단순한 병원 기능 외에 지역보건의료체계에서 허리로 서의 기능을 수행하도록 기능부여를 하고 있는가? 그리고 이와 관련한 기능 수행을 요구할 수 있는 안정적 예산지원을 보장하고 있는가?
- 보건소 및 산하 보건기관의 직원들에 대해 안정적인 급여를 보장하고 있는가?
- 의사 등 전문 직종에 대해 책임 있는 복무를 요구할 만큼 복지혜택이 다른 전문 직종에 비해 적절한가?

■ 지역사회 주민 참여 가능성

- 주민참여를 위한 주민 인식 및 문화를 파악하고 있는가? 주민 가운데 지역 보건의료에 대한 관심 정도를 조사하는 계획 및 실제 활동이 이루어지고 있는가?
- 마을단위의 보건사업을 체계적으로 수행하는 인력확보가 이루어지고 있는가?

(2) 사업시행단계

■ 일반적인 점검사항

- 사업시행 전 요구되었던 사업 영역이 차질 없이 수행되고 있는가?

- 주요 보건지표의 MDG 달성을 위한 주요 전략이 제시되어 그에 따라 운영되고 있는가?
- 지방정부 차원에서 수행 가능한 업무를 차질 없이 수행하되 중앙정부에 요청하는 지역보건의료체계 강화 전략이 수립 요청되고 있는가?
- 지역보건의료체계 관리 팀(DHMT) 혹은 유사 조직이 구성되어 운영되고 있는가?
- 각 파트너들의 특성에 맞춰 차별화된 파트너십 접근 전략이 수립 실행되고 있는가?
- 주민참여를 보장하는 문화적 및 제도적 접근이 동시에 시행되고 있는가?
- 지방정부의 보건의료 통계 산출을 합리적으로 수행하고 있으며 지속가능하도록 구축되고 있는가?
- 지방정부의 각 산하 병원 및 보건소 그리고 주민참여와 파트너십 활성화를 위한 체계적인 기술지원 활동이 이루어지고 있으며 관련 제도화(법적 근거 마련)가 이루어지고 있는가?
- 자체적으로 인력의 질을 높이기 위한 노력이 시행되고 있으며 지속적으로 수행할 수 있는 제도적 뒷받침이 이루어지고 있는가?
- 지역의 보건의료필요에 따른 인프라를 구축하고 있는가?

■ 지방정부의 자율성

- 관할 예산투자 및 실행계획을 지역의 필요에 따라 합리적으로 자체 수립하도록 지원과 노력을 수행하고 있는가?
- 관내 일차의뢰병원과 보건소의 연계를 활성화하기 위한 제도적 노력을 기울이고 있는가?
- 지역의 보건의료필요에 따른 인프라 운영이 가능하도록 합리적인 지원체계를 가지고 있는가?
- 인력의 질 향상을 위한 직무분석 및 성과 및 보상체계를 향상하기 위한 노력을 시행하고 있는가?

- 회계 및 재정의 투명성 및 지역보건의료체계성과와 연계된 효과성을 입증할 수 있도록 합리적으로 개선되고 있는가?

- **지역사회 주민 참여 가능성**

- 주민참여를 위한 조사 및 주민조직화 활동이 bottom up approach 방식으로 이루어지고 있는가?
- 마을단위의 보건사업을 체계적으로 수행하는 인력확보를 일부라도 확충하였는가?
- 주민참여의 의사결정이 단계적으로 시행되고 있는가?

(3) 사업 모니터링 및 평가단계

- 사업시행 전 요구되었던 사업 영역이 차질 없이 수행되었는가? 혹시 변경되었을 경우 관련 이유와 근거가 적절히 제시되었는가?
- 주요 보건지표의 MDG 달성이 되었는가? 혹시 단기간 사업 과정으로 MDG 목표가 달성을 확인하기 어려울 경우 이를 간접적으로 측정할 수 있는 대리지표가 제시되어 이의 달성이 확인되었는가?
- 사업의 지속가능성 측면에서 공고한 파트너십 및 기술이전이 확인되었는가?
- 사업의 성공적 수행을 보장하는 환경변화가 촉발되었거나 혹은 우연하게라도 변화된 사항이 있는가?
- 수행과정에서 조성된 예상치 못한 난관에 대해 적절히 분석하고 해결하였는가? 교훈점은 없는가?
- 사업수행이후 성공적 지속성을 위협하는 위험요소가 분석되었는가? 이에 따른 후속관리 전략 및 방안이 수립되었는가?

제6절 섹터별 접근법(Sector-wide approach, SWAp)²⁸⁾

1. 배경과 개념

섹터 별 접근법 (Sector-wide approach, 이하 SWAp)은 최근의 원조환경 변화에 대한 국제적 대응으로서 주목받기 시작하였다 (UNFPA, 2005). 구체적으로 분절된 원조와 그에 따른 원조효율성 저하가 MDGs 달성에 장애로 작용한다는 지적이 있었고, 그 중 프로젝트 형 사업의 실패가 대표적 원인으로 꼽혀왔다. SWAp은 이런 원조환경의 변화 속에서 수원국의 리더십을 향상시키고 원조효율성을 높이는 대안으로 제시된 방법이다.

