발간 등록 번호
11-B260003-000498-14

Happiness for ALL, with Global KOICA

ODA 의료보험분야 공여기관별 사례 연구 및 KOICA 의료보험 사업 적용 방안 도출

2014. 12

KOICA 한국국제협력단
WORLD FRIENDS KOREA

ODA 의료보험분야 공여기관별 사례 연구 및 KOICA 의료보험 사업 적용 방안 도출

2014. 12.

KOICA

저자

이 상 미

- 한국국제협력단 서남아시아팀 대리
- 서울대학교 보건대학원 석사과정 재학 중

• 본 보고서는 한국국제협력단 PtR(Practitioner-turned Researcher) 직원 연구공모제 프로그램의 연구결과로 발간되는 저작물입니다
• 본 보고서에 수록된 내용은 한국국제협력단의 공식 입장과 일치하지 않을 수 있습니다.

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

목 차

국문 요약 / vi

Abstract / viii

제1장 서론 ····· 1

1. 연구배경 ····· 1
2. 연구목적 ····· 3
3. 연구구성 ····· 4
4. 연구방법론 ····· 5
5. 연구의 한계 ····· 6

제2장 문헌 연구 ····· 7

1. 보편적 의료보장(UHC)과 의료보험제도 ····· 7
2. 의료보험제도의 이해 ····· 11
3. 개발도상국과 의료보험제도 ····· 14
4. 소결 ····· 26

제3장 의료보험 프로그램 사례연구 ····· 28

1. 타 공여기관(다자기관) : WHO ····· 28
2. 타 공여기관(양자기관) : GIZ ····· 32
3. 한국국제협력단(KOICA) ····· 42
4. 타 공여기관(국제 네트워크) : P4H ····· 51
5. 소결 ····· 54

제4장 시사점 및 KOICA 의료보험 사업 수행 시 적용 방안 ····· 57
1. 시사점 ····· 57
2. KOICA 사업 수행시 제언 ····· 58

부록 용어 설명 ····· 62

참고문헌 ····· 63

별첨 1. 네팔 의료보험제도구축 지원사업 정부간 협의의사록(R/D) ····· 65
별첨 2. 네팔 의료보험제도구축 지원사업 GIZ과의 협력약정 체결서 ····· 77
별첨 3. 네팔 의료보험제도구축 지원사업 GIZ 제안서(예산포함) ····· 87
별첨 4. 네팔 의료보험제도구축 지원사업 사업대상지 심층조사 제안요청서 ····· 99

표 차례

<표 1> 재원조달 방법 및 관리 비법에 따른 의료보험제도 구분 ····· 12
<표 2> 의료보험제도의 잠재적 이익과 잠재적 위험 ····· 13
<표 3> 베트남 의료보험제도 발전과정 요약 ····· 17
<표 4> 베트남 의료보험 가입자 수 ····· 18
<표 5> 캄보디아 의료보험제도 발전과정 요약 ····· 21
<표 6> 독일 ODA기관 체계 ····· 32
<표 7> GIZ의 중점 8가지 가치 ····· 33
<표 8> KOICA 의료보험사업 구성 가능한 컴포넌트 ····· 59
<표 9> KOICA 의료보험사업 구성 가능한 컴포넌트 별 성과(output) ····· 61

그림 차례

[그림 1] WHO 6 building blocks ····· 9
[그림 2] WHO의 3 Dimensions ····· 10
[그림 3] 의료보험제도 입법화 국가 ····· 15
[그림 4] 의료보험제도 입법화와 국내총생산(GDP)와의 관계 ····· 15
[그림 5] 베트남 의료보험 관리 체계 ····· 19
[그림 6] WHO 지출 예산(2006-2007) ····· 29
[그림 7] GIZ 베트남 프로그램 중, 의료보험가입 및 활용에 관한 홍보 ····· 37
[그림 8] GIZ 베트남 프로그램 중, 건강 인식증진을 위한 캠페인 자료 ····· 38
[그림 9] KOICA 보건의료전략(2011-2015) ····· 42

글상자 차례

[BOX 1] 캄보디아 공여국 지원 사례 ····· 23
[BOX 2] WHO 보건의료재정 시스템 개선 관련 가이드 ····· 31
[BOX 3] KOICA 베트남 의료보험제도구축 역량강화 사업 내용 ····· 44
[BOX 4] KOICA 캄보디아 보건분야 지원 프로그램(HSSP2) 사업 내용 ····· 45
[BOX 5] KOICA 네팔 의료보험제도구축 지원사업 사업 내용 ····· 47
[BOX 6] KOICA 네팔 의료보험제도틀(Scheme) ····· 50
[BOX 7] KOICA 네팔 의료보험제도 지원사업 중 정책 제언 요약 ····· 51

<국문요약>

보건의료자원 배분에 있어 과거 '효율'에 초점이 맞추어지던 것과 달리, 최근 '형평'에 초점이 맞추어지면서 '보편적 의료보장(UHC)'이 주요 이슈로 등장하였으며, post-MDG에서도 주요한 이슈로 논의되면서 최근 집중 조명을 받고 있다.

보편적 의료보장(UHC)의 일반적인 정의는 '감당할 수 있는(affordable) 수준의 비용으로 모든 대상들이 예방·치료·회복 등을 위한 처치를 받을 수 있도록 접근성을 보장하는 것'이다.

보편적 의료보장(UHC) 체제를 달성하기 위해서는 여러 가지 형태의 노력으로 달성이 가능하다. 하지만 최근 대부분의 보편적 의료보장(UHC) 연구에서 의료보험(health insurance)을 주요하게 다루고 있는 만큼 동 연구에서도 의료보험제도를 중심으로 살펴보고자 한다.

반드시 고소득 국가만이 전 국민 의료보험을 도입할 수 있는 것은 아니다. 몇몇 저소득국 국가들이 이미 달성한 사례를 보여주기도 하기 때문이다. 하지만 개발도상국이 의료보험제도를 성공적으로 도입하기 위해서는 상대적으로 적은 재정으로 효율적으로 제도를 운영할 수 있는 보건재정 시스템과 정치적 리더십이 필요하다. 적은 비용으로 효율적인 치료가 가능하도록 자원을 잘 할당하고 우호적인 정책적 환경을 조성하고, 관련 기관을 재정비해 나가는 작업이 필요하다. 이는 정치적 리더십이 역할을 해주어야 하는 부분이기도 하다. 정치적 리더십 부분은 공여기관들이 지원하기 쉽지 않은 부분이다. 하지만 공여국 협의체를 통해 지속적으로 수원국에 요청 협의 등 노력해 볼 수 있다.

또한 국가별로 의료보험 제도 형성과정이 매우 다양하고, 각 국가의 사회 경제적 정치적 환경에 따라 제도가 매우 다른 과정으로 형성되게 된다. 따라서 원조 프로그램 으로 개발도상국의 의료보험제도 지원 시에는 그 나라의 맥락(context)을 잘 이해하고, 각 국가의 제도 형성단계를 면밀히 분석 한 후 적절한 개입(intervention)이 필요하다.

다자기구인 WHO의 경우 거시적인 접근에 대한 가이드 제공이나 연구가 강점이며, 일반적인 내용이긴 하지만, 의료보험사업을 진행할 때 반드시 짚고 넘어가야할 절차나 고려해야할 점들을 참고할 수 있다. 따라서 KOICA 사업 형성 단계에서 이러한 가이드라인이나 자료를 참고하여, 사업 구성에 반영할 필요가 있다.

양자기구인 GIZ 역시 기술협력 기관이며 'Social Health Profection'이라는 타이틀 아래, 각 국가에서 특성에 맞는 사업을 추진하고 있다. 기간은 최소 3년에서 최장 15년까지

사업의 특성에 따라 다양하며, 프로그램은 '수원국 정부의 이행'을 촉진하는 프로그램이 대부분이다.

PH4는 보편적 의료보장(UHC) 및 보건 분야 사회보장(SHP)과 관련된 유일한 지원 네트워크로, 해당 국가에서 PH4 회원국·기관들은 협의체를 구성하고, 지식을 공유하고 의견을 교환하기도 하고, 간략한 보고서를 통해 수원국 정부에 정책제안을 하기도 한다.

KOICA는 최근 4-5년 전부터 의료보험사업을 시작하였으며, 그 방식도 다양하다. KOICA가 기술협력, 물자지원, 예산 지원 등 지원할 수 있는 형식(format)이 다양하므로 의료보험분야 사업의 형태도 다양한데, 베트남의 경우, 정책 컨설팅 사업, 캄보디아의 경우 예산지원 방식, 네팔은 정책 컨설팅+시범사업으로 구성되어 있다.

KOICA 사업 형성·기획단계에서 WHO 등이 제공하고 있는 공통된 가이드라인이나 국제 트렌드를 반영하여 기획할 필요가 있으며, 의료보험분야에 오랜 경험을 가지고 사업을 시행하고 있는 GIZ과의 현장에서의 적극적인 협력도 고려할 만하다. 또한 P4H 가입과 같은 글로벌 네트워크에 가입하여, 시의적절한 정보와 협력을 이끌어낼 필요가 있다.

반면에 의료보험제도 지원 사업이 결코 쉽지 않은 사업임을 감안할 때, 기술협력을 중심으로 하는 GIZ과 비교하면, 한 분야에 대한 경험 축척이 어려울 수 있고, 기술협력에 비해 다른 사업 요소들은 사업에 대한 위험(risk)이 높아질 수 있다. 이에 위험을 낮추기 위해서는 현지의 역량이 검증된 기관(국제기구 혹은 현지 INGO등)과 사업 구성요소 별로 협력하고, 사업기획 단계에서 사업기간을 충분히 하여, 해당 수원국 정부가 충분히 준비하고 이행하는 시간을 기다려 주는 등의 방안을 고려할 수 있다. 하지만 무엇보다도 타당성 검증 단계에서 정치적 리더십 확인이나, 요청된 사업 내용이 해당 국가에 꼭 필요한 지원이고, 우리가 지원 가능한 형태인지 면밀히 검토하는 작업이 가장 중요하다.

<Abstract>

As the focus is moving from 'efficiency' in the past to the 'equity' recently in the distribution of health care resources, the 'Universal Health Coverage (UHC)' has become a major issue, being in the spotlight as a key issue at the post-MDG discussions.

Generally UHC is defined as access to key promotive, preventive, curative and rehabilitative health interventions for all t an affordable cost, thereby achieving equity in access. The UHC system can be achieved through a multiple form of efforts. But as with most recent UHC-related research focusing on the health insurance, I will primarily look into the health insurance system.

The high-income countries are not the only nations capable of introducing the national health insurance, as shown in some successful cases of low-income countries. But in order for a developing country to introduce a national health insurance system successfully, it requires a political leadership as well as a health financial system, which allow it to operate the system efficiently at a relatively low cost. And to achieve the aim of an efficient care at low cost, a couple of measures, such as appropriate allocation of resources, creation of a favorable policy environment, and readjustment of relevant institutions, need to be taken. This is also where political leadership plays a vital role. The political leadership is a difficult area where donor institutions cannot easily assist with. However, constant efforts could be made through a council of donor nations, such as making requests to the recipient nation for consultation.

In addition, the health insurance system is established through a different process in each country, depending on the social, economic, and political environments. Thus, when giving a support with health insurance policy by means of aid programs to a developing country, it is necessary to understand first the context of

the recipient country and thoroughly analyze each nation's formation process, before making a proper intervention.

As for the multilateral organization WHO, it has its strength with its existing guidelines for a macro-approach or related research, and although it has general contents, they could be used as reference in terms of necessary procedures or points to be considered in the course of implementing a health insurance project. Therefore, we need to refer to these guidelines or materials in the stage of formulation of KOICA projects, to further reflect them in the organization of projects.

The bilateral organization GIZ is a technical collaboration institution, which has pursued various projects fitting for each nation's characteristics under the title of 'Social Health Projection.' The period for projects varies from the minimum 3 years to the maximum 15 years depending on the features of each project, and the projects mainly consist of programs for facilitating the 'execution by the recipient nations.'

PH4 is the only UHC-and-SHP-related support network, in which PH4 state and institutional members formulate a council in the relevant nations, share their knowledge and opinions, and make a policy suggestion to the government of a recipient nation through filing a brief report.

4-5 years ago, KOICA started medical insurance projects in multiple ways. The medical care-related projects are allowed various forms because KOICA has various supporting format such as technical cooperation, material support, and budget support, etc. For example, we are conducting a policy consulting project in case of Vietnam, and providing budget support in Cambodia, and policy consulting plus pilot projects in Nepal.

In the phase of formation and organization of KOICA projects, we need to refer to the common guidelines offered by WHO and reflect on the international trend; an active cooperation in the field with GIZ which has a long experience in the field of medical care is also worth consideration. In addition, we need to join a global network such as PH4, to derive timely information and collaboration.

On the other hand, given that the medical insurance project is not an easy business, building up experience could be difficult compared to the technological cooperation-centered GIZ, and compared to the technical cooperation, other business factors could heighten the risk for projects. In order to lower the risk, measures such as collaboration for each component of projects with local institutions (international organization or local INGO, etc.) with accredited capability, and allocation of sufficient business time period in the phase of organizing projects to give enough time and wait for the government of a recipient nation to prepare and execute, can be considered.

But most of all, in the phase of verification of the project's feasibility, the process such as confirmation of political leadership, and examination of whether the requested projects are necessary in the relevant nation, and if it is in the form that we can support, is most important.

제1장 서론

1. 연구 배경

최근 보편적 의료보장(UHC: Universal Health Coverage)이 보건 개발 분야에서 화두가 되고 있다. 2015년까지 달성하기로 합의한 8개 새천년 개발목표 (MDGs, Millenium Development Goals) 중, 3개 목표가 보건 분야에서의 성과를 다루었고, 이는 보건 분야에 대한 개발원조의 증대를 이끌어냈으며, 저소득국 및 중·저소득국의 보건의료상황을 개선하는 결과를 가져왔다.

구체적인 성과로는 5세 미만 아동 사망률(1,000명 당 사망자수)이 1990년 87명에서, 2011년 기준 51명으로 약 41% 감소하였고, 모성 사망률(100,000명 당 사망자수)은 1990년 400명에서 2010년 기준 210명으로 감소하였다. 또한 말라리아로 인한 사망률은 2000년과 2010년 사이 25%가 감소하였다.[1)]

이와 같은 진전이 MDGs의 직접적인 효과인지에 대해서는 논쟁의 여지가 크나, MDGs가 여성과 아동의 건강, HIV/AIDS, 말라리아 및 결핵에 많은 관심과 지원투자를 유도하였고, 명료하고 뚜렷한 목표를 제시하여 목표달성에 대한 동기를 부여함으로써 이러한 진전을 이끌어 낼 수 있었다고 평가되고 있다.

하지만 비판적인 평가도 있다. △전 세계적인 목표를 전 국가에 획일적으로 적용시켜, 개별 국가의 상황에 따른 차이를 고려하지 않았고(최빈국 혹은 분쟁국 등), △MDGs의 목표는 명확하나 너무 제한되어 있어 많은 주요 보건 의료 이슈들(비전염성 질환, 정신보건, 폭행 및 상해 등)이 제외되었으며 △ MDGs가 빈곤 감소를 다루고 있기는 하나 건강에 영향을 미치는 구조적인 문제(사회보호제도, 법적 제도적 환경 등), 건강불평등의 문제를 다루고 있지 않다는 점에서 한계를 드러내었다.

이에 기존의 MDGs의 한계를 보완하고, 더 나은 보건 분야 개발 목표 달성을 위해, 오는 2015년부터 실천할 새로운 새천년 개발목표(post-MDG) 수립 논의가 진행 중이며, 주요 핵심 내용은 아래와 같다.

---

1) The Millenium Development Goals Report 2013, Overview
http://www.un.org/millenniumgoals/pdf/report-2013/mdg-report-2013-english.pdf

① MDGs 진전 가속화 : MDGs 목표를 철회하지 않고, 오히려 목표를 더 높게 설정하여 목표를 가속화 한다

② 비전염성질환(Noncommunicable Disease, 이하 NCD)의 부담 감소 : 심장질환, 암, 만성 호흡기 질환, 당뇨, 정신 질환을 감소시키고, 2025년까지 이들 질환으로 인한 사망률을 25%까지 감소시킨다. 또한 모든 연령에서 NCD로 인한 유병률 감소 및 관련 위험요소를 감소시킨다.

③ 보편적 의료보장(Universal Health Care, 이하 UHC) : 지불가능성, 접근 가능성을 포함하며, 이때 보편적 의료접근성은 전 생애에 걸친 연속적인 케어(건강 증진, 질병 예방 및 치료, 회복)를 의미한다.

위 3가지 주요 핵심 내용 중, 보편적 의료보장(UHC)은 △모든 국민에게 △재정적 위험 없이 △양질의 의료서비스에 대한 접근성을 보장하는 건강보장시스템 구축한다는 개념이다. 새로운 이슈는 아니나, 지난 몇 년간 중요성이 강조되고 있으며, 전 세계 보건 이슈 중 최근 더욱 집중 조명 받는 의제이다. 2005년 세계보건총회(World Health Assembly)에서는 '모든 사람들이 큰 경제적 부담 없이 서비스에 접근할 수 있도록 국가 보건 시스템을 발전시켜야 한다'고 촉구된 바 있으며, 2012년 12월 유엔총회(United Nations General Assembly)에서는 '경제적으로 큰 부담 없이(affordable) 양질의 의료 서비스를 받을 수 있도록(접근성 보장) 변화가 필요하며, 이를 가속화하기 위해 노력을 확대해야하는 일이 시급하다'라는 논의가 있었다.[2)]

현재 약 30개 중소득국이 보편적 의료보장(UHC)체제로 가기 위해 프로그램을 실행중이며, 많은 다른 중·저 소득국가들이 유사한 프로그램을 시작을 고려중이다. 세계은행(World Bank), 유엔아동기금 (UNICEF), 미국 국제 개발처(USAID), 락펠러 기금(Rockefeller Foundation), 빌게이츠 멜린다 재단(Bill and Melinda Gates Foundation) 등의 국제보건 분야의 다양한 주체(actors)들도 관련 프로그램을 진행중이다.

국가가 보편적 의료보장(UHC) 체제를 달성하기 위해서는 여러 가지 형태의 노력으로 달성이 가능하다. 쉽게 떠올릴 수 있는 '전 국민 의료보험제도' 뿐 아니라, 광의적으로는 의료 접근 가능성을 높인다는 차원에서, 지역보건 사업 및 보건인력역량강화도 포함된다고 해석할 수 있다.

또한 여러 가지 제도를 동시에 복합적으로 운영하기도 한다. 예를 들면, 인도의 경우, 빈곤층(입원이 필요한 환자)을 대상으로 하는 의료보험 제도[3)]를 운영 중인 동시에, 18개

2) World Bank, The Impact of Universal Coverage Schemes in the Devloping World : A Review of the Existing Evidence(4page)

지방 주민들이 공공 의료시설(public clinics)을 통해 1차 치료를 받을 수 있도록 예산을 지원하는 국가 농촌 의료 사명(National Rural Health Mission) 프로그램을 2005년 시작하여 운영하고 있기도 하다. 또 다른 개발도상국에서는 공공으로 제공되는 의료 서비스에 대해 사용자 비용(user fees)를 없애는 등의 보다 간단한 전략을 추구하는 국가도 있다.[4)]

하지만 최근 외국의 많은 논문과 자료에서 보편적 의료보장(UHC)과 의료보험(Health Insurance)과 구분 없이 사용할 정도로 보편적 의료보장 달성을 위한 수단으로 의료보험제도가 주요하게 논의되고 있다. 따라서 동 연구에서는 의료보험제도를 중심으로 살펴보고자 한다.

특히 한국은 1977년 대기업 종사자들을 중심으로 시작해 1989년 전 국민 대상 국가 의료보험제도를 정착시킨 경험이 있어, 전 국민 대상 의료보험제도를 도입하고자 하는 중·저소득국에서 한국의 지원에 대해 관심이 높다. 의료보험 분야에서 개발도상국과 경험을 적극적으로 공유하고자, 한국 정부는 '전 국민 건강보험을 통한 보건의료 서비스 보장성 강화'를 한국형 ODA의 모델 중 하나[5)]로 선정하기도 하였다.

향후 post-MDGs의 주요 의제로 보편적 의료보장(UHC)이 채택이 된다면, 한국 역시 관련 분야 개발원조 지원을 늘려나갈 것이라 예상된다. 하지만 한국은 보건 분야 중 특히 의료보험 분야에 대한 지원은 아직 초기단계이다. 또한 대내외적으로 보편적 의료보장(UHC) 혹은 의료보험에 대한 연구는 다양하게 진행 중이나, ODA의 관점에서 특히 공여국(Donor)의 관점에서 제시된 연구는 많지 않다.

이러한 이유로 수원국의 사업 공식 요청을 받았을 때, 공여기관에서 사업을 형성·기획해야하는 담당자의 입장에서는 참고할 만한 제언이 필요하지만, 마땅한 자료가 없는 것이 현실이다. 이에 타 공여기관과 KOICA가 그동안 수행해온 사업을 분석하고, 시사점을 도출하여, 향후 KOICA가 관련 분야 사업을 수행할 때, 참고하고 적용 가능한 사항들을 제언하고자 동 연구를 기획하였다.

2. 연구 목적

① 사업 형성 및 추진 시, 참고할 만한 의료보험관련 개념 및 주요 이슈, 동향 등을 살

3) 민간 의료보험 및 민간 병원을 중심으로 의료서비스를 이용할 수 있게 지원하는 보험제도 (RSBY, Rashtriya Swasthya Bima Yojna)

4) Meessen B, Gilson L, Tibouti A. User fee removal in low-income countries: sharing knowledge to support managed implementation

5) 한국형 ODA 모델 (산업연구원, KDI, KIEP) 프로그램 중 77번

펴보고, ② 기관별 의료보험분야 프로그램 특성을 도출하여 향후 KOICA가 협력 방안 모색하거나 사업을 형성·기획할 때 적용할만한 시사점을 도출한다.

3. 연구 구성

동 연구의 목차는 아래와 같다.

<목 차>

I. 서론

II. 문헌 연구

1. 보편적 의료보장(UHC)과 의료보험제도
2. 의료보험제도의 이해
3. 개발도상국과 의료보험제도
4. 소결

III. 타 공여기관 의료보험 프로그램 사례연구

1. 다자기관 : WHO
   - 개요
   - 주요프로그램
2. 양자기관(1) : GIZ
   - 개요
   - 주요프로그램
3. 양자기관(2) : KOICA
   - 개요
   - 주요프로그램
4. 국제 네트워크 : P4H
   - 개요
   - 주요프로그램
5. 소결

IV. 시사점 및 KOICA 의료보험사업 수행 시 적용방안

1. 시사점
2. KOICA 의료보험사업 수행시 적용방안
   - 전략적 측면
   - 사업 형성 및 기획단계 측면

부록 의료보험 분야 용어설명

별첨 1. 네팔 의료보험제도구축 지원사업 정부간 협의의사록(R/D)

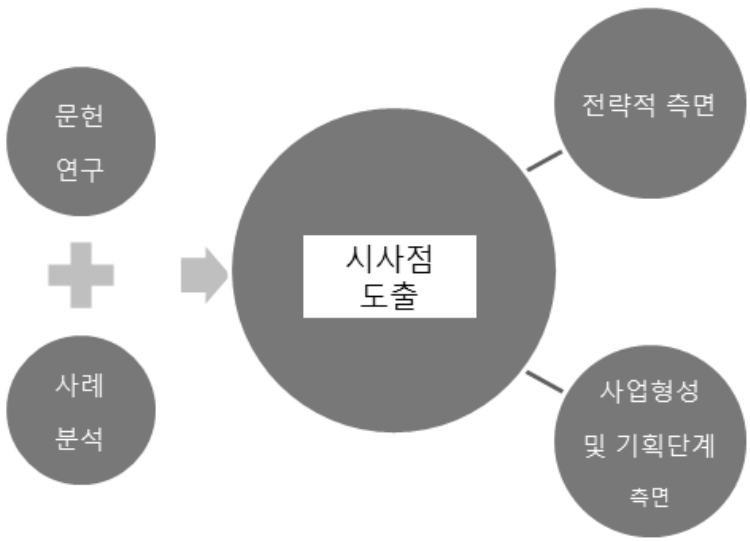
별첨 2. 네팔 의료보험제도구축 지원사업 GIZ과의 협력약정 체결서

별첨 3. 네팔 의료보험제도구축 지원사업 GIZ 제안서(예산포함)

별첨 4. 네팔 의료보험제도구축 지원사업 사업대상지 심층조사 제안요청서(영문)

서론에 이어 제 2장에서는 보편적 의료보장(UHC)과 의료보험제도의 이해 및 주요 이슈를 문헌을 통해 조사하여 사업 담당자들의 이해를 돕고자 하였다. 그리고 또한 개발도상국 중 베트남, 캄보디아, 네팔의 의료보험 형성과정을 문헌 및 관련 자료로 살펴보고, KOICA의 의료보험 사업 수행 시 적용가능한 시사점을 도출한다.

제 3장에서는 타 공여기관과 KOICA의 의료보험 분야 원조 프로그램을 분석하고 시사점을 도출한다.



도출된 시사점을 바탕으로 제 4장에서는 KOICA가 향후 의료보험 분야 사업 수행 시 적용 가능한 방안을 ①전략적 측면 ②사업 형성 및 기획단계 측면에서 제언한다. 또한 의료보험 분야 용어(terminology) 설명을 포함하며, 별첨으로는 실제 사업 자료(RD, 약정체결서 등)을 첨부하여, 사업 담당자들이 참고할 수 있게 구성하였다.

4. 연구의 방법론

본 연구는 문헌분석 및 자료조사, 인터뷰(서면)을 중심으로 한 사례비교 방법을 사용하였다. 2장 문헌연구 중 '개발도상국 의료보험 형성과정 조사'에서는 의료보험 제도 형성과정에서 원조가 개입했거나 개입중인 국가 중, 분석 자료가 충분한 아시아 국가 3개(캄보디아, 베트남, 네팔)을 선정하여 조사하였다.

타 공여기관은 KOICA사업에의 적용방안 도출을 고려, KOICA와 같은 양자 원조를 하고 있는 기관 중, 보편적 의료보장(UHC) 분야에서 가장 활발히 원조 사업을 진행 중인 GIZ을 선정하고, 다자기구는 보건 분야 전문 지원기구인 WHO, 그리고 의료보험과 관련되어 활발히 활동하고 있는 국제네트워크인 P4H를 대상으로 선정하였다.

5. 연구의 한계

타 공여기관 및 KOICA 사업 사례조사의 경우, 사업 평가가 된 사업을 대상으로 선정하고 성과 평가 결과를 토대로 시사점을 도출하는 방법이 유의미한 시사점을 도출하는데 가장 적절한 방법일 것이다.

하지만 연구 진행 중에 찾은 많은 논문에서 '의료보험 제도 설계 및 결과간의 상관관계를 찾기가 쉽지 않다'고 밝히고 있었으며[6], 이에 의료보험 분야 원조 사업(intervention) 중 영향 평가나 성과 평가가 된 사업을 찾는데 어려움이 있었다. 같은 이유로 2장 문헌연구에서는 개발도상국 형성 과정 조사 시, 당초 원조 사업이 해당 수원국의 제도 설계에 어떠한 영향을 끼쳤는지도 당초 보고자 하였으나 실제 효과가 분석된 자료를 찾기 힘들어, 국가별로 어떠한 원조사업이 진행 되었는지만을 다루었다.

또한 KOICA 사업의 경우, 정책 제도 컨설팅과 시범사업이 패키지로 묶여 있거나, 예산 지원 방식 등의 고찰 할 수 있는 부분이 많은 사업은 최근에 착수한 사업으로 사업 평가나 진행상에서 발생하는 유의미한 시사점을 도출 하는 데에 한계가 있었다. 이러한 이유로 기관별 의료보험 프로그램 사례분석은 사업의 평가 결과 대신 사업추진 방식과 내용을 위주로 분석 하였다.

---

6) David Stuckler, Andrea B Feigl, Sanjay Basu, Martin McKee, 2010, The political economy of universal health coverage(background paper for the global symposium)

제2장 문헌 연구

1. 보편적 의료보장(UHC)과 의료보험제도

아직까지는 우리나라에서 보편적 의료보장(UHC)이라는 용어를 많이 사용하고 있지 않지만, 최근 의료보험과 관련된 대부분의 외국 자료에서는 보편적 의료보장(UHC) 개념과 함께 설명되는 경우가 많다.

이전에 없던 개념이 갑자기 이슈화된 것은 아니며, 보건의료자원 배분에 있어 효율과 형평 중, 최근 효율에서 형평성으로 초점이 맞추어지면서 형평성(equity)의 수단으로서 보편적 의료보장(UHC)이 주요 이슈로 다루어지고 있다. WHO는 "대부분의 국가 의료개혁에 있어, 형평이 기본이 될 때, 국민들의 의료에 대한 요구가 제대로 표출될 수 있으며, 이러한 방향으로 각 국가들의 의료개혁이 이미 진행되고 있다"고 보고하기도 하였다.[7)]

보편적 의료보장(UHC)의 정의는 포괄적이고 다양한 측면에서 해석되며, 한 문장으로 정의가 어려우나, 크게 5가지 관점에서 살펴볼 수 있다.[8)]

1) 치료(Care)혹은 보험(Insurance)에의 접근성

보편적 의료보장(UHC)의 목표는 모든 국민이 보험 혹은 특정 서비스를 이용할 수 있도록 접근성을 보장하는 것이다. 즉 모든 국민이 특정 필수 의약품을 구매할 수 있고, 보험을 가입할 수 있으며, 큰 경제적 부담 없이 치료를 받을 수 있도록 하는 것을 의미한다. 하지만, 이때에도 치료를 받는데 있어 사회 문화적 장벽에 직면할 수는 있다.

2) 보장(Coverage)

해당 국가 보건정책 및 제도 하에서, 인구 100%에 대해 의료를 보장 하는 것을 의미한다. 혹은 사용자 비용 지불(user fees)없이 종합적으로 서비스를 보장한다는 의미이다. 하

---

7) WHO, The News Letter of the Council on Health Research for Development, Issue 32, May 2003

8) David Stuckler, Andrea B Feigl, Sanjay Basu, Martin McKee, 2010, The political economy of universial health coverage(backgroud paper for the global symposium)

지만 어떤 서비스를 보장해야하는지, 누가 보장의 정확한 대상인지, 종합적인 보장을 위해서는 어떠한 필수 서비스가 고려되어야 하는지가 핵심이며 결정이 필요한 부분이다.

3) 서비스 패키지(Package of Services)

보편적 의료보장(UHC)을 정의하기가 쉽지 않으므로, 학자들은 WHO의 1차 진료(Primary Health Care)를 기준으로, 기초 의약품 및 의료서비스를 포함하는 패키지(Basket of Service)로 정의하는 방안을 제안하였다. 이를 위해서는 전 세계 모든 사람에게 적용되는 필수 서비스 패키지를 찾는 것이 핵심이다. 일례로 WHO 위원회(거시경제·보건 분야 담당)는 전 국민에게 보장해택이 돌아갈 수 있는 비용 대비 효과가 우수한 서비스 패키지를 정하고, 비용은 1년에 1인당 $34로 산출하였다.

4) 인권기반 접근(Rights-based approach of UHC)

인권기반 접근에 있어서는 '보건은 인간의 기본 권리'라는 측면에서 출발한다. 의료치료, 안전한 식수, 위생, 교육, 건강 관련된 정보와 다른 보건에 영향을 줄 수 있는 인자들을 모두 포함한 최상위의 달성할 수 있는 보건을 의미한다. 이 관점에서 더 나아가면 보건에 대한 (인권에 기반하고 있는)권리는 두 가지로 나누어질 수 있다. 차별과 비자발적인 의료치료로부터 자유로울 수 있는 권리와 필수 기초 의료서비스를 받을 권리이다.

5) 사회 경제적 위험에서의 보호(Social and economic risk protection)

병에 걸렸을 때, 비용의 측면에서 감당할 수 있고 적정한 질(quality)의 서비스를 받을 수 있으며, 경제적 보호를 받을 수 있는 것을 의미한다.

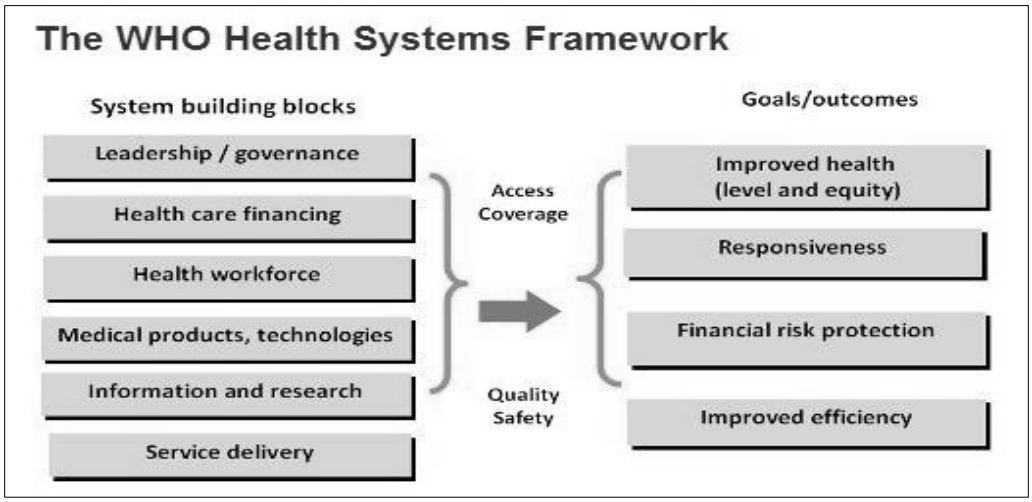
위와 같이 여러 가지 관점에서 보편적 의료보장(UHC)을 설명할 수 있으나, 보편적 의료보장(UHC)을 아래와 같이 정의한다.

> "감당할 수 있는(affordable) 수준의 비용으로 모든 대상들이 예방·치료·회복 등을 위한 처치(health intervention)를 받을 수 있도록 접근성을 보장하는 것 "[9]

9) Lancet 2006

보편적 의료보장(UHC)은 “모든 사람들”을 대상으로 의료서비스의 접근성을 보장하는 것이고, 따라서 의료보험제도는 보편적 의료보장(UHC)을 달성하기 위한 하나의 수단으로 볼 수 있다. 연구 배경에서도 언급하였듯이, 넓은 범위로 UHC의 개념을 해석하자면, 지역 1차 보건환경 개선사업, 모자보건사업, 병원시설 개선사업, 보건인력역량강화사업 등도 의료서비스 접근성을 보장하기 위한 노력으로 볼 수 있으므로, 보편적 의료보장을 달성하기 위한 하나의 수단으로 볼 수 있다.

하지만 최근 외국의 많은 논문과 자료에서 보편적 의료보장(UHC)과 의료보험(국가 의료보험, 사회의료보험 등)과 구분 없이 사용할 정도로 보편적 의료보장 달성을 위한 수단으로 의료보험제도가 주요하게 논의되고 있다.



[그림 1] WHO 6 building blocks(출처 : WHO, 2007)[10)]

WHO는 건강의 증진과 형평성을 달성하기 위해서는 위 [그림 1]과 같이 보건의료 체계의 기초적인 기능으로서 6가지 요소(6 building blocks)가 중요하다고 제시하고 있으며, 의료보험 제도는 의료서비스를 필요로 하는 사람들이 감당할 수 있는 수준의 비용을 지불하고 서비스를 받을 수 있도록 보장한다는 측면에서, 6 building blocks 개념 중 보건의료재정(Health care financing)에 해당한다. 물론 의료보험제도 운영에 있어, 보건의료재정과 그 외 요소들(의료 서비스 전달 및 인력, 의료 생산물 등)은 밀접하게 연관된다.

