모자보건 ODA 프로그램 모델 연구

2011. 9.

주 저자

오 충 현
- 한국국제협력단 사회개발팀 보건의료 연구관

부 저자

이 훈 상
- 존스 홉킨스 대학 보건대학원 석사

지 나 윤
- 한국국제협력단 사회개발팀 인턴

본 연구 보고서는 KOICA 프로그램 담당자들이 보다 원활하게 모자보건 프로그램을 수행하기 위하여 만들어졌습니다.
모든 진행 과정은 KOICA의 프로세스를 기준으로 하였으며, KOICA에서 지난 20년간의 보건의료 프로그램을 진행하여 축적한 경험을 바탕으로 작성되었습니다. 하지만 일부 의견은 저자의 개인적인 의견으로 한국국제협력단의 공식적인 입장과 다를 수 있음을 밝힙니다.

목차

Quick Reader를 위한 가이드라인 ····· **1**

요약 ····· **3**

제1장. 서론 ····· **12**

1. 연구 배경 및 목적 ····· 12
2. 연구 방법 및 보고서의 구성 ····· 14
3. 연구의 한계 ····· 14
4. 모자보건 모델 사용 시 고려사항 ····· 15

제2장. 모자보건이란 무엇인가? ····· **17**

1. 모자보건의 개념 ····· 17
2. 국제적인 모자보건의 현황 ····· 19
3. 모자보건의 논의 동향 ····· 23

제3장. 모자보건 향상을 위한 국제기구 전략 ····· **30**

1. WHO ····· 30
2. UNICEF ····· 33
3. UNFPA ····· 34

제4장. KOICA의 모자보건 지원현황 및 전략 ····· **35**

1. KOICA의 모자보건 프로그램 지원현황(1991~2010) ····· 35
2. 보건의료 ODA 중기전략(2011~2015) ····· 41
3. 모자보건 지원전략 ····· 42
4. ODA 중점협력국의 모자보건 상황별 분류 ····· 44

제5장. 모자보건 프로그램을 위한 국내기반 분석 ····· 51
1. 대한민국의 모자보건 경험 ····· 51
2. 국내 모자보건 전문기관과의 협력 ····· 52
3. 모자보건 프로그램의 분절화 ····· 58

제6장. 모자보건 프로그램과 젠더 이슈 ····· 62

제7장. 모자보건 프로그램을 위한 고려사항 ····· 65
1. 선택 단계 ····· 65
2. 준비 단계 ····· 70
3. 계획 단계 ····· 76
4. 실행 단계 ····· 87

제8장. KOICA 모자보건 모델 프로그램 ····· 107
1. 가족계획 보급 및 생식건강 향상 모듈 ····· 107
2. 안전한 임신 및 출산관리 모듈 ····· 117
3. 신생아 관리 모듈 ····· 126
4. 예방접종 모듈 ····· 136
5. 모자보건 모델 프로그램 모듈 활용법 ····· 146

[첨부 1] 모자보건 서비스 제공장소 별 생식과 모성·신생아·아동 보건의 필수활동 및 필요물품 ····· 150
[첨부 2] 모자보건 모듈 별 사업개요서 및 PDM ····· 156
[첨부 3] 중점협력국 및 일반협력국의 모자보건 개요 ····· 172
[첨부 4] 모자보건 프로그램의 각종 서식 목차(예시) ····· 236
- 사전 타당성 조사 보고서
- 실시협의 결과보고서
- 집행계획
- 예산계획

참고문헌 ····· 250

표 목차

[표 1] 모성사망비 현황 및 연간 임신과 출산으로 사망하는 임산부 수 … 20
[표 2] 1991년~2011년 KOICA의 모자보건 프로젝트 내역 …… 35
[표 3] KOICA 보건의료 지원 전략(2011~2015) …… 41
[표 4] KOICA 모자보건 INDEX (K) …… 45
[표 5] 모자보건 프로그램이 시급한 국가 …… 47
[표 6] 적극적인 모자보건이 필요한 국가 …… 48
[표 7] 모자보건 프로그램이 필요한 국가 …… 48
[표 8] 모자보건이 비교적 양호한 국가 …… 49
[표 9] 2011년 모자보건 프로그램으로
KOICA 민간협력 지원을 받은 CSO …… 57
[표 10] 모자보건에 일반적으로 활용되는 지표 …… 71
[표 11] 서비스 제공 지표 …… 72
[표 12] 20개의 필수적인 모자보건 서비스 …… 72
[표 13] 보건의료 인력 지표 …… 73
[표 14] 보건의료 재정 지표 …… 73
[표 15] 보건의료 정보 지표 …… 74
[표 16] 공여자 지도 그리기 예시 …… 75
[표 17] 보건의료 시설 및 제공 서비스 빨리 파악하기 예시 …… 76
[표 18] 직접예산 지원을 위한 사전 고려사항 …… 78
[표 19] 공동 지원을 위한 사전 고려사항 …… 79
[표 20] 모자보건 서비스의 직접 제공자 후보군 …… 83
[표 21] 잠재적인 모자보건 프로그램의 사업수행기관 …… 87
[표 22] 모자보건 프로그램 사업수행기관(PMC)의 역할 …… 88
[표 23] 프로젝트 모니터링 계획의 예시 …… 96
[표 24] 모자보건 프로그램 성과물의 정리 및 기록 방법 …… 106
[표 25] 가족계획보급 및 생식건강 프로그램의 내용 및 교훈 …… 114
[표 26] 산전, 출산, 산후관리를 위한
임산부 Care 프로그램의 내용 및 교훈 …… 123
[표 27] 신생아 관리 프로그램의 내용 및 교훈 …… 133
[표 28] 예방접종 관리 프로그램의 내용 및 교훈 …… 144

그림 목차

[그림 1] 모성사망율의 원인 ····· 21
[그림 2] 숙련된 조산요원 의해 도움을 받는 출산비율 ····· 22
[그림 3] 5세 이하 아동의 주요 사망원인 ····· 23
[그림 4] 모성 건강의 세 가지 지연요인 모델 ····· 24
[그림 5] 지속적이고 포괄적인 모자보건관리 ····· 25
[그림 6] 보건의료 체계의 6가지 구성 요소 및 달성 목표 ····· 27
[그림 7] 보건의료 시스템 강화 ····· 27
[그림 8] 성공적인 모자보건 ODA 프로그램을 운용하기 위한 기반 ····· 52
[그림 9] 사업지역 보건시스템 지도 그리기 예시 ····· 75

글상자 목차

[글상자 1] 에티오피아 아르시 가족계획 및
모자보건 사업(2008~2010) ····· 37
[글상자 2] 과테말라 치말테낭고 모자보건(2007~2009) &
모자보건 역량강화 사업(2010~2012) ····· 38
[글상자 3] 도미니카 공화국 미성년 임신방지 사업 및
여성보건환경 개선사업(2008~2011) ····· 39
[글상자 4] 방글라데시 UNICEF 가정방문 중심의 산모 및
신생아 보건증진사업(2010~2013) ····· 40
[글상자 5] 보건의료 ODA 분절화의 문제점 ····· 58
[글상자 6] 모자보건 프로그램의 분쟁화 해결 방안 ····· 59
[글상자 7] CPS 중점분야로서 보건의료 분야 고려 시 점검 항목 ····· 68
[글상자 8] 모자보건 활동 중 우선순위 결정 방법 ····· 82
[글상자 9] 모자보건 프로그램 계획의 예(가나 모자보건 프로그램) ····· 84
[글상자 10] 모자보건 프로그램의 기자재 공급 사례와 교훈 ····· 92
[글상자 11] 모자보건 프로그램 평가 사례 ····· 97

[보고서를 처음부터 끝까지 읽을 시간이 없는 분들을 위하여]

Quick reader를 위한 가이드 라인

본 보고서는 KOICA 프로그램 담당자들이 보다 원활하게 모자보건 프로그램을 수행하기 위하여 만들어 졌습니다. 당연히 일차적인 독자는 44개 개발도상국 현지사무소에서 열심히 일하고 있는 사무소 직원들과 지역부서에서 업무에 바쁜 지역담당자들을 위하여 만들어 졌습니다. 물론 많은 시간이 있어서 처음부터 끝까지 보고서를 읽는다면 좋겠지만 그 만큼 한가하지 않은 것이 현실입니다.

KOICA 현장 사무소에 계신 분들은 앞에 부분은 천천히 보시고 7장 모자보건 프로그램을 위한 고려사항 중 선택단계의 고려사항, 준비 단계의 고려사항을 먼저 보시길 바랍니다. 현장에서 협력국과 협의하시다 보면 과연 모자보건을 중점협력 프로그램으로 넣어야 할지? 말아야 할지? 를 고민할 때 도움 받으실 수 있을 것입니다. 또한 준비단계의 고려사항을 보면서 실제 사업 지역의 현황을 파악하면 모자보건 프로그램의 실제 필요성과 어떠한 파트너와 함께 협력해야할 지 파악하실 수 있습니다. 실제 사업들은 어떠한 방식으로 협상 가능할까를 보고 싶으실 때는 8장의 모자보건 모델 프로그램의 네 가지 모듈을 보시고 모듈활용법과 사업개요서, PDM 샘플을 통해서 구상해보시는 것도 도움을 받으실 수 있습니다.

KOICA 지역담당자 분들은 모자보건에 관련된 프로그램이 협력국에서 요청 되어지면 사전 타당성 조사부터 고민에 빠지게 됩니다. 사전 타당성 조사를 실시하기 전에는 7장 모자보건 프로그램의 준비단계를 꼼꼼히 보시고, 실시협의 단계에서는 계획단계를 꼼꼼히 보시고, 집행계획 수립 시에는 실행단계를 꼼꼼히 확인하여 작성하시길 바랍니다. 이러한 단계마다 고민을 덜기 위해 모듈 별 사업개요서와 PDM을 첨부하였으니 참고하시고 사전조사 보고서, 실시협의 보고서, 집행계획의 목차 샘플을 첨부하였으니 활동하는 모자보건 전문가와 함께 보고서 작성 시 활용하시길 바랍니다.

KOICA 각 국가별 CPS 수립 담당하시는 분들도 각 나라별로 보건의료를 중점분야로 선정하여야 할지, 모자보건 프로그램을 실행계획에 넣어야 할지 고민을 하게 됩니다. 7장 모자보건 프로그램의 고려사항 중에서 보건의료를 중점분야로 넣어야 할지

결정할 때는 선택단계, 실행계획에 모자보건 프로그램을 넣어야 할지 결정할 때는 준비단계 및 계획 단계를 참조하면 도움을 받을 수 있습니다.

KOICA 정책부서에 계신 분들이나, KOICA의 모자보건 사업의 현황을 알고 싶으신 분들은 4장 KOICA의 모자보건 지원 현황 및 전략 부분을 읽어 보시면 확인하실 수 있습니다.

해외개발협력을 하는 CSO분들이나 기업체의 사회공헌활동을 하시는 분들이라면 이 보고서에 기록된 많은 내용들이 KOICA의 프로세스를 염두에 두고 작성한 것이라 그대로 활용하기는 부적절하나, 참고하실 수 있는 부분이 2장 모자보건이란 무엇인가, 5장 모자보건 프로그램을 위한 국내 기반 분석, 7장 모자보건 프로그램을 위한 고려사항을 보시면 개발도상국에서 보건의료 사업을 할 때 참고할 만한 사항을 보실 수 있습니다.

모자보건에 관심이 많은 학생들이라면 2장 모자보건이란 무엇인가, 3장 모자보건 향상을 위한 국제기구의 전략, 4장 KOICA의 모자보건 지원 현황 및 전략 부분을 읽어 보시면 전반적인 모자보건의 흐름에 대해서 간략하게 이해하실 수 있습니다. 물론 자세히 알고 싶다면 지금도 쏟아져 나오는 모자보건에 대한 방대한 자료들을 확인하셔야 할 것입니다.

지금도 개발도상국 현지에서 봉사활동을 하는 World Friends KOREA 봉사단원 분들이 현지에서 열악한 보건의료 현실을 보고 어떠한 방식으로 활동기관 및 지역사회에 도움을 줄 수 있을지 고민할 때는 7장 모자보건 프로그램을 위한 고려사항 중 계획단계, 실행단계를 확인하시고 8장에 소개되어 있는 다양한 활동 중에서 지역사회에서 실현가능하고 지속가능한 일들을 실행하시길 바랍니다.

모자보건 정책 결정자 분들은 2장 모자보건이란 무엇인가? 4장 KOICA의 모자보건 지원 현황 및 전략 5장 모자보건 프로그램을 위한 국내기반 분석을 참고하시길 바랍니다.

그래도 시간이 없으신 분들은 첨부된 [요약]을 읽어보시길 바랍니다.

요 약

모자보건을 가장 단순하게 정의한다면 모성과 아동에 관련된 보건으로 정의할 수 있다. 모성은 임신과 출산이 가능한 초경 이후의 청소년부터 폐경 이전의 여성으로 잠재적으로 어머니가 될 수 있는 모든 여성을 뜻한다. 또한 모성 보건이라 함은 이러한 모성을 대상으로 신체적, 정신적, 사회적으로 건강한 임신과 출산을 위하여 행하여지는 보건서비스로 정의될 수 있다. 아동은 연령에 따라서 출생 후 4주 이하의 신생아(Neonate), 출생 후 1세 이하의 영아(Infant), 출생 후 5세 이하의 유아를 포함하는 개념이며, 아동 보건은 이러한 아동이 신체적, 정신적, 사회적으로 건강한 성장을 할 수 있도록 행하여지는 보건서비스로 정의될 수 있다. 전통적으로 모자보건(Maternal & Child Health)이라고 쓰이던 개념은 그 의미와 지향하는 바에 따라서 생식-모성-신생아-아동보건(RMNCH / Reproductive Maternal Neonatal Child Health) 이라는 보다 넓고 목적 지향적인 방향으로 나아가고 있다. 결론적으로 모자보건은 “모성의 건강한 임신 및 출산과 아동의 건강한 성장을 위한 서비스”로 정의될 수 있다.

위와 같이 모자보건을 정의한다 하더라도 어떠한 활동을 모자보건 활동인지 아닌지 명확하게 구분하는 것은 쉽지 않다. 좁은 의미의 모자보건 활동은 모성의 가족계획, 산전 진찰, 출산, 산후관리, 아동의 신생아 처치 및 수직감염 예방, 예방접종, 모유수유, 영양관리, 말라리아, 폐렴, 설사 등의 적절한 처치와 이러한 것들을 직접적인 목표로 하고 있는 프로젝트, 교육, 상담, 연구를 포함한다. 넓은 의미의 모자보건 활동은 모성과 아동의 건강 향상을 위하여 직접적 영향을 미치는 행위 뿐만 아니라 간접적이지만 밀접한 연관을 보이는 보건활동을 말하며 안전한 식수보급, 감염병 관리, 위생적 환경 관리, 보건의료 시스템 개선 등이 포함된다.

국제적인 모자보건 현황을 살펴보면 매년 1억 3천 7백만의 부부들이 터울을 늘리고 출산을 제한하기 원하나 피임을 하지 못하고 있다. 이로 인해 매년 8,700만 건의 예상치 못한 임신이 일어나고 있으며 이중 절반이 인공임신중절로 이어지며, 그 중 1,800

만 건이 불안전한 환경에서 시술되고, 매년 6만 8천여 명의 여성이 불안전한 인공임신중절로 목숨을 잃고 있다. 또한 매년 35만 8천명의 모성이 임신과 출산으로 인해 사망하고 있다. 아동 보건 상황도 심각하다. 2010년 MDG 보고서에 따르면 2008년 약 8백 8십만 명의 아동이 5세 이전에 사망하였으며, 매년 3백 7십만 명의 신생아가 생후 1달 이내에 사망하고, 이는 1세 이하 아동 사망의 60%, 5세 이하 아동사망의 40%를 차지하고 있다.