1) 개념

SWAp은 수원국과 개발파트너 간 “협력의 한 방식 (a way of working together)”으로, 1990년대 초부터 덴마크, 영국 등 유럽 공여국들이 시행해 왔다. 기존 프로젝트 형 사업이 진화하는 과정에서 섹터(특정 개발 분야. 예를 들어 보건, 교육, 농업 등) 별 통합적 접근이 필요하다는 인식 아래 SWAp이 등장했고, 이런 SWAp이 특정 섹터를 벗어나 국가적 수준의 개발로 범위가 확대된 것이 프로그램 형 접근법 (Programme-based approach, 이하 PBA)이다 (이현주, 2010).

SWAp의 주요 개념은 아래와 같다.

- 섹터 프로그램 (sector programme)이란 특정 섹터에 대한 수원국의 개발 프로그램으로서, 장기적(주로 10년 이상)이고 포괄적인 비전을 제시한다.
- 섹터 정책지원 프로그램 (sector policy support programme, 이하 SPSP) 혹은 섹터 프로그램 지원 (sector programme support, 이하 SPS)은 수원국의 섹터 프로그램을 지원하는 공여자의 지원방식을 뜻한다(덴마크, 스웨덴에서는 SPS를, European Commission에서는 SPSP를 주로 사용).

28) 이 절은 SWAp의 개념적 내용에 주안점을 두고 작성하였으며, 실제 사례로부터의 경험과 교훈 등은 “부록 6-4. 키르기즈스탄의 SWAp 사례”를 참고하기 바람.

OECD DAC는 다음의 항목들을 SWAp의 구성요소로 제시 한다 (OECD, 2006).

- 명확한 보건의료 정책과 전략
- 포괄적인 보건의료 전략을 반영하는 보건의료 중기 지출 계획 (medium-term expenditure programme)
- 보건의료부문을 지원하는 자원 할당을 위한 체계적 배열 (funding arrangement)
- 성과 모니터링 시스템
- 개발 파트너들 간 원조 조화²⁹⁾를 위한 공식적인 프로세스와 대화
- 보고, 예산, 재정관리 및 자원조달을 위한 조화된 체계 (harmonized systems)
- 수원국 정부의 실무자들이 NGO 및 여러 공여자들에게 공식적으로 자문을 구할 수 있는 체계화된 기전 (stakeholder consultation)

원조 효율성을 위한 파리 선언에서는 PBA 또는 SWAp을 충족하는 요건으로 다음의 네 가지를 제시했다. 이 항목들은 SWAp 시행 초기 단계에서 해당 분야가 SWAp에 해당하는지를 판단하는 기준이 되기도 한다.

- ① 수원국 또는 현지기관의 리더십
- ② 하나의 포괄적인 프로그램 및 예산정책
- ③ 공여국의 보고, 예산정책, 재정관리 및 조달을 위한 공식적인 조정 및 조화 절차
- ④ 프로그램 설계 및 실행, 재정관리 그리고 감독 및 평가를 위해 현지 체제의 활용을 향상하기 위한 노력

이러한 개념과 구성요소에서 알 수 있듯 SWAp은 하나의 접근방식을 아우르는 용어로서, 유형의 것이라기보다는 특정 섹터 내에서 이루어지는 무형의 행동방식, 규범, 원칙 등을 포함하는 것으로 해석할 수 있다 (이현주, 2010).

29) 공여자 간 원조조화 (donor coordination)의 주요 요소는 다음과 같다. 첫째 공여 프로그램의 중복을 막는 공통의 프로그램, 둘째 거래비용을 줄이는 단일한 대화/협상 과정, 셋째 공여자 간 협동을 위한 정기적/비정기적 회합 (AFDB, 2004).

Check point 1. SWAp의 지원양식 (이현주, 2010)

SWAp은 특정한 원조양식 (modality)이 아닌, 해당 섹터에 대해 수원국과 공여자가 공동으로 접근하는 방식/과정을 말한다. 따라서 다양한 지원양식이 가능하며, 예산지원/공동지원/프로젝트와 기술협력 등의 방식 모두 SWAp에 포함될 수 있다.

SWAp에서 중요한 것은 어떤 지원양식이 보다 효과적인지, 어떤 분야에 지원이 필요할지 결정하는 과정, 이 과정에서 수원국 정부와 공여자들이 함께 참여하는 정기적(또는 비정기적) 협의체, 그리고 이 모두에 앞서 수원국의 해당 섹터 프로그램이 SWAp의 지원기준에 합당한지 판단하는 절차가 있어야 한다는 점이다.

2) SWAp과 PBA

한편 특정 섹터에서 이루어지는 PBA를 SWAp으로 이해한다고 했을 때, SWAp은 범국가적 차원에서 개발 프로그램인 PBA보다 접근수준과 범위가 작으면서 PBA의 특성을 공유한 방식이라 할 수 있다. 따라서 SWAp은 PBA로의 발전가능성을 담보한 전략적 접근법이기도 하다. 이현주(2010)는 KOICA가 섹터 별 사업형태에서 축적해 온 노하우를 이용하는 측면에서 포괄적인 국가단위의 PBA보다는 특정 섹터 혹은 하위 섹터프로그램에 대한 SWAp 방식으로 출발하는 것을 추천하였다.