10) http://www.who.int/healthinfo/systems/monitoring/en/

WHO가 제시하는 6가지 요소(6 building blocks)에서의 세부 항목별 개념은 아래와 같다.

□ 보건의료 서비스 전달(Service delivery) : 자원손실을 최소로 하면서도 유효하고 안전하며 질 좋은 보건의료 서비스를 전달하는 것

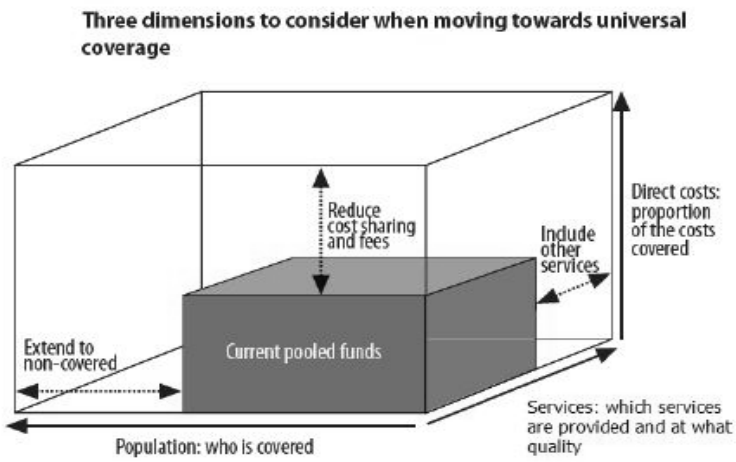
□ 보건의료 인력(Health workforce) : 주어진 자원과 환경 하에서 최대한의 건강 결과를 만들어내기 위해 공정하고 효율적으로 일하는 인력

□ 정보(Information) : 건강 결정인자와 보건의료체계 성과, 건강상태에 대한 적절하고 신뢰성 있는 정보를 제대로 생산, 분석, 전파하는 것

□ 보건의료 생산물(Medical product); : 비용효과, 질, 효과 등이 보장된 필수적 보건의료 생산물, 백신, 기술에 대해 형평성 있는 접근이 보장

□ 보건의료재정(Health care financing); 대상인구가 필요로 하는 서비스에 접근할 수 있게 하고, 서비스 이용으로 인해 과도한 비용을 지출하지 않게 보장하는 것

□ 리더십(Leadership/governance); 체계의 책임성과 효율적 감시, 협력구축, 적절한 규제 등을 보장하게 하는 전략적 정책 틀



[그림 2] WHO의 3 Dimensions

위 그림은 보편적 의료보장(UHC)을 설명할 때 가장 많이 등장하는 그림으로, WHO가 '보편적 보장 달성을 위한 3가지 측면(3 dimensions to consider when moving towards universal coverage)'이라는 이름으로 제시한 그림이다. 이 그림에서 보면, X축은 대상 인구(Population), Y축은 서비스(Services), Z축은 비용(Direct costs)를 나타내며, '얼마나 많은 사람들을 적절한 서비스를 통해 감당할 수 있는 비용 하에서 의료서비스를 이용할 수 있

게 만드는지'가 보편적 의료보장(UHC)의 핵심이며, 도전 과제임을 보여주고 있다. 따라서 의료보험제도에서도 어떤 서비스 패키지(benefit package)로 얼마만큼의 비용을 부담하여, 얼마나 많은 사람들을 커버할 수 있는 제도를 만드는가가 관건이다.

2. 의료보험제도의 이해

의료보험은 재정을 조달하는 방법이 핵심이 되며, 이 장에서는 재정 조달방법에 따라 의료보험이 어떻게 구분이 되는지에 대해 다룬다. 의료보험제도의 재정은 주로 공공재원으로 조달되는데 크게 보험재원 혹은 정부 조세로 나눌 수 있다.

전자는 사회보험 방식(National Health Insurance)으로 국가와 보험자가 의료를 공동으로 보장하는 방식이다. 국민이 부담하는 비용은 준조세에 해당하며, 이 방식을 채택한 국가는 한국, 독일, 일본 등이 있다. 한국은 정부와 개인이 부담하여 월별 일정액의 의료보험료를 내고 의료혜택을 받고 있으며, 가입은 모든 국민이 의무적이지만 모든 국민이 항상 의료혜택을 받을 수 있는 것은 아니고 의료보험료 체납 시(6개월 이상) 등의 경우는 의료혜택을 받을 수 없다. 사회보험 방식은 독일 비스마르크(Bismarck) 체재 아래에서 최초로 만들어졌으며, 1883년 의료보험, 1884년 산재보험, 1889년 연금보험 등의 기틀이 마련되었다. 이에 비스마르크형 의료제도라고도 불린다.

사회보험방식은 일반적으로 4가지 특징을 가진다. ① 독립적인 혹은 준 독립적인 보험기관(사회 보험 기관 혹은 질병 기금 등)이 별도로 존재하며 보험 기금을 관리한다. ② 급여 혹은 임금에 따라 의무적으로 해당 금액을 부여하여 재정을 충당한다. ③ 분담금(Contribution)과 보험에 가입한 국민들이 받을 수 있는 의료 혜택(Benefits) 사이에 직접적으로 연관되어 있다. ④ 사회 연대 개념이다. 독일, 콜롬비아, 한국은 고용자 기반 의료보험제도(employer-based scheme)로 시작하여 다른 인구 계층을 포함하기 위해 정부가 저소득 그룹을 위해 재정을 지원하면서 사회 의료보험 방식으로 확장하였다.

두 번째는 조세형 방식(National Health Service)이며, 국가가 조세로 재원을 조성하고 모든 국민에게 무상으로 의료를 제공하는 방식이다. 모든 국민이 의무적으로 가입해야 한다. 또한 정부가 의료서비스 역시 제공하는 경우가 많다. 국민의 의료문제는 국가가 책임져야 한다는 관점에서, 국민의 조세가 재원이 되며, 국가나 지방자치단체가 보건의료의 실질적인 제공자가 된다. 따라서 국민이 의료서비스를 이용할 때에 조세 이외의 비용은 따라서 거의 부담하지 않는다.

이 방식을 사용하고 있는 국가는 대표적으로 영국으로, 영국은 모든 국민에게 무료로 의료서비스를 제공한다.[11] 우리나라와는 달리 가정의, 주치의 제도가 잘 발달되어, 한 사람의 주치의가 한 지역을 맡는 형태이고 정부는 의사들을 준 공무원정도로 대우를 하고 높지는 않지만 안정적인 연봉을 준다. 조세형 방식은 영국의 비버리지(Beveridge)가 최초 제안하여, 비버리지형 의료제도라고도 불리며, 미국, 스웨덴 등이 채택하고 있다.

사회보험방식은 국민의 정부의존을 최소화 하고 의료비에 대한 국민의 책임의식을 강조하는 장점이 있으나, 소득재분배 효과가 뚜렷하지 않으며, 조세형 방식은 재정수입이 위축되는 경우, 타 예산과 경합이 치열하여 예산확보가 어려워 장기간 경제침체 등이 이어질 경우, 의학 기술 및 신 약품 개발 등을 위한 예산수요를 지원하기 어려워 의료의 질 저하, 관리운영상의 비효율 등의 문제가 발생할 수 있다.

재원조달 방법 및 관리 방법에 따라 좀 더 세부적으로 분류하면 아래 표와 같다.

<표 1> 재원조달 방법 및 관리 비법에 따른 의료보험제도 구분

보험의 종류	보험 재정(Source)	관리 방법	시행 국가
국가 의료보험 (National Health Insurance) *조세형 방식	세금(General taxes)	공공 영역 (Public sector)	캐나다, 코스타리카 프랑스, 영국
사회 의료보험 (Social Health Insurance) *사회보험방식	고용주와 고용인으로부터 걷는 지불 급여세* (Payroll taxes) *급여 및 임금에 과세	사회 보호를 위한 대행 기관(Agency), 보건 기금, 질병 기금	한국, 영국, 일본, 콜롬비아, 독일, 미국(메디케어 제도)
민간 상업보험 (Private voluntary Insurance-commercial)	개인 혹은 고용주/고용인이 보험료를 지급	민간 보험 기업 (영리 혹은 비영리)	남아프리카, 미국
지역의료보험 (Community-based health Insurance)	개인과 지역(Community) 혹은 지역이 보험료를 지급	지역 혹은 협회	중국, 인도, 필리핀, 르완다, 세네갈

* 출처 : Health Insurance Handbook(World Bank Working Paper No.219)

11) 영국 정부는 일반세(General Tax)로 재원을 조달하며, 환자들은 주로 정부 소유 병원등에서 무료로 진료를 받는다. 민간 의료보험 가입 국민은 전국민의 10%이고, 환자는 약품비, 안경테 등의 일부 비용만 부담한다.

위와 같이 재원조달 방식에 따라 각각의 의료보험 제도는 장단점을 가지고 있으며, 한편 방식과 상관없이 의료보험제도는 그 자체의 속성 상, 아래와 같이 잠재적 이익(Potential benefits)을 가지고 있으며 동시에 잠재적 위험(Potential risks)도 내포하고 있다.

<표 2> 의료보험제도의 잠재적 이익과 잠재적 위험

잠재적 이익(Potential Benefits)	잠재적 위험(Potential Risks)
1. 높은 병원비 부담으로 인한 가정경제 붕괴를 미연에 방지할 수 있다	1. 의료보험제도(Insurance Scheme)가 긴 시간에 걸쳐 의료보험비용(Health Insurance Costs)을 최소화하는 방향으로 가지 않는다면 1차 의료 혹은 예방을 위한 의료를 위한 비용이 강조될 수 있다
2. 필요한 때에 의료서비스를 받을 수 있는 접근성이 향상 된다	2. 의료보험 실행에 따른 부담을 감당할 준비가 되어있지 않은 제도 및 시스템의 경우, 매우 비효율적이거나 비용이 높거나 움직이지 않을 수 있다.
3. 서비스의 질, 효과 및 효율성이 향상되는 의료공급자와 소비자의 행동에 영향을 준다	3. 몇몇 의료 공급자들의 지불 방식은 의료 서비스의 질, 효과 및 효율성에 긍정적인 영향을 주지 않는 방법을 선택하며, 이는 의료보험제도를 시행하는데 부담비용의 부담을 늘릴 수 있다
4. 민간 의료 공급자들이 국가 (정책)목표에 부합하도록 이끌 수 있다.	4. 낮은 지불 수준은 질이 높은 의료 공급자들에게는 매력적이지 않을 수 있다. 의료보험 기관(Insurance Agency)이 민간 공급자들이 질을 보장하도록 하는데 있어 역량이 부족할 수 있다. 비용 조절(Cost Control)이 안될 경우 의료보험 기금(Fund)가 고갈될 수 있다. 민간 의료 공급자들에게 제때 지불이 안 될 경우, 제도 실패(Frustration)로 이어질 수 있다.
5. 추가적이고 보다 안정적인 보건 분야 자원(예산 등)을 이끌어내고 모을 수 있다.	5. 기존의 보건 섹터를 변화시키지 않고, 일반 예산을 의료보험제도를 위해 투입할 수 있다. 적절한 식견과 책임성 없이 의료보험 기금을 모으고 운용하면, 쉽게 부패의 타겟(Target)이 될 수 있다.
6. 빈곤층 등 사회 소외 계층이 필요한 의료서비스를 이용할 수 있는 접근성과 자원을 확대할 수 있다.	6. 경제적으로 부유한 계층이 이미 의료보험제도로 얻을 수 있는 수혜가 많을 수밖에 없다. 왜냐하면 의료보험에 대한 접근성이 높기 때문이다. 보험 재정이 부적절하거나 보험 제도가 빈곤층이 적절한 혜택을 받을 수 있도록 제도화 하지 않을 경우, 빈곤층은 제대로 수혜를 받을 수 없고 그들에게 잘못된 희망으로 여겨질 수 있다.

잠재적 이익(Potential Benefits)	잠재적 위험(Potential Risks)
7. 사회 경제적·지리학적 이유로 인한 불평등을 해결하기 위해 보건 자원을 재배분 하는데 도움줄 수 있다.	7. 경제적으로 지속가능하지 않은 보장범위(Benefit Package)의 제도를 시작하게 되면 향후 보장을 (강제로)제한 할 수 밖에 없고, 의료보험제도에 대한 기대를 꺾을 수 있다. 자원 재분배는 소득이 높은 그룹의 의료보험제도에 대한 가입을 꺼리게 만들 수 있다.

* 출처 : Health Insurance Handbook(World Bank Working Paper No.219)

3. 개발도상국과 의료보험제도

1) 개발도상국 의료보험제도 도입관련 주요 이슈

- 의료보험제도의 유행과 제도 운영에 있어 성공요소

앞에서 설명한 WHO의 보편적 의료보장(UHC)의 정의[12]는 워낙 포괄적이므로 이에 부합하는 제도를 가진 국가를 명확한 근거에 기준으로 하나의 리스트로 정리하기는 힘들다. 그럼에도 불구하고 불구하고 국제노동기구(ILO)는 의료보험의 법적 지위(의료보험의 입법화)와 양적 측정(의료비용 지출 수준과 환자 부담금, 접근성에 관한 지표 등)에 관한 데이터를 합하여 인덱스를 만들고 그것을 기준으로 약 190개 국가를 대상으로 조사하였다.

'의료보험의 입법화'는 말 그대로 특정한 정책 혹은 계획 하에 모든 국민이 특정한 서비스(패키지)를 보장을 받는 것을 의미한다. 그리고 양적 측정은 시설분만 서비스에 접근 가능하고 의료보험(국가 의료보험, 사회 의료보험, 개인 사 보험, 회사가 제공하는 보험 등을 모두 포함)에 가입한 인구가 90%이상인 것을 기준으로 하였다.

결과는 총 194개국 중 75개국이 의료보험을 입법화하였고, 이 중 58개국은 접근성, 의료서비스 질 등 의료보험에 있어 중요한 요소들에 부합하였다. 잠비아, 볼리비아, 콩고와 부탄은 시설분만 서비스율이 90%미만으로 제외되었으며, 알제리, 콜롬비아, 에콰도르, 엘살바도르, 요르단, 도미니카공화국, 브라질, 보스니아, 우르과이 등은 인구의 90%이상이 의료보험을 가지지 못하여 리스트에서 제외되었다.

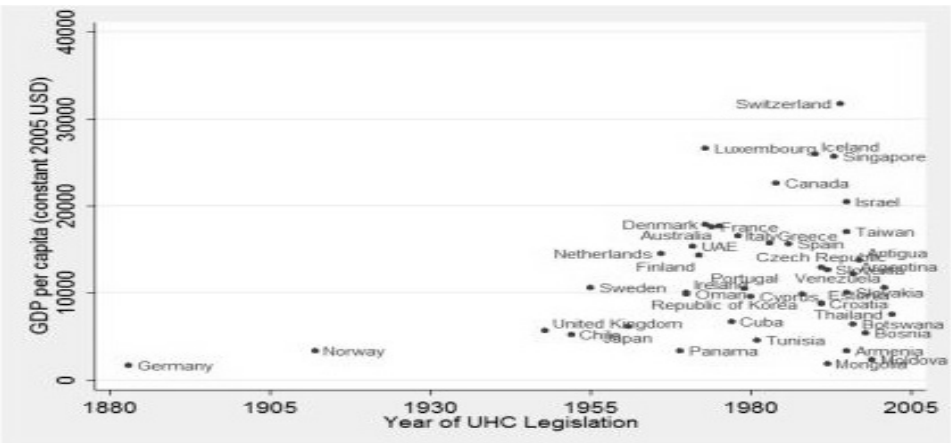
12) '감당할 수 있는(Affordable) 수준의 비용으로 모든 대상들이 예방·치료·회복 등을 위한 처치(Health Intervention)를 받을 수 있도록 접근성을 보장하는 것'



[그림 3] 의료보험제도 입법화 국가

* 출처 : World Bank, The Impact of Universal Coverage Schemes in the Developing World : A Review of the Existing Evidence

의료보험제도를 가지고 보편적 의료보장(UHC)를 달성했다고 분류할 수 있는 58개 국 중, 연구 기간 내에 국내총생산(GDP)을 확인할 수 있는 국가는 44개국이며, 아래 표에서서 의료보험의 입법화한 연도와 GDP의 관계를 볼 수 있다. 대부분의 국가들은 USD 20,000이하의 GDP인 상황에서 의료보험을 도입했음을 알 수 있다. 중간치 값(mean)은 USD 13,000이고, 1948년 영국이 GDP가 USD 5,000였을 시기에 의료보험을 도입하였으며, 2003년 스위스는 GDP가 USD 30,000일 때 도입하였다.



[그림 4] 의료보험제도 입법화와 국내총생산(GDP)와의 관계

* 출처 : World Bank, The Impact of Universal Coverage Schemes in the Developing World : A Review of the Existing Evidence

세계은행(World Bank)의 소득 기준 국가 카테고리 상, 44개국 중 1/2은 고소득국, 1/4는 중상소득국, 1/4 저소득국이다. 따라서 반드시 고소득국이어야 의료보험제도를 추진할 수 있는 것은 아니며 적정한(moderate)수준의 국가소득수준을 가지고 있는 국가의 리더는 아주 기초적인 의료서비스를 보장하는(예를 들어 시설분만 등) 의료보험을 선택할 수 있다는 결론을 보여준다.

또한 여러 논문에서 개발도상국의 의료보험제도 성공요소로 상대적으로 적은 재정으로 효율적으로 제도를 운영할 수 있는 보건재정 시스템과 정치적 리더십을 언급한다.[13] 정치적 리더십은 의료보험제도를 도입하고 이끌고 나가기에 매우 중요한 요소이지만, 의료보험제도 도입을 위한 정치적 과정은 국가마다 매우 다양하고, 일관되기도 하지만 우연한 계기로 진행되거나 하는 등 매우 다양하다[14]. 하지만 입법화에 성공한 국가의 경우, 리더십 하에, 지속적이고 일관적인 정치적 절차를 거쳤다는 공통점이 있다.

의료보험을 도입하는데 있어 재정이 필요하지만 항상 반드시 큰 규모의 재정이 필요한 것은 아니다.[15] 좋은 보건(Good Health)은 적은 비용으로 효율적인 치료가 가능하도록 자원을 잘 할당하는 것을 의미하고, 몇몇 저소득국 국가들이 이미 달성한 사례를 보여주기도 하였다.[16] 형평성에 입각하고 효율적인 의료서비스를 가능하게 하는 재정 매커니즘을 만들고자하는 정치적 리더십이 중요하다. 의료보험제도를 운영해 나가기에 더욱 우호적인 정책적 환경을 조성하고, 관련 기관을 재정비해 나가면서 비용대비 효율적인 접근법으로 모든 국민에게 의료서비스 접근성을 확대해나가는 작업이 필요하다.

2) 개발도상국 의료보험제도 형성과정

(1) 베트남

<국가 주요 지표>

- 인구 : 약 8,700만명(2010)
- 행정구역 : 직할시(5), 성(5), 현(703). 면(11,112)
- 1인당 GNP : 1,169달러(2010)
- 경제성장률 : 약 6%(2008년 이후 기준)
- 보건의료 지표 : 평균 기대수명 74.8세, 유아사망율 15.8명(1천명 당)
- 연령대 인구구조 : 14세 미만(24.8%), 15-65세 미만(68.4%), 65세 이상(6.8%)

13) Soonman Kwon, Thirty years of national health insurance in South Korea: lessons for achieving universal health care coverage(2008). World Bank, The Impact of Universal Coverage Schemes in the Developing World : A Review of the Existing Evidence

14) Lancet, Political and economic aspects of the transition to universal health coverage(2012)

15) Lancet, Political and economic aspects of the transition to universal health coverage(2012)

16) Good practice in health financing : lessons from reforms in low and middle-income countries

□ 제도 도입 배경 및 발전 과정

베트남은 사회주의 배급경제 원리에 따라 무상의료 원칙을 유지하다, 의료재정의 일부를 환자부담으로 전환하고, 이를 통한 여유재정으로 의료시설을 확충하여 의료 접근도와 서비스 질 향상을 도모하고자, 의료보험제도를 도입하였다.

의료보험제도를 도입한 목적은 '공평하고 효율적인 건강보험제도 구축을 통해 전 국민 의료보험을 달성함으로써, 의료복지 수준을 제고하고 궁극적으로 빈곤퇴치에 기여'하기 위해서이며, 기본 원칙은 △ 위험분산(Risk Pooling) △ 임금 및 비임금 소득자에게 일정 보험료율 적용[17] △ 국가에 공헌한 자에 대해 보험료를 국고로 지원(국회의원은 제외)으로 하는 것으로 정하고 있다.

베트남 의료보험제도의 발전과정을 요약하면 아래와 같다.

<표 3> 베트남 의료보험제도 발전과정 요약

년도	내용
~1988년	• 사회주의 배금경제 원리에 따라 무상의료 제도 유지
1989년	• 의료보험(건강보험) 시범사업 실시(유상의료)
1992년	• 강제보험으로 사회의료보험(Social Health Insurance) 최초도입(省단위로 자치 운영) - 공무원, 근로자, 연금수혜자 대상
1994년	• 보험가입 확대를 위한 임의 가입제도 도입 - 자영업자, 근로자 가족 등
1998년	• 보건부가 의료보험(건강보험) 통합 관리 - 건강보험 기금 통합
2002년	• 빈곤층 의료보장 제도 도입, 병원 자율화 정책(외부자본 유치)
2003년	• 의료보험 관리업무가 보건부에서 사회 보장청으로 이관
2005년	• 건강보험 적용 확대노력 - 빈곤층, 6세 미만 아동, 10인 미만 사업장으로 확대
2008년	• 건강보험법 제정(2009.7.1자 발효)

* 출처 저자 재작성 / 참고자료 : 베트남 의료보험제도구축 역량강화사업 자료(KOICA)

17) 무 월급자에게는 최저임금의 요율 적용

□ 제도의 특징 및 운영체계

베트남은 사회 의료보험(social health insurance) 제도를 통해 보편적 의료보장(UHC) 달성을 위해 노력중이며, 의무적 의료보험(강제 가입)과 자발적 의료보험(임의 가입)으로 나누어져 있다.[18] 2006년부터 2011년까지 의료보험의 보장을 확대하고 국가예산으로 보험료 지원을 늘리려는 정책 덕분에 의료보험 가입자가 급격하게 증가했다. 빈곤층과 사회정책의 수혜자의 의료보험료는 국가 예산으로 부담하고 있으며 이는 의료 서비스에 대한 접근성을 상당히 개선하고 있다.

2011년 현재 5,702만 명이 의료보험에 가입하였으며, 이는 전체 인구의 64.9%에 해당된다. 베트남 정부는 2015년까지 인구의 70%이상, 2020년까지 인구의 80% 이상이 의료보험에 가입하도록 노력하고 있다. 2009년 7월 1일 발효한 의료보험법에서는 모든 베트남 국민이 의료보험에 가입한다는 로드맵을 제시하고 있으며, 이 법에 근거, 보험에 가입한 국민(피보험자)은 첨단 의료 검사와 치료는 물론 예방적 건강 검진과 기능 재활 서비스를 받을 수 있다.[19]

<표 4> 베트남 의료보험 가입자 수

연도	인구	의료보험 카드 소지자				
		합계	인구 중 %	의무적	빈곤층, 소수 민족	자발적
2006년	82,427	36,866	44.73	10,568	15,178	11,120
2007년	83,416	36,545	43.81	11,667	15,499	9,379
2008년	84,417	39,749	47.09	13,529	15,530	10,690
2009년	86,025	50,069	58.20	19,609	15,113	15,347
2010년	86,866	50,771	58.45	33,343	13,511	3,917
2011년	87,840	57,021	64.9	52,033	15,140	4,987

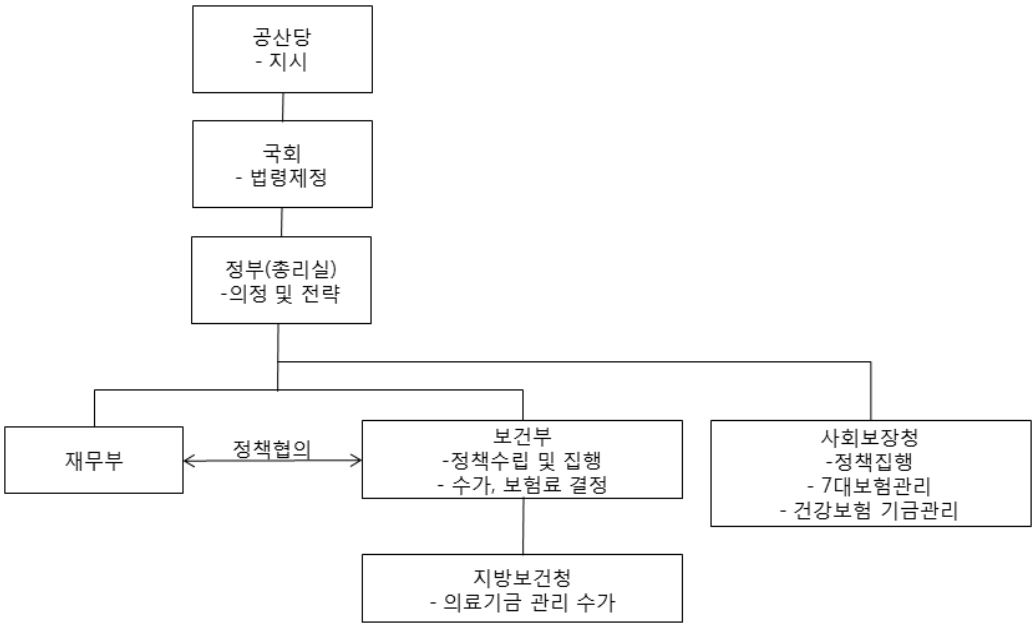
* 출처 : Data in 2005-2006 from Ministry of Health(1992-2007);Data in 2007-2011 from Vietnam Social Insurance

보험에서 지불하는 비용으로는 의료 검사와 치료, 기능 재활, 정기적인 임신 검사와 출산, 일부 질병의 검사와 조기 진단을 위한 의료 검사, 상위 병원에서의 검사 및 치료가 필요한 경우는 (일부 카테고리의 수혜자에 대해) 지역병원에서 상위 병원으로 이전 등이 포

18) 강제가입 대상자 : 66백만명(인구의 75.8%), 임의가입 대상자 : 21백만명(인구의 26%)

19) 보건사회연구원, 아시아국가의 사회정책 비교연구 건강보장(1994)

함된다. 진행되는 대부분의 임상 활동은 의료보험 기금[20]으로 지불되며, 보험 처리되는 의약품의 목록은 선진국과 비슷하다. 또한, 암 치료 약물은 이 목록에 있지 않지만, 피보험자가 3년 이상 보험에 가입한 경우 의료보험 기금이 50%를 지불한다.[21]



[그림 5] 베트남 의료보험 관리 체계

* 출처 저자 재작성 / 참고자료 : 베트남 의료보험제도구축 역량강화사업 자료(KOICA)

의료기관은 99.2%가 정부에서 운영 중이며, 계층적 지역주의에 입각하여 단계적(1차, 2차, 3차)[22]으로 의료서비스를 제공한다. 의료보험가입자가 등록한 1차 의료기관이 문지기(Gate Keeper)역할을 한다.

[그림 5]에서 보는 바와 같이 베트남의 의료보험제도는 총리실이 총괄하고 재무부와 보건부가 협의하는 범 정부차원의 구조이며, 보건부는 급여 관리, 사회 보장청(Vietram Social Security)은 재정 관리를 담당한다. 사회 보장청은 노동부의 산하에 있었으나,

20) 의료보험 기금은 공공 기금으로, Risk Pooling을 통해 의료보험 부담을 공평하게 부담하도록 보장한다.

21) 보건사회연구원, 아시아국가의 사회정책 비교연구 건강보장(1994)

22) 1차의료서비스 : 면 보건소 혹은 현급 병원, 2차 의료서비스 : 성급 병원, 3차 의료서비스 : 중앙급 병원

2002년에 베트남 의료보험제도를 흡수하여 운영하고 있다. 하지만 조직적이고 체계적인 의료보험제도 운영에 필요한 전문성이 결여되어 있고, 의료서비스 구매자로서 적극적이지 못한 상황으로, 보건부와 의료보험 운영상 갈등이 있어, 관리 운영 조직의 체계화 및 인적 역량강화가 필요[23]하다.

□ 형성과정에서의 원조 프로그램 사례

① 의료보험 적용 확대와 관련, 비공식부분(informal sector) 노동자에 대한 시범사업 실시 : 유럽공동체(European Community, 이하 EC)

② 2개의 병원에서 4개의 질병군(폐렴, 기관지염, 매장, 제왕절개)에 대해, 간단한 형태의 포괄수가제[24] 시범사업 실시 : 호주국제개발청(Australian Agency for International Development, 이하 AUSAID)

③ 정책자문(의료보험제도 발전을 위한 정책 자문, 진료비 청구 및 심사자문 및 표준 매뉴얼 개발 등) 프로젝트(2011년 착수) : KOICA(사업수행기관 : 건강보험공단)

④ 의료보험법(Heath Insurance Law)과 보험 관련 법적 프레임(frame) 컨설팅 프로젝트(2013년 착수) : 국제노동기구(ILO)

(2) 캄보디아

<국가 주요 지표>

- 인구 : 약 1,500만명(2013)
- 행정구역(2009년 기준) : 23개주(Province), 159개주(District), 1,417개면(Commune), 14.073개 마을(Village), 26개 시(Krong), 204개동(Sangkat), 1개 수도(Municipality, 프놈펜)
- 1인당 GNP : 946달러(2012)
- 경제성장률 : 약 7.3%(2012년 기준)
- 보건의료 지표 : 평균 기대수명 63.04세, 유아사망율 54.79명(1천명 당)
- 인구증가율 : 1.768% (2010년 기준)

□ 제도 도입 배경 및 발전 과정

1991년, 30년간 내전이 종료되고 시작된 민주주의 정부의 초기 단계 개발은 주로 해외 원조로 진행 되었으며, 그 후 2004-2007간 10%에 달하는 경제성장을 달성했고, 국민 복

23) 출처 : 베트남 의료보험제도구축 역량강화사업 실시협의 보고서

24) 환자가 병·의원에 입원해서 퇴원할 때까지 진료받은 진찰·검사·수술·주사·투약 등 진료의 종류나 양과 관계없이 미리 정해진 일정액의 진료비를 부담하는 제도

지를 위한 공적 투자 중 우선적으로 보건부문에 정부 예산을 투입하였다. 초기 보건의료 개혁은 1993년, 새로운 헌법이 만들어진 후 시작되었으며, 새 헌법(72조)에는 '국민의 건강은 보장되어야 하며, 국가는 질병 예방과 의학적 치료를 충분히 고려해야한다. 빈곤층 국민들은 공공 병원, 진료실, 조산소에서 무료 의학 상담을 받을 수 있어야 한다'고 명시되어 있다. 하지만 1996년 이전에는 공공 보건시설 이용이 공식적으로는 무료였으나, 예산 부족으로 의료 시설이 제대로 갖춰지지 않았으며, 약품도 부족했고, 보건의료 종사자들의 월급도 생활 임금 이하 수준이었다.[25)]

헌법 수립 이후, 캄보디아 보건부는 보건의료서비스 접근성을 높이기 위해 1996년 국립보건기금헌장을 수립하였으며, 기금헌장에 의하면 치료비용을 기금이 일부 분담하는 방식으로 환자들 병원 방문 시 적용된다. 통상적으로 환자들은 1회 방문 시, 500 리엘(USD 1=4,000리엘)을 지불하게 된다.[26)]

하지만 이러한 제도가 서비스의 질이 낮고 여러 가지 문제가 생겨나면서, 또 다른 형식의 기금인 건강 형평성 기금(Health Equity Fund, 이하 HEF)이 만들어졌으며, 동시에 지역사회 기반 건강보험(Community Based Health Insurance, 이하 CBHI)도 운영하면서 빈곤층을 지원하는 방식으로 운영하고 있다.

캄보디아 의료보험제도의 발전과정을 요약하면 아래와 같다.

<표 5> 캄보디아 의료보험제도 발전과정 요약

년도	내용
~1996년	• 공공 보건시설 이용이 공식적으로 무료였으나, 보건의료 분야 예산이 충분치 않아 의료시설 및 약품이 부족했으며, 보건의료분야 월급도 생활임금 미만
1996년	• 1996년 국립보건기금헌장 수립(최초의 수익자부담제도)
2000년	• 건강형평기금(HEF) 수립(빈곤층 및 저소득층 가정에 무료 또는 건강바우처를 제공) - 지역사회 기반의 건강보험(CBHI)도 존재

* 출처 저자 재작성 / 참고자료 : WHO Cambodia, 1999 및 캄보디아 보건분야 지원 프로그램 타당성조사 보고서(KOICA)

25) 보건사회연구원, 아시아국가의 사회정책 비교연구 건강보장(1994)
26) 보건사회연구원, 아시아국가의 사회정책 비교연구 건강보장(1994)

□ 제도의 특징 및 운영체계

제도도입 배경에서 언급하였듯이 캄보디아는 2000년도에 수립된 건강형평성 기금(HEF)과 지역사회 기반 건강보험(CBHI)이 공존하고 있다. 건강 형평성기금(HEF)은 캄보디아 전 지역을 대상으로 지급하는 일종의 정부 보조금으로 공공의료서비스(보건소, 후송병원, 국립병원) 이용에 필요한 개인 부담금(User Fee)를 정부해서 대납해준다. 지난 10년간 캄보디아 보건부의 건강 형평성기금(HEF) 운영을 통해 캄보디아 빈곤층의 약 70%가 무료 의료 혜택을 받아 왔으며, 특히 의료시설 품질에 따라 차등지급하는 방식은 공공의료서비스의 질적 향상에도 크게 기여한 것으로 평가되고 있다.

반면 지역사회 기반 건강보험(CBHI)는 농촌 및 외딴 지역의 가난한 계층의 수요에 맞추어진 시스템으로, 보험가입자와 가족은 지정된 공공 보건시설에서 해당 서비스를 이용할 수 있다. 방식은 수익자 납입금(선금제도)을 통해 조달하고, NGO가 이행을 담당하는 자발적인 보험제도이다.

캄보디아는 여전히 공여국들의 보건의료 분야 지원에 대한 의존도가 매우 높은 상황이며, 캄보디아 정부는 장기적 관점에서 건강 형평성기금(HEF)과 지역사회 기반 건강보험(CBHI)를 통합하는 전 국민 의료보험 도입 모델 도입에 높은 의지를 보이고 있으나, 전국단위 적용 모델 개발 및 기존 빈곤층 사회보호 프로그램과의 연계, 다수의 의료보험제도 통합 관리 등을 위한 사업수행역량이 부족하여, 속도가 매우 더딘 상황이다.

□ 형성과정에서의 원조 프로그램 개입 사례

캄보디아 정부는 2008년부터 보건전략계획Ⅱ(Health Strategic Plan, HSP2)를 2013년 까지 실행예정이며, 3대 목표는 △모자보건 증진 △ 전염성 질환 감소(AIDS, 말라리아, 결핵 등) △ 비 전염서 질환 감소이다. 보건전략계획(HSP2)를 이행하기 위한 구체적인 수단으로 PBA형태의 보건분야 지원 프로그램(Health Sector Support Program, HSSP2)[27]를 도입하였다. 이에 7개 공여기관(프랑스 AfD, 호주 AusAID, 벨기에 BTC, 영국 DFID, 유엔인구기금(UNFPA), 유엔아동기금(UNICEF), 세계은행(World Bank))이 약 1억 4만 달러를 공동·개별 자금으로 집행하였다.