이렇게 모자보건이 열악한 것은 산모가 전문인력이 있는 위생적인 보건의료 시설에서 분만을 하지 않기 때문이다. 하지만 개발도상국의 열악한 현실을 자세히 관찰해 보면 산모가 출산 시 발생할 수 있는 어려움이 어떤 것이 있는지 모르고, 이러한 어려움들을 보건소에 가면 도움을 받을 수 있다는 사실을 모르며, 여성의 낮은 사회적 지위로 보건소에 갈 엄두도 못 내고 있고, 특히 산모의 남편이 남자의사 또는 다른 보건소 여성 보건의료 인력에게 자기 부인을 보이고 싶어 하지 않아서 출산 시 시설을 방문하지 않는다는 것이 첫 번째 이유이다. 이러한 모자보건에 대한 적절한 인식이 부족하여 수요가 가려진 것이다.

둘째로는 만약 보건소에 가서 아이를 낳고자 하여도 급박한 산통이 발생하였을 경우 주변에 보건시설이 없거나, 보건시설이 있어도 너무 멀어서 자동차나 오토바이 없이는 방문할 수 없기 때문에 출산 시 시설을 이용하지 못한다. 또한, 보건소에 도착하더라도 보건소에는 아이를 받을 수 있는 분만 전문의나 조산사가 없고 분만을 편하게 유도할 수 있는 분만실이나 분만대가 없고, 출산 시 감염을 예방할 수 있는 소독된 기구들이 없으면 애써서 보건소까지 온 산모는 제대로 된 서비스를 받을 수 없게 된다. 이러한 이유로 필수적인 모자보건서비스 수요증진, 보건의료 전달 시스템 구축, 양질의 의료 서비스 제공은 모자보건 서비스 증진에 있어 중요한 의미를 갖는다.

이러한 상황을 개선하기 위하여 가족계획과 안전한 출산을 포함한 모성건강과 신생아 건강, 영유아 건강은 임신 전, 임신, 출산, 신생아 및 영유아시기를 거치는 '지속적이고 포괄적인 모자보건 관리(continuum of care)'라는 개념이 더욱 중요하게 여겨지고 있다. 이를 위해 출산을 위한 가족계획과 함께 임신, 출산, 산후관리를 위한 모성보건 및 신생아 건강, 영유아 건강에 관련된 노력과 프로그램을 일직선 상의 지속

되는 연장선의 개념으로 다루고자 하고 있다. 이러한 시간적 개념의 연장선뿐만 아니라 돌봄의 장소에 있어서 가정, 지역사회 그리고 보건소와 지역병원을 포함한 의료시설로 이어지는 장소의 개념에서의 연장선상에서의 돌봄이 중요하게 다루어지고 있으며, 이를 위해 포괄적인 측면에서 가정-지역사회-의료시설을 연계하는 의료체계 강화의 중요성이 강조되고 있다.

모자보건의 중요성이 강조됨에 따라 WHO, UNICEF, UNFPA 등 국제기구에서도 모자보건에 대한 중점 전략을 제시하고 있다. 또한 KOICA에서도 이에 발맞추어 협력국의 모자보건 향상을 위하여 일반적인 보건소 시설 및 병원 보다는 모자보건에 집중된 인프라 지원을 시작하게 되었다. 모자보건센터 지원을 통한 시설 분만 증가와 아동병원 지원을 통한 응급분만 및 난산 시 후송할 수 있는 전원체계의 구축을 위해 노력하였고, 분만에 필수적인 분만대 및 분만관련 장비를 집중적으로 지원하여 의료시설에서의 분만이 가능할 수 있도록 지원하였다. 이러한 시설과 장비의 지원과 더불어 국내 초청연수를 통하여 모자보건 시스템을 운영하는 현지 인력들의 역량강화를 도모하였다. 2000년대 중반 이후부터는 가족계획 프로그램(에티오피아), 조산사 양성 및 산파 교육 프로그램(과테말라), 청소년 성교육 및 생식보건(도미니카 공화국), 가정방문 중심의 임산부 및 신생아 관리(방글라데시), 아동 예방접종 프로그램(DR 콩고), 모자보건 서비스 제공을 위한 모자보건센터 및 병원 건립(라오스, 캄보디아) 등으로 협력국의 수요에 맞추어 모자보건 관련 시설과 장비를 제공하는 것과 더불어 직접적으로 모자보건 향상을 이룰 수 있는 활동에 중점적으로 지원하고 있다.

이를 더욱 향상시키기 위하여 KOICA 보건의료 중기 전략(2011~2015)에 개발도상국 주민의 건강한 삶을 통하여 지속가능한 발전에 기여한다는 비전을 가지고, 여성과 아동을 주요 Target group으로 선정하였으며, 보건의료 시스템 강화를 통하여 개발도상국 자체적으로 취약계층에게 필수적인 보건의료서비스를 제공할 수 있도록 기여하는 것을 목표로 삼고 있다. 이를 위해 보건의료 전략의 다섯 가지 전략목표 중 하나로 모자보건 및 가족계획 향상을 제시하고 있으며, 중점 프로그램으로 가족계획 보급 및 생식 건강향상, 임신 및 출산 관리 향상, 아동 보건 향상, 임산부 및 아동 영양 향상을 프로그램화하여 추진하고 있다.

개발도상국에서 모자보건 사업을 추진할 때 그 지역 모자보건의 개괄적인 상황을 파악하는 것도 중요하다. 이를 위해서 KOICA 모자보건 Index K는 각 국가의 상황을 빠르고 단순 파악하기 위해서 만들어졌다. 모성 보건의 상태를 파악할 수 있는 모성사망비, 5세 이하 아동 보건 현황을 나타내는 5세 이하 아동사망률, 영양실조 비율, 사회경제적 젠더 현황을 반영하기 위한 초·중등학교 성별 등록비율을 활용하여 파악할 수 있도록 고안하였다. 이 지표가 해당 국가 모자보건의 모든 현황을 정확히 반영하는 것은 아니지만 개략적인 현황을 파악할 때 참조할 수 있다. 모자보건 프로그램이 시급한 국가들은 모자보건 Index (K)가 11-14에 포함되는 국가들로 중점협력국에서는 DR 콩고, 에티오피아, 모잠비크, 카메룬, 르완다가 포함된다. 물론 모든 지역이 그렇지는 않지만 전반적으로 정부의 보건시스템이 기능하지 못하며, 심각한 수준의 영양실조를 보이고, 교통 인프라의 부족으로 보건의료 서비스에 대한 접근성이 매우 열악하다. 특히 여성의 의사결정 환경이 열악하여 서비스 자체를 받기 힘들다. 물론 이러한 나라들의 일부 대도시에는 어느 정도 민간시스템을 활용한 보건의료 서비스가 가능하지만 대부분의 환경은 매우 열악하다.

적극적인 모자보건 프로그램이 필요한 국가들은 모자보건 Index (K)가 10-8에 포함되는 국가들로 중점협력국에서는 동티모르, 파키스탄, 나이지리아, 방글라데시, 캄보디아, 라오스, 우간다가 해당된다. 일반적으로 정부의 보건시스템은 구축되어 있지만 적절한 기능은 하지 못하는 정도이며 일부 도시지역을 중심으로 모자보건 서비스가 가능하나 서비스의 질은 충분하지 못하다. 중등도의 영양실조 상태를 보이나 여전히 여성의 의사결정 환경은 열악하다. 군단위의 보건센터는 부분적으로 기능하나 그 하부단위는 기능하지 못한다.

모자보건 프로그램이 필요한 국가들은 모자보건 Index (K)가 7-5에 해당되는 국가들로 중점협력국에서는 볼리비아, 네팔, 가나, 몽골, 솔로몬군도, 파라과이, 인도네시아가 포함된다. 일반적으로 중앙정부 및 지방정부의 보건시스템이 구축되어 있으며 적절한 기능을 하여 district 단위의 Health center가 잘 기능하고 있다. 하지만 그 하부단위의 Health post는 기능하지 못하고 있는 상태이며 일부 모자보건 서비스는 불가능하다. 특히 일부지역은 서비스의 접근성이 떨어지고 모자보건 서비스의 질도 충분하지 못하다.

모자보건이 비교적 양호한 국가들은 모자보건 Index (K)에 4점 이하에 해당되는 국가들로 중점협력국에서는 페루, 콜롬비아, 아제르바이잔, 우즈베키스탄, 필리핀, 스리랑카, 베트남이 있다. 일반적으로 이러한 국가에서는 중앙정부 및 지방정부의 보건시스템이 원활히 구축되어 적극적으로 기능하고 있으며 대부분의 모자보건 서비스가 가능하고 Health Post까지 비교적 좋은 접근성을 보인다. 하지만 그 서비스의 질은 양호하지 못하며, 신생아 집중관리 등 최신 의료 서비스는 불가한 경우가 많다.

우리나라는 1973년 모자보건법 제정과 함께 1960~70년대에 각 지역 보건소에 모자보건요원을 파견하여, 이들이 각 가정을 방문해 안전한 분만을 할 수 있도록 분만 서비스를 제공하였으며, 이후 보건진료원 제도 등을 통한 지역사회 보건요원의 모자보건 사업 추진과 보건소-보건지소체계 확립 등을 통해 모자보건 관련 기초 보건서비스 제공을 위한 1차보건 의료 기반의 체계를 갖추어 나갔다. 이를 통해 성공적으로 5세 이하 아동사망률의 감소를 이루었으며 현재 5세 이하 아동사망률은 5명/1,000 live birth로 1960년에는 70명/1,000 live birth에 비하여 1/14 수준으로 감소하였으며, 세계에서 가장 낮은 수준을 보이고 있다. 이러한 경험을 바탕으로 개발도상국의 모자보건향상과 이를 통한 5세 이하 아동사망률 감소 및 모성사망률 감소에 대한 큰 역할을 할 수 있을 것이다.

현재 우리나라의 무상원조는 30여개 이상의 부처와 기관에서 시행하고 있어 분절화의 정도는 매우 높은 수준이며 모자보건 프로그램에도 이러한 분절화의 모습을 보이고 있다. 특히 보건복지부 산하 정부출연기관인 국제보건의료재단(KOFIH)은 모자보건 프로그램을 정부예산으로 직접 수행하면서 KOICA를 통해 수행하는 모자보건 프로그램과는 별도로 예산배정부터 전략수립, 사업선정, 사업실행 등을 시행하고 있다. 보건복지부와 국제보건의료재단(KOFIH)의 ODA참여가 개발협력 사업의 효과를 항상 저해하는 것만은 아니며, 보건복지부가 보유한 전문성, 인력을 모자보건 ODA에 적극적으로 활용해야 한다.

하지만 현재 수행하고 있는 방식처럼 외교부-KOICA를 활용한 체계와 보건복지부-KOFIH를 활용한 체계로 이원화시켜 별도의 체제로 인정하는 것은 모자보건 국제개발협력에 전혀 도움이 되지 않는다. 이러한 분절화의 문제점을 해결하기 위한 방식

으로 양측의 사업을 물리적으로 연계시키는 것은 오히려 이러한 분절화를 고착화시킬 우려가 있다. 이를 일원화하기 위해선 현재 외교부-KOICA 중심으로 운영되는 무상-ODA 시스템에 보건복지부와 국제보건의료재단이 일원화된 시스템 내에서 참여할 수 있도록 보건복지부와 국제보건의료재단의 사업 참여 기회를 확대하는 시스템을 만들어야 한다.

위에 논의된 모자보건의 정의, 국제기구의 모자보건 전략, 국내적인 상황, KOICA의 20년간 모자보건에 대한 노하우를 정리하여 모자보건 프로그램의 선택 단계, 준비단계, 계획단계, 실행단계 별로 나누어 모자보건 프로그램을 담당할 현장사무소, 프로그램 담당자, 정책담당자가 참고할 수 있도록 보다 실질적으로 정리하는 것이 필요하다.

먼저 모자보건 프로그램의 선택단계에서는 국별협력전략(CPS)에 모자보건 프로그램을 포함시켜야하는지를 결정하여야 한다. 여러 요소를 고려해 볼 수 있겠지만 협력국의 새천년개발목표(MDGs) 달성 현황 및 전망, 협력국 국가개발계획 및 빈곤감소계획, 협력국의 보건분야 개발전략, 보건분야 공여국의 Joint Annual Review, 협력국 보건분야 지표 추이와 현황(특히 모자보건 관련 지표), 보건분야 다자기구의 지원전략 및 지원현황(WHO, UNICEF, UNFPA, Global Fund, GAVI), 주요 양자 간 기구들의 보건분야 지원전략 및 현황, KOICA의 보건분야 지원 전략, 진행 중인 사업 현황과 전망, 공관 및 KOICA 사무소(현장)의 의견 등이 종합적으로 검토된 후 최종적으로 협력국의 보건부와 협의하여 모자보건 프로그램을 기획하여야 한다. 하지만 기존에 개발된 국별협력전략(CPS)에 모자보건 프로그램이 없다면 모자보건 프로그램을 실행하지 않는 것이 좋다. 또한 사무소는 국별협력전략(CPS)에서 보건의료 분야가 중점분야로 정해지고 모자보건이 실행계획으로 선정된 경우엔 지속적으로 보건분야 공여국 회의에 참여해서 모자보건 프로그램의 기획과 모니터링에 관여해야 한다.

준비단계에서는 모자보건 프로그램이 국별협력전략(CPS)에 중점 프로그램으로 포함되면 그 국가 또는 지역의 보건의료 시스템과 모자보건 프로그램이 어떤 상황인지 명확하게 조사와 평가(Assessment)하는 것이 필요하다. 모자보건의 상황을 평가할 때는 모자보건 프로그램이 운영되기 위한 보건의료 시스템이 어떠한 상황인가를 조사해야 한다. 보건의료 시스템에 대해서는 WHO, USAID 등 여러 기관에서 분류해 놓았지만

일반적인 보건의료 지표와 보건의료 6가지 구성요소(보건의료 서비스 제공, 보건의료 인력, 정보, 의료용품 및 의약품, 보건의료 재정, 거버넌스) 별로 자세한 정보가 필요하며, 공여자 지도 그리기, 사업지역 보건의료 시스템 지도 그리기 등이 필요하다.

계획단계에서는 모자보건 프로그램을 실시하기로 결정했고 어느 지역에서 실시할 것이 정해졌다면 이제는 무엇을 어떻게 할 것인가를 결정해야 한다. 이러한 과정은 결코 단기간에 쉽게 결정될 수가 없고 충분한 시간동안 모든 가능한 모자보건에 관련된 사람들과 협의를 통해서 계획이 되어져야 한다. 지원을 하는 방식은 직접 예산 지원 방식(Bugget support system), 공동 지원 방식(Basket support system), 직접 지원 방식으로 나누어 생각해 볼 수 있으며 이 중 직접 수행하는 방식에서는 프로그램의 목적을 명확히 설정하고 그 목적에 논리적인 체계를 구성하여 PDM(Project Design Matrix)를 만들어야 한다. 이를 위하여 그 목적을 달성하는 것에 가장 필요한 구체적인 사업의 내용을 기획하고 사업의 세부활동들을 고안해야한다. 사업 지역에서 '수많은 모자보건 사업 중 무엇을 할 것인가?'를 알기 위해서 '왜 모자보건 상황이 나쁜가?', '어떠한 필수 모자보건 서비스가 제공되지 않고 있나?', '이에 대한 협력국 또는 타공여기관은 어떠한 대책을 가지고 있나?'를 고민해야 한다.