Canadian International Developmental Agency(CIDA)는 그 적용범주와 주체에 따라서 PBA를 다섯 가지로 분류하였다 (Lavergne and Alba, 2003). 첫 번째는 단일 국가 차원에서 이루어지며 적용 범위에 제한을 두지 않는 포괄적인 프레임으로 수원국의 빈곤감소 전략 혹은 국가개발전략에 기반을 두는 것이다. 두 번째는 다수 국가 차원에서 실시되는 것이며, 세 번째는 국가 내 하위 행정단위, 즉 지방정부나 시, 군과 같은 자치단체 단위에서 실시되는 것이다. 이는 주로 탈-중심화가 이루어진 지역에서의 개발이슈를 다룰 때 독립된 재정과 권한을 가지고 있는 지방정부가 주체가 되는 방식을 말한다. 네 번째는 현지의 독립적 정부기관이나 NGO에 대한 지원, 마지막은 특정 섹터에 대한 지원인 SWAp이다.

Box 11. PBA/SWAp 의 장점 (UNFPA, 2005)

- 수원국 정부가 고유의 전략과 오너십을 유지하여 주도적 역할을 할 수 있게 해준다. 그간 공여자의 선호와 계획에 따라 진행된 프로젝트들에 의해 수원국 정부는 독자적인 우선순위를 상실하고 그 역할이 명확하지 않았으며 여러 사업들이 중복되고 분절되어 효율성이 감소하였다.
- 공여자 측면에서는 개발협력의 효과를 극대화할 수 있다는 것이 가장 큰 장점이다. 하지만 이를 위해서는 공여자가 분야별로 개별 단위의 프로젝트를 운영하는 기존의 공식적인 역할을 포기하는 대신, 전반적인 정책과 관리에 대한 의견을 제시하게 되었다는 것에 동의하여야 한다. 이 경우 원조의 개별적 기여를 측정하거나 확인하기는 매우 어렵다는 것을 사전에 인지하여야 한다.
- 공여자들이 더 조화로운 방식으로 지원을 할 수 있다. 공여자들은 서로의 정보와 사업 활동을 더 많이 공유하고 더욱 긴밀한 관계를 유지하여 결과적으로 효과적인 원조를 할 수 있다.
- 수원국 정부의 민주적 책무성 (democratic accountability)을 강화시킨다. 수원국 정부는 공여자들에 대한 책무가 아닌 국민에 대한 책무를 가지게 된다. 공여자와 정부가 전반적 체계에 대해서 합의를 이루고 정부는 집행과 모든 비용에 대해 책임을 지며, 원조자는 적절한 자금을 지원하고 기술 원조를 시행한다. 이것은 또한 공여자들의 초점이 그들의 투입과 관련된 성과를 측정하는 데에서 벗어나 전반적인 부문 전체의 결과를 측정하는 방향으로 나아가야 함을 뜻한다.

2. 접근전략³⁰⁾

1) 섹터 프로그램

SWAp의 첫 단계는 해당 국가(또는 지역)에 지원의 대상이 될 섹터 프로그램이 실제 존재하는지를 판단하는 것이다. 섹터 프로그램은 다음의 구성요소를 갖는다.

- 섹터 정책과 전략 (Sector policy and strategy); 수원국 정부의 정책목표와 전략을 구체화한 것. 일반적으로 1년 단위 계획을 통해 정책의 우선순위를 밝힘.
- 섹터 재정과 중기 비전 (Sector budget and its medium term perspective); 신뢰할 수 있는 재정 계획. 가능한 투입요소들과 지출내역들이 상세히 언급되어 있어야 함.
- 섹터 협력구조 (Sector coordination framework); 수원국의 리더십 하에 공식적으로 조직된 협력 체계로서 공여자, 수원국 정부, 비정부 행위자들을 포함.
- 제도적 요건과 기존 역량 (Institutional setting and existing capacity)
- 성과 측정 (Performance monitoring)
- 거시경제 정책 (Macroeconomic policy)
- 공공 재정 관리 (Public finance management)

이 중 섹터 정책, 섹터 재정과 중기 비전, 섹터 협력구조 세 가지를 섹터 프로그램의 building block이라 하며, 이 building block을 토대로 기존에 실제 섹터 프로그램이 존재하는지 여부를 판단한다. 만약 지원 대상으로서 적당한 섹터 프로그램이 존재한다면 SPSP를 구성하는 단계로 진행하고, 그렇지 않다면 수원국 정부와 함께 섹터 프로그램을 조직하는 작업부터 시작한다.

30) 이 지침의 구성과 내용은 European Commission(2007)을 참고하였음.