27) HSP2의 4대 핵심사업 : 1. 서비스 제공 교부금(Service Delivery Grants, SDG) 확충. 2. 건강 형평성 기금(HEF)운영, 3. 인적역량 개발을 위한 교육훈련. 4. 보건시스템 관리 강화 (캄보디아 보건분야 지원 프로그램 사업자료(KOICA))

[BOX 1] 캄보디아 공여국 지원 사례

<프로그램 사례>

- 프로그램명 : Health Sector Support Program(HSSP)
- 사업기간 : 2008-2015년 / 8년
- 수원기관 : 캄보디아 보건부
- 공여기관 : IDA, AfD, AusAID, BTC, DFID, UNICEF, UNFPA
  - 참여종료 기관(2014.4월 기준) : AfD, BTC, DFID, UNFPA
- 사업대상지 : 캄보디아 전국
- 사업예산 : 1억 4,487만불
  - 공여기관 별 예산 : DFID 5,000만불, AusAID 3,000만불, WB(유상) 3,000만불, AFD 1,000만불 UNFPA 887만불, BTC 400만불, UNICEF 40만불
  - ＊ 캄보디아 정부의 대응기금 : 800만불

- 사업내용 : 수원기관주요 공여기관의 공동펀딩을 통해 보건부 연간운영계획에 명시된 4대 정부 사업에 대한 재정•기술자문 제공
  - 서비스 제공 교부금(Service Delivery Grants, SDG) 확충
  - 건강형평성 기금(Health Equity Fund, HEF) 운영
  - 보건인력 개발(HRD) 및 성과기반 인센티브 시스템(Merit-Based Performance Incentive, MBPI) 구축
  - 보건 시스템 관리 역량 및 정보 시스템 강화

- 정책 결정 및 운영 조직
  - 보건 분야 운영위원회(Health Sector Steering Committee, HSSC) /보건 분야 최상위 정책결정 협의체
  - 보건 분야 기술위원회(Technical Working Group-Health, TWG-H) : 캄보디아 정부와 공여기관간 정보공유 및 정책 논의 매커니즘
  - 공동파트너십 조정위원회(Joint Partnership Arrangement Development Partners Interface Group, JPIG) : HSSP2의 연간기획과 조달 등 각종 이슈에 대해 논의하고 결정, 승인하는 공여기관간 대화체
  - 분기별회의(Joint Quarterly Meeting, JQM) / HSSP2의 집행에 대한 각종 모니터링 보고서, 평가보고서, 감사보고서 등을 검토하고 승인하며, 기금 투입 지속 등을 의결하는 실무 회의
  - HSSP2 사무국(Secretariat) : HSSP2의 시행을 위해 보건부 산하에 설치된 임시조직으로서 프로그램관리를 전담하고 조달을 실시하며 각종 모니터링, 평가, 감사를 실시하여 보고서를 작성하고 공여국에 보고. HSSP2 시행 이후 사무국은 보건부에 점진적으로 흡수되었으며, 현재는 별도의 인력으로 구성된 독립적인 사무국이 존재하는 것이 아니라, 보건부의 기존 인력이 HSSP2의 사무국 업무에 해당하는 일을 병행하는 체제로 운영

- 주요 동향
  - AFD, BTC의 지원은 이미 종료되었고, 나머지 UNICEF, UNFPA, 호주외교부(구AusAID), DFID 지원분도 2014년 6월내로 집행 종료될 예정
  - HSSP2는 2014년 6월 공식 종료되는 바, 주요 파트너기관들은 2016년 6월까지 'HSSP2 Additional Funding' 형태로 사업을 연장하기로 합의

＊ 출처 : 캄보디아 HSSP2 보건분야 지원프로그램 기본계획 (KOICA)

(3) 네팔

<국가 주요 지표>

- 인구 : 약 2,600만명(2011)
- 행정구역 : 75개의 행정지역(Administrative District), 58개의 시(Municipalities), 3,919개의 읍/면단위 마을 (Village, Develpment Committees) VDC
- 1인당 GNP : 1,169달러(2010)
- 경제성장률 : 약 6%(2008년 이후 기준)
- 보건의료 지표 : 평균 기대수명 67세, 유아사망율 48명(1천명 당)
- 연령대 인구구조 : 14세 미만(24.8%), 15-65세 미만(68.4%), 65세 이상(6.8%)

□ 제도 도입 배경 및 발전 과정

네팔 정부는 빈곤층과 소외층의 보건의료서비스 접근성 향상을 위하여 빈곤층에 대한 필수 보건의료 서비스(essential health care)를 무료화 하겠다는 계획을 2006.12.15일 발표하고, 1차 공공의료기관(up to district hospital)에서 빈곤층에 대한 무료 필수 보건의료 서비스를 시행하였다. 하지만 무료 보건의료 서비스(free health care) 확대에 대한 정치적·사회적 의지는 있으나 구체적인 추진전략이 부재하고, 정부의 예산 및 관련인력 부족 등의 사유로 무료 보건의료 서비스 확대는 어려움을 겪었다. 이에 네팔 정부는 정부의 예산부족 문제를 해결하고 국민의 지속적인 건강증진을 도모하기 위한 수단으로 의료보험제도 도입을 고려하고 있었으며, 현재까지도(2014년 기준) 정부차원에서 추진하는 의료보험제도는 없으나, 일부 단체를 중심으로 소규모의 지역의료보험이 시행되고 있고, 네팔 정부도 6군데 지역에서 자체적으로 소규모 시범사업을 진행하였다.[28] 하지만 지역의료보험에서 오는 한계로 인한 어려움을 겪었고 일부 NGO들의 경우에는 지역의료보험의 단점을 극복하고자, 포괄적인 의료보험을 실시하기 위해 지역 및 대상 인구를 넓히려는 시도를 한 사례도 있다.

2012년 3월 말, 네팔 총리실의 요구로 네팔 보건부에서 의료보험 분야 관련 정책 간담회(보건부 차관 진행)가 열렸으며, 네팔에서 관련분야 원조사업을 하고 있던 공여국[29]들이 참여하였고, 의료보험 광역화의 의지를 표명하였다.

그 후 네팔은 현재 전 국민을 대상으로 하는 의료보험제도를 운영하고 있지 않지만, 필요한 정책 및 이행계획 내각 승인을 앞두고 있으며, 관련 분야 원조 공여국들과 제도 형성

28) 네팔 의료보험제도구축 지원사업 사전타당성조사 결과보고서(KOICA, 2012)

29) KOICA, 세계은행(World Bank), WHO, GIZ, Karuna Foundation(네덜란드 기반의 INGO)

및 시범사업을 이행해가고 있는 단계이다.

□ 제도의 특징 및 운영체계

2012년 7월 네팔 정부는 15개 지역을 대상으로 국가의료보험을 시행할 예정이라고 발표하고(당초 5개 지역에서 확대), 정부 계획 발표 이후, 의료보험 이행 기반 마련을 위해 조직된 TWG(Technical Working Group for Health Insurance)[30] 및 주요 공여기관들은 네팔 정부의 의료보험 이행을 지원하기로 하였다. 네팔 정부는 2013.8월, 의료보험 이행에 관한 정부 정책을 발표하였으며, 향후 5년간 전 국민·전 지역(75개 District)로 대상을 확대하고[31], 이행계획을 실행할 것이며 2013년도 기준 보건부는 의료보험 이행을 위하여 약 550만불을 배정할 것을 발표하였다.

또한 공공 및 민간의료기관을 포함하여 가구단위 가입비는 약 연 1,500루피(USD 1≒90루피)로 하며, 부처내에 의료보험 관리기관(Purchasing agency)를 설립하고, 보장범위는 1,2,3차 보건의료 서비스(외래 및 입원 서비스 포함)에 대해 매 방문 시 150루피, 연간 최대 1,500루피의 교통비를 지원(접근성 제고 차원)하며, 의료서비스의 질적 관리 및 기관 역량강화와 인식개선 활동을 포함한다고 발표하였다.

단, 산악(Mountain)· 힐(Hill)· 평야 (Terai)지역으로 나누어지는 네팔의 지형적 조건을 고려하여, 적절한 의료서비스 제공을 위한 환자 전원체계(referral) 마련이 필요하고, 보험에서 보장하는 의료서비스에 대한 접근 가능성 확보, 신뢰할 수 있는 의료서비스 제공 및 의료기관에 대한 의료급여 지불(provider payment)를 통한 책임감 있는 보험 운영 등이 요구되었다. 네팔은 현재 보건부(장·차관 주도)의 주도로 재무부 및 국가기획위원회(National Planning Committee, NPC)의 협조를 받아 제도 형성을 해나가고 있다.

□ 형성과정에서의 원조 프로그램

① 의료보험재정(Health Financing)관련 컨설팅 : 세계은행(World Bank), 2011

② 의료보험관련 제도 컨설팅 및 워크샵 : P4H[32]

③ 의료보험제도도입 타당성조사 및 매뉴얼 개발사업 : KOICA(2010-2012)

---

30) KOICA, 세계은행(World Bank), WHO, GIZ, Karuna Foundation, USAID

31) 지역 단위는 단계적으로 확대하되 선정지역 모든 주민을 대상으로 한다(National Health Insurance Program, 2013), 공여국회의에서는 너무 야심찬 계획이라는 비판도 있었다.

32) UHC 및 SHP의 유일한 지원 네트워크(Social Health Protection Network)로서 GIZ, WHO, ILO, SDC, USAID, AfDB, BMZ등이 가입. 사례조사(기타) 참조

④ 의료보험제도구축 지원사업(National Health Insurance Support Program) : KOICA(GIZ과 공동협력, 2013-2017)

4. 소결

보편적 의료보장(UHC)은 '감당할 수 있는(Affordable) 수준의 비용으로 모든 대상들이 예방·치료·회복 등을 위한 처치(Health Intervention)를 받을 수 있도록 접근성을 보장하는 것'을 의미하며, WHO의 '6가지 구성요소(6 building blocks)'에서는 보건의료재정(health care financing)에 해당한다. 재원 조달방식에 따라 크게 국가의료보험과 사회의료보험 등으로 나눌 수 있으며 지역의료보험제도 및 기타 몇 개의 제도를 혼용하여 사용할 수도 있다.

특히 대부분의 개발도상국의 경우 보건의료서비스 접근성이 취약하므로, 일부 개발도상국 정부는 보편적 의료보장(UHC) 달성을 위해 전 국민 의료보험제도를 도입하여 이미 운영 중이며, 이 과정에서 원조 공여기관들의 지원을 받기도 하였다.

문헌조사 연구에서도 보았듯이, 반드시 고소득 국가만이 전 국민 의료보험을 도입할 수 있는 것은 아니다. 개발도상국의 의료보험제도 성공요소로 상대적으로 적은 재정으로 효율적으로 제도를 운영할 수 있는 보건재정 시스템과 정치적 리더십을 언급하고 있다. 좋은 보건(Good Health)은 적은 비용으로 효율적인 치료가 가능하도록 자원을 잘 할당하는 것을 의미하고, 몇몇 저소득국 국가들이 이미 달성한 사례를 보여주기도 하기 때문이다.

정치적 리더십이 등장하는 배경과 과정은 국가별로 매우 다양하지만, 제도를 도입하고 정치 형평성에 입각하고 효율적인 의료서비스를 가능하게 하는 재정 매커니즘을 만들고자 하는 정치적 리더십이 중요하다. 의료보험제도를 운영해나가기에 더욱 우호적인 정책적 환경을 조성하고, 관련 기관을 재정비해 나가면서 비용대비 효율적인 접근법으로 모든 국민에게 의료서비스 접근성을 확대해나가는 작업이 전국민 의료보험 제도 도입에 있어 핵심적인 요소이고, 이는 정치적 리더십이 역할을 해주어야 하는 부분이기 때문이다.

베트남·캄보디아·네팔의 의료보험 형성과정에서도 보았듯이 국가별로 의료보험 제도 형성과정이 매우 다양하고, 각 국가의 사회·경제·정치적 환경에 따라 매우 다른 과정으로 형성되어왔다. 베트남은 사회주의 배급경제 원리에 따라 무상의료 원칙을 유지하다, 현재 베트남은 사회 의료보험(social health insurance) 제도를 통해 보편적 의료보장(UHC)

달성을 위해 노력중이다. 캄보디아는 건강형평성 기금과 지역사회기반 건강보험이 같이 운영되고 있으며, 이를 하나로 통합하는 것이 캄보디아 정부의 도전 과제이다. 상대적으로 원조 기관에 대한 예산 의존도도 높다. 네팔은 무상의료 정책을 선언하였으나, 재정 및 인력의 부족으로 한계가 있었으며, 그동안 NGO등을 통한 소규모의 지역의료보험은 많았으나, 최근 정부가 전 국민의료보험제도 도입을 선언하고 원조기관들의 지원을 받아 초기 단계의 과정을 거치고 있다.

세 국가 모두 의료보험제도 형성과정에 있어서 원조기관의 도움을 받았지만, 원조 프로그램의 개입 시기나 내용은 모두 상이하다. 따라서 원조 프로그램으로 개발도상국의 의료보험제도 지원 시에는 그 나라의 맥락(context)을 잘 이해하고, 각 국가의 제도 형성단계를 면밀히 분석 한 후 적절한 개입(intervention)이 필요하다.

제3장 의료보험 프로그램 사례연구

의료보험분야를 지원하는 원조 공여 기관(Agency)은 WHO, World Bank, 개발은행, 양자 원조 기관, NGO 등 매우 다양하다. 그 중에서도 가장 적극적인 활동을 하고 있는 몇 개 기관을 선정하여, 사례를 살펴본다.

다자기구 중에서는 WHO를 선정하고, 양자기관중에는 독일원조기관인 GIZ, 그리고 한국의 KOICA, 국제 네트워크(P4H)의 기관의 개요와 주요 의료보험 분야 프로그램을 특징을 조사하고, 시사점을 도출한다.

서론(연구의 한계)에서 설명하였듯이, 사업 사례조사의 경우, 사업 평가된 사업을 선정하고 성과 평가 결과를 토대로 분석하는 것이 가장 적절한 방법이나, 의료보험 제도 설계 및 결과 간의 상관관계 도출이 어렵고, 특히 KOICA사업의 경우, 최근 착수한 사업이 대부분이라, 사업 평가 혹은 진행상에서 발생하는 유의미한 시사점을 도출하는데 한계가 있어, 사업 추진 내용 및 방식 중심으로 기술하였다.

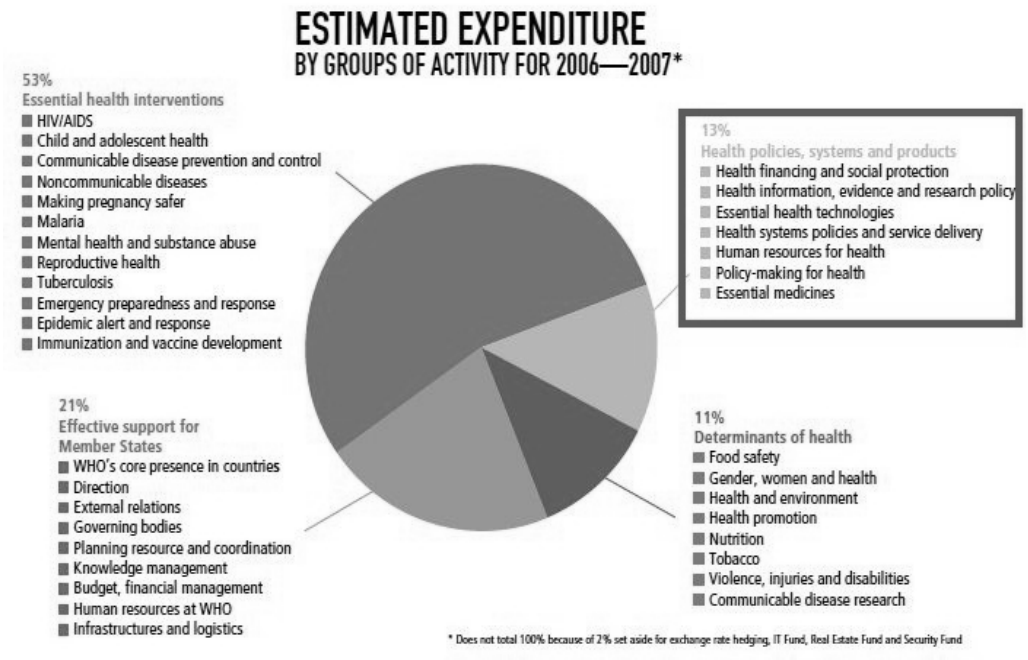
1. WHO

1) 개요

WHO는 보건·위생 분야의 국제적인 협력을 위하여 설립한 UN(United Nations:국제연합) 전문기구로 1948년 정식 발족하였으며, 초기에는 약물을 표준화하고, 전염병을 통제하며 격리 조치하는 업무를 수행하였다. 전 세계 인류가 신체적·정신적으로 최고의 건강 수준에 도달하는 것을 목적으로 활동하며, 이를 위해 중앙검역소 업무와 연구자료 제공, 유행성 질병 및 전염병 대책 후원, 회원국의 공중보건 관련 행정 강화와 확장 지원 등의 일을 담당한다. WHO는 국제보건사업의 지도적·조정적 기구의 성격을 띠며, 2012년 현재 가맹국은 194개국이며 한국은 1949년 제2차 로마 총회에서, 북한은 1973년에 가입하였다. 본부는 스위스 제네바에 있다.

WHO의 총 예산은 2006-2007년 기준 약 3,300만 달러이며, 약 28%는 WHO 회원국가 분담금으로 충당되고, 나머지 72%는 국가 혹은 기구(Agency)에서 자발적으로 내는 돈으

로 충당된다. 예산은 아래 표와 같이 분야별로 나누어 사용되는데, HIV/AIDS, 모자보건, 전염성 질환 등 필수적인 보건 사업을 위해 53%가 사용되고, 보건 재정 및 사회 보장(Social Protection), 보건 정책 및 서비스 전달 체계, 인력 양성, 필수 의약품 등이 포함되는 보건정책·시스템·상품 분야는 13%의 예산이 사용되었으며(2006-2007 기준), 의료보험과 관계된 분야라 볼 수 있다.



[그림 6] WHO 지출 예산(2006-2007)

* 출처 : WHO Library Cataloguing-in-Publication Data
Working for health : an introduction to the World Health Organization(2007)

WHO는 기술지원(technical assistance) 기관이며, 예산을 지원하지는 않는다. 기술지원은 본부 사무국을 중심으로 한 총괄적인 기술/자문지원과 각 지역 사무국을 중심으로 한 각 해당국에 대한 기술지원으로 나누어진다. 보건 분야 관련 지식을 확산하고 규범과 기준을 만들고 윤리적인 또는 증거 기반의 정책 옵션(option)을 만드는 데에 있어, 리더십을 가지고 역할을 해나가고 있다.

또한 지속적으로 해당 국가의 보건기관이 역량을 가질 수 있도록 각 국가 보건 분야 상

황을 모니터링하고, 전 세계 보건 분야 트렌드를 살펴본다.[33] 주로 해당국가 보건부와 카운터파트로 업무를 수행하며, 예산지원을 하는 기관이 아니므로 프로젝트 개발이나 돈 문제에 관한 어떤 갈등이 없이 기술지원이 가능하다는 점을 WHO의 강점으로 스스로 평가하고 있다.

의료보험 분야에 대한 지원 역시 기술지원을 통해 이루어지며, 해당국가가 보편적 의료보장(UHC)을 달성 할 수 있도록 본부 사무국은 관련한 규범 및 가이드라인을 만들고, 각 사무국은 해당국가에 맞는 컨설팅 등 기술지원을 시행한다. 대부분 WHO의 해당국가 파트너(main client)는 보건부(ministry of health)가되며, 다른 정부 부처 및 관련 산하기관, 시민사회, 타 공여국 원조기관, 민간분야와도 협력한다.

6개 지역 158개 사무소에서 각 국가 정책 결정자와 주로 관계를 유지하며 기술지원을 하고 있으며, 보건 재정분야에 45명 전문가(보건 분야 예산 지출 등)를 보유하고 있다.

2) 주요 프로그램

최근 몇 년 간 많은 국가들이 전 국민 의료보험을 위한 보건 재정(Health Financing)분야에 대한 기술 지원 혹은 우수 사례(Best Practice) 정보를 요청해오고 있어, WHR (World Health Report) 2010 발간[34]을 시작하였으며, 보건 재정(Health Financing)

보건 인력(Health workforce), 의약품 (Medicines and health products), 정보기술(Health statistics and health information systems), 거버넌스, 서비스 전달(Service delivery) 분야의 지식확산 및 정보를 공유하고 있다.

의료보험제도와 관련해서는 가능한 실무선에서 활용할 수 있는 행동계획(Action Plan) 수준의 가이드라인도 제공하고 있다. 그 중 보건의료재정 시스템(Health financing system) 개선에 관한 가이드라인 중 하나를 아래와 같이 요약하여 소개한다.

---

33) WHO's core functions-www.who.int/about/role

34) WHR(World Health Report)는 각 국가들이 보편적 의료보장(UHC)를 달성하기 위해 보건재정 시스템을 수정하기 위해 어떻게 해야하는지 등을 안내하고 있으며, 각국의 경험을 바탕으로 연구조사를 하고 결과를 공유한다.

[BOX 2] WHO 보건의료재정 시스템 개선 관련 가이드

<table>
<tr><td colspan="2"><What are the needs? / Towards a Global Plan of action>

► 가이드라인 목표 : 보건의료서비스를 이용하고자 하는 자(특히 빈곤층 및 취약계층)가 예방, 처치 등을 목적으로 하는 보건의료서비스에 접근하는데 있어, 재정적 장벽(financial barriers)을 줄이고자 보건의료재정시스템을 개선하려할 때, 해당 국가와 외부 조력자(공여국 등)가 참고할만한 '접근 방식'에 관한 가이드 제시</td></tr>
<tr><td>해당 국가</td><td>조력자(공여국 혹은 공여기관 등)</td></tr>
<tr><td rowspan="2">1. 현재 보유하고 있는 재정시스템이 어떠한 문제를 가지고 있는지 등을 검토한다
2. 모든 이해관계자들(재무부 등 관련된 정부부처, 산하기관, 시민사회, 민간분야 등)을 포함하는 절차를 거쳐 보건의료재정시스템에 대한 정책과 전략을 개발하거나 보완(revise)한다.

3. 정책과 전략을 실행한다

4. 정책과 전략 실행과정을 모니터링하고 평가한다.</td><td>1. 재정시스템 검토를 위한 팀에 대해 재정적으로 혹은 기술협력을 통해서 지원한다.
2. 이해관계자간의 협의를 용이하게 돕고(facilitate), 공여국간 각기 다른 카운터파트(수원담당기관)와 일을 하게 되는데, 서로 간에 협력하고 대화할 수 있도록 장을 마련할 필요가 있다.
3. 실행에 있어 정책과 전략을 확대(scale-up)해야 할 필요가 있을 때, 기술협력 혹은 예산지원을 통해 지원할 수 있다
4. Learning-by-doing을 다시 정책이나 전략에 반영시키는 작업을 지원할 수 있다.</td></tr>
<tr><td><추가 필요 활동>

해당국가에서 활동하고 있는 공여국 혹은 공여기관은 서로 간에 서로의 지식과 경험을 공유하고, 보편적 보장을 위한 지지활동(advocacy)을 지역단위, 국가단위, 글로벌하게 전개할 필요가 있다.
장기적인 차원에서 해당국가(수원국)의 분야 인력 역량강화 지원이 필요하다.</td></tr>
</table>

* 출처 : WHO Heath Systems Financing, The Path to Universal Health Coverage(2012)

국가별로 매우 상이한 보건의료재정시스템을 가지고 있으며, 상황도 다르므로 국가별로 지원내용이 달라지겠지만, 공통적으로 적용할 만한 가이드라인들을 WHO는 제공하고 있으며, 의료보험 사업 추진 시, 특히 기획단계에서 중요한 개념 혹은 절차들은 참고하여 반영할 수 있다.

WHO가 진행하는 프로그램의 성과(output)로는 가이드라인이나 연구조사 결과, 공여국 협의체를 통한 정부 컨설팅 보고서 등이다. 해당 국가별로 맥락(context)이 다르기 때문에 가이드라인의 경우는, 어느 경우에나 공통적으로 적용되는 내용으로 구성되어 있다. 거시적인 접근에 대한 가이드 제공이나 연구가 강점이며, 비록 일반적인 내용이긴 하지만, 의료보험사업을 진행할 때 반드시 짚고 넘어가야 할 절차나 고려해야할 점들을 기술하고

있어, 사업 기획 시, 참고할 수 있다. 예를 들어, 앞에서 소개한 WHO의 Heath Systems Financing, The Path to Universal Health coverage(2012) 가이드라인에서 간단한 내용이지만, 수원국이 어떠한 절차를 반드시 거쳐야 하고 단계별로 공여국 혹은 기관들은 어떠한 지원을 해줄 수가 있으며, 국가 단위가 아닌 글로벌 단위에서 공여국 혹은 기관 간에 어떠한 노력을 해야 하는지 큰 관점에서 제시하고 있다.

2. 독일 국제협력공사(GIZ)

1) 개요

독일 국제협력공사(GIZ, Deutsche Gesellschaft fur Internationale Zusammenarbeit)는 원조 분절화의 지적에 따라 GTZ, InWent 그리고 DED라는 기존의 세 기관들이 통합되어 설립된 공기업으로 100% 정부출연 비영리 공적기관이며, 유한책임회사로서 지분의 100%를 국가가 가지고 있으며, 최대 주주는 BMZ이다.

본부는 본(Bonn)과 에쉬본(Eschborn)에 소재하고 있으며, 전세계 약 90개의 사무소를 운영하고, 대략 16,000명(2012년 기준)의 직원 중 80%가 현장에서 근무하며, 그중 약 890명의 개발 자문가(Development Advisor)들이 GIZ에 소속되어 근무하고 있다.

<표 6> 독일 ODA기관 체계

독일 ODA 기관	내용	비고
BMZ (연방경제협력개발부)	주요 협력국가 선정, 국별지원전략 수립, 우선분야 지원전략 수립	GIZ, KfW 등 각 기관별 제출한 세부 시행계획을 승인하고, 각 기관별 ToR 계약 체결 후 사업 의뢰
GIZ	기술협력전반	기존의 3개 기관(GTZ, InWent, DED)* 이 통합되어 조직된 기관 * GTZ : 개도국와의 기술협력 InWent : 개발분야 전문가 훈련 DED : 개발전문인력(봉사단) 파견
KfW	재정협력 원조사업을 시행하는 기관이나 단체에 재정적인 지원 및 시중은행에 낮음 금리/장기 만기로 자산 유동성 제공	BMZ로부터 재정지원을 받아 개도국 인프라 구축사업을 유상원조 형태로도 제공

* 출처 : 타 해외원조기관 정책수립 및 사업수행체계 사례연구-독일 GIZ의 정책 및 수행체계(한국국제협력단), 저자 재작성

GIZ은 '기술협력(Technical Cooperation)' 방식을 통해 개발도상국을 지원하며, 비전("We are the world's leading provider of international cooperation services for sustainable development")을 통해서도 알 수 있듯 개발도상국의 '지속가능한 발전'에 가장 중점을 두고 있으며, 기술협력 시, 아래 8가지 가치를 중요시 한다.

<표 7> GIZ의 중점 8가지 가치

구분	상세 내용
변화관리 (We manage Change)	협력기관 및 파트너와 함께 목표달성을 위해 경험과 책임을 공유하고 서로 간에 다양한 사업 수행경험을 이끌어 낸다
노하우 제공 (We provide know-how)	GIZ의 지역적·기술적 경쟁력을 기반으로 서비스를 제공하며 검증된 경영 전문성을 가진다
솔루션 개발 (We develop solutions)	다양한 범주의 기관과 네트워크를 혁신적으로 사양하며, 관련 조직 및 담당자가 개발 프로세스를 구축할 수 있도록 독려한다
중재자 (We act as an intermediary)	민감한 사안에도 다양한 관심을 가지고 균형을 유지한다. 예를 들어, 민간과 시민사회를 위한 진입점(Entry Points)를 제공한다
결과 보장 (We secure results)	투명하고 효율적인 절차와 파트너 중심의 결과를 도출한다. (민간 기업과의 협력일 경우는 상업적 이익 보장 도출)
정책입안자에게 권고 (We advise policymakers)	국내외 정책 입안자가 정치적 목적을 달성할 수 있도록 지원한다.
가치 중심적 업무수행 (We are value-driven)	사회적 규칙에 따른 규범에 규제를 받으며, 독일의 이익을 보장하는 범위에서 독일 정부의 개발정책 지원을 최우선으로 삼는다
국제적 행위자 (We are a global player)	중앙집권적인 구조에서 벗어나 파트너간의 교류를 활성화하고 GIZ 성장의 원동력인 경쟁력 있는 전문 인력을 확보한다

5출처 : 타 해외원조기관 정책수립 및 사업수행체계 사례연구-독일 GIZ의 정책 및 수행체계(한국국제협력단), 저자 재작성

GIZ의 의료보험분야 관련 지원 프로그램도 위의 8가지 가치와 부합하는 방식으로 수행하고 있다. 첫째로, 해당국가 의료보험 분야 공여기관과 협력을 우선시 한다. 각 국가별 공여국 협의체를 결성하고 정기적인 회의를 통해 서로의 경험과 책임을 공유한다. 다시 상세하게 다루겠지만, 특히 의료보험 분야에 있어서는 P4H(뒤에서 상세 설명) 네트워크를 통해 GIZ과 다른 주요 공여기관들이 수행 경험을 공유하고 일관성 있는 지원을 유지한다. 두 번재로, 의료보험 관련 기술협력 프로그램은 주로 해당 수원국 정부를 대상으로 하는 정책 결정에 도움이 되기 위한 혹은 특정 부분에 대한 기술적 지원이 대부분이다. 세

번째로, GIZ본부는 다양한 방법(섹터 컨퍼런스 등)으로 지역별로 이루어지고 있는 의료보험관련 사업 경험을 모으고, 서로 간에 공유를 돕고 있으며, 해당 수원국에 컨설팅은 지역사무소의 전문 인력들이 지원한다.

2) 주요 프로그램

GIZ의 개도국 기술협력(Technical Cooperation) 프로그램은 크게 '역량개발(Capacity Development)'과 '관리 서비스(Management)'로 나뉘며, 역량개발부분은 기술전문가 파견·자문 프로그램·조직개발·중재·연수·네트워크 관리 지원 방법으로, 관리서비스는 재정서비스·프로젝트 관리·조달관리·행사관리·기금관리 지원방법으로 구성된다.[35]

GIZ의 의료보험분야 프로그램 역시 '역량개발'과 '관리서비스 능력 향상'에 초점이 맞추어져 있다. 해당 국가의 상황에 따라 차이는 있지만 주로 보건 인력역량강화, 제도수립관련 자문 및 컨설팅, 보건 시스템 강화를 위한 프로그램을 실시하고 있다. GIZ의 프로그램을 주제별로 분류하자면 아래 7가지로 분류할 수 있다. 전 세계에서 GIZ이 시행하고 있는 프로그램은 거의 모두 이 카테고리 안에 포함이 되며, 의료보험분야는 사회개발(Social Development)에 분류된다.

△ 지역개발(Rural Development)
△ 지속가능한 인프라(Sustainable Infrastructure)
△ 안보 및 재건, 평화(Security, Reconstruction and peace)
△ 사회개발(Social Development)
△ 거버넌스와 민주주의(Governance and democracy)
△ 환경과 기후변화(Environment and climate change)
△ 경제발전과 고용(Economic Development and employment)

GIZ의 의료보험 분야 관련 프로그램 중, 아시아지역에서 시행하였던 혹은 시행중인 프로그램은 아래와 같다.

① 방글라데시
- 사 업 명 : 보건 분야 지원 프로그램(Support to the Health Sector Programme, SHSP)
- 사업기간 : 2011-2014/4년
- 수원기관 : 보건 가족 복지부(MOHFW, Ministry of Health and Family Welfare)

35) 공여국의 개도국 정부 역량개발 지원체제(한국국제협력단,2013)

- 지원내용 : 보건 정보 기술(IT) 지원(보건정보 시스템 컨설팅 등), 거버넌스(보건 분야 민관 파트너쉽 구축 지원, 의료서비스 품질관리 등), 보건재정분야(재정전략 수립)

② 캄보디아

- 사 업 명 : 사회의료보험 지원 프로그램(Social Health Protection, SHP)
- 사업기간 : 2009-2018/10년
- 수원기관 : 보건부(Ministry of Health)
- 지원내용 : 인적역량강화, (중앙·지방)정부 정책/제도 수립 컨설팅, 보건부 역량강화(교육 및 워크샵, 지방정부, 전문가, 조산사, 간호사)

※ 1995년부터 GIZ은 캄보디아 보건부를 지원해 왔으며, 특히 의료 질 관리(Quality Management) 및 인력역량강화(보건재정, 의료보험분야), 보건섹터전략계획 수립을 지원

③ 인도네시아

- 사 업 명 : 사회보호 지원 프로그램(Social Protection Programme, SPP)
- 사업기간 : 2014-2015/2년
- 수원기관
  - BAPPENAS(국가개발계획기관, National Development Planning Agency)
  - DJSN(국가 사회 안전 위원회, National Social Security Council)
- 지원배경 : 인도네시아 정부는 경제발전과 사회통합을 위해 국가 정책 상위 우선순위로 사회 보호(Social Security)시스템을 두고 있지만, 여전히 비정규직 노동자 및 장애인 등 소외계층은 혜택을 잘 받지 못하고 있으며, 재정에 관한 법률 문서 조항이 없고 의료서비스 질의 문제로 난황.
- 지원내용 : BAPPENAS를 대상으로 사회보호(Social Protection) 개혁 절차와 타 부처 및 기관 간 협력(Coordination) 지원. DJSN을 대상으로 사회보호를 위한 협력 및 모니터링 역할 지원, 빈곤층에 대한 수혜를 확대해나가고, 기본 사회 보호 프로그램을 지속적으로 개발해 나갈 수 있도록 사회복지부(Ministry of Social Affairs) 지원. 정부의 정책 및 제도에 범 분야 이슈가 반영될 수 있도록 자문(장애인 권리 협약, UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities, UNCCRPD)

④ 네팔

- 사 업 명 : 보건 분야 지원 프로그램(Promoting the Health Sector, PHS)
- 사업기간 : 2011-2015/5년

- 수원기관 : 보건 인구부(Ministry of Health and Population)
- 지원내용 : 지방분권화(Decentralization)와 그에 맞게 보건 시스템이 잘 운영될 수 있도록 제도 및 이행 부분 컨설팅 지원(예, 보건부가 예산을 지방정부로 할당하고 예산이 지방 정부 차원에서 잘 쓰이도록 지원). 사회 의료 보험와 형평성 있는 보건재정

⑤ 파키스탄

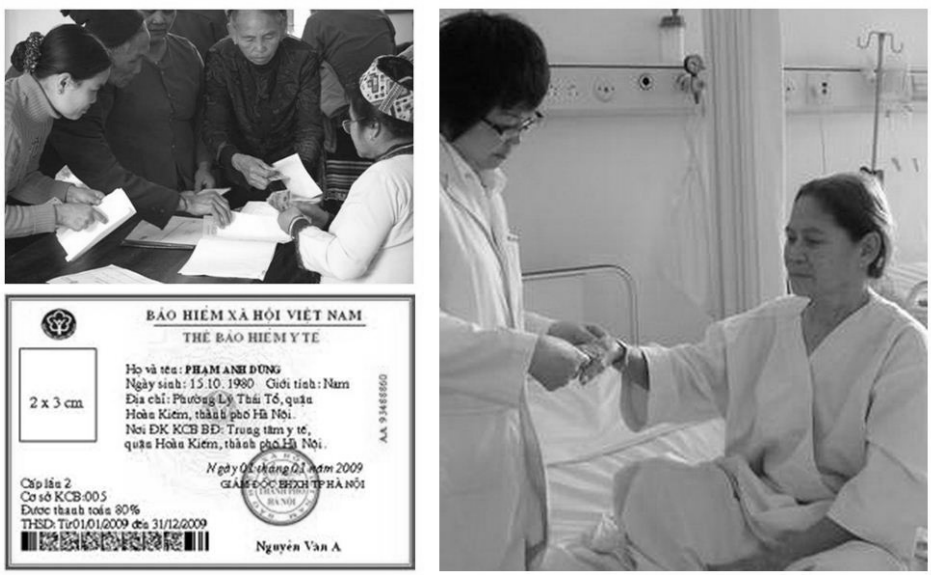
- 사 업 명 : 보건 분야지원(Health Sector Support, HSS)
- 사업기간 : 2010-2019/10년
- 수원기관 : 보건부(Ministry of Health) 및 지방 정부(Khyber Pakhtunkhwa dna Azad Jamu & Kashmir)
- 지원내용 : 파키스탄은 보건정책이 매우 기초적인 수준이며, 예산 부족과 부족한 가이드라인으로 시스템이 매우 열악한 국가로, 보건 분야 인력역량강화와 사회보험, 보건재정 시스템 지원(지방정부차원), 민관 보건 서비스 강화(Azad Jamu & Kashmir에서 추진하는 기초 보건서비스 패키지 제공 지원)를 지원

이 중 베트남, 네팔, 캄보디아에 대한 GIZ 세부 프로그램은 아래와 같다.