무엇을 할 것인가 결정이 되면 다음 단계로 어떻게 할 것인가를 결정해야 한다. 이를 위해서 모자보건 프로그램을 운영할 때에는 직접적인 서비스 제공을 누가 할 것인가를 결정하는 것이 가장 먼저 해야 할 일이다. 일정관리는 모자보건 프로그램의 특성 상 장기적이고 지속적인 활동에 의해 성과가 나타나기 때문에, 장기적인 계획에 따른 단계적인 활동을 통해서 구축해 나갈 필요가 있다. 각각의 단계는 프로그램 기반 형성 및 구축기, 시범 프로그램기, 프로그램 정착기, 프로그램 확장기로 구성을 하는 것이 바람직하며 각 단계는 최소한 1~2년 이상이 되도록 일정 계획을 잡는다. 또한 사업을 계획할 때는 이러한 활동이 얼마만큼의 예산이 소요되는지 파악하는 것이 중요하다. 만약 예산이 정해져 있다면 이러한 예산으로 얼마만큼 기간 동안 어느 정도의 인구집단을 대상으로 모자보건 프로그램을 운용할 수 있을 지를 역으로 예측할 필요가 있다. 예산을 산출할 때에는 실제 Activity 별 투입요소가 무엇인지 파악하고, 각각의 투입요소 별로 얼마만큼의 예산이 소요될지를 예상하여야 한다. 예산 배정을 위해 가장 좋은 방법은 실제 동일한 지역에서 시행했던 유사한 프로그램을 찾아 어느

정도의 예산이 소요되었는지 파악하고 참고해서 작성하는 것이다.

실행단계에서는 실제적으로 모자보건 프로그램을 실행하면서 사업수행기관 선정, 건축, 기자재 지원, 모니터링 및 홍보 등을 고려해야 한다. 모자보건 프로그램의 잠재적인 사업수행기관으로는 모자보건 전문가를 보유한 보건의료 전문기관은 모두 수행가능하다. 실제적으로 사업수행기관(PMC)의 역할은 KOICA를 대신해서 현장에서 직접적으로 모자보건 서비스를 제공하거나, 모자보건 교육 프로그램을 진행하거나, 주민들의 인지강화를 시키는 현지 인력을 관리하고 활동을 모니터링하는 역할을 하게 된다. 이러한 역할을 위해선 모자보건 프로그램 국내 사무소 및 모자보건 프로그램 현장 사무소를 운영하는 것이 필요하다. 또한 모자보건 프로그램 내 보건의료 시설물 건축을 고려할 때는 보건의료 시설물의 지속가능성에 대한 평가(Assessment)가 반드시 필요하다. 이러한 평가없이 모자보건 프로그램에 시설물이 먼저 투입되는 것은 운용에 큰 어려움을 겪을 수 있다. 시설물의 투입은 주민들의 모자보건 서비스에 대한 수요증진과 이러한 서비스를 공급할 수 있는 적절한 인력양성, 서비스 제공을 위한 지속가능한 재정적 지원이 가능하다고 판단될 때 지원이 이루어져야 한다. 또한 모자보건 시설물 지원은 건축적인 면뿐만 아니라 지역사회의 보건학적 관점에서도 검토되어야 한다. 아울러, 모자보건 프로그램 내 기자재 공급은 첫째, 꼭 필요한 장비를 지원해 주어야 한다, 둘째, 개발도상국의 현실을 고려한 기자재를 제공해야 한다, 셋째, 가능하면 유지비가 들지 않는 기자재 위주로 공급해주어야 한다는 원칙을 지키도록 해야 한다.

모자보건 프로그램의 궁극적인 목적은 사업지역의 모성과 아동이 건강하게 삶을 유지할 수 있게 하는 것이다. 하지만 이러한 모자보건 프로그램을 지속적으로 지원하기 위해선 적극적인 성과 관리와 홍보가 필요하다. 특히, 사업지역에서의 홍보, 사업지역 정부관계자를 대상으로 한 홍보, 국내 국민을 대상으로 한 홍보, 국내 정책결정자를 대상으로 한 홍보, 사업 성과물의 정리 및 기록으로 나누어 철저히 시행되어져야 한다.

위에서 언급한 선택단계, 준비단계, 계획단계, 실행단계를 거쳐 KOICA의 모자보건 프로그램으로 적절한 4가지의 프로그램 모듈을 제시한다. 4가지 모자보건 프로그램 모듈은 가족계획 보급 및 생식건강 향상, 안전한 임신 및 출산, 신생아 관리, 예방접종 관리로 구성되어 있다. 이 모듈들은 여러 상황에서 개발도상국에서 모자보건 관련 사업 시 활용할 수 있는데, 먼저 국별협력전략(CPS)를 작성하면서 협력국의 보건의료

관련 지표가 좋지 않거나, 기타 여러 가지 이유로 보건의료 분야를 중점분야로 선정하였는데 구체적으로 보건의료에서 뭘 할지 모를 때 활용할 수 있다. 또한, 사업담당자 또는 사무소에서 사업을 기획할 때 활용 가능하다. 특히 각각의 모듈에는 2~3개의 달성 가능한 outcome이 있고 각각의 output 마다 3~6개의 Activity가 있어 이러한 activity가 하나의 사업내용이 될 수 있다. 단, 하나의 사업을 구성하는데 한 가지 모듈의 모든 내용을 모두 할 필요는 없다. 한 모듈에서 A라는 Activity와 다른 모듈에서 B라는 Activity를 조합하여 새로운 프로젝트로 구성할 수도 있다. 이러한 조합을 활용하여 만들어 놓은 사업개요서 샘플과 PDM 샘플을 참조해서 실제 사업 계획에 활용할 수 있다. 마지막으로 비슷하고 유사한 예전 사업을 할 때는 어떤 문제점들이 있었을까 확인할 때 사용할 수가 있다.

모자보건의 궁극적인 목적은 “모성의 건강한 임신 및 출산과 아동의 건강한 성장을 위한 서비스”를 통한 아동과 모성의 행복에 있다. 이러한 아동과 모성의 행복을 위해선 보건뿐만 아니라 다양한 사회적 문화적 요소들이 뒷받침 되어야 한다. 특히 여성의 의사결정 능력과 여성의 사회적 지위 향상은 필수적인 요소임을 명심해야 한다. 한 가지 더 명심해야 할 것은 어디까지나 개발협력의 주체는 협력국의 지역사회라는 점이다. 지속가능한 모자보건 시스템을 완성하기 위해선 어디까지나 외부에서의 개입은 지역사회 주체들의 역량강화에 집중되어져야 하고 직접적인 서비스의 제공은 협력국의 시스템을 활용해야 한다는 것을 명심해야 한다.

제1장. 서 론

1. 연구 배경 및 목적

한국국제협력단은 1991년 4월 정부차원의 대외무상협력사업을 전담 실시하는 정부출연기관으로 설립된 후 다양한 보건의료 분야 협력을 진행하여 왔다. 1992년 페루에 보건의료 프로젝트로는 처음으로 제1 한·페 의료센터가 건립된 것을 시작으로 더욱 활성화되어, 보건의료 분야 프로그램은 2010년 연간 예산 890억 원에 70여 건의 프로그램이 운영될 정도로 양적인 성장을 거듭하였다.

이러한 양적인 성장과 더불어 질적인 성장도 거듭나고 있어, 1990년대 단순 의료기자재 제공과 보건소 지원 사업에서 2000년대 이후에는 개발도상국의 다양한 보건의료 수요와 2000년에 발표된 새천년 개발목표 중 보건의료 분야의 목표를 달성하는데 기여하기 위하여 여러 보건의료 세부분야를 지원하게 되었다. 예를 들면 MDG6인 전염성 질병의 예방과 관리를 위해서 한-중 기생충 관리사업, 아세안 6국의 일본뇌염 예방 및 백신개발사업, 니제르 뇌수막염사업, DR 콩고 말라리아 퇴치 역량강화사업 등 다양한 전염성 질병 개선을 위한 프로그램들이 운영되었다. 이와 더불어 MDG7의 세부 목표인 안전한 식수를 공급하기 위한 프로그램들도 활발하여 페루 식수개발 및 상수도 사업, 몽골 식수개발사업뿐만 아니라 케냐, 탄자니아, 에티오피아 등 아프리카에서도 깨끗하고 안전한 물 공급을 통해 안전한 보건환경을 구축하기 위해 힘써 왔다.

그 중에서도 가장 중점적으로 추진해 온 분야는 모자보건이라고 할 수 있겠다. 새천년 개발목표(MDGs)이 발표되면서 아동사망률 감소를 목표로 하고 있는 MDG4와 모성사망률 감소를 목표로 하고 있는 MDG5가 모자보건 향상을 위한 전 세계적인 목표로 수립되었다. KOICA도 이에 발맞추어 협력국의 모자보건 향상을 위하여 일반적인 보건소 시설 및 병원 보다는 모자보건에 집중된 인프라 지원을 시작하게 되었다. 모자보건센터 지원을 통한 시설 분만 증가와 아동병원 지원을 통한 응급분만 및 난산시 후송할 수 있는 전원체계의 구축을 위해 노력하였고, 분만에 필수적인 분만대 및

분만관련 장비를 집중적으로 지원하여 의료시설에서의 분만이 가능할 수 있도록 지원하였다. 이러한 시설과 장비의 지원과 더불어 국내 초청연수를 통하여 모자보건 시스템을 운영하는 현지 인력들의 역량강화를 도모하였다.

2000년대 중반 이후부터는 가족계획 프로그램(에티오피아), 조산사 양성 및 산파 교육 프로그램(과테말라), 청소년 성교육 및 생식보건(도미니카 공화국), 가정방문 중심의 임산부 및 신생아 관리(방글라데시), 아동 예방접종 프로그램(DR 콩고), 모자보건 서비스 제공을 위한 모자보건센터 및 병원 건립(라오스, 캄보디아) 등 협력국의 수요에 맞추어 모자보건 관련 시설과 장비를 제공하는 것과 더불어 직접적으로 모자보건 향상을 이룰 수 있는 활동에 중점적으로 지원하고 있다.

국제사회에도 새천년 개발목표(MDGs)의 목표를 달성하기 위해서 다양한 활동을 전개하였으나 2008년 시행한 새천년 개발목표 중간점검을 살펴보면 기대와는 달리 5세 이하 아동사망율과 모성사망비는 목표 달성이 불가능할 것으로 예상이 되었다. 이에 따라 국제사회는 2010년 캐나다에서 열린 G8 정상회담에서 Muskoka Initiative를 발표하며 모자보건에 대한 국제사회의 관심과 지원을 촉구하였고, 이를 바탕으로 2010년 9월 UN MDG 정상회의에서 “Global Strategy for maternal and child health”를 발표하며 전 세계적으로 예측가능하고 지속가능한 모자보건 달성을 위한 노력을 다시 한 번 촉구하였다.

우리 정부도 이에 적극 협력할 뜻을 표하고 모자보건에 더욱 집중적으로 지원할 계획을 수립하였다. 이를 위해서 KOICA는 보건의료분야 중기지원전략(2011~2015)에서 모자보건을 중점적으로 지원하기로 결정하고 KOICA의 25개 중점 프로그램 중 하나로 모자보건 프로그램을 선정하였다. 이를 위해서 모자보건 프로그램을 향후 어떠한 방향과 어떠한 방식으로 운영해 나갈 것인가에 대한 고민을 하게 되었다.

이 연구 보고서는 모자보건에 대한 전문가가 아니라 개발협력에 대한 전문가인 프로그램 담당자 및 현장 관리자에게 모자보건에 관한 국제적인 경향과 공통된 합의에 대하여 이해하기 쉽게 설명하고, 다양한 국제기구들이 모자보건에 대하여 어떠한 방향으로 접근하고 있는지 제시하여 모자보건 국제협력에 대한 경향을 이해하도록 돕고, 실제적으로 모자보건 프로그램을 기획하고 실행할 때 도움을 주기 위해서 작성이 되었다.

2. 연구 방법 및 보고서의 구성

본 연구 보고서의 2장과 3장에서는 모자보건 프로그램을 주도적으로 시행하는 WHO, UNICEF, UNFPA 등의 다자기구와 USAID, JICA, DFID 등 양자기구 등에서 발표한 문헌을 통하여 국제사회에서 통용되는 모자보건의 개념정립과 국제적인 모자보건의 현황 및 관련된 논의를 정리하였다. 또 이러한 상황에서 모자보건의 전략, 정책, 집행, 평가 등에 많은 영향을 끼치는 국제기구들의 전략에 대해서 정리하여 각각의 기관들과 향후 협력방법에 대한 기본 자료로 사용할 수 있도록 제시하였다.

4장과 5장에서는 지난 20년간 KOICA에서 시행한 모자보건 프로그램에 대한 개괄적인 설명과 함께 향후 모자보건 프로그램 지원 전략에 대해서 설명을 하였고, 각 국가별 모자보건의 현황뿐만 아니라 개발도상국에서 모자보건 프로그램을 운영할 때 협력 가능한 국내 파트너들의 역량 분석 및 향후 협력 방안에 대해서 기술하였다.

6장과 7장에서는 모자보건 프로그램을 운영할 때 고려해야 하는 젠더 이슈와 선택단계, 준비단계, 계획단계, 실행단계에서 실제적으로 사업담당자 및 현장사무소가 고민해야 할 내용에 대해서 단계별로 기술하였다.

8장에서는 지금까지 KOICA에서 시행했거나 시행 중인 모자보건 프로그램을 고려하여 우리나라가 시행 가능한 형태의 모자보건 프로그램을 가족계획 프로그램, 안전한 임신 및 출산관리 프로그램, 신생아 관리 프로그램, 예방접종 프로그램 네 가지로 제시하였다.

별첨으로는 국제적으로 통용되는 모자보건 프로그램 패키지와 각 나라별 모자보건 개요를 제공하여 사업담당자가 쉽게 찾아 볼 수 있게 하였으며, 제시된 네 가지 모델에 대한 사업개요서와 PDM 및 사전타당성 조사 보고서, 실시협의 보고서, 집행계획 목차(안)을 제공하여 실제 사업에서 담당자가 참고할 수 있게 하였다.

3. 연구의 한계

본 연구 보고서는 크게 모자보건의 국제적인 현황 및 흐름, 모자보건 관련 다양한 국내 기관의 기여방안, 실제 활용가능한 모자보건 프로그램 모델 및 고려사항 등으로 나눠질 수 있다.

첫째, 모자보건의 국제적인 현황 및 흐름은 모델을 개발하는 중에도 여러 국제기구에서 모성보건과 아동보건에 대한 중요한 발표가 이뤄졌고, 각 기관들의 뜨거운 관심 때문에 하루가 다르게 새로운 정보와 계획들이 발표되고 있어 지금 이 순간에도 새로운 이야기들로 넘쳐나고 있다. 이러한 현황 및 흐름들을 모자보건 관련 중요 국제기구들이나 양자기구들과의 인터뷰 없이 1~2년 전에 발표된 홈페이지 자료와 문헌으로만 리뷰하다 보니 국제적인 현황 및 흐름을 정확히 반영하지 못하였다. 이러한 점을 개선하기 위해서 최근 모자보건 관련 국제적인 컨퍼런스에 발표된 자료들을 활용하기도 하였으나 지속적으로 업데이트된 자료의 보완이 필요하다.