Check point 2. '섹터'의 범위 (NZAID, 2006)

SWAp에서 사업(협력)의 대상인 섹터는 상황에 따라 여러 범위를 나타낼 수 있다. 전형적인 '보건 분야'를 다루는 것이 보건 분야 'SWAp'이라면, 이를 넘어 빈곤감소 등의 사회개발 분야를 동반하는 것은 'multi-sectoral SWAp', 모자보건과 같은 보건 분야 내 특정 하부분야를 사업대상으로 하는 것은 'sub-sectoral SWAp'이라 한다.

다만 한 분야의 SWAp이더라도, 담당 (수원국) 정부부처는 하나 이상일 수 있음을 명심해야 한다.

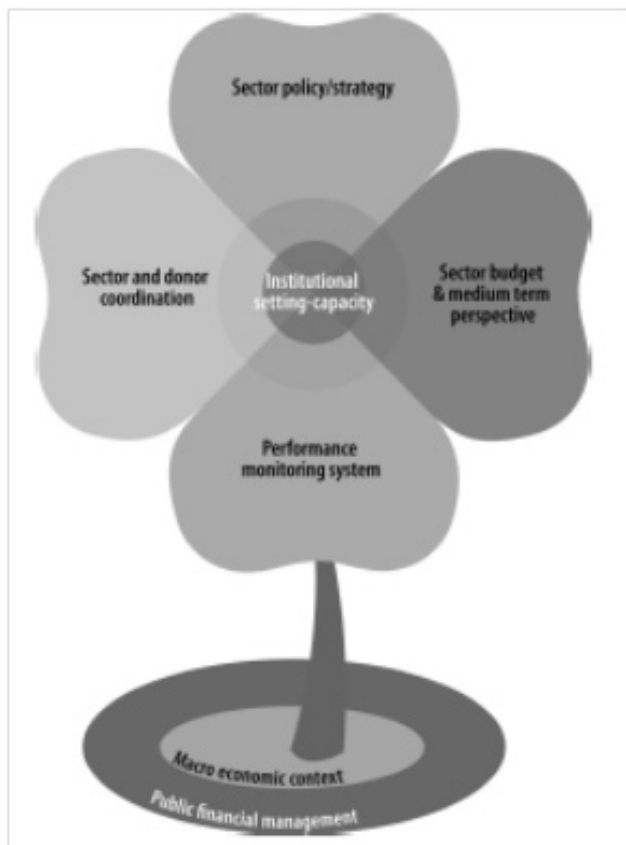


그림 3-18. 섹터 프로그램의 구성요소(European Commission, 2007)

2) SWAp의 구체적 단계 - 섹터 지원 프로그램의 설계

SWAp의 설계와 적용은 프로젝트형 사업의 그것과 크게 다르지 않다. 다만 프로젝트형 사업의 경우 작업의 순서와 방향 등이 일정한 반면, SWAp은 수원국의 정책 환경과 해당 섹터 프로그램의 현실화 정도에 크게 영향을 받는다. 따라서 아래의 각 단계와 그 내용들은 사례마다 다르게 나타나거나, 한 요소가 생략될 수 있고 요소 간 순서가 바뀌어 나타날 수 있음을 유의해야 한다.

수원국의 섹터 프로그램을 지원할 SWAp은 편성, 판단, 형성, 재정, 집행 및 모니터링, 평가의 6단계로 구성되며, 각각의 내용은 아래 표와 같다³¹⁾.

표 3-56. SWAp의 단계별 개요

단계	다뤄야 할 사안	주요 질문	성과
1. 편성 programming	다음 사항을 바탕으로 섹터 프로그램의 상태와 프로그램을 개발에 대한 합의, 준비상태에 대해 파악(assessment) 1) 전반적으로 안정적인 거시적 경제 상황 2) 정부가 직접 보건의료 정책을 집행하려는 정치적 의지와 노력 3) 해당 섹터의 원조 일치에 대한 기존의 노력이나 수행의지 4) 복지부의 리더십과 역량 5) SWAp이 시행되었을 때 만족스럽게 진행될지에 대한 예측: 섹터 정책, 경제적인 계획 구조, 공공 재정 관리 체계 등을 체크	특정 섹터에 대해서 수원국의 전략에 따라 SWAp을 시행하여야 할 것인가?	☞그렇다: 수원국의 전략에 대응하는 “대응전략(response strategy)”을 마련 ☞산출물: Country Strategy Paper, Order for Services
2. 판단 Identification	다음 7가지 분야를 통해 프로그램 원조의 질이 어떨지 예측 1) 섹터 정책 및 원조 협력 과정에 대한 재검토 2) 중기 지출 비전의 질 검토	섹터 프로그램이 방향성을 가지고 있는가? 잠정적으로 이 프로그램의 목	☞프로그램의 목표와 범위, 기간, 재정조달방법 등을

31) 사업선정에 대한 보다 구체적 내용은 매뉴얼 3장 1절 “국가수준에서의 요소별 강화전략 - 시스템적 접근”의 “3. 접근전략”부분을 참고하기 바람.