□ 베트남

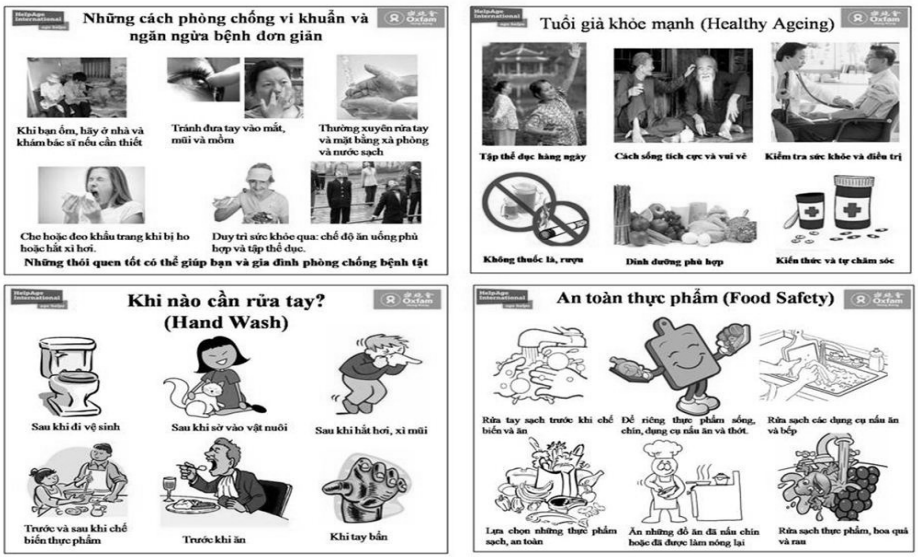
- 사업명 : 베트남 사회보호 시스템 컨설팅(Advice for social protection in Vietnam)
- 자금출처 : 독일 연방경제협력개발부(BMZ)
- 수원기관 : 노동부, 사회보장청(Invalids and Social Affaris, MoLISA)
- 사업기간 : 2012~2015(4년)
- 추진배경 : 베트남은 높은 경제 성장률을 보이며, 저·중소득국 수준으로 발전하였으며, 국가 빈곤율(National Poverty Rate)도 1996년 53%에서 2014년 7.8%로 낮아지는 등 발전을 보여 왔다. 하지만 경제 성장의 혜택을 소외 계층 없이 전 국민이 누리고 부의 분배가 지속가능하고 평등하려면, 엄청난 사회 정치적 변화를 극복해야 하며, 사회 보호 시스템이 경제 성장을 늦추는 상황에 대해서도 대응해야 한다. 정부는 사회보호의 중요성을 강조하고 있지만 현 시스템은 신흥 경제의 특수한 요구(Needs)에 대응하지 못하고 있으며, 사회보호 관련 해당 부처인 노동부, 사회보장청(Invalids and Social Affairs, MoLISA)은 개혁(reform)을 하기에는 역량이 부족하다.

- 목적 : 종합적인 기본 사회보호시스템을 성공적으로 개발하고 이행한다. 사회보호 시스템은 특히 보험가입 등이 어려운 사회 취약계층을 의미하며, 노인·장애인·어린이·여성·무직자·이민자·소수인종·비정규직 등을 포함한다.
- 사업방식 : 사회 보장청을 대상으로한 기술·전략·방법적 측면에서의 컨설팅(자문)을 실시하였으며, 세부 프로그램으로는 △교육(training) △세미나와 연구·홍보활동을 위한 예산지원 △소규모 기기, 물자지원을 포함한다. 교육은 관련 산하기관 공무원들을 대상으로 사회이전 지출(social transfer)[36]을 보다 효율적으로 운영하는 방법, 재정적 요구(financial needs)를 계산해내는 방법, 보다 효과적으로 이전소득 서비스의 수혜자(recipient)들의 요구를 산정해 내는 방법 등을 포함한다. 특히 빈곤에 취약한 계층에 대한 이전소득 운영에 대한 파일럿 프로젝트를 운영하여, 기관 직원들이 실제로 프로젝트에 참여하게 하고 결과를 분석하게 한다. 홍보활동은 특히 NGO인 Help Age를 통해서 진행한 프로그램이 주목할만하며, 노인층을 대상으로 의료보험을 포함한 사회보호제도를 홍보하고, 비감염성 만성질환을 앓거나 일상생활이 힘든 노인층들을 대상으로 지역기반의 홈 케어(일주일에 최소 2번 대상가구 방문) 서비스 체제를 만들었다.



[그림 7] GIZ 베트남 프로그램 중, 의료보험가입 및 활용에 관한 홍보

36) 사회이전 지출(Social transfer) : 각종 연금과 중앙정부, 지방자치단체의 영세민 지원금 등



[그림 8] GIZ 베트남 프로그램 중, 건강 인식증진을 위한 캠페인 자료

사업의 성과(Output) :

① Awareness 프로그램을 통해 노인층 인식 강화

② 사회 보장청, '베트남 사회보호시스템에 대한 종합설명서(핸드북) 발간'

③ 혁신적 매커니즘 개발 및 테스트완료

- 우체국을 통해 의료보험료, 연금 등을 지불하는 체계를 제안하고 테스트 실시

④ 베트남의 환경에 맞도록 사회보장청의 정보관리시스템 개선

⑤ 베트남 사회 정책의 중추적인 자료(reference document)가 될 Party Resolution No. 15 제정

⑥ 베트남 정부 부처와 개발협력 파트너들과의 협력 기반 마련

□ 캄보디아

- 사업명 : 보건분야 사회보호 프로젝트(Social Health Protection Project)
  보건재정분야(Health Financing) 지원
- 자금출처 : 독일 연방경제협력개발부 BMZ
  개발협력초기부터 외교부와 경제부로부터 개발원조 전담부처로 독립
- 수원담당기관 : 캄보디아 보건부
- 사업기간 : 2011-2013(3년)

- 사업목적 : 캄보디아 모든 국민들에게 보건 분야 사회보장혜택 확대
- 추진배경 : 보편적 의료보장(UHC)은 큰 재정적인 부담 없이 적절한 치료를 받을 수 있도록 보장한다는 개념으로 캄보디아 정부는 보편적 의료보장 달성을 위해 노력 중이다. 하지만 보건 분야 사회보장을 전 국민에 확대해 나가는데 있어 큰 장벽이 여전히 존재한다. 2009년 기준, 4.3%의 가구가 (가처분)소득 중 40% 이상을 의료비용으로 사용하고 있으며 11.6%의 가구는 20%이상을 소비하였다. 그리고 2.5%의 가구는 의료비용으로 인해 빈곤층으로 하락하였다. 도시와 지방 모두 비슷한 현상을 보였다.

캄보디아는 의료형평기금(Health Equity Funds)제도를 시작하여 지난 10년간 보건재정 위험도를 빠르게 낮추었다. 하지만 동시에 환자 자기 부담금(Out of Pocket expenditures)의 가파른 상승도 일어나고 있어 위험에 빠진 상황이다. 캄보디아의 환자 자기 부담금 비율은 동남아시아 국가 중 최고 수준으로 총 의료경비의 2/3를 환자 자기 부담금으로 충당하고 있다.

기본적으로 사회보장제도로서의 의료보험은 모든 국민들을 대상으로 하며, 따라서 기업 정규직 등의 공식부문(Formal Sector) 종사자 뿐 아니라 비정규직, 일용직 등 비공식부문(Informal Sector) 종사자들을 모두 포함한다. 캄보디아는 공식부문(Formal Sector) 종사자 비율이 늘고 있긴 하지만 여전히 비공식부문(Informal Sector) 종사자가 인구의 대부분을 차지하고 있다.

특히 의류 및 신발류 산업이 빠르게 성장하고 있으며, 낮은 임금으로 가임기 여성을 주로 고용하고 있으며 이들이 지방에 있는 가족들의 생계를 책임지고 있는 반면, 열악한 환경과 근무조건으로 인해 질병에 노출될 위험이 높아, 치료비로 인해 가정경제가 무너질 수 있는 위험이 크다. 노인과 장애인 층의 경우는 의료서비스를 이용하는데 있어 교통비 지출 등의 장애요인이 있고 만성질병과 장애와 관련된 치료는 보장 범위(Benefit Package)에 포함되어 있지 않아 어려움이 있다.

캄보디아는 지역기반 의료보험(CBHI)과 의료형평기금(Health Equity Funds), 특정계층을 위한 제도(바우처 제공 등)를 같이 운용하여 국민들의 의료접근성을 높이고 경제적 부담을 덜게 하기 위하여 노력하고 있다. 하지만 제도가 분절화 되어 있어 비용대비 효율이 낮고 효과가 떨어지며, 여전히 제한적인 인구를 대상으로 하고 있는 것이 현실이다.

또한 공공 보건의료서비스의 생산성, 효율성, 효과성이 여전히 낮다. 보건인력에 대한 열악한 처우(낮은 월급 등), 동기부여 부족 등이 원인이며, 수년간 공식 진료 이외에 개인적

으로 운영하는 진료시설(개인 클리닉 등) 운영 등을 통해 이중 수익을 얻어왔던 보건 전문 인력들의 반발 등이 원인이다. 이 때문에 지도·감독 및 보상체계 마련이 시급한 실정이다.

- 사업내용 :

► 정책 컨설팅(자문)

보건재정정책(Health Financing Policy) 관련 기술 자문

: 캄보디아 보건재정의 투명성, 책임성, 효율성을 높이고, 이를 통해 보편적 의료 보장(UHC)으로 가는데 정책적 기반 마련

의료형평기금(HCF), 보건재정정책, 보건 분야 사회 보호를 위한 마스터플랜(Social Health Protection Master Plan)등을 초안을 만들어 상정

► 보건 분야 사회보호를 위한 통합적(integrated) 틀(scheme)을 개발하고 시범적용 실시

: 특히 단일 운영 체제(single operator) 개념을 도입하여 보험체계의 효율을 높이고 별개로 운영되던 체계에 비해 차별적 요소를 감소

► 보건 분야 사회보호 협회 개설

: 정보 시스템 활용 및 필요한 관련 서식(templete) 제공 등을 제공하여, 사회보호 틀(scheme) 운영자들의 역량개발. 국가와 산하기관 차원 등 관련기관 간 대화를 활성화시키고 정보와 경험을 서로 공유하도록 하는 역할

성과 중심의 지불체계 도입. 질 평가 프로토콜(Quality Assessment protocol), 고객 만족도 조사(Client Satisfaction Survey) 등을 포함. 공금자의 수익은 기관 질(Quality score)을 평가하여 연동되게 되고, 재정적 인센티브를 받게 된다.

사업성과(Output) :

① 의료형평기금(HCF), 보건재정정책, 보건 분야 사회 보호를 위한 마스터플랜(Social Health Protection Master Plan)등을 초안 상정

② 보건 분야 사회보호를 위한 통합적(integrated) 틀(scheme)을 개발

③ 사회보호협회개설(Social Health Protection Association)

※ (Outcome) 캄퐁 탐(Kampong Thom) 인구 기준, 보장 범위 13%-〉 29%로 확대

그 외에도 '보건 분야 사회보호 프로젝트(Social Health Protection Project)'라는 타이틀 아래, 보험 수혜자들의 의견을 청취하는 등의 보건의료기관의 질 관리(Quality Assessment), 인식개선(Awareness) 프로그램 등을 다각도로 추진 중이다.

□ 네팔

- 사업명 : 보건 섹터 증진을 위한 지원사업(Promoting the Health Sector)
- 자금출처 : BMZ
- 수원기관 : 보건 인구부(Ministry of Health and Population)
- 사업기간 : 2001~2015(15년)
- 추진배경 : GIZ은 네팔 국민들에게 보건의료서비스를 제공하는데 있어 가장 큰 장애를 네팔 정부의 시스템(중앙 집중식 행정 시스템)과 지형적 특성[37], 특수한 문화적 특성[38]으로 보고 있으며, 1994년 이후 지속적으로 BMZ는 통합 분야 접근 방식(Sector-wide Approach, SWAp)으로 네팔의 보건 분야를 지원해오고 있다. 네팔 정부와의 협력은 물론 다른 공여국과의 협력도 중요시 하고 있다.
- 목적 : 사회 소외계층의 보건의료서비스 접근성을 높인다
- 사업내용 : 네팔 정부는 개발 파트너들(원조 기관 포함)과 함께 국가 보건 분야 프로그램(National Health Sector Program) 2010-2015를 만들었으며, GIZ은 이 프로그램 내용 중 아래 분야에 대해 지원하였다.
  - ► 지방분권화와 보건서비스 질 개선(시스템화)
  - ► 보건 분야에 대한 사회적 보호와 공평한 보건 재정
  - ► 청소년 성보건 및 관리

지역 정부 대상으로 보건서비스 질 개선 시스템 구축을 위한 자문 및 역량강화 프로그램을 진행하였고, 독일개발은행(KfW)과 함께 인프라구축도 지원하였다.

사업의 성과(Output) :

① 국가 예산을 지방정부로 배분하고 할당하기 위한 법적기반 마련

② 소외지역인 네팔 중서/극서지방의 지방보건청(District Health Office, DHO) 자체 개발 계획 수립

③ 보건의료기관 공무원 역량강화 연수
- 의료서비스 질 보장(Quality Assurance) 분야

④ 정책결정자 자문
- 자원을 사회적으로 형평적인 방법으로 배분하기 위해 정책단에서 선택할 수 있는 옵션 제공

37) 히말라야, 중간지대인 계곡과 구릉지대(Hills), 남쪽의 잘 정리된 평지 테라이(Terai)로 구분된다

38) 인도와 중국 사이에 있는 지리적 여건상 아리안족, 힌두문화, 티베트, 몽골, 불교문화를 혼합한 성격을 띠고 있다

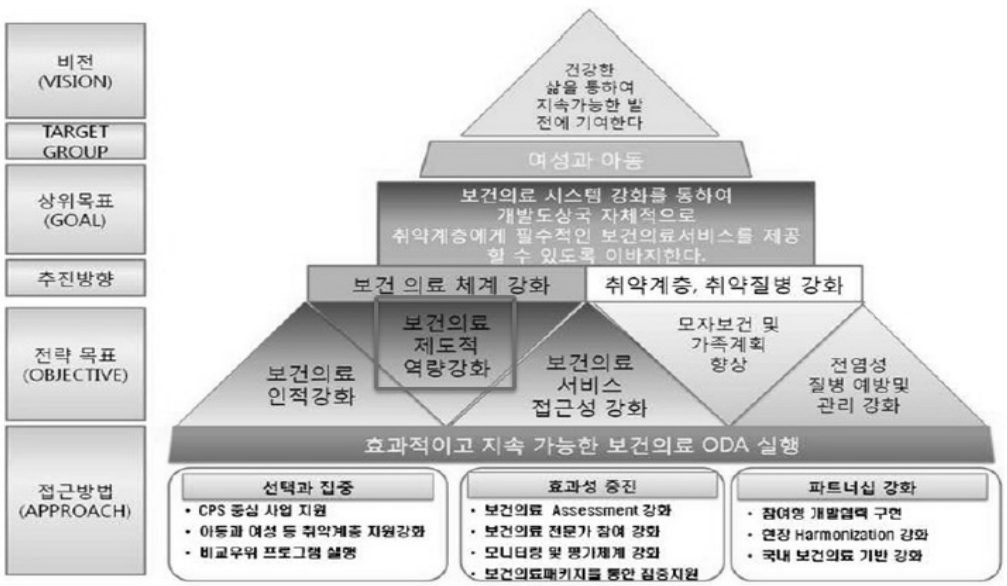
3. 한국국제협력단(KOICA)

1) 개요

아래 그림에서 보는 바와 같이, KOICA 보건의료전략(2011-2015)상에는 '보건 의료 제도적 역량강화' 내용이 전략목표로 포함되어 있으며, 의료보험과 관련된 내용이다. 기존의 보건 사업은 주로 모자보건 사업, 인프라 개선사업(중소형 병원 건립 등)등 중심이었으며, 몇 년간 1차 보건사업, 인식개선 사업, 역량강화 사업 등의 사업과 함께 의료보험제도 도입과 관련된 지원 사업도 늘어나고 있다.

구체적으로는 네팔 의료보험 제도 도입 타당성조사 및 매뉴얼개발사업(2010-2012)과 베트남 의료보험 제도 구축 역량 강화 사업(2011-2013)을 수행하였고, 현재 네팔 의료보험제도 구축 지원 사업(2013-2107)을 시행 중이다. 또한 프로그램기반 접근법(PBA) 형태의 캄보디아 보건 분야 지원 프로그램(Health Sector Support Program, HSSP2)을 2014년에 착수하였고, 베트남 의료전산화(e-health) 사업이 2015년 시작될 예정이다.

2) 주요 프로그램



[그림 9] KOICA 보건의료전략(2011-2015)

□ 베트남 의료보험제도구축 역량강화사업

– 추진 배경

베트남 정부는 소득격차확대에 따른 불균형 해소와 국민들의 의료복지수준 제고를 위해 2014년까지 전 국민 의료보험 가입을 목표로 의료보험 법제정, 제도정비, 조직신설 및 인력 보강 등 전반적인 제도 구축에 박차를 가하고 있으나, 관련 정책 및 세부규정이 미비하여 가입자 및 지역 간 수급의 불균형, 진료비 청구 심사 및 지불의 비효율성 등 의료보험 운영에 어려움을 겪고 있는 실정이다.

전반적으로 정책개발과 집행, 평가, 자료수집과 분석 등에 대한 인적역량이 극히 미흡하고 전문가가 부족하며, 의료제공자에 대한 사회보장청의 기능이 매우 취약하여 심사가 거의 이루어지지 않으며, 모니터링, 통계 및 보고 등이 정상적으로 시행되지 않고, 약가관리가 제대로 이루어지지 않고 있다. 사회보험제도를 총괄 운영하는 사회보장청(VSS)이 조직적이고 체계적인 의료보험제도 운영에 필요한 전문성이 결여되어 있어 보건부와의 운영상 갈등이 있고, 관리운영 조직의 체계화, 인적 역량강화가 절실하다.

가입자 수 측면에서는 가입의 강제성 미비로 가입자 확대 문제가 현안 과제로, 가입자 관리에 있어서는 대상자 중 일부가 가입을 기피하고 있으며, 개인이 가입의 단위로 있으나, 대상 확대에 문제가 있고, 관리가 복잡한 체계이다. 또한 농촌지역에서의 낮은 부담능력의 문제가 있다. 이 때문에 가입거부(noncompliance)와 역선택(adverse selection)이 많이 발생하여, 주로 노인과 치료를 필요로 하는 사람들 위주로 가입하는 경향을 보인다. 급여가 주로 병원의 치료서비스 중심이고, 가입자 간 불평등 문제가 발생하고 있으며, 특히 지역 간 의료공급자 편재에 따른 불평등 문제가 상존하고, 여전히 직접 부담 비율이 높은데, 이는 이용자 부담분이 크고, 고가치료의 경우 한도가 설정되어 있기 때문이다.

또한 진료비 지불(보상)이 행위별 보상 중심이며, 심사가 미흡하고 건당 진료비가 급증하고 있어, 재정 불안정 문제가 가시화 되고 있다. 2005년부터 적자가 실현되었는데, 이는 의료이용의 증가, 행위별 보상 시스템으로 인한 과잉 진료, 비용통제 역량 미흡 등의 원인이 복합적으로 작용하고 있으며, 또한 임의보험의 경우 역 선택과 낮은 보험료도 원인이 되고 있다. 약 400개 병원에서 인두제(Capitation)을 시행중이고, 나머지 약 600개 병원에서 행위별 수가제(Fee for Service)를 시행하고 있다.

이러한 복합적인 베트남 의료보험 현안문제를 해결하기 위해 의료보험 시행령 및 관련 규정 제정을 위한 정책 수립을 지원하고, 관련 인력 역량강화를 도모하는 한편 시범적용을 통해 전 국민 의료보험 도입의 토대를 마련하고자 베트남 정부는 KOICA측에 사업을 요청 하였다.

한국은 제도 도입 12년 만에 전국민 의료보험가입 달성이라는 경험을 갖고 있으며, 베트남 정부는 한국의 축적된 경험과 노하우를 전수받고자 동 사업을 한국정부에 요청하였다.

[BOX 3] KOICA 베트남 의료보험제도구축 역량강화 사업 내용

<사업 내용>

► 사업형태 : 정책 및 제도개선 기술지원(컨설팅) 및 인력역량강화
► 사업목적
- 베트남 정부가 전국민 의료보험을 효율적으로 달성할 수 있도록 지원
► 사업기간 : 2011-2013(3년)
► 사업예산 : 80만불
► 대상지역 : 베트남 하노이
► 수원 담당기관 : 베트남 보건부(총리실, 재무부, 국방부, 노동부, 사회보장청, 포함)
► 사업내용 : 4대 정부지원사업 추진을 위한 재정·기술 지원
① 인적역량강화(고위자 및 실무자 초청연수)
② 현지워크샵(착수, 중간, 최종 보고회 등)
③ 현지교육(급여목록 정비내용 및 심사청구 매뉴얼 교육 등)
④ 정책 컨설팅(베트남 의료보험제도 진단, 평가 및 정책 건의)
► 사업 수행체제
- 사업수행 : 사업수행기관(Project Management Consulting, PMC)을 통한 사업 수행(한국건강보험공단)
- KOICA : 사업내용 협의, 중요내용 결정 및 사업 모니터링

► 사업 성과(Output)
- 의료보험 정책 보고서(한/영) 발간
- 베트남 행위의료수가목록 및 심사청구매뉴얼 개선(안) 발간



정책보고서(한/영)

□ 캄보디아 보건분야 지원 프로그램(Health Sector Support Program, HSSP2)

- 추진 배경

앞에서 살펴본 바와 같이, 캄보디아 정부는 보편적 의료보장(UHC)를 위하여, 많은 노력을 기울이고 있으며, 2008년부터는 보건전략계획 II(Health Strategic Plan 2008-2013, HSP2)[39]을 실행 중이다. 캄보디아 정부는 보건전략계획(HSP2)을 이행하기 위해 프로그램형 원조 추진방식인 PBA 형태의 보건 분야 지원 프로그램(Health Sector Support Program, HSSP2)을 도입하였고, 이에 캄보디아 보건부와 프랑스(AFD), 호주(AusAID), 벨기에 (BTC), 영국(DFID), 유엔인구기금(UNFPA), 유엔아동기금 (UNICEF), 세계은행(WB)은 공동으로 혹은 개별적으로 자금(약 1억 달러)을 지원·집행하고 있다. HSSP2 프로그램을 통해 보건의료서비스 제공을 위한 지원금 (Service Delivery Grants, SDG), 의료형평기금(HEF) , 관련 인력역량 개발 교육 및 보건시스템 강화를 위해 사용하고 있다.

HSSP2프로그램이 2014년 6월 공식 종료될 예정인 바, 캄보디아 보건부, World Bank 및 호주 외교부는 동 프로그램을 'HSSP2 Additional Funding' 형태로 2016년 6월까지 연장 운영하기로 기합의 하고, 캄보디아 보건부에서는 KOICA에도 참여를 요청하였다. KOICA는 건강형평성기금(HEF)의 수혜자 범위를 현재 전체 인구의 76%에서 100%까지 확대시킬 수 있을 것으로 예상하고, 동 프로그램 예산 지원을 결정하였다.

[BOX 4] KOICA 캄보디아 보건분야 지원 프로그램(HSSP2) 사업 내용

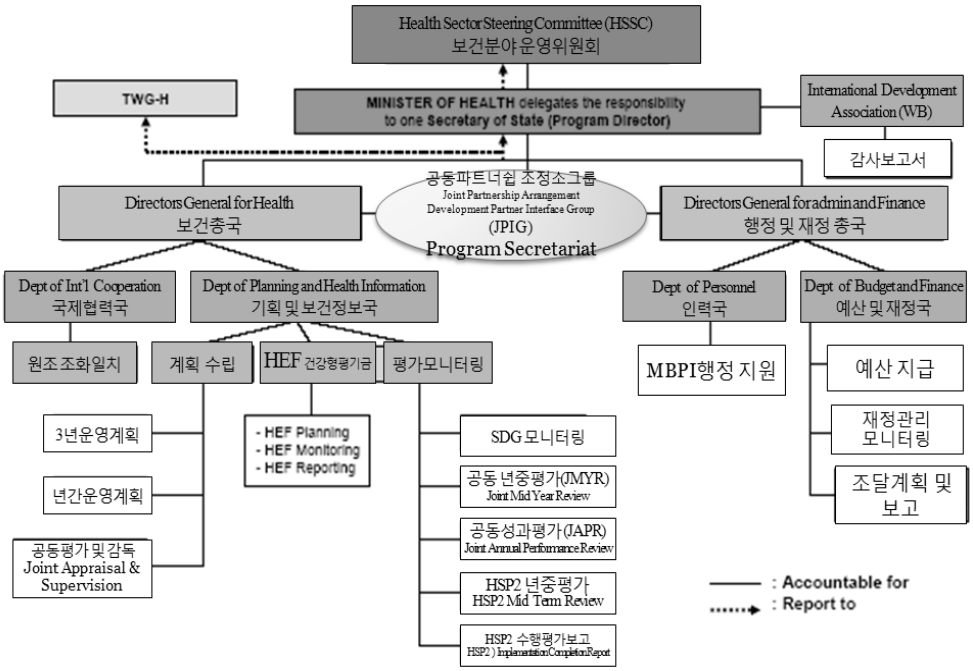
<사업 내용>

► 사업목적 : 중앙정부 중심의 공공보건 의료서비스 체계 강화
► 사업기간 : 2014-2015(2년)
► 사업예산 : 500만불
► 사업형태 : 프로그램기반접근법(PBA) 활용하여, 예산지원 및 기술지원
► 대상지역 : 캄보디아 전국
► 참여기관 : 캄보디아 보건부, KOICA, World Bank, 호주외교부
► 사업내용 : 4대 정부지원사업 추진을 위한 재정·기술 지원
① 보건서비스 제공 교부금 확충
② 건강형평성 기금 운영(KOICA지원의 최우선 목표)
③ 보건의료 분야 인력개발
④ 보건시스템 관리역량 강화

39) 3대 핵심목표는 ① 모자보건 증진(모성사망률, 유병률, 영·유아 사망률 감소) ② 전염성 질환 감소(AIDS, 말라리아, 결핵 등) ③ 비전염성 질환 감소

► 사업 수행체제

- (수원시스템 활용) HSSP2 4대 정부지원사업에 대한 기획, 예산집행, 실행, 관리, 모니터링 및 감사 등 실시
  * 이를 위해 2008년 캄보디아 보건부와 공여기관간에 공동 파트너십협정(Joint Partnership Agreement, JPA)을 체결하고 프로그램 운영방안, 기본원칙, 관리체계, 역할분담을 포괄적으로 명시. 또한 각 공여기관과 세계은행 양자간 체결한 행정협약은 HSSP2 지원 다자신탁기금(Multi-Donor Trust Fund, MDTF)에 대한 출자금 규모, 지급 일정 및 관리주체 등을 법적으로 규정
- (사업실시기관) 별도의 사업수행기관(PMC, Project Management Consulting)을 선정하지 않고, 사업 모니터링 및 관리를 위해 개인을 선발하여 KOICA 사무소에 파견하고 사업을 총괄 관리



- (KOICA) KOICA 사무소에 PBA 전담팀 운영을 통해 HSSP2 사업 단계별 승인, 건강형평성기금 관련 자문 제공, PBA 시범사업 정책 홍보 등을 중심으로 개별적 사업관리 병행. 이를 위해 관리를 맡을 개별 인력(전문가) 선발

► 사업 주요 내용

- (재정지원) 공동계정(Pooled Account) 활용하여 예산을 지원하며, 공여기관이 공동 조성한 세계은행 다자신탁기금(MDTF)에 자금 투입. 세계은행은 전체 투입금액 중 기금운영비를 제외한 금액을 '수원국 집행분'으로 산정하여 HSSP2 계좌에 송금. 주재국 보건부는 '수원국 집행분'을 직접 집행하며, 이에 대한 재정보고, 평가 및 감사결과는 공여기관 승인을 통해 최종 확정
- (기술지원) PBA 전담팀 구성을 통한 사업 관리 및 컨설팅 제공

► 성과관리 : 캄보디아 보건부가 주도하는 연중평가(Joint Mid-year Review, JMYR), 연간 성과평가(Joint Annual Progress Review, JAPR), 공동현장평가(Joint Review Mission, JRM)에 참여, 통합 평가·환류체계 활용

* 출처 : KOICA 캄보디아 보건분야 지원 프로그램(HSSP2) 기본계획

□ 네팔 의료보험제도구축 지원사업

네팔정부는 국가 차원의 의료보험 도입을 위해 시범사업으로 2003년부터 6개 지역을 대상으로 지역의료보험(Community based Health Insurance, CBHI) 사업을 시행하였으며, 2011-2014 3개년 개발개획(Three Year Plan, TYP)에서 보건분야의 개발목표로 보편적의료보장(Universal Health Coverage)을 강조하고 있다.

KOICA는 2010-2012년간 네팔정부의 요청에 따라 "지역단위 접근의 의료 보험 타당성 조사 및 메뉴얼 조사사업(100만불)"을 지원하였으며, 사업 내용은 네팔의 지리적 다양성을 고려하여 선정한 5개 지역의 CBHI(소규모 지역단위 보험제도)의 이행가능성과 지역별 특성(Local demand)를 고려한 운영방안 지원을 목표로 하였다. KOICA는 동 사업을 통해 의료보험에 대한 네팔정부의 관심과 인식을 제고하는데 기여하였으며, 의료보험분야 관심 공여기관과 국제비정부기구(INGO) 등과 함께 정부의 의료보험 제도도입 준비를 지원하는 기술작업반(Technical Working Group : TWG)[40]을 보건부내 구성하여 2011년부터 활동 중이다.

네팔 정부는 2012년부터 국가의료보험(National Health Insurance)에 대한 논의를 본격화하였으며, 주재국 총리실의 주도로 국가의료보험 이행계획을 발표하고, 2012년 TWG을 주축으로 네팔보건부와 의료보험정책 수립에 착수하였으며, 2013년 초 초안 작성 완료하였다. 이에 네팔정부는 KOICA가 기 실시한 1차 사업의 성과를 성공적으로 평가하여, 네팔정부 의료보험 프로그램의 이행을 지원할 후속사업을 KOICA에 요청하였으며, KOICA는 주재국 보건부 및 보건분야 공여국/기관(GIZ, WHO, USAID, WB 등)과 의료보험 관련한 지속적인 업무협의를 통해 주재국 정부에서 추진코자 하는 국가의료보험(National Health Insurance) 이행 지원을 확정하였다. 한편, 네팔정부는 2013년 주재국 정부 예산 발표시, 2013-14 회계연도 주요 개발사업으로 "국가의료보험"을 지정하였으며, 동 예산안에 15개 지역(District)을 대상으로 의료보험 이행 추진 예산을 반영하였다.