둘째, 국내의 모자보건 관련 기관들에 대해서는 실제 개발도상국 현지에서 모자보건 프로그램을 경험해 본 기관이 많지 않아, 가능할 것으로 예상되는 역할들을 제안하였다. 또한 상조 전문가 조직이 없는 관련학회의 적극적인 활용이 가능할 것인가는 또 다른 문제이다.

셋째, 모자보건 프로그램 모델 및 고려사항을 기술함에 있어 주된 독자는 우리나라의 ODA 개발현장에서 공여국 회의에 참석하고, 협력국과 협의하고, 타당성 조사를 시행하고, 모자보건 프로그램을 계획하고, 실행하는 사업담당자와 현지사무소 담당자들 또는 NGO에서 모자보건 프로그램을 수행하는 사람들이다. 따라서 학문적으로 심도 깊은 논의나 어렵고 전문적인 개념들은 배제하고 일반적으로 개발협력을 수행하는 사람들이 염두에 두어야 할 내용을 담아 두었다.

4. 모자보건 모델 사용 시 고려사항

첫째, 이 연구보고서에서 사례로 제시되거나 제안하고 있는 것은 대부분 KOICA의 모자보건 프로그램을 수행하면서 경험하였던 것을 바탕으로 작성하였다. 하지만 이러한 프로그램은 전 세계적으로 행해지고 있는 모자보건 프로그램 중 일부에 해당할 뿐이며, 이러한 프로그램은 많은 사람들이 개선하기 위하여 노력하고 있다. 이 보고서에서 제시하고 있는 모델들은 어디까지나 기본적인 하나의 예시로서 인식하고 이를 바탕으로 더 나은 프로그램을 만들기 위해서 노력해야 할 것이다.

둘째, 모든 자물쇠를 열 수 있는 황금열쇠나, 모든 것을 해결할 마법의 탄환은 현실에서는 존재하지 않는다. 특히 개발협력에서 가장 위험한 생각 중 하나는 한 가지 모

델을 개발해 놓고 그와 똑같은 프로그램을 여러 지역에서 동일하게 적용하려고 하는 것이다. 동일한 얼굴을 가진 사람은 없는 것처럼 동일한 모자보건 상황을 가진 지역사회는 없다. 모자보건 프로그램의 기획과 수행은 철저하게 프로그램이 운영되고 있는 지역사회의 상황에 맞추어 조정되어야 하고 지역사회 주민의 눈높이에서 기획되어야 한다. 한 국가 안에서도 도시와 시골이 다르고 산촌마을과 어촌마을 상황이 다르다. 이러한 다양성을 인정하지 않으면 오히려 모자보건 프로그램 모델이 실제 프로그램의 효과성을 더 떨어트릴 수도 있다.

셋째, 국제개발협력의 현장에는 절대 우리나라와 협력국 둘만이 있는 것이 아니다. 동 연구 보고서 곳곳에 이 점을 강조해 놓았듯이 현장에는 각 국가의 모자보건을 개선하기 위하여 많은 관련기관들이 거미줄처럼 활동하고 있다. 이러한 상황에서 우리가 모자보건에 관한 모든 것을 다 해야 한다거나 책임질 수 있다고 생각하는 것은 큰 착오이며 프로그램의 지속가능성과 효과성을 제고하는데 도움이 되지 않는다. 또 이러한 모자보건 프로그램의 주인은 사업지역의 주민이고, 실제적으로 이러한 프로그램의 관리는 협력국 정부에 의해서 수행되어져만 한다.

넷째 모자보건 프로그램은 그 자체만으로는 완결성을 지닐 수 없다. 단지 모성사망률이 감소하고, 5세 이하 아동사망률이 떨어졌다고 이러한 프로그램이 성공했다고 볼 수 없다. 모자보건 프로그램은 개발협력의 한 수단으로 보아야 한다. 개발협력의 목적이 개발도상국 주민들의 행복한 삶이라면 이러한 행복한 삶을 갖게 하기 위해서 교육도 받아야 하고, 적절한 일자리를 통한 수익창출도 일어나야 하고, 안정적인 행정체계도 갖추어져야 한다. 모자보건 프로그램이 다른 프로그램들과 적절히 어우러질 때 모자보건 프로그램은 지속가능한 개발협력에 이바지할 수 있을 것이다.

제2장. 모자보건이란 무엇인가?

1. 모자보건의 개념

1) 모자보건이란?

대한민국 모자보건법[1](1999년)에는 모자보건을 “모자보건사업 : 모성과 영유아에게 전문적인 보건의료서비스 및 그와 관련된 정보를 제공하고 모성의 생식건강 관리와 임신, 출산, 양육 지원을 통하여 신체, 정신, 사회적으로 건강을 유지하게 하는 사업.” 이라고 정의하고 있다. 모자보건은 가장 단순하게 모성과 아동에 관련된 보건으로 정의할 수 있다. 먼저 모성에 관련된 구체적인 정의를 볼 수 있는 것은 모자보건에서 자주 쓰이는 지표인 “모성사망률”에서 그 의미를 유추해 볼 수 있다. World Health Statics(2011)에서 모성사망률은 임신기간 또는 출산 42일 이내에 임신, 출산과 관련되어서 사망한 여성의 죽음으로 정의되고 있다. 모성은 임신과 출산이 가능한 초경 이후의 청소년부터 폐경 이전의 여성으로 잠재적으로 어머니가 될 수 있는 모든 여성을 뜻한다. 또한 모성 보건이라 함은 이러한 모성을 대상으로 신체적, 정신적, 사회적으로 건강한 임신과 출산을 위하여 행하여지는 보건서비스로 정의될 수 있다.

한편 모성보건과 유사한 개념으로 생식보건(Reproductive health)이라는 용어가 사용되는데, 이는 생식계통과 그 기능 그리고 생식기전과 관련하여 질병이나 상해가 없을 뿐만 아니라 신체적, 정신적 그리고 사회적으로 안녕한 상태이다. 인간은 자신의 생식과 관련된 행위를 언제, 어떻게, 그리고 선택여부를 결정할 자유를 향유해야만 한다. 이는 여성과 남성이 모두 각종 피임수단을 구입할 수 있으며 선택할 수 있는 권리를 누려야 함을 의미한다.[2] 생식보건은 모성보건의 대부분을 포함하지만 아동보건

---

1) 모자보건법, 대한민국

2) UN, Programme of Action adopted at the International Conference on Population and Development, Cairo, 5-13 September 1994, para. 7.2

의 일부분은 포함하지 않는다.

아동은 모성에 비하여 그 구분이 명확하다. 아동은 연령에 따라서 출생 4주 이하의 신생아(Neonate), 출생 1세 이하의 영아(Infant), 출생 5세 이하의 유아를 포함하는 개념이며, 아동 보건은 이러한 아동이 신체적, 정신적, 사회적으로 건강한 성장을 할 수 있도록 행하여지는 보건서비스로 정의될 수 있다.

전통적으로 모자보건(Maternal & Child Health)이라고 쓰이던 개념은 그 의미와 지향하는 바에 따라서 생식-모성-신생아-아동보건(RMNCH / Reproductive Maternal Neonatal Child Health)이라는 보다 넓고 목적 지향적인 방향으로 나아가고 있다. 하지만 본 모델 연구에서는 이러한 RMNCH의 개념을 전통적인 모자보건의 일환으로 포함하고자 한다.

결론적으로 모자보건은 모성보건과 아동보건으로 나눌 수 있으며 “모성의 건강한 임신 및 출산과 아동의 건강한 성장을 위한 서비스”로 정의될 수 있다.

2) 모자보건의 범위

위와 같이 모자보건을 정의한다 하더라도 어떠한 활동을 모자보건 활동인지 아닌지 명확하게 구분하는 것은 쉽지 않다. 본 보고서에서는 모성과 아동의 건강을 향상시키는 모든 활동을 넓은 의미의 모자보건활동이라 부르며, 그 중에서도 모성과 아동의 건강을 향상시키는 것을 일차적이고 직접적인 목표를 삼는 활동을 좁은 의미의 모자보건활동이라 부른다.

좁은 의미의 모자보건 활동은 모성의 가족계획, 산전 진찰, 출산, 산후관리, 아동의 신생아 처치 및 수직감염 예방, 예방접종, 모유수유, 영양관리, 말라리아, 폐렴, 설사 등의 적절한 처치와 이러한 것들을 직접적인 목표로 하고 있는 프로젝트, 교육, 상담, 연구를 포함한다. 넓은 의미의 모자보건 활동은 모성과 아동의 건강 향상을 위하여 직접적으로 시행하지는 않지만 밀접한 연관을 보이는 보건활동을 말한다. 안전한 식수보급, 감염병 관리, 위생적 환경 관리, 보건의료 시스템 개선 등이 포함된다.

2. 국제적인 모자보건의 현황

1) 성·생식 보건

개발도상국 여성의 40%, 특히 아프리카지역 여성의 75%가 피임을 하지 않고 있으며, 세계적으로 매년 1억 3천 7백만의 부부들이 터울을 늘리고 출산을 조절하기 원하나 피임을 하지 못하고 있다. 이로 인해 매년 8,700만 건의 예상치 못한 임신이 일어나고, 이 중 절반이 인공임신중절로 이어지며, 그 중 1,800만 건이 불안전한 환경에서 시술되어 매년 6만 8천여 명의 여성이 불안전한 인공임신중절로 목숨을 잃고 있다. 특히 사하라 사막 남부 아프리카의 경우 출산을 연기하거나 아이를 갖지 않기 원하는 여성 중 24%가 가족계획 서비스에 혜택을 전혀 받지 못하고 있다.[3)]

가족계획 서비스를 제공함으로서 모성 사망의 20~35%가 감소 가능하고, 출산감소 및 출산 간격의 증가는 5세 이하 아동사망률 감소에도 중요한 요인으로 원치 않는 임신을 통해 출산된 아이는 사망률이 높으며, 터울이 짧은 자녀들은 5세 이전에 사망할 확률 또한 더욱 높은 것으로 보고되고 있다.[4)]

청소년의 임신율도 여전히 높은 수준에 머물러 있고 특히 사하라 사막 이남과 중남미 지역의 청소년(15~19세) 임신은 1990년에 비해서 2007년에도 전혀 줄어들지 않고 있다. 청소년 임신의 또 다른 문제는 소득에 따른 청소년 임신율이 극명하게 차이가 난다는 것이다. 가난한 가정의 교육을 덜 받은 청소년이 피임을 하지 않고 임신할 가능성이 높다. 특히 사하라 사막 이남 지역에서는 가난한 가정의 청소년이 부유한 가정의 청소년이 비해 3배가량 청소년 임신이 높게 일어나고 있다.[5)]

안전하지 못한 임신중절도 일부 지역에서는 낮아지고 있지만 여전히 아프리카와 남아메리카에서는 높은 수준에 머물러 있다.[6)]

---

3) WHO Making Pregnancy Safer - Maternal and newborn health topics- MDG5
http://www.who.int/making_pregnancy_safer/topics/mdg/en/index.html

4) 송용근, 한국의 개도국 인구·생식보건 지원전략 개발, 경희대학교 NGO대학원 석사과정 논문(2007년 2월)

5) MDG report 2010

6) WHO(2010) "Unsafe abortion in 2008"

2) 모성 보건

매년 세계적으로 약 35만 8천명의 모성이 임신과 출산으로 인해 사망하고 있으며 개발도상국과 선진국 간의 격차가 크다. 전 세계적으로는 1990년에 비해 2008년도까지 약 34%가량 감소되었으며 전 지역에 걸쳐서 감소하고 있지만 여전히 MDG5의 목표인 3/4 이상 감소시키는 것은 달성이 불가능할 것으로 보이며, 특히 이러한 성과가 미미한 사하라 사막 이남의 아프리카 나라들에서는 여전히 심각하다.

이러한 사망의 대부분은 임신, 출산, 출산 후 발생하는 합병증, 출산 후 적절한 치료의 지연 및 부재, 적절한 약품, 도구, 시설 및 인력 부족 등의 이유로 저개발 국가의 모성 사망률이 높은 것으로 알려져 있다.[7)]

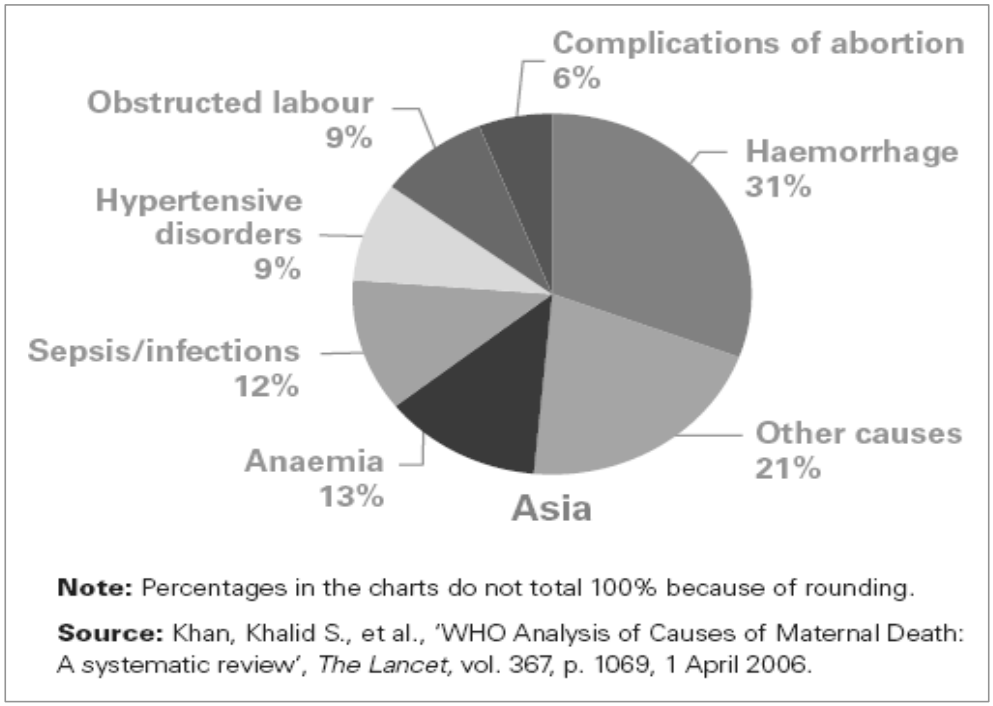
[표 1] 모성사망비 현황 및 연간 임신과 출산으로 사망하는 임산부 수

지역	모성사망비(예측치)	모성사망 수
전 세계	260	358,000
선진국	14	1,700
CIS 지역	40	1,500
개발도상국	290	355,000
아프리카	590	207,000
북아프리카	92	3,400
사하라사막 이남	640	204,000
아시아	190	139,000
동아시아	41	7,800
남아시아	280	109,000
동남아시아	160	18,000
서아시아	68	3,300
남아메리카 카리브 연안	85	9,200
오세아니아	230	550

7) WHO 2010 “trends in maternal mortality 1990 to 2008”
http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241500265_eng.pdf

모성 사망의 60%를 야기하는 주된 4가지 요인은 출산 후 출혈, 출산 후 감염 질환, 임신 중 고혈압(자간증), 그리고 폐쇄 분만[8]이다. 또한 안전하지 못한 낙태로 인한 합병증 역시 13%를 차지하고 있다. 대부분의 모성 사망은 임신 말기와 출산 후 첫 주 사이에 가장 많이 발생하는데 그 중에도 출산 후 이틀 간 가장 많이 발생하는 것으로 알려져 있다.[9]