단계	다뤄야 할 사안	주요 질문	성과
	3) 섹터 별 지원을 위한 제도와 관리 준비 4) 공공 재정 관리 체계에 대한 예비조사 5) 성과 모니터링 체계에 대한 예비조사 6) 거시적 상황에 대한 재검토 ☞ 섹터 프로그램을 통해 얻고자 하는 목표, 기대되는 효과를 정의하고 원조의 규모와 자원 조달방식을 잠정 결정	표와 범위, 내용은 무엇이 될 것인가? 파리선언에 의한 원조 원칙에 적합한 방향인가?	체크리스트 (IF: Identification fiche)를 통해 예비적으로 규정 ☞ IF 및 다른 관련자료를 이용해 운영세척(ToR)을 작성하여 심사
3. 형성 Formulation	실행 계획과 재정 제안서를 준비 7가지 주요 구성요소 부문들에 대한 세부적인 평가 ToR에 대한 심사 피드백에 근거하여 프로그램의 목표와 목적, 기대되는 효과를 결정 프로그램 시행방법(implementation modality)을 개발	시행방법이 어떻게 섹터 프로그램의 시행(implementation)을 개선할 수 있는가?	섹터 프로그램의 실행계획(action fiche)과 재정 제안서 및 관련된 문서들의 준비
4. 재정 Financing	실행계획과 재정 제안서에 따라서 구성 필요한 수정을 제시하고 합의를 이룸 정부 및 다른 원조자들로부터 필요한 재정에 대한 제공을 확인 받음	제시된 섹터 지원 프로그램을 받아들일 만 한가?	☞ 공여자 재정 부처의 결정 ☞ 공동조건에 대한 합의
5. 집행 및 모니터링 Implementation & Monitoring	섹터 지원 프로그램 실행 사전에 결정된 목표를 달성하는데 얼마나 기여했는지 확인 지속적인 발전을 지원하기 위해 7가지 주요 구성요소에 대해 지속적인 평가	모니터링 및 평가결과에 기반하여 기존의 프로그램을 수정해야 할 것인가?	☞ 섹터 프로그램에 대한 성공적 기여
6. 평가 Evaluation	섹터 프로그램의 적절성, 효율성, 효과성, 영향, 지속가능성 등에 대해서 수원국 정부, 여타 공여자들과 함께 평가 실행 우리의 접근방식과 전략이 전체적인 성과에 얼마나 기여했는지 평가	섹터 정책에 대한 수정이 필요한가? 섹터 프로그램에 대한 새로운 준비가 필요한가?	☞ 최종평가 보고서 작성

(1) 편성단계

가장 먼저 국가와 지방정부의 정책과 전략, 정치적, 경제적, 사회적 상황을 파악해야 한다. 이 때 특히 개혁 과정이나 공공 재정 및 기본적인 해당 섹터 정책에 대해 파악해야 한다. 이에 더하여 다른 공여자들에 의해 진행되고 있는 원조개발 프로그램 등에 대한 정보가 필요하다.

그리고 섹터프로그램의 주요 구성요소 3가지를 다음과 같이 고려한다.

- 국가 그리고 지역 수준의 섹터 정책이 존재하고 이것이 우리의 원조목표와 동일한 방향을 추구하고 있는가? 적어도 정부가 기존의 정책을 개선할 여지 혹은 의지가 있는가? 기존에 진행되고 있는 개혁이 있지 않은가?
- 정부가 섹터 프로그램 집행에 자원을 배분하려는 의지가 있는가? 정부와 중기지출계획 및 섹터 예산과 관련하여 개방적인 토론을 할 여지가 있는가?
- 정부가 원조 조화를 위해 공여자들과 공식적인 대화의 창구나 의견교환의 방법을 가지고 있는가?

이 질문들은 수원국 정부가 섹터 프로그램을 진행하기에 충분한 리더십을 가지고 있는지에 대한 것이다. 하지만 SWAp의 단위가 지역정부 수준일 때, 중앙정부가 아닌 지역정부가 그러한 강력한 리더십을 가지고 있거나 추가 지원에 힘입어 리더십을 향상시켜나갈 만한 가능성이 있는지를 추가로 평가해야 한다.

성공적인 SWAp을 위해 필수적인 요소들로서 사업대상지역의 선정에 있어서 고려해야 할 것들은 다음과 같다 (UNFPA, 2005).

- 정치적, 경제적 안정성의 보장
- 포괄적이고 효과적인 정부의 옹호: 1) 섹터 정책을 계획, 집행할 부처의 강력하고 효과적인 리더십, 더 상위 수준에서 SWAp에 대한 정치적 지원, 재정부처의 적극적인 개입
- 정부와 공여자들이 섹터 정책과 관리에 대해 넓은 합의를 이룰 수 있는 경우
- 기본적인 재정 관리체계 및 역량이 있는 경우

반대로 정부의 리더십이 취약하거나 재정관련 부처가 포함되지 않은 계획, 공여자 간 또는 공여자와 수원국 간에 합의가 부족한 경우, 전반적인 거시적 상황이 악화되고 있거나 거버넌스와 관련된 주요 문제들이 산재해 있는 경우 SWAp의 시행은 매우 어려워진다.