[BOX 5] KOICA 네팔 의료보험제도구축 지원사업 사업 내용

<네팔 의료보험제도구축 지원사업(National Health Insurace Support Project, NHISP)>

► 사업형태 : 기술지원, 인력역량강화, 시범사업실시
► 사업목적

40) KOICA, World Bank, WHO, GIZ, Karuna Foundation로 구성된 협의체로 네팔의 의료보험 제도도입을 위해 공동 지원

- 네팔 정부의 국가의료보험 이행준비 작업 기술지원(자문 포함)
- 의료보험 및 국가재정관련 인력 역량강화
- 시범사업 지역(네팔 꺼이랄리 지역(District))에서의 국가의료보험 성공적 이행 지원

► 사업기간 : 2013-2017(5년)

► 사업예산 : 450만불



► 대상지역 : 네팔 카트만두(기술지원), 꺼이랄리지역(시범사업운영)

► 수원 담당기관 : 네팔 보건인구부(Ministry of Health and Population)

► 사업내용 : 4대 정부지원사업 추진을 위한 재정·기술 지원

① 시범사업대상지 심층조사

② 인력역량강화

③ 정책자문단 운영(국내 전문가)

④ 네팔 정부 의료보험실행지원

- 전국민 의료보험체계 마련(의료보험 전담기관(UNIT) 등)
- 시범사업 대상지에서의 보험프로그램 운영지원(인식개선, 의료보험가입 홍보 등)

* 사업 기간 중, 네팔 정부는 제도 착수/이행 단계에서 의료보험분야 IT기술자 지원, 의료보험 예산 지원(Budget Support) 등 여러 가지 지원(당초 사업 형성단계에서는 요청되지 않았던)을 요청하였으며, 현 시점에서 꼭 필요한 지원이라고 판단된 (의료보험시스템) IT 기술자 단기 파견 요청은 지원하였음. 따라서 사업계획(예산)에, 어느 정도의 예측하지 못한 수요를 반영할 수 있는 예비비 차원의 비용을 포함시켜 놓거나, 예산을 큰 카테고리 위주로 구성할 필요가 있음. 예산 지원(PBA)은 차년도 신규사업으로 예산지원도 검토하였으나, 네팔 측의 예산 체계 및 이행 역량 등을 고려했을 때, 적절하지 않다고 판단되어 제외함

► 사업 수행체제

: 정책 단계의 지원은 네팔에서 활동 중인 타 공여국과 협력하고, 보건인력 역량강화는 해당분야 경험이 있는 GIZ 네팔사무소와 협력, 시범사업 운영 시 인식개선 및 가입자 관리 등은 해당분야 역량

이 보유하고 있는 NGO를 선정하여 협력

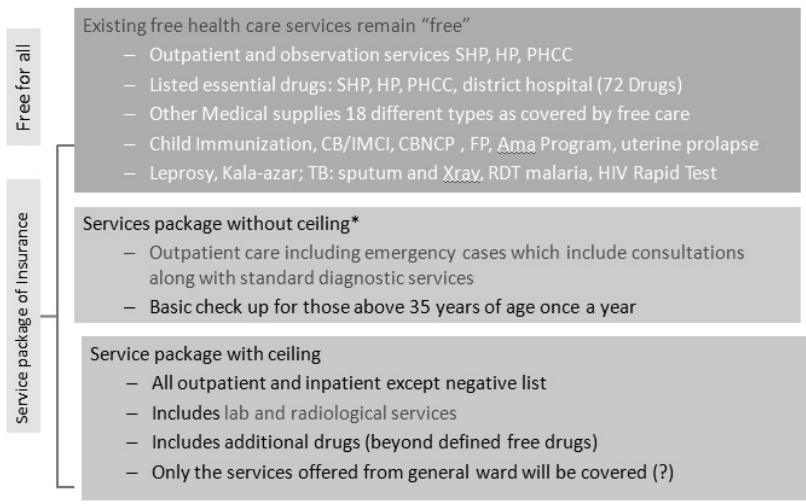
사업 구성요소	시행주체
정부 정책 단계의 협의 의료보험제도 틀(Scheme) 마련 등	EDP(Extra Development Partners)* * 의료보험관련 네팔에서 활동하고 있는 공여국들의 협의체 : WHO, World Bank, KOICA, GIZ 등
사업 총괄 관리(시범사업 포함) 및 모니터링, TWG와 협의 등	KOICA네팔 사무소+사업 현장사무소* * 사업현장 사무소 : 카트만두와 꺼이랄리에 소재하며, 사업총괄PM 및 FM(Field Manager/2명) 및 현지직원으로 구성
보건인력 역량강화	GIZ(독일원조기관) Nepal * KOICA 네팔사무소 - GIZ Nepal간 협약체결 (KOICA 및 GIZ 본부 사전 협의 완료)
사업대상지 심층조사 (CDA, Comprehensive Distric Assessment)	현지 용역기관(HERD) * KOICA 네팔사무소 현지 입찰
꺼이랄리 지역에서 시범사업 운영	현지 시행기관 선정예정 * KOICA네팔 사무소 현지 입찰
의료보험관련 수원국 정책자문(워크샵 포함) 사업방향 제시 및 성과관리, 산출물 자문 등	(국내)자문단

► 현재까지의 성과(2014년 10월 기준)

- 네팔 정부 의료보험 정책(National Health Insurance Policy, 2013) 수립
- 의료보험 실행 가이드라인(NSHI Operational Guidelines, 2014) 내각 승인 중
- 의료보험법(Health Insurance Act) 제정 준비 중
- 정부의 3개 파일럿 지역(커이랄리*, 일람, 바글람 지역에 현장사무소 구축
  * KOICA의 동 사업 시범사업 대상지
- 3개 파일럿 지역 의료시설 관계자 대상 보험사업 소개 및 교육 실시 중
- 보험가입자 ID 카드 발급 시스템 준비 중
- 보건부는 금년 말까지 시범사업을 12개 지역까지 확대할 계획

※ GIZ Nepal은 상기 성과들에 대해 보건부의 보험사업 실행을 위한 준비가 빠르게 진행되었다고 평가

[BOX 6] KOICA 네팔 의료보험제도틀(Scheme)

구분	내용
형태	• 기존 필수의료서비스에 대한 전 국민 무료지원(tax-based financing)+ 그 외 서비스에 대해 보험(Insurance)을 도입한 혼합형태
서비스 보장 범위 (benefit package)	
가입방식	• 자발적/ 가구당 가입 (voluntary family-based membership)
가입비	• 가구당(5명 이내) : 연 2,500루피(약27달러) /이용서비스 상한액 50,000루피(약 555달러) • 가구당(5명 초과) : 1인당 425루피(약 4.7달러) 추가 지불 * 상기 가입비와 별도로 정부는 의료보험 운영을 위해 모든 가입자별 1인당 400루피를 지원할 계획
가입자 분담금 (Cost sharing)	• 기존 무료서비스를 제외하고는 모든 가입자는 약품가격의 15%를 co-pay로 지불해야 함. • 1차 의료기관을 거치지 않고, 바로 2-3차 의료기관을 이용할 경우 50%의 co-pay 지불 (gate-keeping system)
의료기관 대상 지불방식	• 보건분소 및 보건지소 - NPR 10 to for each enrolled person - NPR 25 per general check up for those enrolled aged 35 and above • 보건분소/지소를 제외한 전 의료시설 외래 및 응급의료서비스 - NPR 70 for PHC - NPR 130 per out patient service provided (excluding drugs) • 전 의료시설 입원환자 서비스 - Fee for Services • 약품 서비스 - NSHI Unit pays the drugs and DOHS will provide to the service providers. - Hospitals will be reimbursed with 5% increment on purchase price but not exceeding maximum retail price.

[참고] 국내 자문단을 통한, 네팔 보건인구부에 전달한 정책제언 주요 내용

[BOX 7] KOICA 네팔 의료보험제도 지원사업 중 정책제언 요약

ㅇ 보건부는 3개 파일럿 지역 의료시설의 의료서비스 준비성(service readiness)의 점검 필요
- 동 의료시설의 서비스 질 관리는 보험사업의 성공과 실패를 결정짓는 핵심 요소이며, 보험서비스에 대한 첫 이미지 실패는 가입율 하락을 야기
- 정부가 현재 보험 사업에 할당된 예산을 활용, 동 지역에 필수약품을 지속적으로 공급 필요
- 보건부내 서비스 질 및 약품조달 관리부서와 협력체계 구축 필요
(현재 NSHI Unit은 의료시설 서비스 질 및 약품 공급 현황 모니터링을 담당하지 않음.)

ㅇ 진료비 청구/심사표 등 각종 행정문서들에 대한 기술적 검토 및 관련 실무교육 필요

ㅇ 국가 보건재정전략(Health Financing Strategy) 수립 필요
- 보험사업은 보건재정의 일부이며, 보험 사업을 통해 보편적 의료보장(UHC)을 실현하기 위해서는 국가 보건재정 전략이 필요하나 부재

ㅇ 현재 가구별 자발적 지원을 가입 기본정책으로 하고 있으나, 마을 주민간의 결속력이 강한 네팔의 경우 마을별 또는 그룹별 가입 추진 검토 필요. 그룹별 가입시 할인정책을 시행한다면, 가입률 증가 예상

ㅇ 의료시설들이 보험 사업을 통해 창출된 수익을 어떻게 활용하는지 모니터링 필요

ㅇ 가입자 분담금(co-payment) 및 서비스 이용 상한액(ceiling) 증대 필요

ㅇ 현재 입원환자 서비스의 경우 지불방식이 행위별 수가체계(pay for service)이며, 이 경우 치료 및 약품의 남용 가능하며 행정처리 역시 시간이 많이 소요. 향후 포괄수가제(case payment) 도입 고려 필요

ㅇ 보험상품 다양화: 프리미엄을 높이고 보장범위를 넓혀 성인병, 암 질환 지출비용(catastrophic expenditure)을 커버할 수 있는 보험제도 개발 필요

ㅇ 의료시설 인증제도화 수립 필요

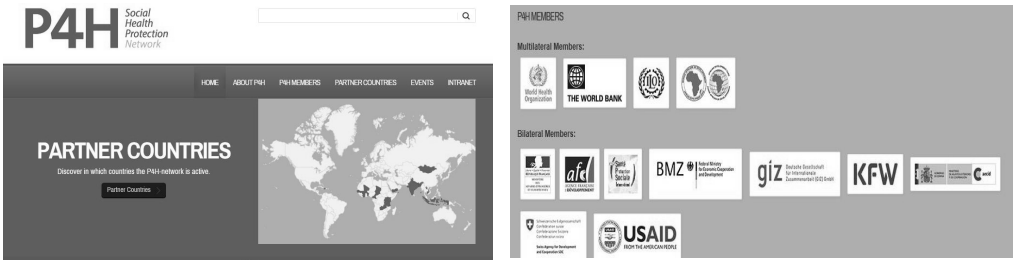
ㅇ NSHI Unit의 거버넌스는 독립적이어야 하며, 병원 진료비 및 서비스 평가를 객관적으로 수행하기 위해서는 보건부로부터 독립적인 기관으로 존재해야하고, 그러나 보건부 산하이거나, 협력관계 구축은 필요

ㅇ 보험 사업을 통해 지원되는 약품들의 경우 가격을 균일화하여 의사들의 약품비 과다 청구가 없도록 모니터링 필요

4. P4H

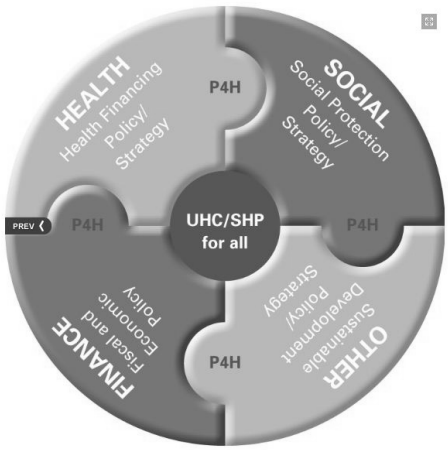
1) 개요

P4H(Providing for Health)는 2007년 G8 정상회의 이후 개설되어, 보편적 의료보장(UHC) 및 보건분야 사회보장(SHP)과 관련된 유일한 지원 네트워크이다. 현재 GIZ를 포함하여, WB, WHO, ILOj, SDC, USAID, AfDB, ILO, KfW, BMZ, Aecid, SPS International, AFD 등이 회원으로 가입되어 있으며, 개발도상국의 보편적 의료보장(UHC)의 이행을 돕고, 서로간의 협력을 추진하고 있다. 별도의 기금 조성 형태가 아닌, 유연한 네트워크(Network) 형태이다.



* 출처 : P4H 웹사이트[41)]

P4H의 협력 국가(Partner country)는 방글라데시, 베닌(Benin), 부르키나 파소, 캄보디아, 카메룬, 차드 하이티, 인도, 인도네시아, 케냐, 라오스, 말리, 몽골, 네팔, 르완다, 세네갈, 탄자니아, 토고, 우간다, 예멘, 잠비아[42)]이다. PH4 네트워크 회원국들은 각자 활동하고 있는 협력국에서 공동으로 정책 컨설팅 등을 위한 협의를 진행하고, 경험과 정보를 공유한다. 한 가지 방식 혹은 수행체계를 가지고 지원하지 않고 융통성 있게 다양한 협력국의 요구(Needs)에 부합하기 위해 진화하고자 한다. 따라서 하향식(Top-down)이 아닌 상향식(Bottom-up)으로 접근하고자 하며, 경험을 기반으로 한(experience-based)로 접근하여, 기존의 형식화된 파트너쉽/네트워크와 차별화 하고자 된다.



* 출처 : P4H 웹사이트

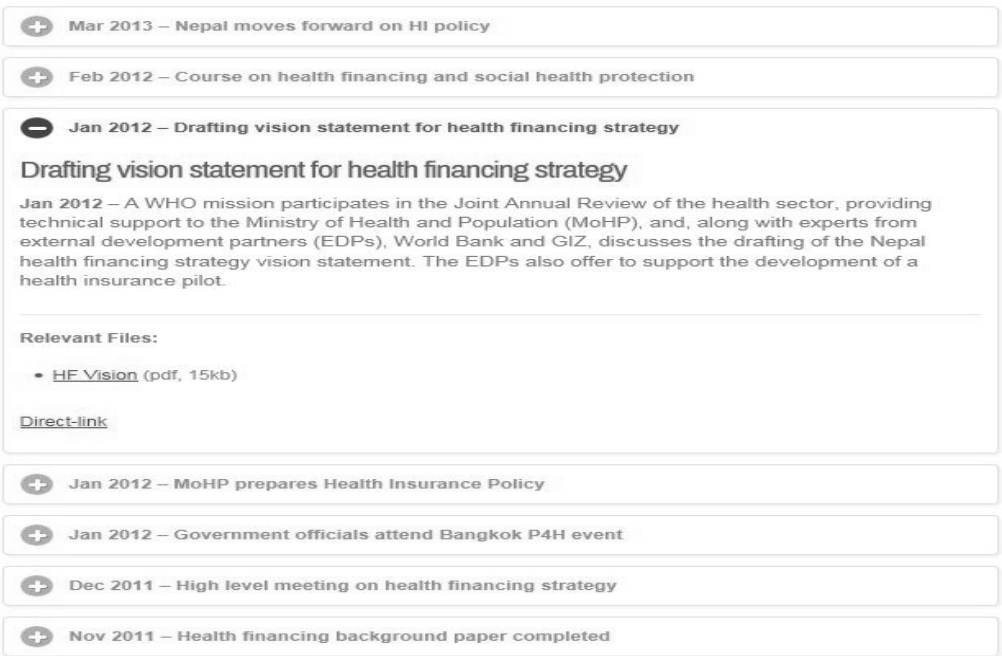
41) http://p4h-network.net/ :2014.10.11 접속

42) http://p4h-network.net/partner-countries/ :2014.10.11접속

많은 개발도상국 국가들이 국민들의 의료서비스 접근성을 확대하기 위해 노력중이며, 다양한 공여기관들은 이를 지원하고자 한다. 이때, 해당 국가(수원국)와 해당 국가 안에서의 각기 다른 부처들, 공여기관들 간의 정기적이고 지속적인 협의가 필요하다. 예를 들어 의료보험제도 및 재정관리, 보건자원 배분 등과 관련하여, 보건, 사회보장, 재정, 지방 정부 등 다양한 이해관계자이 포함되어 있다. 이러한 이유로 P4H는 일관성 있고 진보적 지원을 하고자 만들어진 네트워크이다.

2) 주요 프로그램

고위 정책 결정자가 보편적 의료보장에 정치적 리더십과 주인의식을 가지고 진행할 수 있게 하며, 이를 위한 전략적 접근(approach)를 돕는다. 이때 해당국가가 가지고 있는 역량 등 현실적인 상황을 고려하여, 국가 정책을 수립할 수 있도록 지원하며, 가능한 최신의 방법으로 특정한 쪽으로 편향되지 않는 방향으로 자문하고, 타 국가의 경험 및 노하우 공유 등도 워크샵 등을 통해 공유한다. 더불어 관련 기관 및 조직의 역량강화를 위하여 인력 역량강화도 지원한다. 웹사이트를 방문하면 아래와 같이 협력국가의 보편적 의료보장(UHC) 관련 진행상황을 살펴볼 수 있다.



* 출처 : P4H 웹사이트(네팔)

앞에서 WHO가 제공한 가이드라인에도 언급하였듯이, 해당 공여국간의 지식 및 경험 공유가 중요하다. WHO, GIZ, USAID등 주요 공여국들은 P4H 네트워크를 활용하여, 해당국가에서 공여국 혹은 공여기관 간 협의체를 구성하여 서로 간에 정보를 공유하고, 해당 수원국과 공동으로 협의하는 채널로 활용하고 있다. 의료보험분야 제도 지원의 경우, 정부의 재정, 보건 등 여러 정책과 전략과 직접적으로 관련되고 거시적인 관점에서의 결정이 필요한 만큼, 해당 국가에서 활동하고 있는 공여국·공여기관간의 협력이 필수적이며, 이러한 네트워크를 활용하여 프로그램을 진행해 나갈 필요가 있다.

5. 소결

다자기구인 WHO의 경우 거시적인 접근에 대한 가이드 제공이나 연구가 강점이며, 모든 국가에 적용가능한 내용이여야 하므로 일반적인 내용이긴 하지만, 의료보험사업을 진행할 때 반드시 짚고 넘어가야할 절차나 고려해야 할 점들을 참고할 수 있다. 따라서 KOICA 사업 형성 단계에서 이러한 가이드라인이나 자료를 참고하여, 사업 구성에 반영할 필요가 있다. 세부 매커니즘이나 절차는 사업마다 달라지겠지만 중요한 포인트를 놓치지 않도록 WHO에서 나온 가이드라인 등을 참고하여 반영할 필요가 있다.

양자기구인 GIZ 역시 기술협력 기관이다. 각 현장사무소에서 주로 사회보장 및 보편적 의료보장(UHC)과 관련된 프로그램을 운영하고 있으며, 주로 인력 및 기관 역량강화 프로그램에 초점을 맞추고 있다. 특이점은 사업별로 모두 이름이 제각각이지 않고, 'Social Health Protection'이라는 타이틀 아래, 각 국가에서 특성에 맞는 사업을 추진하고 있다는 것이다. 'Social Health Protection'이라는 이름하에, 의료보험분야 정책 컨설팅을 진행하는 국가도 있고, 지방 기관 역량강화, 보건인력역량강화를 진행하는 국가도 있다. 하나의 프로그램 하에 다양한 세부 프로젝트가 배치되어 있다고 볼 수 있다. 기간은 최소 3년에서 최장 15년까지 사업의 특성에 따라 다양하며, 프로그램은 '수원국 정부의 이행'을 촉진하는 프로그램이 대부분이다.

GIZ의 특성상 독일의 세금으로 사업을 운영하기도 하지만, 다른 기관의 자금을 지원받아 운영하는 방법도 가능하므로, 타 기관과의 협력이 시스템 상으로 가능하여, KOICA가 사업 추진 시, 해당 국가 GIZ사무소가 필요한 역량을 가지고 있다면 협력하기에 매우 용이하다. 네팔의 경우, 사업 구성요소 중 보건인력역량강화 부분은 GIZ에 위탁형식으로

의 협력을 진행하고 있다.

PH4는 보편적 의료보장(UHC) 및 보건 분야 사회보장(SHP)과 관련된 유일한 지원 네트워크로, 해당 국가에서 PH4 회원국·기관들은 협의체를 구성하고, 세미나를 협의체 구성원 간 혹은 수원국 정부와 지식을 공유하고 의견을 교환하기도 하고, 간략한 보고서를 통해 수원국 정부에 정책제안을 하기도 한다. 또한 필요시, 인력역량강화 단기 프로그램도 운영한다. 의료보험사업의 특성 상, 공여국간 협의 및 공여국-수원국간 협의가 중요하며, 따라서 PH4네트워크를 통해 독립형(Stand-alone)사업을 방지할 수 있다. P4H은 유연한 네트워크로 가입이 어렵지 않다. 현재 KOICA는 가입하지 않은 상황으로, 가입을 하여, 보다 활발히 협의체 활동을 할 필요가 있다.

KOICA는 최근 4-5년 전부터 의료보험사업을 시작하였으며, 그 방식도 다양하다. KOICA가 기술협력, 물자지원, 예산 지원 등 지원할 수 있는 형식(format)이 다양하므로 의료보험분야 사업의 형태도 다양한데, 베트남의 경우, 정책 컨설팅 사업, 캄보디아의 경우 예산지원 방식, 네팔은 정책 컨설팅+시범사업으로 구성되어 있다. 수행형태는 베트남의 경우는 기존의 타 사업과 유사한 방식으로, 사업수행기관(PMC, Project Management Consulting)을 선정하여 하였으며, 캄보디아 예산 지원 사업의 경우, 사업 모니터링 및 관리를 위한 개인을 선발하여 KOICA 사무소에서 함께 관리하고 있으며, 네팔의 경우, 관리팀(Managing Team)을 별도로 구성하여, 현장사무소(카트만두, 꺼이랄리)를 개설하고 KOICA사무소와 함께 관리하는 방식을 취하고 있다.

각 기관별 특성을 요약하면 아래와 같다.

구분	WHO	GIZ	P4H	KOICA
기관 성격	다자기구 (기술협력)	양자기관 (기술협력)	국제 네트워크 (기술협력)	양자기관 (기술협력, 물자지원, 예산지원)
사업 수행 형식 및 내용	보건 재정 및 보건 시스템 등에 관한 지식을 생산하고 확산하며, 해당 국가를 대상으로 정책레벨 컨설팅 실시	본부는 각 사무소별 경험과 지식을 공유하는 역할을 담당하며, 각 사무소는 현장에서 사업을 수행	해당 국가별 P4H회원국 협의체를 구성하고 협의체 구성원간 혹은 수원국 정부와 지식공유 혹은 컨설팅 실시	별도의 사업 수행기관(PMC) 혹은 관리팀 (Mananging Team) 구성 후 KOICA사무소가 직접 수행

구분	WHO	GIZ	P4H	KOICA
주요 프로그램 사업 내용	가이드라인 제공 연구조사 공여국 협의체(P4H)를 통한 정부 컨설팅	사회보장 및 UHC 제도와 관련된 컨설팅 제공. 인력 및 기관 역량강화 프로그램 실시	세미나 정책 제안 (단기)인력역량강화	제도 컨설팅 시범사업 예산지원(PBA)
사업 기간	-	(컨설팅 기준 평균) 최소 3년 최장 15년	-	3-5년
특이점	거시적 접근에 관한 컨설팅 및 연구가 강점. 유용한 규범 및 가이드라인이 경우 사업 수행시 활용 가능	Social Health Protection이라는 타이틀 아래, 여러 가지 프로그램을 시행. 지방정부 및 의료보험을 시행하는 산하기관의 역량강화 및 시스템 강화에 노하우 보유 프로그램 협력이 용이	의료보험사업의 특성 상, 공여국간 협의, 공여국-수원국간 협의가 중요하며, P4H를 통해 Stand-alone사업 방지 가능	기술협력 뿐 아니라 다양한 포맷의 지원이(예산지원, 물자지원 등) 가능 Donor와 기술협력(TA)방식이 모두 가능한 기관으로 자금(Funding)지원 및 기술협력이 동시에 가능

KOICA 사업 형성·기획단계에서 WHO 등이 제공하고 있는 공통된 가이드라인이나 국제 동향을 반영하여 기획할 필요가 있으며, 의료보험분야에 오랜 경험을 가지고 사업을 시행하고 있는 GIZ과의 현장에서의 적극적인 협력도 고려할 만하다. 또한 P4H 가입과 같은 글로벌 네트워크에 가입하여, 시의적절한 정보와 협력을 이끌어낼 필요가 있다. 네팔에서 추진 중인 KOICA사업 사례에서 보듯이, 실제로 의료보험제도를 만들고 이행해 나갈 때, 수원국이 필요로 하는 지원 요청은 다양한 형태이므로, KOICA가 기술협력(정책 컨설팅), 시범사업, 예산지원 등 다양한 포맷으로 사업을 진행할 수 있다는 점은 KOICA의 강점이 될 수 있다. 의료보험사업을 진행할 때, 현장에서 적절한 포맷의 프로그램을 실시 할 수 있기 때문이다.

제4장 시사점 및 KOICA 의료보험 사업 수행시 적용 방안

1. 시사점

우리나라도 전 국민 의료보험을 빠른 기간에 성공적으로 도입한 국가로 여러 연구의 사례가 되고 있지만, 해마다 상승하는 환자 부담비용과 행위별 수가제에 대한 논란 등 여러 가지 해결해야 할 문제가 많다. 하물며 여러 가지 면에서 열악한 개발도상국에 의료보험 제도을 통해 보편적 의료보장(UHC)을 달성하도록 지원하는 것은 결코 쉬운 일이 아니다.

또한 앞에서 살펴본 바와 같이 각 국가마다 의료보험제도 형성과정이 너무나 상이하고, 서로 다른 맥락(Context)를 가지고 있으므로, 특정한 양식(form)이나 통용되는(One Size Fit All) 해결책을 도출하기 힘들다. 특정 국가의 제도를 '모델화'를 하여 지원하는 것은 일방적인 경험전수가 될 수 있고, 실패할 가능성이 높다.

이러한 이유로 의료보험 분야지원 공여기관들은 각 국가들의 사례들을 분석하여 고찰하고, 지식과 경험을 공유하는 차원에서의 컨설팅 및 연구를 주로 수행하며, 해당 국가나 공여기관이 개발도상국의 요구와 가능성, 맥락에 맞는 적절한 방법을 찾도록 지원하고 있다.

여러 가지 어려움에도 불구하고, 가족 구성원 중 한명이 비용이 많이 드는 치명적 질환(Catastrophic diseases)에 걸리면 가정 경제가 무너지는 사례를 더욱 빈번하게 겪는 개발도상국에 의료보험을 통해 보편적 의료보장(UHC) 달성을 지원하는 것은 개발도상국의 국민의 삶의 질 향상에 있어 큰 의미가 있다. 또한 건강에 영향을 미치는 구조적인 문제를 다루고 전 생애에 걸친 연속적인 케어를 포함한다는 측면에서 중요한 접근 방식이기도 하다.

문헌연구에서 살펴보았듯이, 반드시 고소득국가만이 의료보험제도를 도입할 수 있는 것은 아니며, 분명한 정치적 리더십과 효율적인 자원배분을 통한 보건 재정 운영 등이 가능하고, 보장범위를 기초 의료서비스 이용 등으로 현실적으로 설정한다면, 개발도상국도 시도가 가능하다.

물론 정치적 리더십 부분은 공여기관들이 지원하기 쉽지 않은 부분이다. 하지만 공여국 협의체를 통해 지속적으로 수원국 정책 결정자단에서의 협의를 통해 노력해 볼 수 있다.

효율적인 자원배분에 있어서는 사회보험과 세금을 혼용하는 방식을 이용하거나 가족단위별 가입을 통해 보장받을 수 있는 인구를 늘리고 효율적인 구매와 규제 시스템에 초점을 맞추는 지원을 하는 등[43]의 기존의 연구를 통한 조언들을 고려해 지원전략을 수립할 수 있겠다.

반면에 의료보험제도 지원 사업이 결코 쉽지 않은 사업임을 감안할 때, 기술협력을 중심으로 하는 GIZ과 비교하면, 한 분야에 대한 경험 축적이 어려울 수 있고, 기술협력에 비해 다른 사업 요소들은 사업에 대한 위험(risk)이 높아질 수 있다. 이에 위험을 낮추기 위해서는 현지의 역량이 검증된 기관(국제기구 혹은 현지 INGO등)과 사업 구성요소 별로 협력하고, 사업기획 단계에서 사업기간을 충분히 하여, 해당 수원국 정부가 충분히 준비하고 이행하는 시간을 주는 등의 방안을 고려할 수 있다. 하지만, 타당성 검증 단계에서 정치적 리더십 확인이나, 요청된 사업 내용이 해당 국가에 꼭 필요한 지원이고, 우리가 지원가능한 형태인지 면밀히 검토하는 작업이 가장 중요하다.

2. KOICA 사업 수행시 제언

1) 전략적 측면

(1) 의료보험 분야 국제 네트워크(P4H) 가입

다른 원조 사업도 그러하지만 특히 의료보험 사업은 독립형(Stand-alone) 사업 형태가 된다면 유의미한 성과를 낼 수 없다. KOICA의 전사적인 차원에서 P4H 등 국제 네트워크에 가입하여, 서로간의 정보를 공유하고 공여국 협의체를 통한 지원을 할 수 있도록 기반을 마련하고, 현지 KOICA 사무소 에서는 해당 국가에서 활동하고 있는 의료보험분야 공여국 협의체에 적극적으로 참여하여, 특히 사업을 형성하거나 이행해 나갈 시 사업이 중복되지 않고 맥락상 꼭 필요한 사업을 추진하며, 서로 간에 부족한 부분은 도움을 받을 수 있도록 추진해야 한다.

---

43) Soonman Kwon, Thirty years of national health insurance in South Korea: lessons for achieving universal health care coverage(2008)

(2) 의료보험이 아닌 보편적 의료보장(UHC)으로의 접근

보편적 의료보장(UHC)의 달성을 위한 가장 대표적인 방식이 의료보험이지만, 현재 국제사회에서는 의료보험(Health Insurance)을 보편적 의료보장 달성을 위한 하나의 방법으로 접근하고 있으며, KOICA 역시 의료보험이라는 주제에 국한되지 않고, 보편적 의료보장의 관점에서 사업을 형성하고 접근해 나가는 것을 고려해 볼 수 있다.

2) 사업 형성 및 기획단계 측면

(1) 사업 추진 타당성 검토 시, 의료보험제도에 대한 추진 의지(정치적 리더십) 및 해당 국가에 맞는 지원 형태인가에 대해 면밀히 검토

많은 연구에서 의료보험제도 도입(입법화) 및 정착, 운영에 있어 핵심 성공요소가 강한 정치적 리더십임을 강조하고 있다. 따라서 수원국의 공식 요청(PCP, Project Concept Paper) 접수 시, 해당 수원국이 어느 정도의 의지와 리더십을 가지고 있는지 최우선 순위에 두고 검토할 필요가 있다. 특히 베트남이나 캄보디아와 같이 어느 정도 제도가 구축되어 있는 상황에서, 컨설팅 등을 지원하는 것이 아닌 네팔과 같이 아주 초기단계에 제도도입을 시작하는 경우, 정치적 리더십은 더욱 중요하다.

또한, 일반적으로 수원국은 의료보험사업 관련 요청서를 제출할 때, 의료보험제도 전체에 대해 A-Z까지 요청하거나, 해당 국가의 상황과 맞지 않는 이상적인 사업요소 지원을 요청하는 경우가 많다. WHO의 가이드라인에서처럼, 먼저 해당 수원국의 보건재정시스템 등을 면밀히 검토하는 작업이 필요하며, 실제 해당 수원국에게 해당 시점에 꼭 필요한 사업 컴포넌트를 제공할 수 있도록 사업이 형성되어야 한다.

의료보험과 관련하여 아래와 같이 컴포넌트를 구성할 수 있다.

<표 8> KOICA 의료보험사업 구성 가능한 컴포넌트

사업 구분	사업 내용	비고
정책 및 제도 컨설팅	의료보험정책 마련시 자문 가이드라인제시	- 의료보험을 적용하고자 하는 모든 국가에 적용 가능
보건인력역량강화	보건부 공무원, 의료보험 운영 기관에서 일하는 실무자등을 대상으로 초청/현지 연수	- 의료보험을 적용하고자 하는 모든 국가에 적용 가능 - 정치적 이니셔티브를 가지고 국가적으로 의료보험제도 도입을 선언 후, 실시 시, 효과 상승 - 위험 요소(Risk)가 가장 낮은 편

사업 구분	사업 내용	비고
시범사업	사업대상지를 정하고 전 국민 의료보험 요소를 적용하여 보장범위, 시스템 등 정책 제언 시사점 도출	- 정치적 의지는 있으나, 환경이 열악한 저개발국에 정책 컨설팅과 함께 지원 가능하며, 사업계획 수립 시, 변화하는 상황에 대응할 수 있도록 융통성 있게 계획(집행계획) 수립 필요 - 사업 구성요소 중 위험 요소(Risk)가 높은 편
연구 혹은 기초조사	의료보험분야 기초조사, 의료서비스 환자 부담률 (out of pocket expenditure) 등 조사	WHO 및 현지 용역기관에 위탁 가능
기술지원 (+시스템/기자재 등)	심사분석, 전산화 등 특정기술 및 관련 기자재 지원	저소득국이 아닌, 중·저소득국 등 어느 정도의 의료보험 기반을 구축한 국가에 적용 필요
예산지원	보건 섹터, 혹은 의료보험분야 예산 직접 지원	수원국의 예산시스템 기반 마련 필요하며, 안정적인 시스템이 운영되고 있지 않을 경우 위험(Risk)이 높은 편
인식개선 홍보활동	캠페인, 방송 등	- 시범사업과 연계 가능하며, 현지의 NGO를 통한 위탁 수행 가능. - 의료보험 도입 초기 단계라면, 전 방위적인 인식개선/홍보 활동이 필요하며, 중기 이상의 경우는 지역단위 마을단위 홍보 필요

(3) 사업 형성 시, 해당 국가(수원국)에 관련 분야 공여기관 및 INGO(international NGO)를 면담하고, 향후 협력 가능성 모색 필요

동 연구에서는 WHO, GIZ을 살펴보았지만, 매우 다양한 선진 공여기관 및 국제 NGO 혹은 현지(local) NGO들이 현장에서 활동하고 있다. 해당국가에 P4H 네트워크가 구성되어 있는지를 확인하고, 기타 공여국 협의체 혹은 개별 공여기관을 반드시 면담하여 해당 국가의 맥락(Context)을 파악하고, 향후 협력가능성도 적극적으로 모색한다.

(4) 독자적인 사업운영 방식이 아닌, 정부 이행을 지원하는 접근(approach)이 중요하며, 사업 기간은 충분히 여유있게 설정 필요

앞에서 언급하였듯이, 의료보험제도를 도입하는 것은 개발도상국(수원국) 정부의 정치적 리더십 아래 이행의지가 가장 중요하며, 수반되어야 할 정치적 결정, 행정절차가 복잡할 수 있다. 따라서 공여기관의 자세는 정부의 이행을 지켜보며, 단계별로 이행해 갈 수 있도록 옆에서 지원해 주는 접근 방식이 필요하다. 이를 위해 사업기간을 충분히 설정하

고 사업을 이행할 필요가 있다. 스스로 사업기간에 얽매여, 정부 이행을 거스르거나 앞질러 가는 사업이 되지 않도록 해야 한다. GIZ의 사업의 경우, 필요시 15년까지의 사업도 수행하듯이, 사업 형성 및 기획 시, 사업 이행 기간을 충분히 설정할 필요가 있다.

(5) WHO, WB 등의 가이드라인 및 지식을 사업에 적용

* 참고할 만한 가이드라인
  - World Bank Working Paper No.219 Health Insurance Handbook (How to Make It Work)
  - WHO Health Systems Financing : The Path to Universal Health Coverage (Plan of Action) 등

국가별로 매우 상이한 보건의료재정시스템을 가지고 있으며, 상황도 다르므로 국가별로 지원내용이 달라지겠지만, 그럼에도 불구하고 WHO 및 세계은행(WB)은 공통적으로 적용할만한 가이드라인들을 제공하고 있으며, 의료보험 사업 추진 시, 특히 기획단계에서 중요한 개념 혹은 절차들은 참고하여 반영할 필요가 있다. 이는 국제적으로 통용되고 검증된 가이드라인을 따르고 있다는 정당성 확보차원에서도 도움이 될 수 있다.

(6) 성과 관리 계획 수립

의료보험사업은 성과관리를 제대로 하지 않으면, 성과를 쉽게 확인 할 수 없는 사업이므로 사업 특성에 맞는 사업별 지표를 만들고 계획단계에서부터 관리하고 모니터링해야 한다.

<표 9> KOICA 의료보험사업 구성 가능한 컴포넌트 별 성과(output)

사업 구분	성과(예시)
정책 및 제도 컨설팅	Output : 정책 컨설팅 보고서 혹은 관련 규정
보건인력역량강화	Output : 해당분야에 역량이 강화된 보건인력 xx명
시범사업	Output : 정부의 의료보험을 위한 분담사항 이행 여부 - 예) 의료보험 기관(unit) 설립 여부, 예산편성 여부, 정책 수립 여부 등
연구 혹은 기초조사	Output : 연구용역 혹은 기초조사 결과 보고서
기술지원 (+시스템/기자재 등)	Output : 기자재 활용률(%) 혹은 특정분야에 기술을 습득한 해당 공무원 수
예산지원	Output : 예산 집행률(%) 혹은 예산을 통해 지원된 서비스
인식개선 홍보활동	Output : 의료보험에 대한 인식도 혹은 (다른 사업 요소들을 포함하여) 의료보험 가입률(%)

(부록) 용어 설명

○ benefit package(기본서비스 패키지) : 보험으로 보장이 가능한 서비스 패키지, 보장 범위

○ out of pocket(OOP) : 환자 본인 부담액

○ co-payment (코-페이먼트) : 의료 비용을 부담하는 방법 중 하나로서 매번 의료 서비스를 받을 때마다 지불해야 하는 일정한 비용. 예를 들어 매번 개업의를 찾아갈 때마다 10불 또는 20불 (보험의 종류마다 다름)씩 지불해야 하는 액수를 말하며, 보험에 따라 지불하지 않을 수도 있고, 나머지 비용은 의료 보험회사에서 지불

○ premium (보험료) : 매달 혹은 매년 지불하는 보험료

○ covered expenses (보험 수가) : 보험 수가는 보험금 지불대상이 지불하기로 동의한 의료 절차나 행위

○ 급여 : 우리나라 국민건강보험에서 보장하는 부분으로. 국민건강보험공단과 환자 본인이 함께 부담

○ 비급여 : 우리나라 국민건강보험에서 보장하지 않는 부분으로, 환자 본인이 전액 부담하는 항목

○ 외래 : 병원에 입원하지 않고 방문하여 치료

○ hospital inpatient / hospital outpatient : 병원 입원 환자 / 외래 병동환자(수술은 해도 당일 퇴원하는 환자)

○ 정율제(co-insurance) : 비용의 일정 비율을 소비자에게 부담시키는 제도. 예를 들어 의료비용의 30%는 본인 부담, 70%는 급여

○ 급여상한제(limit) : 의료보험에서 지불하는 보험급여의 최고액을 정하여 그 이상은 소비자가 부담하게 하는 제도

○ 정액 부담제 : 의료서비스 건당 일정액만 소비자가 부담하고 나머지는 보험급여. 예를 들어 외래 방문건당 3,000원

* 우리나라의 본인부담제도는 정률제+정액부담제

○ preventive care : 예방치료

○ generic drug : 효능이 덜어지지 않지만 특정 체약회사에서 특허기간이 10년 지난 약으로 어느 약 회사에서나 제품생산이 허용되는 약

○ deductible (일정액 공제제) : 보험으로 인한 의료과소비를 막기 위해, 연간 일정한도까지의 의료비는 본인부담으로 하고 그 이상만 보험 급여.