[그림 1] 모성사망율의 원인

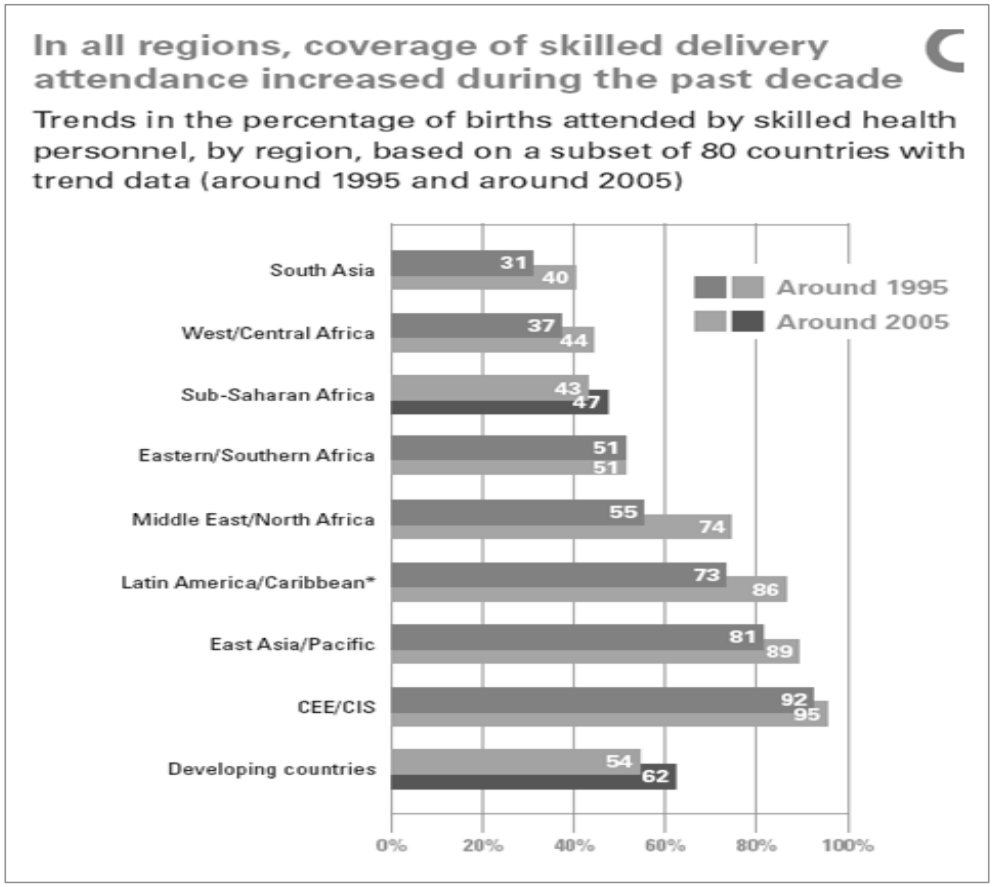


세계적으로 매년 모든 출산 중 34%의 출산이 그 어떠한 숙련된 조산요원(SBA: Skilled Birth Attendants)의 도움이 없이 이루어지고 있으며, 매년 4천 5백만 건의 출산이 전문적인 도움 없이 가정에서 이루어지고 있다. 특히 숙련된 분만 인력에 의해서 분만되는 비율은 선진국에서는 95%에 달하나 개발도상국에서는 62%로 큰 차이를 보인다.

8) 태아가 산도에 걸려 자연분만이 어려운 상태.

9) Carine Ronsmans, Wendy J Graham, Maternal mortality: who, when, where, and why, Lancet 2006; Vol. 368: 1189-1200.

[그림 2] 숙련된 조산요원 의해 도움을 받는 출산비율



3) 아동보건

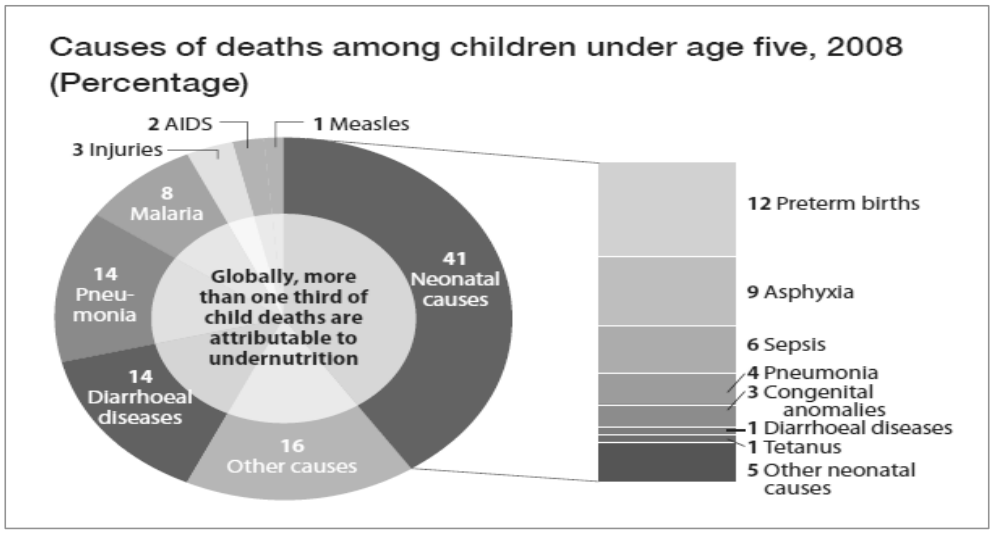
2010년 MDG 보고서에 따르면 2008년 약 8백 8십만 명의 아동이 5세 이전에 사망하며, 아동 사망의 2/3는 최소한의 의료기술과 의료기기, 지역사회 기반의 보건의료 프로그램을 통해 충분히 예방 가능하다고 한다. 또한 매년 3백 7십만 명의 출생아가 생후 1달 이내에 사망하고, 이는 1세 이하 사망률의 60%, 5세 이하 사망률의 40%를 차지하고 있다.

5세 이하 아동사망의 세 가지 주요 원인은 폐렴과 설사질환, 그리고 말라리아 이며 이 세 가지는 5세 이하 사망의 43%를 차지하고 있다. 반면에 백신 예방접종을 통해서 예방 가능한 질병으로 인한 사망은 지난 10년간 급속히 감소하였다. 그 예로 홍역

의 예방접종은 81%로 증가하였고 이로 인한 사망은 1990년에서 2008년까지 78% 정도 감소하였다.

영양부족은 5세 이하 아동사망 사례 3명 중 1명의 사망에 영향을 미치고 있다. 전 세계적으로 체중미달 아이들의 비율은 감소하고 있지만 사하라 사막 이남에서는 그 성과가 미미하다. 아동영양에 직접적인 영향을 미치는 모유수유를 볼 때 1시간 이내에 모유수유를 시작하는 비중은 50% 미만이고, 6개월 이하에서 절대적인 모유수유만을 하는 비율은 35% 정도뿐이다.

[그림 3] 5세 이하 아동의 주요 사망원인



3. 모자보건의 논의 동향

1) 모자보건의 세 가지 지연요인 모델[10)]

1949년 세계인권선언에서 모든 인간은 건강할 권리를 가지고 있다고 선언하면서 건강은 권리로서 인식되고 있다. 하지만 모든 사람들이 건강하기 위한 보건의료서비스를 충분히 누리고 있지는 못한다. 모자보건의 세 가지 지연요인 모델에서는 모자보건

10) 세 가지 지연요인 모델은 maternal health 3 delay model을 말한다.

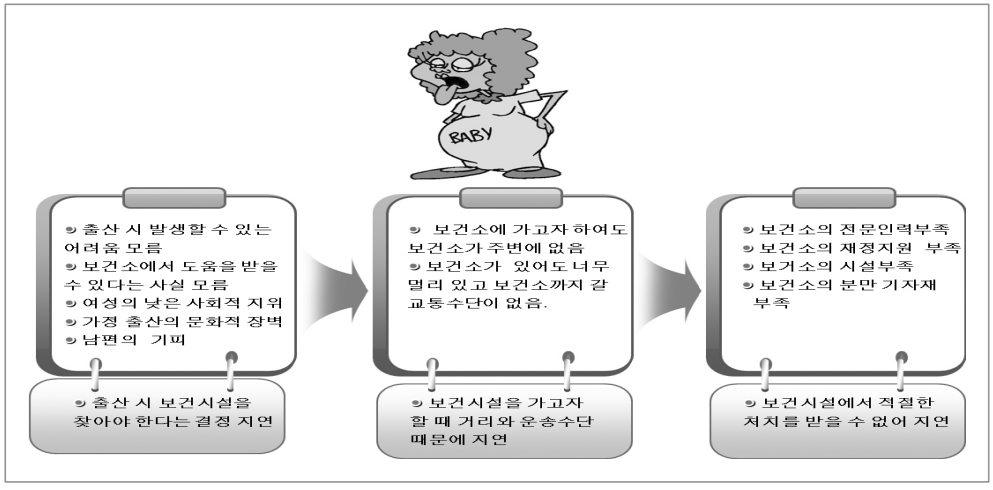
의 핵심사항인 출산 시에 도움을 받지 못하는 이유를 아래와 같이 설명하고 있다.[11)]

그림과 같이 개발도상국에서는 임신한 산모들이 여러 가지 이유로 보건소에 가지 않고 가정에서 분만을 하고 있다. 가장 큰 이유는 출산 시 발생할 수 있는 어려움이 어떤 것이 있는지 모르고, 이러한 어려움들을 보건소에 가면 도움을 받을 수 있다는 사실을 모르며, 여성의 낮은 사회적 지위로 보건소에 갈 엄두도 못 내고 있고, 특히 산모의 남편이 남자의사 또는 다른 보건소 인력에게 자기 부인을 보이고 싶어 하지 않아서 출산 시 시설을 방문하지 않는다는 것이 첫 번째 이유이다. 이러한 모자보건에 대한 적절한 인식이 부족하여 수요가 가려진 것이다.

둘째로는 만약 보건소에 가서 아이를 낳고자 하여도 급박한 산통이 발생하였을 경우 주변에 보건시설이 없거나, 보건시설이 있어도 너무 멀어서 자동차나 오토바이 없이는 방문할 수 없기 때문에 출산 시 시설을 이용하지 못한다.

마지막으로 보건소에 도착하더라도 보건소에는 아이를 받을 수 있는 분만 전문의나 조산사가 없고, 분만을 편하게 유도할 수 있는 분만실이나 분만대가 없고, 출산 시 감염을 예방할 수 있는 소독된 기구들이 없으면 애써서 보건소까지 온 산모는 제대로 된 서비스를 받을 수 없게 된다. 이러한 이유로 필수적인 모자보건서비스 수요증진, 보건의료 전달 시스템 구축, 양질의 의료 서비스 제공은 모자보건 서비스 증진에 있어 중요한 의미를 갖는다.

[그림 4] 모성 건강의 세 가지 지연요인 모델

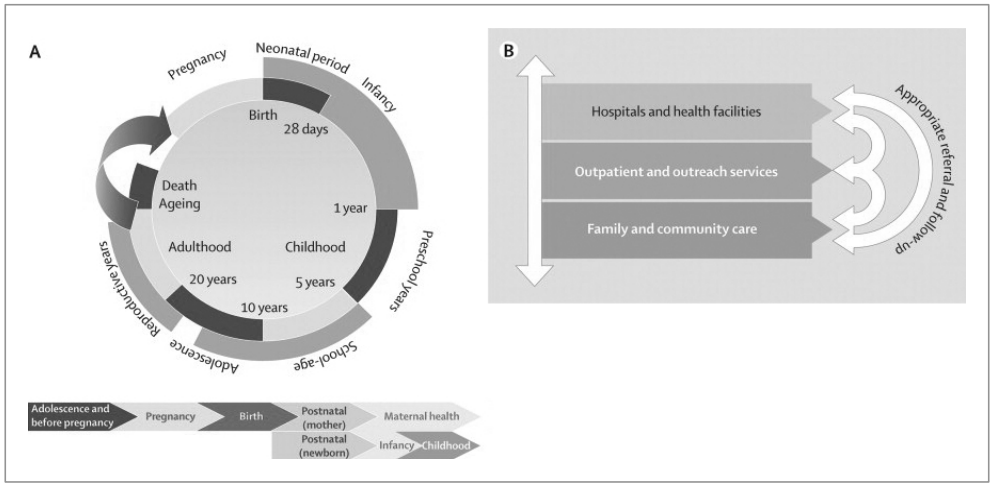


11) Thaddeus and Maine 이 1994년에 발표한 3delay 모델을 활용해서 설명하였다.

2) 지속적이고 포괄적인 모자보건관리(continuum of care)

가족계획과 안전한 출산을 포함한 모성건강과 신생아 건강, 영유아 건강은 임신 전, 임신, 출산, 신생아 및 영유아시기를 거치는 '지속적이고 포괄적인 모자보건 관리(continuum of care)'라는 개념이 중요시 되고 있다.[12] 이를 위해 출산을 위한 가족계획과 함께 임신과 출산, 산후관리를 위한 모성보건 및 신생아 건강, 영유아 건강에 관련된 노력과 프로그램을 지속되는 연장선의 개념에서 지속적이고 포괄적인 모자보건 관리(continuum of care)라는 개념이 등장하였다. 이러한 시간적 개념의 연장선 뿐만 아니라 돌봄의 장소에 있어서 가정, 지역사회 그리고 보건소와 지역병원을 포함한 의료시설로 이어지는, 장소의 개념에서도 연장선상에서의 돌봄이 중요하게 다루어지고 있으며, 이를 위해 포괄적인 측면에서 가정-지역사회-의료시설을 연계하는 의료체계 강화의 중요성이 강조되고 있다.

[그림 5] 지속적이고 포괄적인 모자보건관리



(1) 시간측면에서의 지속적인 모자보건 관리

돌봄의 연장선에 있어서 모성의 경우 임신 전 기간과 임신기간, 출산시기, 산후시기 등이 고려되어야 하며, 아동의 경우 신생아기와 영아기와 유아기 등으로 나

12) The Partnership for Maternal, Newborn & Child Health, Strategy and Workplan 2009 to 2011

누어 생각할 수 있다. 이에 따라 시간의 연장선상에서 모성과 신생아 그리고 아동의 건강에 대한 돌봄을 연결하기 위한 각 단계에서의 서비스와 돌봄의 제공이 필요하다.

(2) 장소측면에서의 포괄적인 모자보건 관리

추가적으로 단순한 시간적 차원에서의 연장선만이 아닌, 돌봄의 장소 차원에서 연장선 개념은 가정과 지역사회, (1차 기초의료시설과 전원할 2차 지역병원을 포함한) 의료시설의 장소적 연속선상에서의 돌봄 또한 중요하게 제시하고 있다. 이에 따라 가정에서의 보호자의 돌봄과 치료 추구행위(care seeking), 지역사회 보건요원 등을 활용한 지역사회에서의 돌봄, 그리고 보건진료소 등의 1차보건 의료시설과 전원이 될 수 있는 2차 지역병원 간에 연계가 중요하게 생각되어지고 있다. 아울러 의료서비스 기초인프라와 의료인력, 서비스 이용을 위한 의료재정 확충 등 보건의료체계 강화의 중요성이 모자보건의 영역에서 강조되고 있다.