(2) 평가단계

이 단계에서는 섹터 프로그램을 시행하기로 한 결정을 다시 한 번 확인하기 위해 더 자세한 사전조사를 수행하고, 섹터 프로그램에 참여하는 우리의 목표를 정의하고 잠정적으로 사용 가능한 자원 조달방식을 결정한다.

만약 기본적인 섹터 프로그램의 기본 구성요소들, 특히 정부가 SWAp의 주도자 역할을 할 수 있는 리더십이 제대로 갖춰져 있지 않다면 섹터 프로그램은 적합한 원조 방식이 아닐 수 있다. 포괄적인 접근, 섹터에 대한 전체적인 접근을 위해서는 충분한 사전조사와 사업기반구축을 통한 전략 선택이 필요하다.

평가단계에서 수행해야 하는 것들은 다음과 같다.

- 섹터 프로그램에 대해 구성요소 별 더욱 세부적인 파악
- 이 지역에서 우리가 섹터 지원 프로그램을 진행할 것인지 최종 결정
- 정부나 다른 공여자들에게 섹터 별 접근법에 대한 입장을 전달하고 동의를 얻어 이후 작업을 위한 timetable을 작성
- 수원국 정부의 제안을 발전시키고 합의하기 위해서는 재정적인 부문이 포함되어야 하는데, 이것은 이후 섹터 지원 프로그램이 가지게 될 전반적인 흡수능력과 재정적 요구를 감안하는 것이 되어야 한다.
- 섹터 지원 프로그램과 관련 추가 활동들에 대해서 지역정부와 운영세척 (ToR) 등을 포함한 합의를 이끌어 낸다.

이러한 사업 수행 계획 및 기반 구축을 위해서 적절한 인력이 현지에 파견되어야 하며, 반드시 KOICA의 직접 참여가 필요하다. 이 때 현지 상황 확인에 대한 책임을 지는 대표단 (delegation)은 전반적인 섹터 프로그램을 파악하기 위해 포괄적인 정책 문서와 관련 연구 및 자료들을 포함하는 목록을 만들어야 한다. 중복되거나 평행적인 사업을 피할 수 있도록 특히 세밀한 정황 파악이 중요하다. SWAp에 함께 참여할 가능성이 높은 다른 파트너들 그리고 수원국 정부와 함께 분석적인 작업을 진행하고 그 결과를 서로 공개하여 나누는 과정이 필요하다. 이 때 지역의 이해당사자들을 소집하여 논의 및 토론을 진행하고 이를 통한 정보수집과정도 중요하다. 이런 평가 과정을 다른 공여자들과 함께 진행하는 것은 거래비용을 감소시키는 장점이 있다. 이런 작업이 이후에 섹터 프로그램의 진행에 도움이 될 수 있도록 한 번의 평가 보다는 지속적으로 추적될 수 있는 정보들을 수집하는 것도 필요하다.

사업수행 전 예비점검평가가 이루어진 후에는 체크리스트 (IF: Identification fi-che)와 TOR의 초안을 작성해야 한다.

(3) 형성단계

이 단계에서는 섹터 지원 프로그램의 모든 구성요소에 대해 규정을 시행한다. 이 단계의 최종 목표는 프로그램 시행방법 (implementation modality)을 개발해 내는 것이다.

가능한 현재 시행되고 있는 정책과 갖춰져 있는 자원을 기반으로 프로그램을 계획해야 한다. 평가단계에서와 마찬가지로 지방정부 및 다른 원조자들과 협조적으로 진행한다.

■ 자원 조달방법의 결정

- 편성단계와 평가단계에서 얻은 정보들을 이용해 가장 적절한 자원 조달방법을 결정해야 한다. 일반예산지원이나 섹터 예산 지원방법을 이용하기 위해서는 원조 주체인 수원국 정부의 역량에 대한 평가가 면밀히 이루어져야 한다.

Check point 3. 재원 조달방법(1) (이현주, 2010)

SWAp은 수원국 주도의 섹터 정책을 지원하는 것이므로, 하나의 정해진 재원 조달방법은 없으며 다음의 모든 방식들이 가능하다.

- 예산지원 (Budget support); 전반적 국가전략 및 일반예산에 지원하는 일반예산 지원 (general budget support)과 섹터예산지원으로 구분
- 공동 재정지원 (basket funding); 다수 공여자들이 조정된 공동의 체계를 통해 재원을 제공하는 방식. 수원국 예산체계에 편입되어 집행, 관리되는 경우도 있고, 분리된 재원으로 운영 (ear-marked)되는 경우도 있다.
- 프로젝트/기술협력; 기존의 경우처럼 독자적으로 운영되는 것이 아니라, 그 정책과 목표가 SWAp에 부합하도록 운영하는 것(PBA/SWAp의 판단기준을 만족해야 함).

■ 섹터 지원 프로그램의 세부적인 전략 개발 및 실행계획 제시

- 설계와 집행 방법에 대한 내용을 실행계획 체크리스트에 요약하여 작성한다. 여기에는 구체적인 실행 계획과 관리 방식에 대한 기술, 성과 평가 방법과 지역 관련당사자들의 의견 등이 부록으로 포함될 수 있다.