참고 문헌

한국국제협력단(2010), 네팔 의료보험제도도입 타당성조사 및 매뉴얼개발사업 사전타당성조사 보고서.

한국국제협력단(2010), 베트남 의료보험제도구축 역량강화사업 실시협의 보고서.

한국국제협력단(2012), 네팔 의료보험제도구축 지원사업 사전타당성조사 결과보고서

한국국제협력단(2013), 네팔 의료보험제도구축 지원사업 사전타당성조사 보고서.

한국국제협력단(2013), 공여국의 개도국 정부 역량개발 지원체제.

한국국제협력단(2014), 캄보디아 보건 분야 지원 프로그램 사업 기본 계획.

한국국제협력단(2014), 공여국의 개도국 정부 역량개발 지원체제, PC협력단.

보건사회연구원(1994), 아시아국가의 사회정책 비교연구 건강보장.

http://www.un.org/millenniumgoals/pdf/report-2013/mdg-report-2013-english.pdf, The Millenium Development Goals Report 2013, Overview,

World Bank, The Impact of Universal Coverage Schemes in the Devloping World : A Review of the Existing Evidence(4page)

Meessen B, Gilson L, Tibouti A. User fee removal in low-income countries: sharing knowledge to support managed implementation

산업연구원 KDI KIEP, 한국형 ODA모델

David Stuckler, Andrea B Feigl, Sanjay Basu, Martin McKee, 2010, The political economy of universial health coverage(backgroud paper for the global symposium)

WHO, The News Letter of the Council on Health Research for Development, Issue 32, May 2003

Daniels N., 2008 : 246

Roberts M. et al., 2004

Lancet Political and economic aspects of the transition to universal health coverage

Good practice in health financing : lessons from reforms in low and middle-income countries

베트남 의료보험제도구축 역량강화사업 실시협의 보고서

WHO Cambodia, 1999

보건시스템 관리 강화(캄보디아 보건분야 지원 프로그램 사업자료(KOICA))

http://p4h-network.net/ :2014.10.11 접속

http://p4h-network.net/partner-countries/ :2014.10.11접속

Aparnaa Somanathan, Huong lan Dao, and Tran Van Tien(World Bank 2013), UNICO Studies Series 24 : Integrating the Poor into Universal Health Coverage in Vietnam

Backman G, Hunt P, Khosla R, Jaramillo-Strouss C, Fikre BM, Rumble C, et al.

Ravishankar N, Gubbins, P, Cooley, RJ, Leach-Kemon, K, Michaud, CM, Jamison, DT, Murray, CJ, Health systems and the right to health: an assessment of 194 countries.

David Stukler, Andrea B Feigl, Sanjay Basu, Martin Mckee. The Political economy of

universal health coverage : Achieving universal health coverage: developing the health

financing system. Geneva: World Health Organization; 2005.

Financing of global health: Tracking development assistance for health from 1990 to 2007. The Lancet

GIZ, Review of Community-based Health Insurance Initiatives in Nepal

GIZ, Fair Financing and improved Social Health Protection : A component of the MOHP/GIZ Health Sector Support Programme)

GIZ, Health Financing and Social Health Protection in Nepal(Workshop/P4H)

GIZ, Social Health Protection Project, Cambodia(2011-2014)

GIZ, Health Care Financing, Cambodia(2011-2014)

GIZ, Health System Governance, Cambodia(2011-2014),

GIZ, Health Financing and Social Health Protection in Nepal

Nepal National Health Insurance Program(Design for Impremention, 2013)

Ursula Giedion, Eduardo Andres Alfonso, Yadira Diaz(World Bank 2013), UNICO Studies Series 25 : The Impact of Universal Coverage Schemes in the Devloping World : A Review of the Existing Evidence

별첨 1. 네팔 의료보험제도구축 지원사업 정부간 협의의사록(R/D)

RECORD OF DISCUSSIONS
BETWEEN
THE KOREA INTERNATIONAL COOPERATION AGENCY
OF THE REPUBLIC OF KOREA
AND
THE MINISTRY OF HEALTH AND POPULATION
OF THE GOVERNMENT OF NEPAL
ON
THE NATIONAL HEALTH INSURANCE SUPPORT PROJECT

The Korea International Cooperation Agency (hereinafter referred to as "KOICA") conducted various consultations with the Ministry of Health and Population of Nepal (hereinafter referred to as "MOHP") and other relevant stakeholders to work out the details of the "National Health Insurance Support Project" (hereinafter referred to as "the Project").

KOICA had a series of discussions with MOHP with respect to the desirable measures to be taken by KOICA and MOHP for the successful implementation of the Project.

As a result of the discussions, both parties have agreed to present to their respective Governments the matters referred to in the Terms of Reference attached hereto for their approval.

Signed in duplicate in Kathmandu, Nepal on the 14th day of August, 2013 in the English language by the representatives of both parties.

Ms. HaengLan Jo
Resident Representative
Korea International Cooperation Agency
Republic of Korea

Dr. Praveen Mishra
Secretary
Ministry of Health and Population
Government of Nepal

Terms of Reference

I. Outline of the Project

1. Title

The Project title shall be "National Health Insurance Support Project (NHISP)"

2. Objectives

In line with the Nepal Government's National Health Insurance Policy and the Design, the Project aims to:

A. **Provide technical support for the preparation of the National Health Insurance Program of the Government of Nepal for Headquarter and Kailali district which is one of the prioritized districts of Nepal Government for National Health Insurance Program,**

B. **Enhance the capacity of relevant stakeholders of Headquarter and 5(five) prioritized districts to better understand health insurance and health financing,**

C. **Support the implementation of the National Health Insurance Program in Kailali District.**

3. Period

The duration of the Project will be 48 months from the date when the Project is initiated, in accordance with Article V hereof, and may be modified by mutual agreement.

4. Project Site

The Project site shall be Kailali District of Nepal.

Government of Nepal
Ministry of Health & Population

5. Implementing Agencies

The implementing agencies shall be the Korea International Cooperation Agency (KOICA) on behalf of the Government of the Republic of Korea and the Ministry of Health and Population (MOHP) on behalf of the Government of Nepal.

6. Budget for the Project

A. KOICA shall provide grant aid of no more than five billion and eighty-five million Korean won (KRW 5,085,000,000), equivalent to four million and five hundred thousand US dollars (USD 4,500,000).

B. MOHP shall allocate necessary budget for the National Health Insurance Program and provide subsidies for the insurance beneficiaries in the Project site.

7. Cooperation between both Parties

A. KOICA and MOHP shall cooperate to perform the following tasks to achieve the Project objectives stipulated in Article I.2 hereof.

B. Both parties shall do their best to settle any unforeseen problems or issues brought about in relation to the Project during the implementation of the Project.

II. Project Rationale

MOHP of the Government of Nepal is introducing a National Health Insurance Program and is planning to implement a pilot project in 5 districts of Nepal as the first step to achieve universal health coverage.

Currently, the quality of health service delivery in the public sector is poor, and there is a lack of clarity among the different stakeholders on a strategy to implement a National Health Insurance Program. These issues need to be addressed through systematic capacity development at the policy level as well as the implementation level.

Government of Nepal
Ministry of Health & Population

KOICA has been supporting the health insurance project in Nepal since 2010, in close cooperation with MOHP as well as other external development partners such as GIZ (Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit) and WHO.

Through this Project, KOICA will provide technical assistance to the Government of Nepal to smoothly introduce the National Health Insurance Program in Kailali District and to build the Government's capacity for health care management in Headquarter level organizations.

III. Undertakings of the Respective Parties

1. Undertakings of KOICA

In accordance with the laws and regulations in effect in the Republic of Korea and within its budgetary limitations stipulated in article I.6 hereof, KOICA shall undertake the following activities.

A. Comprehensive pre-implementation Assessment

KOICA shall conduct a comprehensive pre-implementation assessment in the Project site to collect relevant data of beneficiaries, health facilities, health indicators, and health financing, and identify risks and proper measures to implement the Project with the support of MOHP. After completion of the assessment, KOICA shall submit the assessment report to MOHP.

Based on the assessment, KOICA and MOHP will decide the details of the health insurance scheme and the fund management mechanism.

B. Technical Assistance for the Preparation of the National Health Insurance Program of the Government of Nepal

KOICA shall provide technical assistance for the preparation of the National Health Insurance Program, including the design of the health

insurance, benefit scheme, institutional establishment, etc. by dispatching experts, organizing workshops, conducting research, etc.

KOICA will enhance its role in the Task Working Group (TWG) for National Health Insurance, which KOICA joined in 2011. If necessary, KOICA will form an advisory group to give guidance and lessons-learned on national health insurance policies from other countries, including Korea.

C. Capacity Development in Health Financing and Health Care Management with a focus on Health Insurance

KOICA shall take measures to build the capacity of the Government of Nepal to prepare and manage the National Health Insurance Program. In collaboration with GIZ, the capacity building interventions will be conducted in the 5(five) prioritized districts where the health insurance is being rolled-out. But the trainings will be designed in such a way, that the content is also relevant and applicable in other districts

Trainings will be targeted at government officials, hospital managers, as well as administrative, finance and accounting personnel of public hospitals that are responsible to deliver the services related to the National Health Insurance Program.

D. Implementation Support for the National Health Insurance Program in the Project Site

Based on the comprehensive assessment report, KOICA shall support the implementation of the National Health Insurance Program in the Project site. Support will be provided for community mobilization, enrollment campaigns, financial analysis, establishment of a health insurance management unit, and strengthening of the health insurance IT system.

The details of these activities shall be discussed and agreed upon through further consultation between KOICA and MOHP.

E. Project Offices

KOICA shall establish Project Offices in Kathmandu and the Project site to facilitate and manage the Project. Also, KOICA shall dispatch Korean experts and local staff to the Project Offices.

KOICA shall purchase materials, equipment, and vehicles for the implementation of the Project and the management of the Project Office. The vehicles shall be handed over to MOHP after the completion of the Project.

2. Undertakings of the Ministry of Health and Population

MOHP shall, in accordance with the laws and regulations in effect in Nepal, take the following necessary measures for the successful implementation of the Project.

A. Administrative Measures

i. MOHP shall designate an independent or separate unit which is responsible for the preparation and implementation of the Project, and provide necessary manpower to the Project site.

ii. MOHP shall secure sufficient budget and assign staff for the self-sustaining operation of the Project during and after the Project period.

iii. MOHP shall obtain from the authorities concerned all necessary approvals and consents required by the laws and regulations in effect in Nepal and settle all legal matters which are brought about in relation to the implementation of the Project.

iv. MOHP shall provide information and documents in English that are necessary for the completion of the Project.

v. MOHP shall be responsible for the management and follow-up of the Project after its completion.

B. Measures for Equipment, Materials, Vehicles for the Project

i. MOHP shall take necessary measures to provide prompt customs clearance and exemption from the cost of import duties, value added tax, other taxes, public charges, contributions, and any other burden applicable to the materials, equipment and vehicles purchased by the KOICA Project Offices for the Project.

ii. MOHP shall bear the costs of storage, operation, maintenance, and repair of the equipment and vehicles after these are handed over by KOICA.

iii. MOHP shall use the equipment and vehicles handed over by KOICA exclusively for the National Health Insurance Program.

C. Measures for the Korean Experts

i. MOHP shall ensure the safety of the Korean experts.

ii. MOHP shall take necessary measures to ensure that the Korean experts have privileges, immunities, exemptions, and benefits not less favorable than those granted to the experts of other countries performing similar missions, in accordance with the laws and regulations of Nepal.

iii. MOHP shall take necessary measures to grant exemption from taxes, including value added tax, duties, levies, and other charges imposed under the laws and regulations of Nepal, in respect to the equipment, materials, and supplies brought by the Korean experts into the territory of Nepal, which may be subsequently withdrawn from Nepal, unless mutually agreed upon.

iv. MOHP shall provide necessary information such as data, statistics, documents, etc. which the Korean experts require to conduct their mission, in accordance with relevant laws and regulations of Nepal.

v. MOHP shall take necessary measures to provide the Korean experts with the necessary entry and exit visas, resident permits, travel documents, etc. required to work for the Project in Nepal.

vi. MOHP shall protect the Korean experts from any claims against them resulting from, occurring in the course of, or otherwise

connected with the performance of their mission in Nepal, except for those arising from the willful misconduct or gross negligence on the part of the Korean expert.

D. Measures for Trainings

i. MOHP shall facilitate necessary meetings and cooperate with KOICA to organize capacity development trainings.

ii. MOHP shall nominate qualified candidates with good command of English to participate in the training courses, no later than one month before the commencement of the training course.

iii. MOHP shall ensure that the nominees will work for the Project and be available for employment in connection with the National Health Insurance Program, mostly in the Project site.

E. Other expenses

i. MOHP shall cover miscellaneous expenses, other than those covered by the undertakings of KOICA, for the implementation of the Project.

IV. Initiation of the Project

The project will be initiated upon the signing of the Memorandum of Understanding between the Embassy of the Republic of Korea in Nepal and the Ministry of Finance of the Government of Nepal.

V. Mutual Consultation

There will be mutual consultation between both parties on any major issues arising from or in connection with this Terms of Reference. Further revisions and/or changes to this Terms of Reference could be made, if necessary, by mutual agreement between both parties.

VI. Evaluation of the Project

A joint team appointed by the two parties will undertake an evaluation of the Project. Each party shall take necessary measures in accordance with the results of the evaluation.

VII. Promotion of Understanding and Support for the Project

MOHP shall take appropriate measures to publicize the Project in order to promote the public awareness of the Project.

VIII. General Schedule for Implementing the Project

The general schedule for the Project is shown in Attachment 1. However, the actual schedule and details shall be decided and may be amended through further consultations between both parties, if necessary.

Attachment 1: General Schedule of the Project (tentative)

< Attachment 1>

General Schedule of the Project (tentative)

	1 Q	2 Q	3 Q	4 Q	5 Q	6 Q	7 Q	8 Q	9 Q	10 Q	11 Q	12 Q	13 Q	14 Q	15 Q	16 Q
Signing of MOU																
Technical assistance																
Comprehensive District Assessment (CDA)																
Opening of Project Office																
Field survey																
Data analysis																
Finalization of CDA Report																
Capacity Development																
Needs assessment and curriculum development																
Capacity assessment																
Training for trainers																
Workshop																
Implementation Support for National Health Insurance Program in Project Site																
Community mobilization																
Enrollment campaigns																
Other activities (TBD)																
Evaluation																

* The above schedule is subject to change during the actual implementation stage of the Project, through mutual consent of both parties.

별첨 2. 네팔 의료보험제도구축 지원사업 GIZ과의 협력약정 체결서

giz Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) GmbH KOICA 한국국제협력단

Partnership Agreement

on the implementation of Capacity Development Interventions in Health Care Financing and Health Care in Nepal

---

The

Deutsche Gesellschaft für
Internationale Zusammenarbeit
(GIZ) GmbH
Dag-Hammarskjöld-Weg 1 - 5
65760 Eschborn
Federal Republic of Germany

- hereinafter referred to as the „GIZ" -

and

The

Korea International Cooperation Agency (KOICA)
825 Daewangpangyo-ro, Sujeong-gu,
Seongnam-si, Gyeonggi-do, 461-833
Republic of Korea

- hereinafter referred to as „KOICA"-

herewith enter into the following Partnership Agreement for the implementation of capacity development interventions for health care financing/health care management

as part of the

MoHP – GIZ Heath Sector Support Programme(HSSP)

Country: **Nepal**

Partnership Agreement

Preamble

The Korea International Cooperation Agency (KOICA) and Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) signed a Memorandum of Understanding on 30 November 2011 to underline their commitment to continue a close and equal partnership to improve the quality and effectiveness of aid.

Since 2007, KOICA and GIZ have cooperated in Nepal to provide quality technical support to the Ministry of Health and Population in the area of health financing and social health protection with a focus on health insurance. In line with the Sector Wide Approach, KOICA and GIZ have been members of the Technical Working Group Health Financing and have used this platform for partner alignment and as a coordination mechanism. This partnership agreement underlines KOICA and GIZ's commitment to delivering their technical support to the Ministry of Health and Population in a coordinated and efficient way.

Article 1 Amount and Purpose of the Partnership Agreement

1.1 The GIZ has been commissioned by the German Ministry for Economic Cooperation and Development to realize capacity development interventions in health financing and health care management under the "MoHP-GIZ Health Sector Support Programme".KOICA wishes to collaborate in this endeavor and to contribute financially to the activities described in Article 2.

1.2 KOICA shall make available to the GIZ a grant of

197.000 EURO

1.3 The GIZ shall use the grant exclusively for those costs described in Article 2 as attributed to the grant according to the Schedule of Estimated Costs (Annex 1) which sets out details of the project costs. The monthly expert rates in Annex 1 shall be fixed rates and shall as such not be subject to verification. However, GIZ shall account for the time the experts have spent for the project.

1.4 The GIZ may deduct from the grant its standardized and audited rates for GIZ indirect administrative costs (no fixed percentage) and the GIZ statutory reserve (fixed percentage of 1% of the direct and indirect costs) in its operations for the BMZ.

1.5 The GIZ shall use the grant only for necessary and reasonable costs according to good commercial practice.

1.6 The GIZ shall be entitled to spend up to 10 % more than the amounts mentioned above for any budget line regarding direct costs provided that costs are cut to the same extent in one or more of the other budget lines.

Article 2 Capacity Development in Health Financing and Social health protection with a focus on health insurance

2.1 The primary aim of the project promoted by the grant is to develop capacities in health financing and health care management focusing on the implementation of health insurance in Nepal. This overall objective is defined by the following benchmarks:

- To develop different course modules in health financing/health care management with a focus on health insurance for practitioners
- To provide targeted trainings of executive, district and hospital managers who are responsible for services related to National Health Insurance
- To provide targeted trainings to administrative, finance and accounting personnel of public hospitals who are responsible for services related to National Health Insurance
- To enable the National Health Training Center (NHTC) to offer and manage these targeted training courses
- To enable NHTC to build up a pool of trainers and to network with various research and training institutions
- To promote South-South learning and partnerships in health financing/health care management among current and emerging leaders in the public health system of Nepal

2.2 In order to achieve this aim, the following measures are planned:

a.) Capacity and needs assessment
- Scoping mission(s) to assess training needs of target group
- Reviewing of existing courses in and outside Nepal
- Assessing training needs and capacities of target group(s)

b.) Course development
- Curriculum and training material development
- Development of training plan for trainers including training material
- Profile of trainers (capacity requirements)

c.) Trainings
- Training for trainers
- Training for participants of the course modules
- Supervision and coaching visits

d.) Promoting South-South-Learning and Partnerships
- Exchange visit and platform among practitioners in the region

e.) Evaluation
- Evaluation of the assignments given to participants
- Evaluation of performance of hospitals

2.3 Details are laid down in the proposal, which is attached hereto (Annex 2).

Article 3 Disbursement Procedure

3.1 KOICA shall disburse the grant upon written call for disbursement stating the processing no. 12.2202.5. The grant shall be disbursed in the following installment:

Respective amount	Date of disbursement
197.000 EURO	Within 20 days after this agreement's signatory

3.2 All payments by KOICA shall be effected into GIZ's account:

Deutsche Bundesbank Filiale Frankfurt am Main, Taunusanlage 5, 60329 Frankfurt am Main
Kontonummer 504 089 14
Bankleitzahl 504 000 00
IBAN: DE18 5040 0000 0050 4089 14
SWIFT (BIC): MARKDEFF

with reference to the processing no. 12.2202.5

If KOICA makes payment in accordance with Article 1.2 in a currency other than euros, GIZ shall convert the payment into euros within three bank working days.

3.3 The costs shall be broken down according to costs categories or measures pursuant to the Schedule of Estimated Costs (Annex 1).
If payments by KOICA were made in a currency other than euros, GIZ shall also document the exchange rates used by the bank for the currency conversion into euros.

3.4 Not later than 6 months after the completion of the project the GIZ shall submit to KOICA a final financial statement in euro. For this purpose, the costs shall be broken down according to costs categories or measures pursuant to the Schedule of Estimated Costs (Annex 1). Any funds remaining from the grant, including any interest accrued, shall be returned to KOICA without undue delay.

3.5 Any financial statement has to be accompanied by a declaration that the costs to be financed from the grant have not been financed from other subsidies.

3.6 The GIZ shall inform KOICA by 1st December of each year about the estimated annual financial requirements, either confirming the annual amount mentioned under 3.1 or - in case of deviations - submitting a revised annual budget.

3.7 The GIZ shall

a) secure the full financing of the project and, upon request, furnish KOICA with evidence proving that all costs not financed from the present grant are covered;

b) keep during five years after submission of the final financial statement books, records and the originals of the supporting documents, clearly identifying all costs of the services and supplies for the project and those services and supplies financed from the grant;

c) document the transfer of ownership of those items which are destined for third parties according to the Project Proposal and shall support its financial statements with copies of such documents;

d) enable the representatives of KOICA at any reasonable time to consult such books and any other records and documents relevant for the implementation of the project at GIZ's premises and to visit all installations related thereto;

e) supply any information on the project and its further progress which KOICA may request reasonably;

f) of its own accord promptly inform KOICA of any circumstances seriously affecting or jeopardizing the accomplishment of the purpose of this Agreement or the implementation of the Project.

Article 4 Purchasing of Goods and Services

4.1 Procurement of supplies and services shall be done according to the GIZ's internal rules and regulations for procurement and contracts, including international competitive bidding when relevant. Written documentation shall be kept of all decisions regarding invitations to tender and placing of orders, and shall be kept with the accounting vouchers.

4.2 The GIZ shall ensure, upon entering into contracts for supplies and services to be financed from the grant, that

a) the terms of payment of these contracts conform to customary trade practices;

b) the supplies to be financed are insured against transportation risks to an adequate and customary extent in order to provide for the goods to be replaced or restored to their original state, imported goods being insured in freely-convertible currencies, as far as possible;

c) reimbursement, insurance, security, warranty or similar payments which may be claimed on the basis of those contracts, are to be transferred to the account indicated in Section 3.2 and reemployed for the Project. The GIZ shall notify KOICA of the amount of such payments within the scope of the project reports.

Article 5 Suspension of Disbursements and Repayment

5.1 KOICA shall be entitled to either suspend or terminate disbursements if

a) the GIZ is not able to furnish evidence proving the use of the grant for the purpose stipulated in this Agreement, or

b) the GIZ has violated any other main obligation under this Agreement.

5.2 KOICA shall be entitled to demand immediate repayment of those parts of the grant which have been affected by any of the circumstances referred to in Article 5.1 unless those circumstances have been eliminated within a period to be stipulated by KOICA, which shall, however, be not less than 30 days.

Article 6 Implementation of the Project

6.1 The description of the measures in Section 2.2 including the Project Proposal (Annex 2) constitutes the binding framework for the implementation of the Project.

6.2 Major changes to the measures described under Section 2.2 including the Project Proposal, or major changes to the estimated costs, must be reported immediately to KOICA.

6.3 The GIZ shall submit progress reports on an annual basis. The first report will be due at the end of December, 2013.

Partnership Agreement

6.4 The implementation of the Project shall begin on the date of this agreement's signature and shall be completed at latest by end of 2015. The GIZ shall draw up a final report describing implementation and results of the Project with reference to the set objectives and submit it to KOICA with the final financial statement.

Article 7 Final Provisions

7.1 In the event of a provision of this Agreement being invalid or incomplete, this shall not affect the validity of the remaining provisions. Any gap in consequence thereof shall be filled by a provision consistent with the purpose of this Agreement.

7.2 This Agreement is subject to the approval of the Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ). GIZ will inform KOICA of the decision of BMZ. As soon as GIZ has notified KOICA of BMZ approval, this Agreement shall enter into force.

7.3 The GIZ shall not assign or transfer, pledge or mortgage any rights under this Agreement.

7.4 Any dispute, controversy or claim arising out of or relating to this contract, or the breach, termination or invalidity thereof, shall be settled by arbitration in accordance with the UNCITRAL Arbitration Rules as at present in force.

7.5 Amendments of and changes to this Agreement as well as any statements and notices which shall be made under this Agreement shall only be valid in writing.

Signatory for GIZ:

.....	.....	.....
place	date	signature

Signatory for GIZ:

.....	.....	.....
place	date	signature

Signatory for KOICA:

.....	.....	.....
place	date	signature

Annex 1: Schedule of Estimated Costs

Annex 2: Project Proposal

Partnership Agreement

on the implementation of Capacity Development Interventions in Health Care Financing and Health Care in Nepal

---

The

Deutsche Gesellschaft für
Internationale Zusammenarbeit
(GIZ) GmbH
Dag-Hammarskjöld-Weg 1 - 5
65760 Eschborn
Federal Republic of Germany

- hereinafter referred to as the „GIZ" -

and

The

Korea International Cooperation Agency (KOICA)
825 Daewangpangyo-ro, Sujeong-gu,
Seongnam-si, Gyeonggi-do, 461-833
Republic of Korea

- hereinafter referred to as „KOICA"-

herewith enter into the following Partnership Agreement for the implementation of capacity development interventions for health care financing/health care management

as part of the

MoHP – GIZ Heath Sector Support Programme(HSSP)

Country: **Nepal**

별첨 3. 네팔 의료보험제도구축 지원사업 GIZ 제안서(예산포함)

Annex 2

Project Proposal

Capacity Development in Health Financing and Health Care Management (with a focus on Health Insurance)

1. Background

Despite the fragile political and socioeconomic environment in Nepal, there is, remarkably, a broad political will to introduce National Health Insurance (NHI). The support for NHI goes far beyond the Ministry of Health and Population (MoHP), where the MoHP Steering Committee has already approved the NHI Policy. The momentum was created by the decision of the Prime Minister's Office to develop an NHI policy. The Chief Secretary of the Prime Minister's Office and the major political parties are in favour of NHI. Moreover, the National Planning Commission and the Ministry of Finance are among its strongest supporters. This sets Nepal apart from other developing countries, where the associated costs and risks of introducing health insurance are an issue of political debate. In Nepal, the Ministry of Finance has already allocated funds for NHI for three consecutive years and is willing to increase this budget item once implementation has started. Given this political momentum, the MoHP is committed to commence implementation of NHI in five pilot districts as soon as possible, although there is still ongoing discussion about the modalities.

Given the poor quality of health service delivery in the public sector, expectations of what health insurance can deliver need to be managed. Lack of clarity among the different stakeholders about the benefits and system implications of a national health insurance mechanism need to be addressed through systematic capacity development at the policy level. In addition to capacity gaps within MoHP units at national and sub-national levels, a general lack of capacity in health financing and health economics can be observed in national research and academic institutions, which function as a resource pool for the MoHP. This is largely due to the lack of academic degree courses in the field of health economics and health financing in Nepal. Given the current government plans to introduce health insurance and enhance quality and financial management at the service-delivery level, there is increasing demand from the private as well as the public sector for the strengthening of health financing and health care management capacity amongst health practitioners and staff of district health offices, health facility operation and management committees, health facilities, village development committees and district development committees. An existing pool of health financing and health management experts with an understanding of quality management issues is essential for the sustainable institutionalisation of capacity building for health practitioners.

Within the government and in the health sector, in-service training is delivered through the National Health Training Center, which, as per the National Health Policy 1991, is now working as an

apex body for the in-service human resource development of the MoHP. However, the National Health Training Center does not possess the necessary technical knowledge to conduct training and is, therefore, dependent on expertise from academic, research institutions and others.

2. Objective and indicator

Overarching objective

The overarching objective of this proposal is to develop capacities in health financing and health care management with a special focus on health insurance in the public health system in Nepal.

Specific objectives

The specific objectives are to:

- develop different course modules in health financing and health care management with a focus on health insurance for practitioners;
- provide targeted trainings for executive, district and hospital managers who are responsible for services related to National Health Insurance;
- provide targeted trainings to administrative, finance and accounting personnel of public hospitals who are responsible for services related to National Health Insurance;
- enable the National Health Training Center to offer and manage these targeted training courses;
- enable the National Health Training Center to build up a pool of trainers and to network with various research and training institutions; and
- promote South-South learning and partnerships in health financing and health care management among current and emerging leaders in the public health system of Nepal

Indicator

Main indicator: 80% of the participants of short training courses in health financing and health care management implement an on-the-job assignment (number of participants baseline = 0; target 120)

3. Partner organisations

To ensure ownership and enhance sustainability, capacity-building interventions will be delivered through the National Health Training Center and its working mechanisms.

As the National Health Training Center perceives itself more as an institution that manages training than one that provides training, it will be crucial to work with other academic, training and research institutions to build up a sustainable pool of trainers, such as the following:

- Institute of Medicine (Tribhuvan UniversityT)
- BP Koirala Institute of Health Services
- Tribhuvan University Central Department of Economics (CEDECON)
- Other research and training institutions

4. Approach

Course modules

The capacity development interventions will be piloted in the districts where health insurance is being implemented (and beyond) with the possibility of up scaling to additional districts. The three stand-alone course modules will be designed in such a way that training can also be conducted in districts where health insurance is not being implemented. Trainings will be targeted at executive, district and hospital managers as well as administrative, finance and accounting personnel of public hospitals who are responsible for services related to National Health Insurance.

Three different course modules will be developed for the three different target groups:

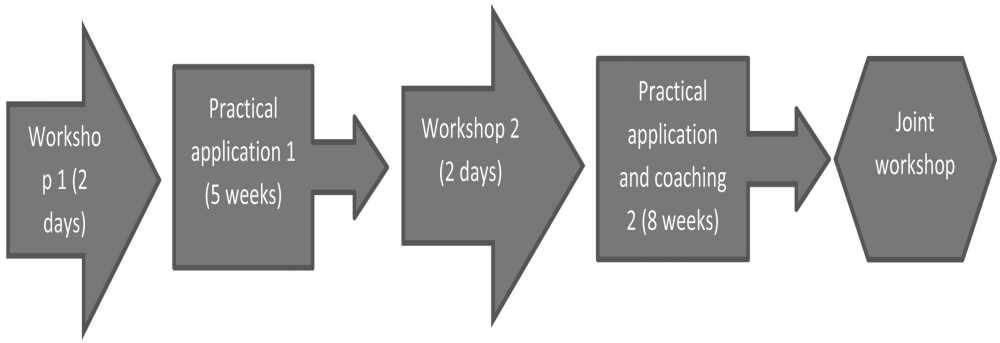
Course modules	Content	Target group per district
Health financing and governance	- Introduction to health leadership skills, organisational strategy and project management - General concepts in health financing with a focus on health insurance - Basic principles of health economics and financial management	2 of the District health office (DHO + 1) 2 of the District Development Committee (health focal person Local Development Officer) Up to 5 of the Health Facility Management Committee

	- Hospital governance and financing in Nepal - Provider reimbursement in the context of health insurance - General concepts in hospital management and quality improvement	**Total: around 9 participants**
Hospital administration	- Basic introduction to organisational and management skills, project management - Administration - Data management - Human resource management - Hospital IT infrastructure (and its integration into the country's envisaged information and communication technology architecture - Additional module on the implications of health insurance from a hospital perspective	1 Superintendent 1 Hospital Administrator 1 Record Officer 1 Statistical Officer of the DHO 2 of the Health Facility Management Committee Up to 3 Ward/Lab/Dep in charge (depending on hospital size and availability) **Total: around 9 participants**
Finance and accounting	- Basic introduction to organisational and management skills, project management - Accounting (implications of health insurance)	Up to 2 hospital accountants 1 accountant from the DHO 2 of the Health Facility Management Committee Up to 2 from the billing section of hospitals **Total: around 6 participants**

Training methodology

In order to promote applied learning and avoid long absences from the job, training courses will employ a mostly in-service training approach. These trainings are targeted at teams from one facility, not to individuals; therefore, time away from the job should be kept to a minimum. The essential part of the training is the transfer capacity of knowledge into well-defined, practical and achievable assignments, which participants will work on with supervision and coaching.

- **First training workshop:** The purpose of the first workshop is to give an orientation and introduction to topics.
- **Practical application**: In the weeks after the first workshop, participants will identify a topic for their practical application assignment; the topic should be practical and feasible to achieve in the given time period. One supervision and coaching visit and is foreseen during this first period of practical application.
- **Second training workshop**: The purpose of the second workshop is to deepen the understanding of the concepts as well as to present and discuss in a group the topic and scope of the practical assignments.
- **Practical application**: After the second workshop, participants will be given eight weeks to complete their practical assignment, which will involve them applying the concepts and tools they have been taught. During this time, at least two coaching visits by the trainers shall take place to provide hands-on support and advice.
- **Joint workshop**: A final workshop will take place at or very close to the premises of the health facility and involve all staff who participated in the training. This workshop will serve as a platform for joint learning and sharing among the hospital team.



Evaluation

The project will be evaluated by external consultants through:

- the successful implementation of on-the-job assignments by participants; and
- indications of any positive improvements at the facility level (assessed by collecting information on the overall performance of the facility).

South-South partnerships

To foster exchange among practitioners and policy makers in the region, a study tour will be organised to a country implementing health insurance in a similar setting to Nepal. The target group for such a study tour consists of district health managers and policy makers.