3) 보건의료 체계 강화

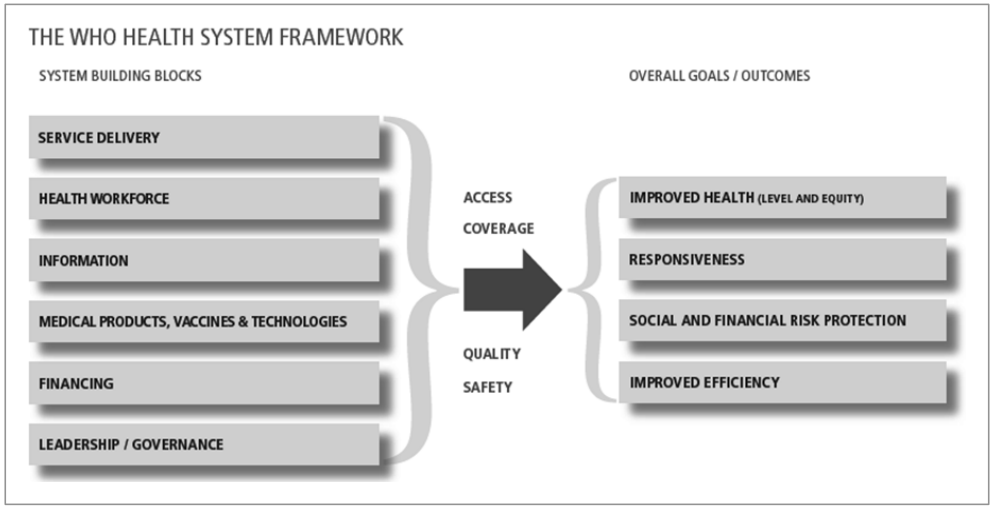
대부분의 개발도상국가에서는 모자보건 서비스와 같은 필수 의료서비스에 대한 접근성의 문제가 만연해 있다. 특히, 의료 서비스를 위한 재원부족으로 의료의 보장성은 매우 낮으며, 국가 보건의료 재정에 있어 적정 재정 확보 및 관리에 있어 큰 어려움을 겪고 있다. 또한 보건의료 체계에 중요한 요소 중 하나인 보건의료 정보체계(Health Information System)의 경우, 보건관련 정보체계가 제대로 수립되거나 정보가 관리되어 있지 않으며 이로 인해 개별 병원에서 환자정보관리 및 국가 질병 정보 등의 관리에 큰 문제점을 가지고 있다.[13)]

1980년대 중반 이후 보건분야 개발협력의 주된 형태로 자리잡은 HIV, 말라리아, 결핵 등의 개별 프로그램에 지원을 집중한 수직적 보건사업(vertical program)에 대한 비판적 반성이 일어나고 있으며, 이를 통해 포괄적인 시스템 차원에서의 보건의료 개발지원의 필요성과 전체적인 보건의료체계(health system) 강화의 중요성이 강조되

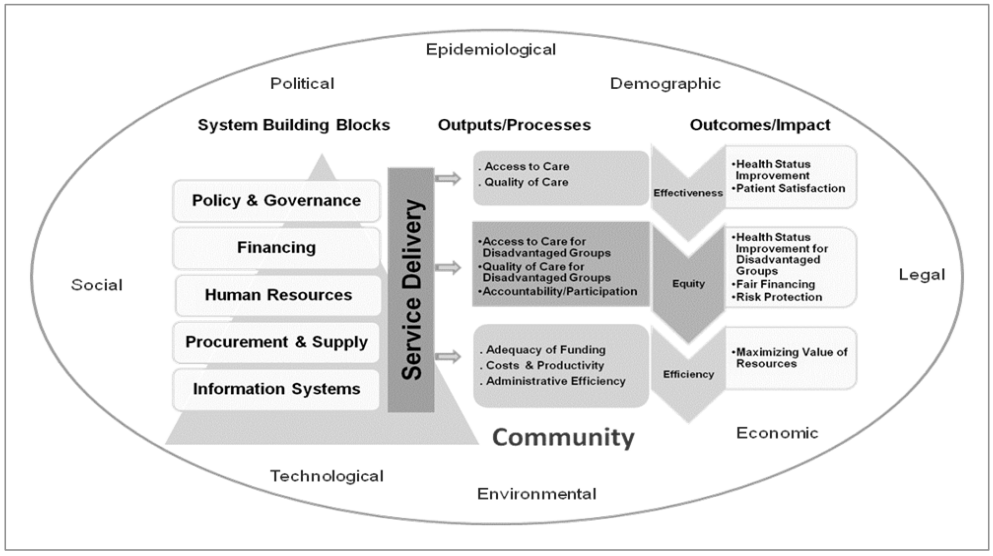
13) Tomasi, E,Health information technology in primary health care in developing countries: a literature review, Bull WHO vol.82 no.11 Geneva Nov. 2004

고 있다.[14] 이러한 보건의료 시스템이 제대로 갖추어지지 않으면 지속가능성 있는 모자보건 서비스는 제공될 수 없으며, 제공될 지라도 접근성의 문제로 적절하게 이용될 수 없다.

[그림 6] 보건의료 체계의 6가지 구성 요소 및 달성 목표



[그림 7] 보건의료 시스템 강화



14) WHO, The world health report 2000 - Health systems: improving performance, Geneva, 2000

이러한 흐름에 맞추어 WHO는 2007년 보건의료 시스템을 여섯 개의 구성요소(보건의료 서비스 제공, 보건의료 인력, 정보, 의료용품 및 의약품, 보건의료 재정, 거버넌스)로 구분하고 이러한 세부요소들이 모두 제 기능을 할 때 보건의료 시스템이 강화될 수 있다고 발표하였다.

최근에는 국제기구와 대형 보건관련 기금 등을 통해서 보건의료체계 강화에 대한 다양한 논의와 실질적인 사업지원이 이루어지고 있으며, 기존의 수직적 보건사업의 접근(vertical approach)과 단계별 보건의료 체계 강화 등을 통한 수평적 접근(horizontal approach) 간의 통합적인 접근을 통하여 동반상승효과를 추구하고자 하는 사선적 접근(diagonal approach)등의 중요성이 대두되고 있다.[15)]

예를 들어 예방접종 프로그램에서 예방접종률 향상과 예방접종 대상전염병의 감소를 추진하는 것과 함께, 예방접종 사업을 추진하는 지역별 보건 인력과 시설 강화를 통하여, 전염병 진단 실험실 체계 및 전염성 질환 감시체계 강화 및 예방접종 관련 정책역량 강화가 이루어진 사례 등을 들 수 있다. 이를 통해 수직적 사업의 추진 과정에서 수평적 체계 각 단계의 전반적인 강화가 이루어지며 향후 수직적 사업과 수평적 체계강화의 통합적인 추진의 가능성이 제시되고 있다.

4) 생식보건의 강조

생식보건이란 생식계통과 그 기능 그리고 생식기전과 관련하여 질병이나 상해가 없을 뿐만 아니라 신체적, 정신적 그리고 사회적으로 안녕한 상태이다. 인간은 자신의 생식과 관련된 행위를 언제, 어떻게 그리고 선택여부를 결정할 자유를 향유해야만 한다. 이는 여성과 남성이 모두 각종 피임수단을 사용할 수 있고, 선택할 수 있는 권리를 누려야 함을 의미한다. 즉 생식보건이란 생식권리와 가족계획을 포함하는 개념으로[16)] 생식권리는 일생의 주기를 통틀어 자기 자신이 혼인결정 및 자녀의 수, 시기 및 터울 조절을 결정하기 위한 정보와 방법을 활용할 권리를 포함한 출산 자율 결정권을 의미한다.[17)] 생식건강(Reproductive health)이라는 개념은 인구 및 가족계획을 거시

15) WHO, Maximizing positive synergies between health systems and Global Health Initiatives, Geneva, 2009

16) UN, Programme of Action adopted at the international conference on population and development, Cairo, 5-13 September 1994, para. 7.2

17) UN, Programme of Action adopted at the international conference on population and development, Cairo, 5-13 September 1994, para. 7.3

경제의 필수적인 변수로 생각하기 보다는 지속가능한 경제성장, 남녀평등, 모성사망률 감소, 생식 보건 서비스 등에 대한 보편적인 접근성으로 생각하는 개념이다. 이를 통해서 여성에게 교육, 보건서비스, 능력개발과 채용 더불어 모든 분야의 정치적 참여에 접근을 확장시킬 수 있도록 보장하는 데 있다.[18] 이러한 인구 및 생식보건개념의 확장은 모자보건이라는 활동에 있어 양성평등(젠더)과 인권이라는 새로운 측면을 제시하였고 이를 통해서 여성을 서비스를 받는 입장에서 능력을 확장시켜서 활동하는 주체로서 인식하도록 하였으며 인권적인 측면에서 서비스를 받을 수 있는 권리자로서 인식되어지는 바탕이 되고 있다.

5) 조산사 양성의 중요성 강조

모성사망율과 신생아 사망률이 MDGs의 목표치보다 효율적으로 감소하지 않는 가장 큰 이유는 전문 인력에 의한 출산이 쉽게 증가하지 않고 있기 때문이다. 전문 인력에 의한 출산 비율이 높아지지 않는 가장 큰 이유는 전문 인력 자체가 부족하기 때문이다. 이러한 이유 때문에 모자보건의 향상에 있어 가장 중요하고 핵심적인 인력으로 조산사가 집중적으로 조명 되고 있다. 조산사(Midwife)는 산파(TBA: Traditional Birth Attendance)와는 구분되는 개념으로 숙련된 출산인력(Skilled birth attendance / 의사, 간호사, 조산사) 중의 하나이다. 숙련된 출산인력은 정상임신, 분만, 출산 직후에 산모와 신생아에게 발생할 수 있는 문제에 대해서 진단하고 처치하거나 전원시킬 수 있는 능력을 가진 사람을 말한다.[19] 이들은 가정, 지역사회, 보건소, 병원 등 일선에서 모자보건 서비스를 제공하고 있으며, 많은 1차, 2차, 3차 의료기관과의 협업을 나서기도 한다. 하지만 개발도상국 조산사는 크게 두 가지 문제를 가지고 있다. 첫째는 절대적인 수의 부족이다. 2011년 현재 약 86만여 명의 조산사가 58개의 개발도상국에서 활동하고 있는 것으로 추정되며 MDG5의 목표를 달성하려면 58개 나라 중에서 38개의 나라에 약 11만 2000여 명의 조산사가 추가로 필요하다. 둘째는 조산사가 적절하게 활동할 수 있도록 역량강화와 교육이 필요하며 활동에 필요한 재정적 기술적인 지원이 지속적으로 이뤄져야 한다.[20]

---

18) 한국의 개도국 인구생식보건 지원전략 개발, 송용근 2007.2, 경희대학교 NGO대학원 석사논문

19) Cousens S, Blencowe H, Stanton C, et al. National, regional, and worldwide estimates of stillbirth rates in 2009 with trends since 1995: A systematic analysis. Lancet 2011; 377: 1319–.1330.

20) “The state of the world's midwifery 2011: delivery health, saving lives” UNFPA, 2011

제3장. 모자보건 향상을 위한 주요 국제기구 전략

1. WHO

WHO는 모자보건에 있어 신생아, 아동, 모성보건 및 가족계획과 생식보건 전반에 걸쳐 사업의 원칙과 표준을 제시하며 개별 회원 국가들에게 기술적 지원을 제공하는 역할을 하고 있다. 모자보건 중에서 신생아와 아동의 사망감소 및 전반적인 아동의 건강과 발달 관련 이슈는 '아동 및 청소년 보건(Child and Adolescent Health and Development)' 프로그램에서 다루고 있고, 안전한 임신과 출산에 관련되어서는 '안전한 임신(Making Pregnancy Safer)' 프로그램에서, 그리고 가족계획과 안전한 낙태 등 전반적 생식건강 이슈는 '성과 생식 건강(Sexual and Reproductive Health)' 프로그램에서 다루고 있다.

1) 신생아 및 아동 보건관리 프로그램

신생아 및 아동보건 프로그램에서는 문제의 심각성과 비용효과성에 따라서 우선순위를 정하고 있다. 또한 신생아, 영아 및 아동보건에 있어 WHO는 지속적이고 포괄적인 모자보건 관리(Continuum of Care)를 주장하고 있으며 보건시스템적인 접근을 강조하고 있다.

WHO는 아동의 성장 시기 별로 집중 활동을 제시하고 있으며 아동 사망의 40%를 차지하고 있는 신생아기 사망률 감소를 위해 출산 전 모성의 충분한 산전관리 및 숙련된 조산원에 의한 출산, 출산 직후 신생아 부작용의 대응과 처치 및 모유수유 등에 집중할 것을 권장하고 있다. 이에 따라 시설에서의 출산을 지원하고 있으며, 이를 위한 기초 보건의료 체계 구축 및 인력 양성에 집중하고 있다. 아울러 출산 직후 신생아 시기 생존에 있어 직접적인 영향을 끼치는 모성의 산전 관리와 숙련된 조산인력 양성 및 배치등도 노력을 기울이고 있다.

또한, 5세까지의 초기 아동기에 있어서는 영양공급을 통한 건강한 성장을 강조하고

있으며, 특히 6개월까지의 모유단독 수유와 6개월 이후 적절한 이유식, 비타민 A를 비롯한 미세영양소의 공급과 함께하는 모유수유를 중점지원 사업으로 강조하고 있다.

이러한 영양사업 이외에도 이 시기에 호발하는 설사와 호흡기 질환 등 주요 아동기 호발 질환에 대한 통합 아동 질환 관리(IMCI: Integrated Management of Childhood Illness), 필수예방접종의 접종률 향상 및 말라리아와 HIV 등 주요 전염성 질환의 예방 및 치료 제공을 더 많은 아동들과 지역으로 확대하고자 노력을 집중하고 있다. HIV/AIDS의 경우 수직감염 예방에 많은 노력을 기울이고 있으며, 말라리아에 대처하기 위하여 약품처리 모기장의 보급과 활용 증대 및 말라리아 조기 진단 및 치료에 집중하고 있다.

이러한 아동의 통합적 질환 관리를 위해서 통합 아동 질환 관리 프로그램(IMCI)을 개발도상국에 적극 권장하여, 통합적으로 아동기 호발 질환을 관리할 수 있는 지역사회보건요원(Community Health Worker) 등 기초보건 의료 인력의 확보에 많은 노력을 기울이고 있다. 이를 통해 5세 이하 아동 사망 주요 4가지 요인인 폐렴, 설사, 말라리아에 의한 사망과, 사하라 이남 아프리카에 만연한 HIV로 인한 아동의 사망 감소를 이루고자 하고 있다.

2) 모성보건 프로그램

WHO는 모성보건 전략으로서 통합적인 임신과 출산 관리(IMPAC: Integrated Management of Pregnancy and Childbirth) 전략을 추진하고 있으며, 이를 통해 보건의료 체계와 보건의료 인력 역량 강화, 그리고 가정과 지역사회 인식강화를 포괄적으로 추진하려 하고 있다. 특히 개발도상국에서 임신과 출산 관련 사망의 감소에 많은 노력을 기울이고 있으며, 이를 위해 '안전한 임신(Making Pregnancy Safer)' 프로그램을 운영하고 있다.

이 프로그램은 안전한 임신과 출산을 위해, 산전관리 증진 및 산후관리 서비스 제공(Antenatal Care coverage rate)을 높이고자 하며, 모든 출산에 있어 숙련된 조산요원의 도움을 받을 수 있도록 하기 위하여 조산사 및 출산 전문 간호사 등 보건의료 인력의 양성과 배치 및 출산관련 의료시설의 강화를 추진하고 있다. 이 뿐만 아니라 보건의료 시설에서의 시설 분만율(facility delivery rate)을 높이고자 하고 있으며, 출산 시 응급사례의 이송을 위한 2차 전원시설 강화 및 전달체계 구축을 위해 노력하

고 있다.