■ 다루어야 할 안건들

- KOICA의 사업으로 인한 영향과 결과에 대한 예측: 전반적인 성과와 산출을 예측해야 함. 정부가 주도적으로 성과 평가체계를 제시하고 정보를 제공한다면 이를 이용한다.
- 성과 모니터링: SWAp에서는 성과를 모니터링하는 것이 가장 어렵고 취약한 요소가 되기 쉽다. 적절한 지표들을 선정하고 모니터링 체계가 효과적으로 작동할 수 있도록 지원해야 한다.
- 역량개발을 위한 접근: 지원이 필요한 부분들을 명확하게 해야 하며 필요하다면 기술적인 원조를 시행한다.
- 집행계획과 타임 테이블: 집행을 계획과 이에 따른 원조금 집행 스케줄에 대해서 수원국 정부와 합의를 이루어야 함

- 경제적 상황과 공공 재정관리에 대한 평가
- 성과에 대한 구체적 목표: 가급적이면 과정보다는 산출 (outcome)에 대한 지표를 선정하는 것이 바람직하다. 특정 지표들이 목표하던 성취를 이루어 냈을 때 조건부로 재정집행을 하는 방식도 고려할 수 있다.
- 의사소통과 가시적인 전략
- 재정적 지출과 관련된 조건에 대한 합의
- 회계감사: 재원 조달방법이 결정된 후에는 회계감사에 대한 결정이 필요하다. 다른 원조 파트너들과 동의를 이루어 동일한 절차와 지침을 따를 수 있도록 정부에게 요청할 수 있다.
- 형성단계에서 실질적 결정들을 내리면서 반드시 고려해야 하는 점
 - 국가와 지역의 섹터 별 정책, 전략과 적합성을 갖춰야 한다 (relevance).
 - 주어진 상황에서 특정 계획들이 실행 가능할 것인지 확인해야 한다 (feasibility).
 - 섹터 지원 프로그램은 지속 가능해야 한다 (sustainability).

(4) 재정단계

재정단계에서는 섹터 지원 프로그램에서 실행해야 할 것들에 대한 충분한 숙고를 통한 결정이 이루어진다. 목적의 효율적인 달성을 위해서는 아래의 단계들이 필요하다.

- 최종 실행계획 체크리스트를 완성하고 정부나 타 공여자들로부터 조언을 수렴
- 내부적 자문 기구 및 본국 사무실로부터 승인과 피드백
- 적절한 재정 위원회에 의해서 재정적 결정을 내림
- 재정적 동의서 서명에 대한 준비

최종적으로 실행계획 수립을 위한 체크리스트를 다음과 같이 작성한다.

1. 판단 (Identification)
 2. 국가적 맥락
 - 사회 경제적 상황
 - 원조조화 정책과 프로세스
 - 정부 차원 및 지역 차원의 섹터 프로그램
 - 이전의 원조에서의 교훈
 - 공여자 간 협력
3. 기술 (Description)
 - 목적
 - 주요 활동에 의해 기대되는 결과
 - 이해당사자 파악
 - 위험과 개선요소
 - 크로스컷팅 이슈
4. 집행관련 안건

섹터 프로그램의 재정은 KOICA 외에도 지방정부 자체 재정이나 다른 공여자들에 의해서도 뒷받침될 수 있다. 따라서 이제까지 진행해온 협력기구들과의 재정적인 부분을 포괄적으로 확인할 필요가 있다. 공동 지원 (pooled funding)을 시행하는 경우 이 재정의 법적 근거는 주로 금융협정을 통해 이루어지게 되므로 이에 대한 재정부처의 검토가 필요하다. 재정적인 합의에 앞서서 모든 섹터 프로그램의 집행 방법이 결정되어야 한다.

(5) 집행 및 모니터링 단계

섹터 지원 프로그램의 집행은 1) 섹터 프로그램이 예정된 대로 진행되는지 확인하고, 2) 섹터 프로그램을 개선하는 과정이다. 섹터 지원 프로그램에 있어 사업의 집행

을 늦추지 않는 것이 특히 중요하다. 이는 섹터 프로그램 자체에 문제를 가져올 뿐 아니라 관련 파트너들과 이해관계자들 간 신뢰에도 영향을 줄 수 있기 때문이다.

섹터프로그램의 모니터링은 다음의 요소를 포함한다.

- 결과로서의 산출에 대해 그 성과를 확인
- 공여자 및 정부가 합의를 이룬 실행구조와 산출, 결과에 비추어 섹터 프로그램의 최종적 실행계획이 집행되는 과정
- 섹터 예산과 중기 예산집행계획의 개발과 집행 과정을 추적, 실제 지출과 예측했던 지출 사이의 차이를 비교하고 공동자금의 전반적 지출을 평가
- 회계감사에 필요한 요구사항을 포함하여 섹터 프로그램에서 공유해야 할 조건들에 대해서 확인하고 공유
- 재정을 집행하는 시기와 비율을 확인
- 원조조화에 대한 모니터링

효율적인 지원 프로그램을 피할 때, 정기적인(매년 혹은 연중 2회) 섹터 프로그램에 대한 워크숍을 통해 성과에 기반 하여 원조금을 집행하는 방식을 취할 수도 있다.