5. Activities

The following activities will take place:

a) Capacity and needs assessment

- Scoping mission(s) to assess training needs of target group
- Review of existing courses in and outside Nepal
- Assessment of training needs and capacities of target group(s)

b) Course development

- Curriculum and training material development
- Development of training plan for trainers including training material
- Development of a profile of trainers (capacity requirements)

c) Training

- Training for trainers
- Training for participants in the course modules
- Supervision and coaching visits

d) Promoting South-South learning and partnerships

- Exchange visit and creation of a platform among practitioners in the region

e) Evaluation

- External evaluation of the on-the-job assignment
- External evaluation of the performance of hospitals

6. Results chain

Results chain			
Impact	**Improved hospital management and adaptation to health insurance**		**Verification through checklist and different indicators and baseline**
Use of Output	1. National Health Training Center organises and convenes trainings 2. Participants attend trainings and implement on-the-job assignments 3. Participants apply knowledge to their job	**Indicator:** 80% of the participants of short training courses in health financing and health care management implement an on-the-job assignment (number of participants baseline = 0; target 120)	
Output	**3 Curricula (health financing, administration and financing) and training material developed**	**Pool and roaster of trainers established (4 trainer per course: 12 trained trainers)**	**Courses are conducted (in 5 districts 3 courses are taught for up to 120 participants)**
Activities	• Drafting curricula • Consultations • Needs and capacity assessment of staff in facilities • Background studies and gap analysis	• Training of trainers • Identification and capacity assessment of academic, research and private organisations as potential partners	• Contracting of trainers through National Health Training Center • Strengthening National Health Training Center management skills

Joint GIZ - KOICA Action and Financing Plan for Capacity Development in Health Financing/Health Economics and Health Insurance

		4th Quarter 2013	1st Quarter 2014	2nd Quarter 2014	3rd Quarter 2014	4th Quarter 2014	1st Quarter 2015	2nd Quarter 2015	3rd Quarter 2015	4th Quarter 2015	TOTAL
1	**Needs assessment &curriculum development, conducting trainings and backstopping**										€ 108,100.00
1.1 (GIZ budget 1.3)	Mission (international consultant and local consultants) to assess training needs of target group Curriculum development (international consultant, local consultants) - reviewing of existing courses in and outside Nepal - assesing training needs and capacities of target group - development of training material - Profile of trainers (capacity requirements) - development of training material - Development of training plan for trainers including training material Training for participants of the course modules (international consultants and national consultants) Training for trainers Supervision Coaching visits Backstopping		€ 30,000.00			€ 30,000.00				€ 40,000	€ 100,000.00
1.2 (GIZ budget 3.1)	Consultation workshops		€ 1,000.00	€ 700.00	€ 700.00				€ 700		€ 3,100.00
1.3 (GIZ budget 1.2)	Technical and administrative services related to 1.1 and 1.2		€ 1,000.00	€ 2,000.00			€ 1,000.00			€ 1,000	€ 5,000.00
2.	**Capacity strenghtening of NHTC**										€ 16,200.00
2.1 (GIZ budget 4.2)	Local subsidy of NHTC Organisation of trainings Travel and logistics for participants Contracting additional local trainers					€ 6,000.00		€ 6,000		€ 3,000	€ 15,000.00
2.2 (GIZ budget 1.2)	Technical and administrative services related to 2.1				€ 600.00			€ 300		€ 300	€ 1,200.00
3	**Assessment of short course**										€ 3,600.00
3.1 (GIZ budget 1.3)	Evaluation of training, target group and assignment (local consultants)					€ 1,000.00		€ 1,000		€ 1,000	€ 3,000.00
3.2 (GIZ budget 1.2)	Direct adminsitration cost (related to 3.1)					€ 300.00				€ 300	€ 600.00
4	**Capacity development for policy makers, civil society, private sector**										€ 43,600.00
4.1 (GIZ budget 5.1)	Study tour to foster South-South Learning						€ 35,000.00				€ 35,000.00
4.2	National Conference									€ 5,000	€ 5,000.00
4.3 (GIZ budget 1.2)	Technical and administrative services related to 4.1 and 4.2					€ 2,000.00		€ 600		€ 1,000	€ 3,600.00
5	**Miscellaneous**										€ 0.00
6	**Indirect cost (insurance,auditing,backstopping,administration,accounting)**										€ 25,500.00
	Total	€ 0.00	€ 32,000.00	€ 2,700.00	€ 1,300.00	€ 39,300.00	€ 36,000.00	€ 7,900.00	€ 700.00	€ 51,600.00	€ 197,000.00

별첨 3. 네팔 의료보험제도구축 지원사업 GIZ 제안서(예산포함) -"KOICA 네팔 사무소" 작성

Project Expenditure Planning and Monitoring — Year 2014-2015

Project/Prog. **Health Sector Support Programme** — Project-Nr.

Short Name HSSP — Country Nepal — Manager

Value in Euro

	Description		Plan Oct	Plan Nov	Plan Dec	Plan Jan	Plan Feb	Plan March	Plan April	Plan May	Plan June	Plan July	Plan August	dfd September	Plan October	Plan November	Plan December	Plan Total 2014	Plan Jan	Plan Feb	Plan March	Plan April	Plan May	Plan June	Plan July	Plan August	dfd September	Plan October	Plan November	Plan December	Plan Total 2015	Plan Total 2014/15
1.1	Technical and volunteer personnel																	0												0	0
1.2	Technical and administrative services in country office					1000			2000			600				300	2000		5,900	1000			300	600					1000	1000	4500	10,400
1.3	External personell and travel cost					30,000										30,000	1,000		61,000				1,000					40,000		1,000	42,000	103,000
Sum 1	**Technical Personnel**		0	0	0	31,000	0	0	2,000	0	0	600	0	0	0	30,300	3,000	0	66,900	1,000	0	0	1,300	600	0	0	0	40,600	1,000	2,000	46,500	113,400
2.1	Travel cost expatriates Nepal																		0												0	0
2.2	travel costs national personnel																		0												0	0
2.3	Travel cost expatriates/HQ																		0												0	0
2.4	Travel cost development advisors and volunteers																		0												0	0
2.5	Travel cost integrated expert																		0												0	0
2.6	Travel cost returing expert																		0												0	0
2.7	Other project related travel costs																		0												0	0
Sum 2	**Travel costs**		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3.1	Procurements through local office and HQ					1000			700			700							2,400							700					5,700	8,100
3.2	Real assests and construction																		0												0	0
Sum 3	**Goods procurement**					1,000	0	0	700	0	0	700	0	0	0	0	0	0	2,400	0	0	0	0	0	0	700	0	0	0	5,000	0	5,700	8,100
4.1	Financing contribution																		0												0	0
4.2	Local subsidies to project partners															6,000			6,000				6,000								9,000	15,000
4.3	Financial contribution through other donors																		0												0	0
4.4	Grants and subsidies																		0												0	0
4.5	Grant to HCD formals participants																		0												0	0
Sum 4	**Financing Contribution**			0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6,000	0	0	6,000	0	0	0	6,000	0	0	0	0	3,000	0	0	9,000	15,000
5.1	Cost of participants																		0	35,000											35,000	35,000
5.2	Partner training through other																		0												0	0
Sum 5	**Human Capacity Formats**			0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	35,000	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	35,000	35,000
Sum 6	**Total Sum (1-5)**					32,000	0	0	2,700	0	0	1,300	0	0	0	36,300	3,000	0	75,300	36,000	0	0	7,300	600	0	700	0	43,600	6,000	2,000	96,200	171,500
Indirect cost (insurance,auditing,backstopping,administration,accounting)				0	0														0											0	25,500
Revenue tax (statutory reserve)		0.0		0	0														0											0	0
Total expenditure for the year				0	0	32,000	0	0	2,700	0	0	1,300	0	0	0	36,300	3,000	0	75,300	36,000	0	0	7,300	600	0	700	0	43,600	6,000	2,000	96,200	197,000

1st Quarter 2014	32,000
2nd Quarter 2014	2,700
3rd Quarter 2014	1,300
4th Quarter 2014	39,300
1st Quarter 2015	36,000
2nd Quarter 2015	7,800
3rd Quarter 2015	700
4th Quarter 2015	51,600

Control	197,000

별첨 3. 네팔 의료보험제도구축 지원사업 GIZ 제안서(예산포함) -"KOICA 네팔 사무소" 작성

Project Expenditure Planning and Monitoring **Year 2014-2015**

Project/Prog. **Health Sector Support Programme** **Project-Nr.**
Short Name HSSP **Country** **Nepal**
Manager

	Description	Plan Total 2014	Plan Total 2015	Plan Total 2014/15	Expenditures 2013/2014	Expenditures 2013/2014	Total	Rest in Euro	Rest in %
1.1	Technical and volunteer personnel	0	0	**0**			0.00	0.00	
1.2	Technical and administrative services in country office and HQ	5,900	4500	**10,400**			0.00	10400	100%
1.3	External personell and travel cost	61,000	42,000	**103,000**			0.00	103000	100%
Sum 1	**Technical Personnel**	**66,900**	**46,500**	**113,400**			**0.00**	**113400**	**100%**
2.1	Travel cost expatriates Nepal	**0**	0	**0**			0.00	0	
2.2	travel costs national personnel	**0**	0	**0**			0.00	0	
2.3	Travel cost expatriatesHQ	**0**	0	**0**			0.00	0	
2.4	Tavel cost development advisors and volunteers	**0**	0	**0**			0.00	0	
2.5	Travel cost integrated expert	**0**	0	**0**			0.00	0	
2.6	Travel cost returing expert	**0**	0	**0**			0.00	0	
2.7	Other project related travel costs	**0**	0	**0**			0.00	0	
Sum 2	**Travel costs**	**0**	**0**	**0**			**0.00**	**0**	
3.1	Procurements through local office and HQ	**2,400**	5,700	**8,100**			0.00	8100	100%
3.2	Real assests and construction	**0**	0	**0**			0.00	0	
Sum 3	**Goods procurement**	**2,400**	**5,700**	**8,100**			**0.00**	**8100**	**100%**
4.1	Financing contribution	**0**	0	**0**			0.00	0	
4.2	Local subsidies to project partners	**6,000**	9,000	**15,000**			0.00	15,000.00	100%
4.3	Financial contribution through other donors	**0**	0	**0**			0.00	0.00	
4.4	Grants and subsidies	**0**	0	**0**			0.00	0.00	
4.5	Grant to HCD formats participants	**0**	0	**0**			0.00	0.00	
Sum 4	**Financing Contribution**	**6,000**	**9,000**	**15,000**			**0.00**	**15,000.00**	**100%**
5.1	Cost of participants	**0**	35,000	**35,000**			0.00	35,000.00	100%
5.2	Partner training through other	**0**	0	**0**			0.00	0.00	
Sum 5	**Human Capacity Formats**	**0**	**35,000**	**35,000**			**0.00**	**35,000.00**	**100%**
Sum 6	**Total Sum (1-5)**	**75,300**	**96,200**	**171,500**			**0.00**	**171,500.00**	**100%**
Indirect cost (insurance,auditing,backstopping,administration,accounting)		**0**	**0**	**25,500**			**0.00**	**25,500.00**	**100%**
Revenue tax (statutory reserve)	**0.0**	**0**	**0**	**0**			**0.00**	**0.00**	
Total expenditure for the year		**75,300**	**96,200**	**197,000**			**0.00**	**197,000.00**	**100%**

별첨 4. 네팔 의료보험제도구축 지원사업 사업대상지 심층조사 제안요청서

Request for Proposal
for Supporting Implementation of
National Social Health Insurance in Kailali District

Ref. no. KOICA-NPL-2014-02

This is an announcement for a Request for Proposal from Korea International Cooperation Agency (KOICA) to hire an organization which will support implementation of National Social Health Insurance in Kailali district.

KOICA has been working in Nepal since 1991, leading technical cooperation and grant aid on behalf of the government of Republic of Korea. Recently, the government of Nepal has initiated National Social Health Insurance (NSHI) and planned to implement it in three districts (Kailali, Baglung, Ilam) at first. In an effort to support the NSHI scheme, KOICA has launched "*National Health Insurance Support Project (NHISP)"*, focusing on Kailali among the three districts.

KOICA is seeking a qualified agency which will facilitate implementation of NSHI in Kailali district. Your organization is kindly invited to submit a technical and financial bid.

- **Eligibility for Participation**: Organization with at least 5 years' experience in health communication and education for general public in Nepal

- **Summarized Scope of Work**
  - Conduct social mobilization activities to increase community awareness on and create demands for NSHI
  - Support enrollment campaign of the government by mobilizing community and local stakeholders
  - Provide orientation and training for accredited service providers for NSHI
  - Facilitate social audit of NSHI with the accredited service providers
  - Conduct documentation, monitoring and evaluation including operational research and reporting (accountability)

Your proposal should consist of all documents required by KOICA. A set of instruction, terms of references and model format of bid documents (soft copy) is available upon your request at prabhat@koica.go.kr. Please submit your proposal in the given format by **5pm on 9th December, 2014(Nepali time)** to **KOICA Nepal Office, P.O. Box 5562, Nayabato, Dhobighat, Lalitpur**. Any inquiries via email shall be preferable.

KOICA Nepal Office
P.O. Box 5562, Nayabato, Dhobighat, Lalitpur
Tel: 5549328/ Fax: 5552698

Instruction to the Bidders

1. **Eligibility**
   This bid is open to all organizations with at least 5 years of experience in health communication and education for general public in Nepal. In addition, the bidder should be a legally constituted national organization with a valid registration in Nepal. Bidders on any suspended or banned vendors' list are not eligible for the bidding.

2. **Scope of Work**
   The primary scope of work is to support implementation of National Social Health Insurance (NSHI) scheme in Kailali district by conducting social mobilization activities and training on NSHI for public health service providers. Detailed scope of work is described in the Terms of Reference attached here.

3. **Bidding Documents**
   Bidders are expected to go through the instruction, terms of references and model formats of necessary bidding documents. Failure to comply with the given instruction shall be at the bidder's risk and may affect evaluation of the bids. KOICA shall response to the bidder's question by email. KOICA may amend the bidding documents. In case of any amendments, KOICA will inform Request for Proposal (RFP) requester by email. To manage amendments, KOICA will extend a period and give a notification via email.

4. **Preparation of Bids**
   The proposal, all related documents and correspondence shall be written in English. KOICA shall not bear any costs incurred in preparation and submission of the bid.

5. **Briefing Session for Bidders**
   The briefing session will be held in **KOICA NHISP office at 10am on 6th November, 2014.** If you would like to attend, you need to confirm your attendance by 3rd November 2014. Please contact Mr. Prabhat Thapa at 5541401 or prabhat@koica.go.kr**.**

6. **Submission of Bids**
   Failure to include all the required documents below might risk the bidder for rejection. A bid shall consist of technical and financial bid and be completed in the suggested format by KOICA in this RFP. The financial bid must be sealed and submitted separately. Partial bids are not allowed under this RFP. Bids must be submitted to by **5pm on 9th December, 2014(Nepali time)** to **KOICA Nepal Office, P.O. Box 5562, Nayabato, Dhobighat, Lalitpur**. The both hard and soft copies are necessary (soft copies saved in CD). Any proposal received after the original deadline will not be considered.

7. Required Documents

Purpose	Documents	No of copies
Eligibility for Participation	✓ Cover letter ✓ Organization's profile ✓ Bidder's previous work experience	1
Proposal	✓ Technical Bid	8
	✓ Financial Bid	1
Additional documents and certificates	✓ Meeting Minutes of the latest General Assembly (signed by all the members of executive body) ✓ CV of core project team members such as Team leader, Two Program Officers, M&E Officer, Capacity Building Officer and Admin/Finance Officer ✓ A copy of completion certificate for each project the bidder previously conducted (checked the copy against the original) ✓ A copy of organization's registration and renewal certificates (notarized) ✓ A copy of VAT registration certificate of the organization (notarized) ✓ A copy of recent financial statements audited (notarized)	1

8. Bid Opening and Evaluation

When bids open, your organization is invited to deliver presentation about your proposal (tentatively scheduled on **15 December, 2014**). A two stage procedure will be followed in evaluating the proposals, with evaluation of the technical bid completed prior to any financial bid being opened and compared. The weights given to the technical and financial proposal are: Technical = 85. Financial = 15. The technical bid will be evaluated by the evaluation committee formed by KOICA on the basis of criteria in Terms of Reference in this RFP. If the technical bid's score is less than 85 of the total 100, the proposal is "technically unacceptable" and so not considered for a contract any longer. The financial bid will be evaluated as: L1/L x 15%. The bidding results will be disclosed upon your request, but you are allowed to check only your score, not other's one.

Total Score = (0.85 x Technical Score) + (L1/L x 0.15)
**L1 = Lowest Financial Bid*
L = Financial Bid of the bidder

9. Award of Contract and Payment

KOICA shall award the candidate bidder for contract which receives the highest point (combined points of both technical and financial bid). KOICA will contact the candidate bidder, and upon mutual agreement, contract signing will be followed accordingly. The detailed terms and conditions as well as a method of payment will be mentioned in the contract document. KOICA reserves the full right to award and cancel the bid anytime.

10. Gifts and Hospitality

KOICA does not entertain gifts and hospitality. The gifts to the KOICA staffs might lead to the rejection of the bid.

Attachment

1. Terms of Reference
2. Format of Cover Letter
3. Format of Organization's Profile
4. Format of Bidder's Previous Experience
5. Format of Technical Bid
6. Format of Financial Bid
7. Format of CVs
8. Strategic Framework on KOICA's Project (NHISP) and Stakeholder Analysis

NOTE: In addition, the following key policy documents and base line results will be provided upon your request.

- *National Health Insurance Policy, 2014*
- *Comprehensive District Assessment Report of Kailali District, 2014*

Attachment 1

Terms of Reference

"Supporting Implementation of National Social Health Insurance in Kailali District"

1. Background

Korea International Cooperation Agency (KOICA), a bilateral agency on behalf of Republic of Korea, has been working in health sector in Nepal since 2006. Recently, KOICA has signed an agreement with the Government of Nepal (GoN) to support the project entitled as *"National Health Insurance Support Project (NHISP)".* The GoN has embarked implementing the national social health insurance (NSHI) scheme in a phase-wise manner (the fiscal year budget speech 2070/71). In the first phase, Kailali, Baglung and Illam districts are selected. To contribute to achieving the universal health coverage through NSHI, KOICA decided to support implementation of NHSI in Kailali district through the Project, NHISP. KOICA has already accumulated the field experience in Kailali by strengthening health facility at Tikapur municipality and adjoining Village Development Committees.

KOICA would like to hire an implementing agency which carries out direct implementation of NHISP activities in Kailali district.

Outline of the KOICA's Project	
Title	National Health Insurance Support Project (NHISP)
Project period	2013-2017
Project site	Kailali District in Far-western region of Nepal
Objectives	1. To provide technical support for the preparation of the national health insurance scheme of the Government of Nepal 2. To enhance capacity of relevant government officials in terms of health insurance and health financing 3. To support the implementation of national health insurance scheme in Kailali district. ***(This RFP is purposed to fulfill the objective #3.)***
Major activities *(only related to objective 3)*	1. Conduct social mobilization activities to increase community awareness on and create demands for NSHI 2. Support enrollment campaign of the government by mobilizing community and local stakeholders 3. Provide orientation and training for accredited service providers (public health facilities) for NSHI 4. Facilitate social audit of NSHI with the accredited service providers 5. Conduct documentation, monitoring and evaluation including operational research and reporting (accountability)

2. Objectives

This RFP is proposed to support implementation of NSHI in Kailali districts by creating demands for NSHI and provide training for the accredited health service provider in line with policy and guideline of the government of Nepal. Moreover, the specific objectives are:

- To increase knowledge of local people on social health insurance scheme in Kailali, resulting in gradually increased enrollment rate
- To increase capacity of the public health care providers in implementing NSHI scheme
- To increase utilization rate of health services especially among poor and marginalized population in Kailali
- To improve the accountability among relevant stakeholder in implementing NSHI

3. Scope of work

The scope of work is aimed to conduct social marketing for NSHI and provide training for the accredited public health service providers across 37 VDCs and 4 Municipalities in Kailali district. Detailed activities and outputs are explained by achievable outcomes as below.

Outcome 1. Increased knowledge among local people on NSHI and increased enrollment in the insurance scheme	
Activities	**Expected Outputs**
1.1 Distribute IEC(Information Education Communication) and SCC(Social Communication Change) materials* and educate people on NSHI **Note: Some IEC/SCC materials – posters, booklet, brochures, flipcharts and message for TV and local Radio are designed separately and given to your agency for printing and distribution.*	• 5,000 posters posted • 400,000 x 2 brochures distributed • 2,000 flip charts distributed (*for each year 1 and 2 upon revision of scheme*), assuming that FCHVs and social mobilizers of VDCs and municipalities will be mobilized • Bags for enrollment assistants developed and distributed (400 bags) • 4,000 booklets distributed (*health facilities, social mobilizers, VDCs, municipalities, school, colleges and NGOs/CBOs)* • 15 hoarding boards developed (5 entry points, 1 DDC, 4 municipalities, 1 DPHO, 1 SZH, 1 Tikapur hospital) • Video produced on NSHI (in Nepali and local languages) • Mobile SMS service (in Kailali only) • District and municipality-level first roll-out day celebration like a festival (branding of t-shirts, caps & stickers, logos, banner, press-meet organized)
1.2 Conduct education activities with focus on schools, colleges, community based organizations (CBOs), Female Community Health Volunteers (FCHVs) and ward citizen forum	• 150 local schools and 5 colleges where students are trained • 2 times training for CBOs (25 CBOs trained in each year 1 and 2) • 42 times training for 1,257 FCHVs trained • 37 VDCs x 9 wards = 333 x 2 years = 666; and 41 wards in 4 municipalities x 2 years = 82 community level orientations with ward citizen forums conducted
1.3 Deliver NSHI promotion message on TV and Radio (NSHI scheme, renew, case story, location, process, eligibility)	• Yearly announcement on enrollment process and advantages of NSHI including interview with concerned authorities by local FM radio • 50 episodes on health insurance education broadcasted • Prepare and scroll message on health insurance enrollment and other relevant information on TV for year 1 and 2 (in collaboration with local TV cable operators) • Good-will ambassador working for one year(local level advocacy)

1.4 Organize cultural program to increase awareness on NSHI	• Conducted cultural events for elderly, adults and youth (6 events x 3 years) • Support local cultural groups for promoting NSHI in major festivals (10 groups*3 year)

Outcome 2. Increased capacity of the public health care providers in implementing NSHI scheme	
Activities	**Expected Outputs**
2.1 Organize meetings, workshops & exposure visits in country	• District-level workshops on NSHI scheme (20 people x 3 times workshop = 60 participants) • Visit other pilot districts(such as Baglung and Ilam districts) in year 2 and 3 • Meetings with Baglung and Ilam districts
2.2 Train service providers on NSHI	• 26 times trainings (Y1: 16times, Y2:6times, Y3:4times) :approximately 650 service providers of public health facilities trained on NSHI
2.3 Train Enrollment Assistants (EAs)	• 24 times trainings (Y1: 10times, Y2:7times, Y3:7times) :700 enrollment assistants trained - Total 700=(300 x Year1)+ (200 x Year2)+(200 x Year3) *Note: We expect approximately 200 enrollment assistants to work a year. In case of unexpected drop-outs of the assistants, we will train more than 200.*
2.4 Provide orientation to Social Mobilizers of VDCs and municipalities on NSHI	• 4 times orientation in the 1st year: 37 Social Mobilizers (37 VDCs) + 41 Social Mobilizers (4 municipalities)participated
2.5 Organize orientation to private health facilities	• 4 times orientation training (twice for each Y1 and Y2): 100 participants from private health facilities oriented about NSHI (one day orientation)
2.6 Support to conduct comprehensive training need assessment and prepare package of training	• Training package developed and updated (developed in year 1 and updated in year 2 based on previous experience)
2.7 Train staffs of NSHI district office	• Staff trained on health insurance scheme (20 people x 3 times/ year)
2.8 Provide orientation to all HFOMC(Health Facility Operation and Management Committee) on NSHI	• Orientation conducted (50 people trained *1 time*3year)
2.9 Organize health facilities level insurance committee interactions and meeting	• 4 times x 3 years= total 12 meetings organized
2.10 Advocacy on availability of essential drugs and trained human resources at health facilities	• Meetings conducted with DPHO, HFOMC, District Development Committee, municipalities, Hospital Development Board and health facilities (2times x 3 years)

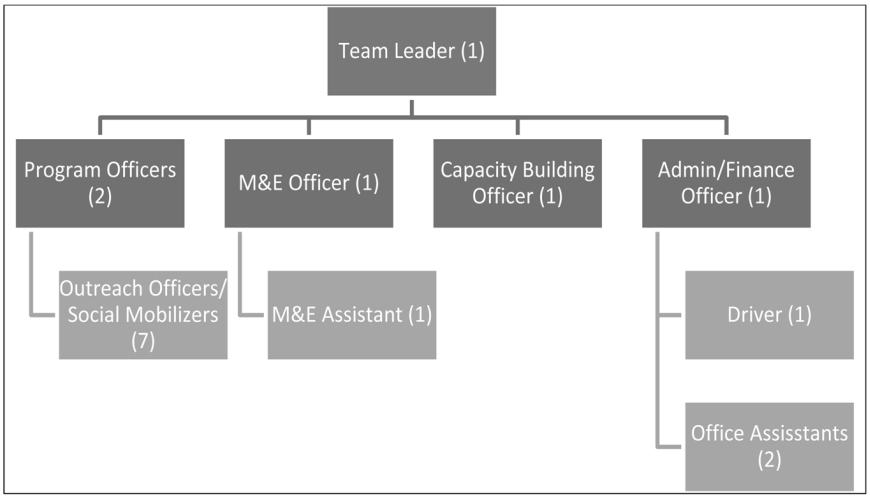
Outcome 3. Community supportive environment	
Activities	**Expected Outputs**
3.1 Community mobilization - door to door visits, community group meetings by targeting poor, marginalized population	• Door to door visit conducted on collaboration with enrollment assistant and NSHI district office (10,000 households x 1 time x 3 years) • Community Group Meeting (200 meetings*3 year)
3.2 Support community-led interactive health awareness program	• Pocket areas identified through rapid assessment(15 areas in year 1) • Interactive community health groups mobilized to boost healthcare seeking behaviors: 15 groups x 2 years (for the year 2 & Year 3) • Social audits for change through community health groups

Outcome 4. Improved accountability among the stakeholders at district level for NSHI	
Activities	**Expected Outputs**
4.1 Hold NSHI annual review (financial analysis, health care utilization, claim ratio at district level)	• Annual review for NSHI at district level conducted (1 time x 3 years)
4.2 Review, planning and re-treat for experience sharing and motivation among district committee and selected health facilities	• Meetings (1 time x 3 years)
4.3 Facilitate organizing social audit by the accredited health facilities – PHCC and Hospitals (7)	• Annual social audits organized (7 public health facilities participated *1time* 3years)
4.4 Support to conduct NSHI district coordination committee meeting	• District coordination committee meetings organized(3times*3years): 15 members will be attending each meeting
4.5 Undertake operation research to improve the effectiveness, quality and coverage of services at district level	• 3 operation researches for the 2nd year conducted • 2 operation researches for the 3rd year conducted
4.6 Conduct a client satisfaction survey to inform the purchasers and providers of the health services at district level	• Client satisfaction surveys conducted (1 time x 3 years)
4.7 Develop newsletter	• 6 newsletters on NSHI developed and shared (2 times x 3 years)
4.8 Organize events to share the relevant research findings at district level	• Results sharing meeting organized (1 time x 3 years)

4. Team Composition and Working Modality

To effectively carry out all the suggested works, the implementing agency needs to organize a team as below, but the team structure can be modified through discussion with KOICA in process of contract.

[Proposed Human Resource Input]



The implementing agency will work in close collaboration with the KOICA NHISP, MoHP/NSHI Coordination Unit, other government line agencies and stakeholders at district level. The broader framework for implementation arrangement of NHISP is described in the attached strategic framework of NHISP. Before starting any works, you should have written or verbal consent from the KOICA. KOICA will be involved in the process and monitor closely.

5. Deliverables

The following deliverables need to provide in both soft and hard copies.

- Project Team Structure, each member's CV and job TOR
- Situation and Stakeholder Analysis (up-to-date)
- Implementation plan that includes log frame, operational plan for activity and budget
- Monitoring & Evaluation plan, training plan, social audit plan and risk management plan
- Quarterly report (programmatic and financial reports by results)
- Annual report (programmatic and financial reports by results)
- Final Report
- Project phase-out plan

6. Evaluation of Proposal

a. General Evaluation

An evaluation committee formed by KOICA would examine both the technical and financial bids based on the details provided in this RFP. The financial bid must be sealed and submitted separately. It will be opened in case the technical score is over 85. Total scores for both technical (85%) and financial (15%) bid would be clubbed for the final selection as follows:

Total Score = (0.85 x Technical Score) + (L1/L x 0.15)

**L1 = Lowest Financial Bid*

L = Financial Bid of the bidder

b. Detailed Technical Evaluation Criteria

SN	Criteria	Marks	Criteria for awarding marks
1. Organization's Profile and Work Experience (=20)			
1.1	Experience of project activities for advocacy, communication and social mobilization (ACSM) in health sector in Nepal **only completed project in Nepal past 7 years (since October 2007)*	7	If the bidder previously conducted ACSM activities in Nepal, please calculate score based on the formula below: $\frac{\text{Total cost of project activities for ACSM that the bidder completed for the past 7 years}}{\text{the budget ceiling of this bid}}$ Over 100% = 7 70% ~ 100% = 6.5 40% ~ 70% = 6 10% ~ 40% = 5.5 Below 10% = 4.9
1.2	Work Experience in the Mid or Far-western development region in Nepal ** over the past 7 years in Nepal (since October 2007)*	3	At least 5 years = 3 3-4 years = 2.5 1-2 years = 2.3 No experience = 2.1 The period of your projects done since Oct 2007 will be calculated. For example, if you completed two projects in the region (one project for 3 years and the other for 2.5 years), the total is 5.5 years. Thus, you can get 3 marks.
1.3	Client Profile ** over the past 7 years in Nepal (since October 2007)*	7	Work experience with international development agency(IDA) or government agencies of Nepal (GoN) At least 5 GoN agencies or IDAs = 7 3-4 GoN agencies or IDAs = 6.5 1-2 GoN agencies or IDAs = 5.5 No experience = 5
1.4	Governance	3	Executive body is elected from General Assembly and the number of General Members are at least 30 and more = 3 Executive body is elected from General Assembly and the number of General Members are 20-29 = 2.5 Executive body is elected from General Assembly and the number of General Members are less than 20 = 2.3

			Not have such governance structure = 2.1
2. Project Team Composition (=30) **** Only project core members below will be evaluated for the technical scores.***			
2.1	Team Leader *Desirable:* *Advanced university degree in Public Health or other relevant disciplines with relevant experience of at least 5 years in health sector*	8	Score qualification of Team Leader as: Excellent = 8 Very good = 7.2 Good = 6.4 Poor= 4.8 Not qualified at all= 3.2
2.2	Program Officer I *Desirable:* *Master in Public health or related discipline with at least 3 year of experience*	5	Score qualification of Program Officers as: Excellent = 5 Very good = 4.5 Good = 4.0 Poor = 3.0 Not qualified at all = 2.0
2.3	Program Officer II *Desirable:* *Master in Public health or related discipline with at least 3 year of experience*	5	Score qualification of Program Officers as: Excellent = 5 Very good = 4.5 Good = 4.0 Poor = 3.0 Not qualified at all = 2.0
2.4	Monitoring and Evaluation(M&E) Officer *Desirable:* *Master's degree with 3 years of working experience in M&E in health sector*	5	Score qualification of M&E Officer as: Excellent = 5 Very good = 4.5 Good = 4.0 Poor = 3.0 Not qualified at all = 2.0
2.5	Capacity Building Officer *Desirable:* *Master's degree with 3 years of experience in the field of training and coaching*	4	Score qualification of Capacity Building Officer as: Excellent = 4 Very good = 3.6 Good = 3.2 Poor = 2.4 Not qualified at all = 1.6
2.6	Admin and Finance Officer *Desirable:* *University degree in business/administration with at least 3 years' work experience*	3	Score qualification of Out-Reach Officers as: Excellent = 3 Very good = 2.7 Good = 2.4 Poor = 1.8 Not qualified at all = 1.2

3. Strategic Approach and Implementation Plan (=40)			
3.1	Understanding of the Scope of Work and how well an operation plan is designed (i.e. logically connected activities and measurable outputs)	13	Excellent = 13 Very good = 11.7 Good = 10.4 Bad = 7.8 Very bad = 5.2
3.2	Coordination and Implementation Arrangement at field-level	10	Coordination and implementation arrangement at field-level is clearly defined and prepared as: Excellent = 10 Very good = 9 Good = 8 Bad = 6 Very bad= 4
3.3	Monitoring and Quality Assurance	7	How well monitoring plan and quality assurance methods are prepared. Excellent = 7 Very good = 6.3 Good = 5.6 Bad = 4.2 Very bad = 2.8
3.4	Risk Assessment and Mitigation Strategies	5	Assessment of possible risks and their mitigations are: Excellent = 5 Very good = 4.5 Good = 4 Bad = 3 Very bad = 2
3.5	Sustainability *Desirable*: *After the project ends, effective interventions continue for long-term and strengthen community and health systems*	5	How well the project plan and intervention consider sustainability. Excellent = 5 Very good = 4.5 Good = 4 Bad = 3 Very bad = 2
4. Innovative Suggestion (=10)			
4.1	Innovative suggestion	10	How well and appropriately innovative suggestions, additional activities and approaches are proposed in order to improve outcomes of the project Excellent = 10 Very good = 9 Good = 8 Bad = 6 Very bad= 4
	Grand Total	**100**	

7. Qualifications

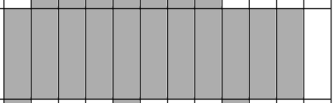
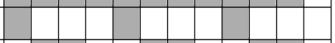
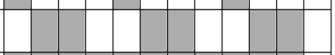
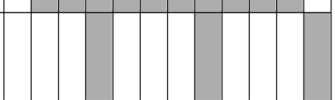
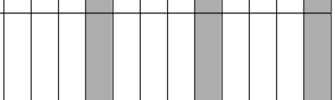
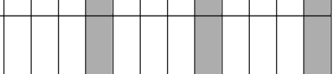
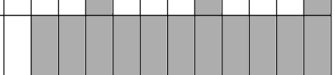
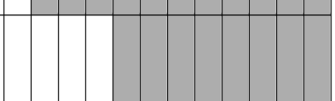
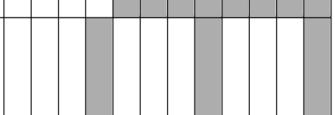
- At least 5 years' experience in health communication and education for general public in Nepal
- Demonstrated knowledge about health services, universal health coverage and social health insurance issues
- A team of demonstrated high level of professionalism and an ability to work independently under high pressure situation
- Demonstrated experience in capacity building and working with multi-stakeholders at field level
- Competency in good documentation, generation of information products, quality reports and advocacy materials
- Sound management system in HR, finance and administration
- Organization with a good governance structure and practice such as a regular general assembly and not-family owned business
- Others (valid registration, financial audit, PAN/VAT registration)

8. Timeline

The bidder shall provide a timeline of the project work. The work period is 3 years from January 2015 to December 2017.

Expected Timeline of the Works

Outcome	Activities	2015				2016				2017			
		Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4
Outcome1. Increased knowledge among local people on NSHI & increased enrollment in the insurance scheme	1.1 Distribute Information Education Communication (IEC) and Social Communication Change (SCC) materials* and educate people on NSHI												
	1.2 Conduct education activities with focus on schools, colleges, community based organizations (CBOs), Female Community Health Volunteers (FCHVs) and ward citizen forum												
	1.3 Deliver NSHI promotion message on TV and Radio (NSHI scheme, renew, case story, location, process, eligibility)												
	1.4 Organize cultural program to increase awareness on NSHI												
Outcome 2. Increased capacity of the healthcare	2.1 Organize meetings, workshops & exposure visits in country												
	2.2 Train service providers on NSHI												
	2.3 Train Enrollment Assistants (EAs)												
	2.4 Provide orientation to Social Mobilizers of VDCs and municipalities on NSHI												

providers in implementing NSHI scheme	2.5 Organize orientation to the private health facilities	
	2.6 Support to conduct comprehensive training need assessment and prepare package of training	
	2.7 Train staffs of NSHI district office	
	2.8 Provide orientation to all HFOMC on NSHI	
	2.9 Organize health facilities level insurance committee interactions and meeting	
	2.10 Advocacy on availability of essential drugs and trained human resources at health facilities	
Outcome 3. Community supportive environment	4.1 Community mobilization - door to door visits, community group meetings by targeting the poor and under-served	
	4.2 Support community-led interactive health awareness program	
Outcome 4. Improved accountability among the stakeholders at district level for NSHI	4.1 Hold NSHI annual review (financial analysis, health care utilization, claim ratio at district level)	
	4.2 Review, planning and re-treat for experience sharing and motivation among district committee and selected health facilities	
	4.3 Facilitate organizing social audit by accredited health facilities – PHCC and Hospitals (7)	
	4.4 Support to conduct NSHI district coordination committee meeting	
	4.5 Undertake operation research to improve the effectiveness, quality and coverage of services at district level	
	4.6 Conduct client satisfaction survey to inform the purchasers and providers of the health services at district level	
	4.7 Develop newsletter	
	4.8 Organize events to share the relevant research/study findings at district level	

**This can be subject to a change through discussion between KOICA and a contract awardee.*

Attachment 2

Format of Cover Letter

TO: KOICA Nepal Office, P.O. Box 5562, Nayabato, Dhobighat, Lalitpur

Dear Sir/ Madam,

In response to the Request for Proposal from KOICA (*Ref.no.KOICA-NPL-2014-02*), *Name of the Organization (Full Name)* submits the completed documents as a competent bidder to conduct *"Support Implementation of NSHI in Kailali District".*

We hereby declare that all the information and statements submitted in this proposal are true and accept that any misinterpretation contained therein may lead to our disqualification. We agree to abide by all the rules and regulations of KOICA.