또한, WHO는 모성보건 프로그램 강화를 위하여 보건의료 체계강화, 보건의료 인력 역량 강화, 가정과 지역사회 역량강화를 강조한다. 보건의료 체계 강화를 위하여 임신 및 출산과 관련된 보건의료 체계의 대응역량 강화와 접근성 향상, 그리고 분만 시 필수 응급대응의 질과 접근성 강화를 위해 지역단위의 보건의료 서비스 프로그램 관리 및 보건의료 재정체계 개선을 지원하고 있다. 또한, 보건의료 인력 강화 측면에서는 임신과 출산 관련 보건인력 훈련 및 추가교육 등을 통하여 임신과 출산 및 산전·산후 관리와 신생아 관리 역량을 강화시키고 관련 인력을 양성시키고자 하고 있다. 마지막으로 가정과 지역사회에서는 보건교육과 인식강화 사업을 통해 임신과 출산 관련 서비스 이용률을 높이고 지역사회에서의 모성보건 의료서비스에 대한 인식을 개선하고자 하고 있다.

3) 가족계획 및 성·생식 보건프로그램

WHO는 모성에 대한 직접적인 활동만이 아니라 가족계획을 포함한 생식건강에도 집중하고 있다. WHO의 가족계획 목표는 2015년까지 생식보건 서비스에 대한 보편적인 접근(universal access)을 확보하고자 하는 것이다. 이를 위해 피임법 활용률(contraceptive prevalence rate)을 높이고자 하고 있으며, 가족계획의 미충족 수요(unmet need for family planning)를 감소시키고자 한다. 이를 위해 WHO는 집중해야 할 네 가지 분야로 가족계획의 이득에 대한 정보를 포함한 생식건강 교육, 피임법의 흔한 부작용에 대한 교육, 편리하고 경제적으로 감당이 가능한 가족계획 서비스의 제공, 청소년들의 필요에 대응하는 상담 등을 제시하고 이들 분야에 대한 노력을 집중하고 있다.

2. UNICEF

UNICEF의 모자보건 프로그램은 아동사망률 감소에 사업 역량을 집중하고 있으며, 지속적이고 포괄적인 모자보건관리(continuum of care)의 측면에서 모성사망 감소와 신생아 건강 향상 등에도 함께 노력을 기울이고 있다. 이를 위한 세부 프로그램으로는 지역사회 기반의 보건의료 서비스 접근성을 향상시키면서 동시에 의료전원 체계를 갖출 수 있도록 돕고자 한다. UNICEF는 통합적으로 패키지화된 저비용 고 임팩트의 아동 생존율 향상을 위한 의료서비스를 지역단위에서 제공하고 있으며, 이러한 서비스가 통상적 보건의료 서비스의 일환으로 제공될 수 있도록 지역사회 보건의료체계와 협력하고 있다.

UNICEF는 전 세계 아동 사망의 대부분을 차지하는 폐렴, 설사, 말라리아와 영양실조 개선에 역량을 집중하고 있다. 특히 아동사망률 감소를 위한 주요사업으로 신생아 치료와 아동질환 통합 관리 전략(IMNCI), 기생충 관리, 미세영양소 지원을 포함한 영유아 영양 공급, 아동과 모성에 대한 필수 예방접종 지원과 HIV 수직감염 예방 및 말라리아 처리 모기장 보급 및 예방적 치료제 지원을 진행하고 있다.

아동 사망률 감소를 위한 다양한 전략과 함께 현재 감소되는 추세인 아동사망률에 비해 변화가 더딘 신생아 사망률과, 이와 연관이 큰 모성사망율의 감소를 위해서 다양한 노력을 기울이고 있다. 특히 50% 이상의 출산이 아무런 숙련된 도움 없이 이루어지며, 출산 24시간 이내에 50%, 출산 7일 이내에 75%의 신생아 사망이 이루어지는 상황에 대응하기 위하여 임신 기간 동안 산전관리에 대한 접근성 향상 및 숙련된 조산원의 도움을 받는 출산율 향상 및 시설분만율 향상과 산과적 및 신생아기 응급에 대한 의료접근성 향상에 대한 지원을 하고 있다.

이와 함께 지역사회 보건요원을 활용하여 지역사회 가정 기반의 임산부 산후 관리, 신생아 시기 영양 관리, 질식과 감염 등 신생아 위험 관리 및 치료를 제공하는데 노력을 기울이고 있다. 또한 UNICEF는 총체적이며 권리에 기반을 둔 모성보건을 위해 여성의 역할 증진과 아동 결혼 방지, 여아들의 교육 향상과 여성 할례 폐지와 관련된 프로그램을 진행하고 있다.

3. UNFPA

UNFPA는 성평등 증진, 생식 건강과 권리 향상, 그리고 인구와 개발에 역점을 두고 사업을 하고 있다. 특히 생식권리 향상, 기초적인 성 및 생식 보건서비스 제공, 모성건강 및 가족계획, HIV/AIDS, 정신보건, 청소년을 위한 보건이슈에 대하여 많은 노력을 기울이고 있다. 특히 모자보건에 있어서는 모성의 건강과 가족계획을 위해서 1차 보건의료 수준에서 생식보건 서비스 기초패키지를 구성하여 제공하고 있다. 이 패키지에는 가족계획 관련 필수 서비스 항목과 함께 모성건강 및 임신과 관련된 출산 시 숙련된 조산서비스 지원과 분만 시 응급 서비스 및 임신중절 관리 제공이 포함되어 있으며, 성병 및 HIV 예방과 치료 관련 필수 서비스가 통합적으로 제공되도록 구성되어 있다.

최근 들어 분만 시 응급관리를 위한 보건 인프라 및 전원체계의 구축이 주요 과제로 제시되고 있으며, 안전하지 않은 낙태로 인한 사망이 모성사망에 큰 부분을 차지하기에 안전한 낙태서비스 제공이 주요하게 다루어지고 있다.

제4장. KOICA 모자보건 지원현황 및 전략

1. KOICA 모자보건 프로그램 지원현황(1991~2010)

1) 1991~2000년 시기

MDGs에서 모자보건이 강조되기 전에 한국국제협력단은 협력국의 전반적인 보건의료 향상을 위해서 보건의료 인프라 구축에 역점을 두고 보건의료 분야 협력을 진행하였다. 예를 들어 지속적인 보건소 확충 및 병원의 개보수를 통해서 지역주민들에게 필수적인 의료서비스 접근성을 향상시켰으며, 이를 통해 분만, 신생아 간호, 예방접종, 영양공급 등의 모자보건 서비스가 직접 또는 간접적으로 이뤄질 수 있도록 제공되었다.

[표 2] 1991년~2011년 KOICA의 모자보건 프로젝트 내역

지역	국가	사업명	기간
아시아	중국	중국 마율파현 모자보건원 건립사업	'96
중남미	에콰도르	에콰도르 모자보건소 건립사업	'01~'03
아시아	파키스탄	파키스탄 인구개발 HRD 훈련능력 강화사업	'01~'02
중남미	페루	페루 파차쿠텍 모자보건소 건립사업	'04~'05
아시아	캄보디아	캄보디아 국립소아병원 현대화사업	'05~'06
중남미	도미니카(공)	도미니카 미성년 임신방지 및 보건관리 강화사업	'06~'07
중남미	볼리비아	볼리비아 엘 알또 모자보건 서비스 지원 사업	'06~'08
중남미	온두라스	온두라스 신생아 사망률 감소 지원사업	'07
중남미	에콰도르	에콰도르 산로렌조시 기초보건 의료서비스 강화사업	'07~'08
아프리카	잠비아	잠비아 모자보건 역량강화사업	'07
아프리카	짐바브웨	짐바브웨 모자보건 역량강화사업	'07
중남미	과테말라	과테말라 치말테낭고주 모자보건환경 개선사업	'08~'09
아프리카	잠비아	잠비아 루사카 총궤군 모자보건서비스 개선사업	'08~'09
아프리카	케냐	케냐 키텐젤라 모자보건센터 증축 및 개선사업	'08~'10

아프리카	가나	가나 동부지역 아동 및 모성사망률 감소지원사업	‘08~‘09
아프리카	에티오피아	에티오피아 아르시 가족계획 및 모자보건증진사업	‘08~‘10
중남미	파라과이	파라과이 아순시온 인근 3개 지역 아동 및 모성사망률 감소지원사업	‘08~‘10
중남미	엘살바도르	엘살바도르 임산부요양소 건립사업	‘08~‘09
중남미	도미니카(공)	도미니카 미성년 임신방지 및 여성환경보건 개선 2차 사업	‘08~‘11
중남미	페루	페루 까야오 지역 모자보건센터 개선사업	‘09~‘10
아시아	라오스	라오스 아동병원 건립사업	‘09~‘11
중남미	과테말라	과테말라 모자보건 역량강화사업	‘10~‘12
아시아	방글라데시	방글라데시 UNICEF 가정방문중심의 산모 및 신생아 보건 증진사업	‘10~‘13
아프리카	코트디부아르	코트디부아르 중북부-서부지역 누관(Fistula)치료	‘10~‘12
아프리카	DR 콩고	DR 콩고 UNICEF 기초면역강화사업	‘10~‘12
아프리카	에티오피아	에티오피아 가족계획 및 모자보건 2차 사업	‘11~‘13
중남미	과테말라	과테말라 웨웨테낭고 국립병원 모자보건 역량강화 사업	‘11~‘15

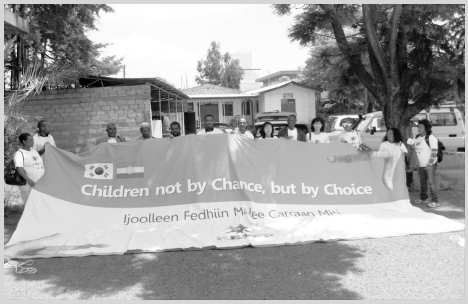
2) 2001~2007년 시기

2000년 새천년 개발목표(MDGs)가 발표되면서 아동사망률 감소를 위한 MDG4와 모성사망률 감소를 위한 MDG5라는 모자보건 향상을 위한 구체적인 목표가 수립되었다. 한국국제협력단도 이에 발맞추어 협력국의 모자보건 향상을 위하여 일반적인 보건소 시설 및 병원 보다는 모자보건에 집중된 인프라 지원을 시작하게 되었다. 특히 모자보건센터 지원을 통한 시설 분만율 증가와 아동병원 지원을 통한 응급분만 및 난산시 후송할 수 있는 전원체계를 갖추는 일에 지원을 집중하였다. 또한 분만에 필수적인 분만대 및 분만관련 장비를 집중적으로 지원하여 의료시설에서의 분만이 가능할 수 있도록 지원하였다. 이에 발맞추어 국내 초청연수를 통하여 모자보건에 집중된 다국가 연수 및 국가별 훈련을 시행하여 모자보건 시스템을 운영하는 현지 인력들의 역량강화를 도모하였다.

3) 2008~현재

2000년대 중반 이후부터는 가족계획 프로그램(에티오피아), 조산사 양성 및 산파 교육 프로그램(과테말라), 청소년 성교육 및 생식보건(도미니카 공화국), 가정방문 중심의 임산부 및 신생아 관리(방글라데시), 아동 예방접종 프로그램(DR 콩고), 모자보건 서비스 제공을 위한 모자보건센터 및 병원 건립(라오스, 캄보디아) 등 기존의 모자보건 인프라 및 기자재 지원의 형식을 벗어나 직접적인 모자보건 향상을 위한 모자보건 프로그램형 사업을 지원하기 시작하였다. 이러한 다양한 모자보건 프로그램을 실시하면서 각 지역의 국제기구 및 NGO와 협력을 통해 지속가능성을 확보하고 있다.

[글상자 1] 에티오피아 아르시 가족계획 및 모자보건 사업(2008~2010)





에티오피아는 1인당 국민소득 110불의 세계 최빈국 중의 하나로 급속히 증가하는 인구 때문에 경제성장이 이루어지지 못하는 악순환을 거듭하고 있으며, 정부와 국제 NGO의 장기간 가족계획사업에도 불구하고 지속적으로 인구가 증가하는 아프리카에선 2번째 인구대국(8천 5백만/2008년)으로 매해 인구 증가율은 2.5% 가량이다. 가임 여성의 약 50%가 피임을 원하고 있지만 가족계획 서비스에 대한 접근성과 물품이 부족하여 가족계획 실천율은 현재 약 15%에 미치고 있다.

에티오피아 아르시 가족계획 및 모자보건사업은 에티오피아의 원치 않는 임신율 감소, 출산율 저하, 모성 사망률 및 신생아 사망률을 낮추기 위해 에티오피아 오로미야(Oromiya)주 아르시(Arsi) 지역에서 지역사회 기반, 주민참여를 바탕으로 지역주민에게 가족계획서비스를 제공함과 동시에 교육과 상담을 통해 가족계획에 대한 정보를 제공하여 가족계획에 대한 인식을 변화시키고, 보건의료 인력들의 가족계획 및 모자보건서비스 기술을 향상시키고자 다양한 프로그램을 전개하고 있다.

이를 위하여 가족계획훈련센터에서 보건의료 인력을 훈련시키고, 가족계획서비스를 제공함과 동시에 훈련센터를 기반으로 지역사회 주민 교육을 시행하였다. 또한 우리나라의 성

공적인 주민활성화(community mobilization) 경험을 적용하여 지역사회 참여를 통한 주민 가치관 변화를 유도하면서 지역사회의 가족계획 역량을 강화하기 위하여 주민 지도자 중심으로 한 자치회 활동을 활성화하고 하부 지역사회 행정단위에서 직접 체험 및 의식개혁을 유도하였다.

2008년에서 2010년까지 진행된 사업의 결과로 가족계획에 대한 주민들의 지식 및 태도가 개선되었으며, 가족계획 실천율은 남성에 있어 10% 여성은 3%가량 증가하였다. 그 중에서도 장기 피임은 10배 이상 증가하였다. 지역사회의 가족계획 역량을 강화하기 위해서 시행한 간호사, 마을건강요원 교육을 통해서 안정적인 가족계획교육을 할 수 있도록 역량이 강화되었다. 이러한 활동을 통해서 가족계획 서비스에 대한 접근성이 증가하였고 질적인 향상을 가져왔다.

[글상자 2] 과테말라 치말테낭고 모자보건 사업(2007~2009) & 모자보건 역량강화 사업(2010~2012)





과테말라는 아이티, 볼리비아와 함께 중남미 국가 중 가장 열악한 모자보건 실태를 보이고 있다. 특히 절대 빈곤층이 많고, 빈약한 보건의료 인프라와 자원의 부족, 높은 문맹률이 복합적으로 작용한 결과이지만, 기본적으로 훈련된 보건의료 인력의 부족이 열악한 모자보건 상황의 가장 큰 문제로 지적되고 있다. 과테말라에서는 출산 시 26%의 임산부만이 전문 보건의료 인력의 도움을 받고, 60%가 체계적인 교육을 받지 않은 산파에 의해 이루어지며, 12%는 아무런 도움 없이 출산을 하는 상황이다.

이러한 열악한 모자보건 상황을 타개하고자 과테말라 치말테낭고(Chimaltenango)주의 모자보건 개선을 위해 지원하고 있다. 이 사업의 일환으로 모자보건 전문 간호사교육 및 지역사회 산파 교육 등이 이루어졌다.