(6) 평가단계

섹터 프로그램은 다른 공여자들과 함께 참여하고 수원국 정부의 주도로 진행되므로, 평가단계에서도 함께 참여하는 것이 중요하다. 또한 SWAp의 특성 상 해당 섹터 프로그램이 운영되었던 제반 환경의 면밀한 서술이 평가에 들어가야 한다.

일반적으로 평가는 두 단계에 걸쳐 이루어진다.

- 중간평가: 섹터 지원 프로그램의 초기 단계를 평가하고 이로부터의 교훈을 추출한다. 사업 첫 단계의 성과로부터 최종 성과를 예측하고, 프로그램의 향상을 위한 개선점을 도출한다.

- 사후 (ex-post)평가: 섹터 (지원) 프로그램의 목표에 비추어 사업의 실제 결과와 영향을 평가한다. 사업 집행이 끝난 직후 또는 꽤 시간이 지난 후에 시행한다.

3. SWAp 도입 시 고려사항

국가 별 지원체계를 가정하고 있는 SWAp은, 한국과 KOICA의 국별 지원전략 (CPS)에 부합하는 지원방식이라 볼 수 있다. 다만 SWAp이 수원국의 자체 개발 프로그램에 대한 지원이라는 점에서 그 형태는 다양하게 나타날 수 있다. 따라서 지원형태로서 SWAp을 선정하더라도 실제 수원국의 제반 여건 또는 정책 환경에 따라 사업의 규모나 재원 조달방식 등을 유연하게 결정할 수 있다.

Check point 4. 재원 조달방법(2)

한 섹터에 대해 여러 공여자가 존재할 때, 각자의 예산을 어떻게 운영할 것인지 결정해야 한다. SWAp의 목적과 원칙을 고려할 때 예산지원 또는 공동지원 (pooled funding)이 이상적이겠으나, 수원국 정부가 이를 관리할 역량이 부족할 경우 다른 지원 방식을 고려해야 한다. 따라서 SWAp에서는 공동지원 방식이 필수적이지는 않으며 (Walford, 2003), 공여자 간, 공여자-수원국 간 조화와 협력이 실제로 가장 중요하다.

특정 섹터를 지원하는 방식과 전체 분야를 지원하는 예산방식은 각각 장단점을 지닌다 (Suzuki, 2009). 일반 예산지원은 수원국의 리더십이 발휘되고 함양될 환경요인이거나, 섹터 지원방식에 비해 특정 개발목표 (MDG 등)에의 성취속도가 늦어지거나 섹터 프로그램 간 우선순위가 간과될 위험이 있다.

공여자 간 협력과 조화에 대한 경험, 원조 규모, 프로젝트 중심 사업 등의 제반 여건을 고려했을 때, 수원국의 전반적인 PBA 또는 SWAp에 바로 접근하는 것보다는 다른 공여자들과 함께 섹터 프로그램 지원에 참여하거나 하부 섹터 지원에 참여하는 방식이 현실적일 것이다.

이현주(2010)는 이러한 여건을 고려해 다음과 같이 PBA/SWAp 도입방안을 제시했다.

- 기존 사업이 프로젝트/초청연수/전문가 파견/봉사단 파견 등의 분절적 구조로 운영, 관리되었던데 반해, 새로운 통합형 프로그램 지원방식은 ‘국별 지원전략’ 하에 사업준비-심사-실시-평가의 일원화된 구조로 운영되며, 국별 지원전략은 수원국의 프로그램과 긴밀히 연결된다.
- 또한 KOICA가 축적해온 경험을 활용하는 차원에서 포괄적 국가 단위의 PBA보다 분야별 SWAp 방식을 실시하는 것이 바람직하며, 섹터 프로그램에 대한 독자적 지원보다는 이미 실시되고 있는 SWAp에 참여해 경험을 축적할 수 있다.
- 예산 지원방식 또한 한 섹터 프로그램을 충분히 운영, 관리할 수 있을 만큼의 규모를 지원하는 것이 바람직하나, 그간의 경험과 그 규모를 고려했을 때 섹터 하부단위 지원 또는 ear-marked 지원방식부터 시작할 수 있다. 물론 이 경우에도 공여자 간, 공여자와 수원국 정부 간 충분한 대화를 통해 섹터 개발프로그램의 목적의식/전략 방향 공유가 필수적이다.

Check point 5. SWAp 시행에 앞서 고려할 사항

SWAp을 계획하고 실제 시행하는데 있어 ‘원조조화(coordination)’의 중요성은 다시금 강조할 필요가 있다. SWAp은 수원국의 섹터 프로그램에 부합하는 사업을 발굴하는 것이며, 이 때 수원국 정부와 공여자들 간 충분한 협의, 현지 사정에 정통한 전문가와 양질의 정보가 필수적이다. 해당 섹터 지원 프로그램이 한국과 KOICA의 국별 지원전략과 방향을 같이 하는지 또한 고려해야 한다.