We hereby declare that we will accomplish all the required activities within agreed time-frame if our bid is accepted.

(Office Stamp)

Signature ……

Name ……

Position ……

Organization name ……

Telephone ……

Email address ……

Sample

Rama Kumari Khatri
Director
Women Health Center
01-6578983
Rama.khatri@gmail.com

Attachment 3

Format of Organization's Profile

Name of Organization:
Address of Organization: Developmental Region: Zone: District: Municipality/VDC: Ward no:
Focal Contact Information: Name/Position: Email: Alternative email: Telephone: Mobile:
Date of Establishment: *dd/mm/yyyy*
Organization's PAN/VAT number:
Organizational type: *(please circle an appropriate.)* For Profit organizations: 1. Private company 2. Health/development-related Institution For Non- profit organizations: 1. NGO 2. Public Organization Others (specify): _____
Total number of Staffs in Organization: No of Full-time Staff: No of Part-time Staff:
Current Balance of Organization (*in Nepali Rupees*): - Fixed asset: - Liquid Asset: - Debt: - Total Balance:

Attachment 4

Format of Bidder's Previous Experience

The bidder is required to submit a brief description about at least 2 outstanding projects in health sector **over the past 7 years in Nepal (since October 2007)**. Please introduce project activities associated with Advocacy, communication and social mobilization (ACSM). Experience in Far-western development region is desirable. Please fill out the following tables and attach separate sheet for each project.

Project Title:	
Country:	Region: District:
Name and Address of the Client:	Duration of Assignment:
Type of ACSM activity:	Target population:
Start Date (month/year):	End Date (month/year):
Narrative Description of Project:	
Description of Actual Services provided by your organization (and key staff members) within the assignment:	
Relevance of the assignment	

** Please attach copy of work order/ completion certificate for each assignment.*

Attachment 5

Format of Technical Bid

The technical bid should include following contents in the suggested order.

I. Organization's Profile and Work Experience

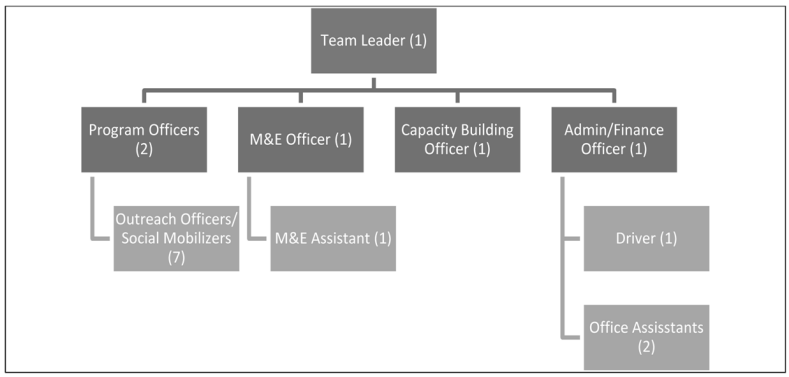
1. Introduction to Organization
2. Experience of advocacy, communication and social mobilization (ACSM) in health sector
   **Please indicate a total cost of project activities for ACSM that you completed past 7 years.*
3. Work Experience in the mid or far-western development region in Nepal
   **Please indicate the number of years of your work experience over past 7 years, since Oct.2007.*
4. Client Profile
   **Please indicate the number of clients (international development agencies and government organizations) over past 7 years, since Oct. 2007.*
5. Governance
   **Please indicate if your organization has an executive body which is elected from General Assembly. Moreover, the number of General Members is provided here. Minutes of the latest General Assembly (signed by all the members of executive body) is required to be submitted.*

The bidder is required to provide a brief description of the organization. In addition, your relevant work experience should be detailed in this section of the technical bid. You are also requested to submit information that will help evaluate your organization's capacity to implement ACSM activities and create demand for NSHI.

II. Project Team Composition

1. Project Team who will be mainly responsible for this project
2. Roles and Responsibilities
   - Team Leader
   - Program Officer I
   - Program Officer II
   - Monitoring and Evaluation (M&E) Officer
   - Capacity Building Officer
   - Admin and Finance Officer
   - Other assistants

[Proposed HR Input]



The bidder is required to provide a composition of the core team mainly in charge of "Support Implementation of NSHI in Kailali district" and their job description and responsibilities. The reporting mechanism and responsibility should be clearly indicated.

III. Strategic Approach and Implementation Plan

1. Situation Analysis and Strategy
2. Scope of Work and Operational Plan with timeline
3. Coordination and Implementation Arrangement at field level
4. Monitoring and Quality Assurance
5. Risk Assessment and Mitigation Strategy
6. Exit Strategy for Sustainability

The bidder is required to provide detailed description on how your organization will design, plan and suppport implementation of NSHI scheme in Kailali district.

IV. Innovation Suggestion

The bidder is required to propose innovative suggestions, additional activities and approach other than the originally suggested activities in the scope of work in this RFP. Please indicate how the innovative suggestion will contribute to improving outcomes of the project, "Supporting Implementation of National Social Health Insurance in Kailali District."

Attachment 6

Format of Financial Bid

The bidder is requested to prepare the budget proposal in currency of US$. The financial bid will weigh 15 of total 100 points as: L1/L x 15%
**L1 = Lowest Financial Bid, L = Financial Bid of the bidder*

You shall propose a total amount only for 2015, which is limited up to **US$ 620,000 excluding VAT at maximum**. Regarding the VAT, KOICA shall not bear any responsibility and authority, but your agency shall deal with VAT- exemption directly. KOICA shall provide only administrative assistance.

The budget plan consists of 3 sections:

- **Program Cost**
  - The below budget table indicates a quantity and frequency of the originally suggested activities in the scope of work. (see the scope of work, which is matched with the budget plan.) Apart from this, you are highly encouraged to add new other activities in an innovative way.
- **Human Resource Cost**
  - HR section shows the number of human resources and their positions. According to this, please propose the HR cost.
- **Operation Cost**
  - Any budget items can be suggested if needed for an appropriate operation of your field office in Kailali.

In terms of a contract, the contract will be made on a yearly basis and be extended up to 3 years. While working on a contract, a financial disbursement will be discussed in detail. Please use the following format for your financial bid in MS Excel sheet.

Exchange rate: 1US$= 95NRs

Section	SN	Activity/Budget Item	Year 1: 2015				Year 2: 2016				Year 3: 2017				Sub-total
			Qtty	Freq.	Unit cost	Y1 total	Qtty	Freq.	Unit cost	Y2 total	Qtty	Freq.	Unit cost	Y3 total	
Program Cost	1	**OC1: Increased knowledge among local people on national social health insurance and increased enrolled in the insurance scheme**													
	1.1	1.1 Printing (at central level) and districbution (at district and community level) of IEC/SCC materials													

| | | |

		2.1.3	Meeting in the Ilam and Baglung districts while in exposure visits					1	1			1	1				
	2.2	2.2	Train service providers on NSHI scheme	16	1			6	1			4	1				
	2.3	2.3	Training to enrollment assistants	10	1			7	1			7	1				
	2.4	2.4	Orientation to Social Mobilizers of local bodies (VDCs, and Municipalities)	4	1												
	2.5	2.5	Orientation to private health facilities	2	1			2	1								
	2.6	2.6	Prepare training package (with need assessment) and update	1	1							1	1				
	2.7	2.7	Training to staffs of NSHI district office and IA	1	1												
	2.8	2.8	Orientation to all HFOMC on NSHI (1 day)	50	1			50	1			50	1				
	2.9	2.9	Organize health facilities level NSHI committee meeting (1 day, 11 members)	4	1			4	1			4	1				
	2.10	2.10	Advocacy meeting on essential drugs, trained human resource and diagnostics at health facilities	1	2			1	2			1	2				
	3	**OC3: Improved community support environment, especially among poor, marginalized and underserved**															
	3.1	3.1a	Community mobilization - door-to-door visits	10,000	1			10,000	1			10,000	1				
		3.1b	Community mobilization - Community group meetings	200	1			200	1			200	1				
	3.2	3.2a	Rapid community assessment for identifying the pocket areas	1	1												
		3.2b	Interactive community mobilizations in the 15 identified pocket areas					15	3			15	3				
		3.2c	Social audit for change' in the 15 identified pocket areas					15	1			15	1				
	4	**OC4: Improved accountability among the stakeholders at district level for NSHI scheme**															
	4.1	4.1	NSHI Annual review at district level	1	1			1	1			1	1				
	4.2	4.2	Review, planning and retreat meeting - experience sharing and motivation - NSHI district committee and selected Health Facilities	1	1			1	1			1	1				
	4.3	4.3	Facilitate to organize the social audit by accredited health facilities (50 participants in 1 facility)	7	1			7	1			7	1				
	4.4	4.4	Conduct NSHI district coordination committee meeting (15 members)	3	1			3	1			3	1				
	4.5	4.5	Operational research to improve the effectiveness, quality and coverage of services					3	1			2	1				
	4.6	4.6	Conduct client satisfaction survey	1	1			1	1			1	1				
	4.7	4.7	Develop newsletter	1	2			1	2			1	2				

	4.8	4.8	Organize events to share the relevant research findings at district level	1	1			1	1			1	1				
	5	**Monitoring** (expenses for monitoring and related travels)															
																	Program Cost in Total(US$)
HR Cost	**SN**	**Positions**	**Qtty**	**Basic salary**	**Bonus**	**Year 1**	**Qtty**	**Basic salary**	**Bonus**	**Year 2**	**Qtty**	**Basic salary**	**Bonus**	**Year 3**	**sub-total**		
	1	Team leader	1														
	2	Program Officers	2														
	3	M&E Officer	1														
	4	M&E Assistant	1														
	5	Capacity Development Officer	1														
	6	Admin/Finance Officer	1														
	7	Outreach Officers (Social mobilizers)	7														
	8	Driver	1														
	9	Office Assistants	2														
																	HR Cost in Total(US$)
Operation Cost		Office rent, vehicle rent, drinking water, refreshments, stationeries, telephone, electricity, internet and all utilities, security guard, newspaper subscription, repair and maintenance of office, equipment, generator fuel charge etc.															
																	Operation Cost in Total (US$)
																	Grand Total (US$)

Attachment 7

Format of CV

The bidder is requested to provide CVs of 6 core members of the project team in charge of this project. Please fill out the following table for the 6 core personnel on a separate sheet for each.

1) Team Leader
2) Program Officer I
3) Program Officer II
4) Monitoring and Evaluation (M&E) Officer
5) Capacity Building Officer
6) Admin and Finance Officer

I. PERSONAL INFORMATION						
Name	First		Middle		Last	
Date of Birth	Month		Day		Year	
Sex	❑M ❑ F					
Nationality						
Home Address						
Contact Information	Telephone		E-mail			
	Mobile					

II. ACADEMIC QUALIFICATION (List in reverse chronological order)		
Name of School/College/Institute/University	Title of Degree/Major	Year Completed

III. PROFESSIONAL EXPERIENCE (List in reverse chronological order)			
Organization		Address	
Department		Position	
		Duration	
Major Responsibilities:			

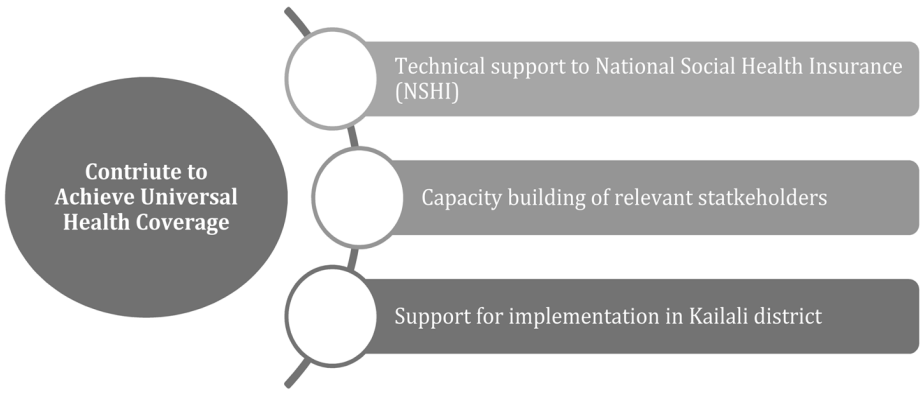
IV. LISTS OF PROJECTS (best matched with the proposed responsibility)			
SN	Title of the Project	Year	Role
1.			
2.			
3.			
Signature: Name : Date:			

Attachment 8

Strategic Framework on KOICA's Project (NHISP) and Stakeholder Analysis

1. Strategic Frame Work of National Health Insurance Support Project (NHISP)

a. Strategic framework of National Health Insurance Support Project NHISP



b. Goal

The overall goal of project is to contribute to achieve universal health coverage (UHC)[1] in Nepal through implementation support of National Social Health Insurance (NSHI) scheme.

To contribute UHC, improve quality of health services, increase access to health services, strengthen community system and ultimately generate demand on NSHI will be the major areas.

c. Objectives

1) Provide technical support for the preparation of the National Health Insurance Program of the Government of Nepal
2) Enhance the capacity of relevant stakeholders to better understand health insurance and health financing
3) Support the implementation of National Health Insurance Program at Kailali district.

[1] Universal health coverage (UHC) is defined as ensuring that all people can use the promotive, preventive, curative, rehabilitative and palliative health services they need, of sufficient quality to be effective, while also ensuring that the use of these services does not expose the user to financial hardship. (WHO, 2012).
Available at: http://www.who.int/health_financing/en/ [accessed on 25 September 2014]

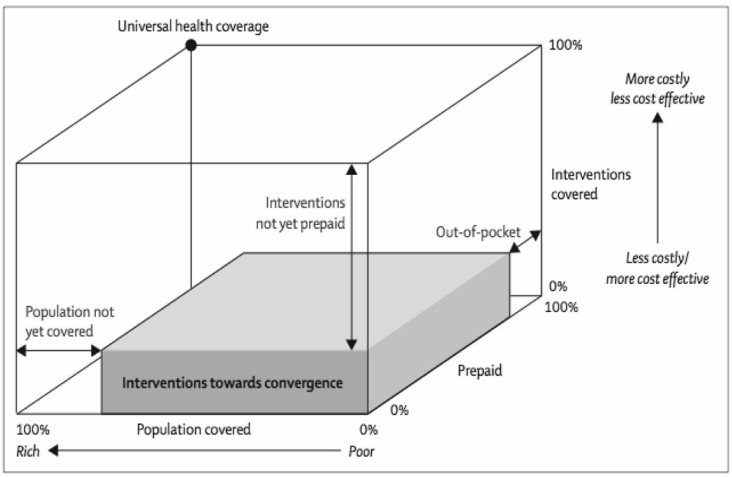


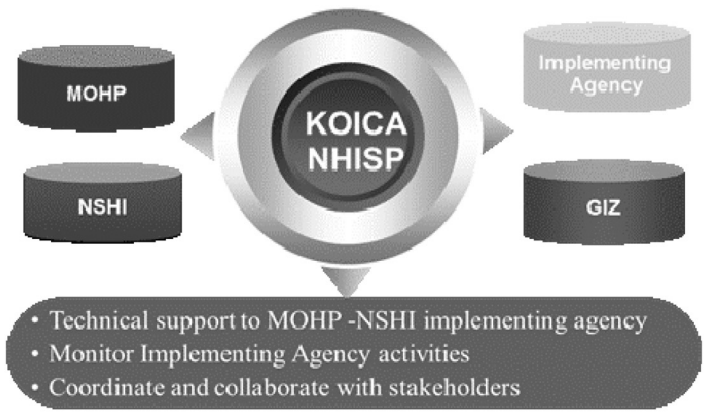
Fig 1: Pathways towards universal health coverage

d. Implementation Arrangement of NHISP

For objective 1, major responsibility will be of KOICA NHISP, by ensuring technical support and facilitate implementation arraignment.

Similarly, KOICA NHISP will engage and contribute capacity building (objective 2) with the close consultation of GIZ-HSSP and other related stakeholders.

Finally, KOICA NHISP will provide technical support and monitor the execution of implementing agency activities in the field level of objective 3.



To reach the expected outcomes of the project, it is necessary to have the relevant stakeholders in the board so that national health insurance program get the leverage and direct towards universal health coverage. Though the project is managed by the KOICA NHISP, it will be implementing with the close coordination and collaboration with the Government of Nepal and its key stakeholders within the

available policy and legal frameworks. The following will be the major stakeholders to success this program and project.

e. National Social Health Insurance (NSHI) Coordination Unit

NSHI Unit will be the key stakeholder until the formation of National Social Health Insurance Fund (NSHIF). The implementation plan, monitoring and evaluation guidelines, NSHI insurance management information system, regular review and other NSHI related tasks will be led by NSHI. In this course of NSHI, as agreed and defined need KOICA NHISP will provide technical assistance in the areas. The detail of the assistance will be finalized in consultation with MoHP and NSHI Unit.

- **Capacity Development of Relevant Stakeholders**
  It has been realized that national human resource and their capacity is vital for the smooth f unctioning and scale up the program. Therefore, relevant stakeholders who have influence a nd interest of the program will be the participants and need to be trained.
  Ministry of Health and Population (Health Economics and Financing Unit), Ministry of Finance, National Planning Commission, Department of Health Services (Primary Health Care Revitalization Division (PHCRD), National Health Training Center (NHTC)), academic institutions and independent policy makers on health financing and health insurance will be the major candidates at central level. Further, NSHI implementing districts managers, administrators, accountants and others staffs along with the Health Facility Operation and Management Committee (HFOMC) and Hospital Development Board (HDB) members will be the key candidates at the district level. This activity will be implemented by GIZ-HSSP and NHTC in coordination with the KOICA NHISP.

- **Capacity Building of NHISP**
  To ensure quality support of direct implementation, NHISP staffs capacity is vital; therefore, training on following issues will be provided by the KOICA NHISP. Training on monitoring and documentation, data management and analysis, strategic behavior changes, social health insurance and health financing, universal health coverage, impact evaluation and technical writing. These will be conducted through intra and inter country exposure visit and knowledge sharing event will also supported by NHISP office.

- **Support Implementation of NSHI in Kailali District by KOICA**
  KOICA NHISP will provide direct implementation through implementing agency in Kailali dist rict, while KOICA NHISP will monitor field level NSHI program along with the MoHP and othe r stakeholders. The implementing agency will be responsible to create the demand for social health insurance in the district following the national social health insurance guidelines, 201 4[2] During the process of demand creation, implementing agency will take confident of all th e district level stakeholders especially, district development committee (DDC), district public health office (DPHO) and other health facilities.

[2] Ministry of Health and Population (2014) National Social Health Insurance Guidelines, 2014 (draft), Kathmandu, Nepal

f. Major Scope of Work for Implementing Agency

As mentioned above, the objective 3 will be undertaken by the Implementing Agency (IA) as outsourced by KOICA NHISP. Realizing the fact that demand creation on NSHI will be the first among the critical steps of the broader insurance scheme and not the end result of NSHI program as success, the implementing agency will carry out the following major activities. The detail of the scope of work is mentioned in Terms of References.

g. Monitoring and Evaluation (M&E) of NHISP

- **Monitoring mechanism**

  Monitoring allows tracking the inputs and outputs of implementation of health insurance scheme by regular tracking the performance of the activities in coherent manner.

  While conducting monitoring and evaluation (M&E), all the stakeholders (the government, purchasers of the health services, providers of health services including implementing agency, national and local level relevant stakeholders, technical partners, donors and community representatives) will be made responsible towards tracking the performance of the NSHI progress and will be made accountable to the results derived from this project.

  The project activities will be mainly monitored by KOICA NHISP in close coordination with MoHP/NSHI. The monitoring will cover the data collection and verification in client enrollment, service provision & utilization and claim settlement.

  Participatory monitoring and evaluation approach will be adopted while conducting the monitoring in the field. It will conduct monthly, trimester and annually facilitated by NHISP. Joint monitoring shall be done with the participation of mix stakeholders (KOICA – NHISP, the government, likeminded external development partners, program managers, implementing agency and beneficiaries) in regular interval.

  The data collection for the M&E will be mainly on-site visit, focus group discussion, client satisfaction, monthly report and others document review. Further, half yearly progress review and annual progress review will be done. The details of the M&E systems, tools and activities will be developed and updated to be aligned with the national M&E framework for NSHI (yet to be developed by MoHP/NSHI).

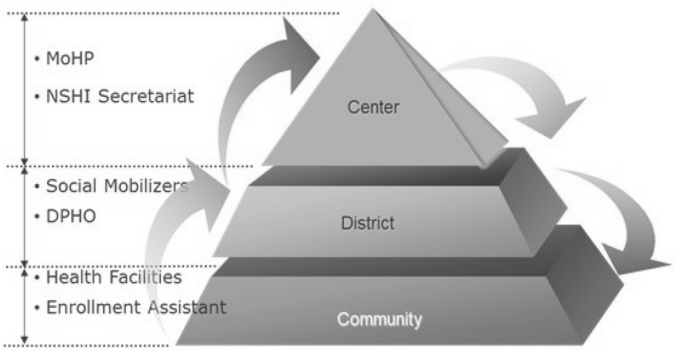
- **Data flow and feedback**

  The NHISP field office will provide feedback to the implementation agency along with NHISP central office. Further, implementing agency will have its own feedbacks mechanism.

  For the effective M&E system, constant and consistent flow of information at different stages of project implementation for regular progress of update, data verification and data accuracy

  Data flow and feedback mechanism adopts upward and downward flow of information system in NSHI. Therefore, certain chain of command depicted in the data flow and feedback figure.

From the central level, NSHI secretariat shall provide feedback to the district level and district at the service delivery level (community).

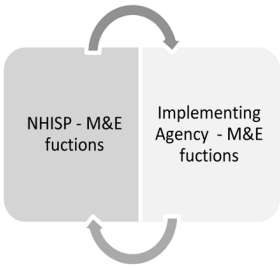


➢ **Evaluation**

To ensure that the scheme is having its intended effect by assessing its outcomes and impacts, NHISP office will conduct baseline, midline and end-line evaluations as per stipulated timeframe of the project.

To ensure unbiased review of the progress, mid-term at the middle stage and final evaluation by the end of implementation will be organized by NHISP. The mid-term and final review will be conducted by a group of independent evaluators.

Monitoring and providing feedback



Reporting

Since the KOICA will not directly implement in the NHISP activities in the field rather will support the NSHI scheme through implementing agency. Moreover, KOICA NHISP will track the performance of activities – M&E along with the day-to-day project activities monitoring functions of implementing agency.

2. Stakeholder Analysis

Name of Stakeholders	Stakeholder and basic characteristics	Interests and how affected by the problem (s)	Capacity and motivation to bring about change	Possible actions to address stakeholder interests
DPHO	• All the health facilities have under control of DPHO, along with government health related vertical program run through this org. • District level government line agency which have all reporting and monitoring authority • Other NGOs/INGOs also come through DPHO to implement anticipated programs	• Cover all the districts in terms of health service provider, • Main coordination point Coordination • Directly touch to the MoHP • Provide all the preventive, promotive and curative health programs • The Problems are: ○ *Insufficient knowledge of health insurance,* ○ *Not enough human resources* ○ *Inadequate infrastructure for giving quality health services*	• Have very good channel in the community by utilization of human resource (FCHV, Health workers) in terms of health related preventive, promotive and curative programs • Utilization of services up to grass root level	• Health Insurance trainings, orientations • Upgrade some medical equipment/instruments and infrastructures • Improve capacity through organizing trainings/ workshops
DDC and Municipalities	• District level local government agency which is main stakeholder to conduct community level programs • All the development and other government organization should go through the DDC • Have Civil Society forum in each wards of VDC/MP	• DDC have strong network in the Community has ward level civil society forum which is very functional moreover, also have one social mobilize in the each ward • DDC have also the very good channel to the	• Have capacity to flow the district level information through using own channel • Have human resource in each wards of the VDC for flow the massage and social marketing	• Invite to participate in district level workshops, seminars • Invite to participate ward level social mobilize regarding social marketing purpose • Provide orientation to the DDC social mobilize for utilization of health insurance scheme

	• Have own social mobilize in each ward of VDC and MP	each VDCs for massage flow regarding health insurance program	• Have own civil society forum in each wards and to the community meetings	
Health Service Providers: Hospitals, PHCCs and HPs	• Provide OPD, IPD, Emergency services for patients • Specialist and surgery services • Referral/ambulances services • Curative services	• Direct relation with patients and their guardian • The Problems are • Insufficient knowledge on health insurance • Giving few time in hospital for treatment • Spent more time in own clinic	• Good network with referral service providers • Association with central to community health workforces	• Health Insurance trainings & orientations • Upgrade some medical equipment/instruments and infrastructures • Offer/motivate by pay for performance for better services (through NSHI) • Give incentive for best service provider persons/organizations
Health Service Providers: PHCC/HP/ SHP	• Every VDC have at least one health institutions(Health facilities i.e. PHCC/HP/SHP) • Provide OPD services • Counseling, preventive, promotive and curative services • Conduct health education and community awareness program	• Direct relation with patients and their guardian • Strong relation with community such as FCHV. Local leader, youth and child club, CBO, HFOMC, mother group, teachers	• Have a best network with community by utilization of human resource (FCHV, mother groups, community health workers) in terms of health related preventive, promotive and programs	• Provide health Insurance trainings, orientations for health workers • Upgrade some medical equipment/instruments and infrastructures. • Enhance capacity through orientation/training review and refresher
Health workers (Doctors, Lab technicians, pharmacists, etc.) & private practitioners	• Buying and selling drugs • Trade drugs/provide services for patients/clients according to prescribes	• Direct relation with patients and their guardian	• Make use of HW regarding program	• Health Insurance orientations for HWs • Utilize of health workers for implement of NSHI
Local NGOs	• Own human	• Massage flow	• Have a best	• Orientation/interact

	resources in project area • Formatted groups/committees in catchment area • Conduct advocate/awareness program in district/community level • Experience on program implement in community intensity	regarding health insurance program • Coordination with district/community organizations	network with community by utilization of human resources	ion on NSHI process/methods • Partially involvement or mobilize in social marketing purpose • Coordination with district/community organizations
Politicians/ Leaders or Community workers	• Familiar with local people • Advocate/aware people • Commitment on develop of society/community	• Strong relation with local people/groups/committees	• Encompass a community peoples	• Interaction on NSHI • Leading/commitment on NSHI ownership in community
Teachers	• Well known about local individual, group or committees • Aware people on ownership • Guidance role in community	• Direct relation with local community people, groups and committees	• Utilize for advocate of enrollment on NSHI	• Interaction on NSHI in school/college for inform enrollment process
FCHVs, formal groups &others informal groups such as forest user groups, farmers groups, saving and credit groups etc.)	• Well-known about own wards peoples, make available • Familiar with local people • Advocate/awareness in local areas	• Good relation with local individuals • good channel to the individuals for massage flow regarding health insurance program	• Utilize woman and child group of grass root level	• Provide orientation regarding on NSHI • and mobilize in social marketing/awarenes ss program
Media	• Local FM coverage whole districts • Broadcasting in local language • Newspaper publish in local languages	• Massage flow regarding health insurance program	• Utilize local media for advertising of program • Have a good network	• Interaction on NSHI social marketing/advocate /aware people through media • Coordination/collaboration with local media

-end-

한국국제협력단

한국국제협력단(Korea International Cooperation Agency)은 1991년 4월 설립된 정부 차원의 대외무상협력 전담 기관입니다. 교육, 보건, 공공행정, 농림수산, 산업에너지 등 5대 중점 분야에서 제도 구축, 인적자원 양성, 인프라 확충을 위한 다양한 프로그램을 수행하여 개발도상국의 빈곤퇴치와 경제사회 발전을 지원하고 있으며 지난 20년 동안 학교·병원·직업훈련원 등 710여건의 프로젝트 사업, 1만여명의 해외 봉사단 파견, 4만여명의 개도국 공무원 초청연수, 620여건의 NGO와의 협력 사업 등을 성공적으로 추진하였습니다. 아울러 사업수행 시 환경 및 양성평등, 인권 등의 가치를 고려하여 개발과 인간다운 삶이 공존하는 따뜻하고 진정성 있는 원조를 구현하기 위해 노력하고 있습니다. 앞으로 KOICA는 지구촌 행복시대 실천에 앞장섬으로써 개도국의 발전과 지구촌의 평화를 위해 매진해 나가겠습니다.

KOICA ODA연구팀(ODA Research Team)

KOICA ODA연구팀은 한국 ODA 발전을 위한 싱크탱크(Think Tank) 역할을 목표로 하고 있습니다. OECD/DAC(개발원조 위원회)에 가입하고 부산 세계개발원조 총회를 개최함으로써 우리나라는 명실공히 국제개발협력 논의의 중심에 서게 되었습니다. ODA연구팀은 그러한 우리나라의 위상에 걸맞게 국제적인 ODA 흐름에 적극 부응하면서도 우리나라의 강점을 잘 조화시킨 바람직한 개발협력을 모색하기 위해 노력하고 있습니다. 또한 ODA연구팀은 그동안의 사업수행 과정에서 얻은 교훈을 바탕으로 개도국의 실정에 맞는 실용적인 제언을 제시함으로써 개도국 발전에 기여하고 우리나라의 ODA를 선진화 시키기 위해 계속 노력할 계획입니다.

2014년도 KOICA 연구보고서

- KOICA 주요 다자협력 기구 적정성 평가 및 다자협력 운영체계 조사연구
- 개발협력사업에서의 적정기술 활성화 방안
- DEEP 프로그램 발전방안 연구
- 다자기구 협력사업 개선방안 연구 : 멀티바이와 양자사업의 비교분석을 중심으로
- Post-2015 체제 대응을 위한 에너지 분야 ODA 지원방안
- 기초선조사(Baseline Survey) 수행체계와 활성화 방안 연구
- 경제발전이론의 변천과 원조 전략 : 경제적 관점에서 KOICA의 향후 연구 제안
- 개도국 청년고용정책과 ODA : '노동시장 연계형' 직업교육훈련 시스템 형성 논의를 중심으로
- 초·중등 교육분야 ODA 프로그램 모델 개발 연구
- KOICA 성평등 개발협력사업 방안
- 타 해외 원조기관 정책 수립 및 사업수행체계연구
- 농촌종합개발 프로그램 모델 연구
- 개발도상국 선거제도 지원 ODA연구
- '개발을 위한 커뮤니케이션(C4D)' KOICA 사업 적용을 위한 타 기관 사례 연구
- 타 해외원조기관 정책수립 및 사업수행체계 사례연구 : DFID
- 젠더기반폭력에 대한 이해와 사례 연구
- 가족계획 및 생식보건 ODA 프로그램 현황 연구
- 교육분야 ODA 성과측정 가이드라인 개발 연구 : PDM 성과 지표를 중심으로
- 한국 보건의료 무상 ODA의 협업방안에 관한 연구
- 개발효과성 제고를 위한 증거기반 접근법 활용방안
- 한국적 개발 모델의 교훈 : 효과적 개발 협력과 제도-정책 시너지
- 민관협력사업 성과관리 프레임워크 개발 연구 : CSO 역량강화활동 평가 가이드라인
- 민관협력사업 성과관리 프레임워크 개발 연구 : CSO 국제개발 질적 평가 매뉴얼
- 보건의료체계강화 세부전략 연구 : 최종보고서
- 보건의료체계강화 세부전략 연구 : 세부전략 매뉴얼
- KOICA-경상북도 새마을리더봉사단 평가방안 연구
- 국제개발협력지 2014년 1호
- 21세기 국제사회의 개발협력 규범과 동향 : 제1차 부산 글로벌 파트너십 이행 모니터링과 2014년 멕시코 고위급 회의를 중심으로
- 글로벌 CSR 사례집
- 국제 새마을운동 ODA사업 표준모형 구축과 컨텐츠 개발

- 국가협력전략(CPS) 수원국 사업환경 분석과 역량진단
- 개발협력 프로젝트 사업(타당성)조사와 수원국 역량진단
- 새마을운동 성공요인과 개도국 적용가능성 및 한계 보완방안
- 국제개발협력지 2014년 2호
- 관광부문 ODA 사업선정을 위한 평가지표 개발 및 KOICA 사업모델 발굴
- 교통인프라 ODA 대상사업의 선정기준 및 선정방법 연구
- 아시아 개도국과의 녹색도시 협력체계 구축 연구
- 개발을 위한 커뮤니케이션(C4D) 가이드라인
- 아프리카 중점협력국 3개국 농업분야 지원방안 연구: 모잠비크
- 아프리카 중점협력국 3개국 농업분야 지원방안 연구: 에티오피아
- 아프리카 중점협력국 3개국 농업분야 지원방안 연구: 콩고민주공화국
- 타 해외원조기관 정책수립 및 사업수행체계 사례연구: 독일 GIZ의 정책 및 수행체계
- ODA 사업에서 효율적인 의료기기 지원 방안 연구
- 글로벌 CSR의 개발협력 현황과 발전과제: 국내외 사례 비교분석
- 효과적인 개발협력을 위한 전통지식 개념 도입: 지역개발사업에의 시사점을 중심으로
- KOICA 국제협력의사제도의 영향과 국제협력의사 출신 보건의료인의 역할 제언
- 환경분야 ODA 사업 유·무상 연계 방안 연구
- Socio-Economic Development Plan (SEDP) of 63 Cities and Provinces and Analysis of Development Cooperation Activities in Vietnam (Vol.1, 2)

개발과 이슈

[8호] 국제개발협력 패러다임 변화에 따른 2012년 한국의 OECD DAC 동료검토 결과와 함의

[9호] 국제사회의 혁신적 개발재원 논의와 우리나라 ODA에 주는 시사점

[10호] Post-2015 개발 프레임워크와 UN 고위급패널 보고서

[11호] 개도국 지역공동체개발 논의 동향과 전망 : 새마을운동 ODA 정책과 사업 전략 형성을 위한 시사점

[12호] 모두를 위한 품위 있는 삶 : Post-2015 개발의제를 위한 UN사무총장 보고서

[13호] 개도국 지역공동체개발 사업 사례 연구 : 새마을 운동 ODA 확대 가능성을 중심으로

[14호] 임팩트투자 및 DIB 논의와 시사점

[15호] 녹색기후기금과 능력배양사업(Readiness Program)

[16호] 적정기술과 시장중심적 접근법 : 사회적 기업을 통한 적정기술 성공 사례를 중심으로

Working Paper

[2014-1] Forging 'Soft' Accountability in Unlikely Settings : The Prospects of Mutual Accountability in South-South Cooperation

[2014-2] Revisiting the Roles of Development Aid: Resonated between Researchers and Practitioners

연구자료 ODA 연구 2014-34-225

ODA 의료보험분야 공여기관별 사례 연구 및 KOICA 의료보험 사업 적용 방안 도출

발 행 2014년 12월
발 행 인 김 영 목
발 행 처 한국국제협력단
편 집 인 ODA연구팀
주 소 경기도 성남시 수정구 대왕판교로 825 (우:461-833)
전 화 031) 740-0114
팩 스 031) 740-0655
홈페이지 http://www.koica.go.kr
인 쇄 척수협회

[본 보고서의 저작권은 한국국제협력단에 있으며,
한국국제협력단의 허락없이 무단 전제와 복제를 금합니다.]

발간물 등록번호 11-B260003-000498-14
ISBN 978-89-6469-263-993320