모자보건 전문 간호사 훈련프로그램은 약 5개월간의 과정으로 이루어졌고 한국국제협력단의 지원으로 과테말라 국립간호대학의 교수진이 치말테낭고의 간호사 51명과 파춘 지역의 산파 96명을 훈련하는 방식으로 이루어졌다. 이 사업은 일방적인 원조의 한계를 탈피하여 현지 자원의 역량을 총체적으로 강화하는 효과적이고 지속가능한 프로그램으로의 변화를 꾀

하였다.

이런 과정을 통해서 지역에서 실제로 분만을 담당하고 있는 간호사, 조산사, 산파들의 역량을 강화할 수 있게 되었고, 과테말라 정부에 그 성과를 인정받아 2010년부터 치말테낭고 지역이 아닌 과테말라 전국을 대상으로 6개월 과정의 간호사 교육과 산파 교육을 실시하는 모자보건 역량강화 사업을 2차 사업으로 실시하고 있는 중이다.

이는 과테말라 전역의 간호사 450명과 산파 600여 명을 대상으로 6개월 과정 이론교육과 실제 분만에 참여하는 실습교육으로 이루어져 있고, 과테말라 전역의 간호사와 산파들을 대상으로 과테말라 시티, 꼬방, 케찰테낭고에서 집체교육을 하고 있다.

[글상자 3] 도미니카 공화국 미성년 임신방지 사업 및 여성보건환경 개선사업(2008~2011)





도미니카 공화국 청소년 임신 및 출산율 통계에 따르면 10대 청소년 여성의 23%가 이미 임신이나 출산을 경험하였고, 임산부의 1/4가 15~19세의 청소년이다. 도미니카 공화국의 청소년 성관계 연령은 점점 낮아지고 있으며 가톨릭국가의 사회분위기 등을 고려할 때, 기본 학교 교육과정에 성교육을 포함하기 어려운 실정이다.

이러한 상황을 개선하기 위해서 한국국제협력단은 도미니카공화국 여성부와 손을 잡고 미성년 임신방지 등 보건환경에 대한 지역사회 지도자 교육훈련 및 청소년 또래지킴이 등의 자치활동 지원을 통하여 청소년 임신 예방사업을 진행하는 전략을 수립하여 여성, 청소년, 보건 프로그램을 개발하여 성생식보건 문제를 해결하고자 노력하고 있다.

구체적인 활동으로는 청소년 성생식보건(Sexual and Reproductive Health) 센터에서 청소년들로 하여금 올바른 성인지적 관점을 정립할 수 있도록 교육하고, 그 교육 내용은 여성 청소년 교육자 교육, 청소년 보건지도자 양성 등 6개 주제에 대해 지역전문가 양성을 위한 교육을 매월 실시하고 있다. 특히 청소년 성에 대한 대중 인식을 변화시키지 않고서는 청소년 임신 및 낙태율을 감소시키기 어려운 바, 사업 착수 시점부터 TV 및 라디오 등 대중매체를 통해 성에 대한 대중인식 제고하기 위해 노력하였다.

도미니카 공화국의 수도인 산토도밍고에서 시작한 이러한 활동이 도미니카 공화국 지방

도시로도 확대되었으며 각 지방도시에 사회복지 관련 KOICA 봉사단원들이 활동하며 도미니카 공화국 여성부와 함께 교육을 진행하고 있다.

[글상자 4] 방글라데시 UNICEF 가정방문 중심의 산모 및 신생아 보건증진사업(2010~2013)

방글라데시는 유아 사망률이 지난 1994년 인구 천 명당 87명에서 2007년 52명으로 개선되었으나, 이는 여전히 아시아 평균(천 명당 38명)에도 못 미치는 수준이고 한국의 열배에 이를 정도로 열악하다. 특히 방글라데시 수도인 다카에서 80km 떨어진 탕가일 지역은 더욱 열악한 지역으로 KOICA는 UNICEF와 함께 이 지역을 중심으로 가정방문 중심의 산모 및 신생아 보건증진사업을 시행하고 있다.

본 프로그램의 특징은 지금까지 보건소, 보건지소를 통해서 대부분 이루어진 모자보건 서비스를 가정방문을 통해 제공한다는 것이다. 방글라데시의 많은 산모와 신생아들은 보건시설에 대한 접근성이 열악하여 50% 이상의 출산이 가정에서 이루어지고, 출산 후에 산후관리를 받고 있는 산모와 신생아는 그 수가 매우 적다. 이러한 점을 감안하여 임산부 등록과 의료시설에서의 출산을 권장하고, 출산 후에는 2일째, 7일째 산모의 가정을 방문하여 산후진찰을 실시하고 산후 상태가 안 좋은 산모에게 적절한 처치를 해 주고 있다. 또한 생후 일주일 이내의 신생아에 대한 건강상태를 확인하여 필수 신생아 처치를 실시하고, 산모의 신생아 관리 교육을 실시하고 있다. 이러한 가정방문 요원을 교육시키기 위하여 교육프로그램을 운영하고 있다.

이러한 모자보건 활동은 KOICA 단독으로 진행하지 않고 방글라데시 모자보건 사업에 많은 경험을 가지고 있는 방글라데시 UNICEF와 함께 사업을 진행하고 한국인 UNV를 동 사업 현장에 파견하여 서비스 제공 상황을 모니터링 하고 경험을 공유하고 있다.

이 사업으로 약 73만 명의 산모와 신생아가 서비스를 받을 것이며 약 12만 명의 산모와 신생아가 사망의 위험에서 벗어날 것으로 기대된다.



2. KOICA 보건의료 ODA 중기전략(2011~2015)

한국국제협력단은 보건의료 분야 중기 전략을 통해 보건의료 분야 지원의 일관성 및 방향성을 갖도록 노력하고 있다. 개발도상국 주민의 건강한 삶을 통해 지속가능한 발전에 기여한다는 비전을 가지고 여성과 아동을 주요 Target group으로 선정하였으며 보건의료 시스템 강화를 통하여 개발도상국 자체적으로 취약계층에게 필수적인 보건의료서비스를 제공할 수 있도록 기여하는 것을 목표로 삼고 있다. 한국국제협력단의 보건의료 전략의 5가지 전략목표 중의 하나로 모자보건 및 가족계획 향상을 제시하고 있으며 이를 위한 중점 프로그램으로서 가족계획 보급 및 생식 건강향상, 임신 및 출산 관리 향상, 아동 보건 향상, 임산부 및 아동 영양 향상을 프로그램화하여 추진하고 있다.

[표 3] KOICA 보건의료 지원 전략(2011~2015)

<table>
<tr><td>비전(VISION)</td><td colspan="5">개발도상국 주민의 건강한 삶을 통하여 지속가능한 발전에 기여한다</td></tr>
<tr><td>TARGET
GROUP</td><td colspan="5">여성과 아동</td></tr>
<tr><td>상위목표
(GOAL)</td><td colspan="5">보건의료 시스템 강화를 통하여 개발도상국 자체적으로
취약계층에게 필수적인 보건의료서비스를 제공할 수 있도록 이바지한다.</td></tr>
<tr><td>추진방향</td><td colspan="3">◉ 보건의료 체계 강화</td><td colspan="2">◉ 취약계층, 취약질병 지원강화</td></tr>
<tr><td>전략목표
(OBJECTIVE)</td><td>보건의료
인적 역량
강화</td><td>보건의료
제도적 역량
강화</td><td>보건의료 서비스
접근성
강화</td><td>모자보건 및
가족계획
향상</td><td>전염성 질병
예방 및 관리
강화</td></tr>
<tr><td>중점
프로그램
(OUTPUT)</td><td>• 국가 보건의료 정책 인력 양성
• 의료 전문 인력 양성
• 기초 보건의료 인력 양성</td><td>• 의료보험 및 재정적 역량 강화
• 보건의료 정보체계 강화
• 보건의료 정책역량 강화</td><td>• 필수 보건 의료 서비스 수요 증진
• 기초보건 & 의료전달시스템 강화</td><td>• 가족계획 보급 및 생식건강 향상
• 임신 및 출산 관리 향상
• 아동 보건 향상
• 임산부 및 아동 영양 수준 향상</td><td>• 소외열대질환 예방 및 관리
• 결핵 관리
• 에이즈, 말라리아 및 기타 전염성 질병 예방 및 관리</td></tr>
<tr><td rowspan="3">접근 방법
(APPROACH)</td><td colspan="5">◉ 효과적이고 지속가능한 보건의료 ODA 실행</td></tr>
<tr><td colspan="2">선택과 집중</td><td colspan="2">효과성 증진</td><td>파트너십 강화</td></tr>
<tr><td colspan="2">• 국별협력전략(CPS)중심 사업지원
• 아동과 여성 등 취약계층 지원강화
• 비교우위 프로그램실행</td><td colspan="2">• 보건의료 Assessment 강화
• 보건의료 전문가 참여 강화
• 모니터링 및 평가체계 강화
• 필수 보건의료 서비스 패키지 집중 지원</td><td>• 참여형 개발협력 구현
• 현장 Harmonization 강화
• 국내 보건의료 기반 강화</td></tr>
</table>

3. 모자보건 지원전략

KOICA의 모자보건 지원 전략은 4개의 중점 프로그램(가족계획 보급 및 생식건강 향상, 임신 및 출산관리 향상, 아동 보건 향상, 임산부 및 아동의 영양수준 향상)과 11개의 실행과제로 이루어져 있다.

1) 가족계획 보급 및 생식건강 향상

○ **가족계획 인식도 개선**

가족계획의 중요성에 대한 인식 향상 및 피임법 활용 등에 대한 인식개선을 통해 계획된 출산 및 터울 조절을 확산시키고 피임에 대한 부정적 인식을 개선하도록 하며, 가족계획 상담 및 피임에 대한 수요를 증가시키도록 함.

○ **가족계획률 증가 및 불안전한 낙태 개선**

출산율 저하, 첫아이 출산연령 지연, 원치 않는 임신 감소 및 자녀 출산터울 관리 등을 돕기 위해 가족계획 상담과 서비스 제공, 피임법 교육 및 피임 시술 등을 통해 다양한 종류의 피임법 활용률을 증가시켜 미충족 가족계획 수요(un-met need for family planning)를 감소시키도록 하며, 안전한 낙태 시술을 제공해 불안전한 낙태로 인한 모성사망률을 감소시키도록 함.

○ **청소년기 안전하지 않은 성행동양식 감소**

청소년기의 불안전한 성행동으로 인해 일어나는 청소년 출산율을 낮추고 첫 출산 연령의 감소에 기여하기 위하여 안전하지 않은 청소년기 성향동양식을 바로잡기 위한 활동과 프로그램을 지원하도록 함.

2) 임신 및 출산관리 향상

○ **산전, 출산, 산후 건강관리 인식 개선**

안전한 출산의 증가와 산전 및 산후 관리 향상을 위하여 모자보건 서비스에 대한 인식을 증가시켜 산전/산후관리 수요를 증가시키고 보건의료 시설에서의 출산에 대한 기피를 감소시킬 수 있도록 함.

○ **안전한 출산 및 산과적 응급환자 전원율 증가**

모성사망율의 가장 큰 요인이 되는 출산 후 출혈과 폐쇄분만 등으로 인한 사망을 감소시키기 위하여 숙련된 조산원(SBA: Skilled birth attendants)에 의해 도움을 받는 출산 비율과 기초의료설비가 준비된 의료시설에서의 출산을 증가시킬 수 있도록 지원하며, 이와 함께 2차 전원시설인 지역병원으로의 산과적 응급 사례 전원체계 구축과 의료시설의 역량 강화를 지원하도록 함.

○ **산전 및 산후 관리서비스 강화**

모성보건의 향상, 그리고 출산 직후 신생아 건강 향상 등을 위하여 산전관리를 통한 임신기 산과적 부작용등을 감소시킬 수 있도록 하며, 산후관리 수혜율의 향상을 통해 산모의 출산 후 후유증 관리와 신생아 건강관리를 향상시키도록 함.

3) 아동 보건 향상

○ **신생아 및 소아질환 통합 관리 강화**

소아 사망의 주요 원인인 설사, 폐렴, 말라리아 등의 사망요인에 대한 지역사회 기반의 효과적인 관리를 위하여, 출산 후 신생아 및 소아질환의 통합관리(IMNCI)의 수혜율을 증가시키도록 함.

○ **아동 필수예방접종 지원**

영유아 대상 필수예방접종 백신 지원과 예방접종 사업 지원을 통하여 수원국의 필수예방접종 접종율의 향상 및 관련 예방접종 대상 전염병의 감소가 이루어 질 수 있도록 지원함.

4) 임산부 및 아동 영양수준 향상

○ **미세영양소 및 임산부 필수 영양소 지원**

아동건강 향상을 위해 폐렴과 설사질환 등으로 인한 사망률 감소에 중요한 비타민 A와 아연, 요오드 등과 산모의 빈혈 및 영양 결핍 감소를 위한 철분 등 필수 영양소를 지원하여 영양결핍을 감소시킬 수 있도록 함.

○ **임산부 및 영유아 영양지원 강화**

출산 시 저체중 아동의 감소 및 영유아의 건강한 성장 발달 및 영양 부족으로 인한 다양한 질병 문제의 감소가 이루어질 수 있도록, 임산부 및 영유아의 영양보조 사업 수행을 지원하도록 함.

○ **학교기반 아동 영양지원 강화**

아동의 건강한 성장 발달 및 영양상태 개선을 위하여 학교기반의 영양지원 사업을 수행하여 아동들에 대한 균형 잡힌 지속적인 영양 공급이 가능하도록 지원함.

4. ODA 중점협력국의 모자보건 상황별 분류

선진국이든 개발도상국이든 모자보건이 필요하지 않은 나라는 없다. 선진국은 선진국 나름대로 해결해야 할 과제가 있으며 개발도상국에는 그 나름대로의 중점 추진과제가 있다. 하지만 각 국가별로 보건의료 시스템과 보건 상황에 따라서 문제점이 다르고 그 중점 추진과제가 다를 수 있다. 예를 들어 우리나라의 모자보건에 가장 큰 문제점 중 하나는 저출산이고 많은 모자보건 정책이 출산율 장려에 모아지고 있다. 하지만 많은 개발도상국에서는 고출산에 따른 문제점들이 모자보건을 위협하고 있다. 모자보건 상황에 따른 개괄적인 분류는 실제적으로 적용하는데 여러 가지 어려움을 내포하고 있다. 각 개별국가의 상황을 유추할 수 있는 여러 가지 지표를 활용하여 현재 상황을 추정할 수는 있으나 첫째, 실제 개발도상국 현장에서는 관련 지표의 수집이 어려워 지표와 현실 간의 괴리가 심하다. 둘째, 한 나라 안에서도 도시와 시골의 상황이 다르고, 부유한 지역과 가난한 지역이 달라 일괄적으로 적용하기에는 위험하다. 셋째, 각 국가별 모자보건 현황을 일반화하여 적용할 경우 그 지역의 특수한 상황에 맞는 전략을 구성하는데 혼란을 줄 수 있다. 넷째, 모자보건의 상황은 여러 가지 영향을 미치는 요소(아동보건, 모성보건, 영양, 성평등적 요소)들이 독립적으로 작용하므로 전체적으로 어느 나라가 다른 나라보다 모자보건 상황이 좋다 또는 나쁘다고 말하는 것은 어렵다. 그리고 또한 이러한 비교 자체가 큰 의미가 없다. 특히 우려되는 것은 ODA의 계획 또는 예산 배분 시에 한 협력국의 모자보건 상황이 다른 나라보다 더 좋다고 해서 그 협력국의 모자보건을 지원하지 않을 이유는 되지 않으며, 그 반대로

더 나쁘다고 해서 꼭 지원해야 하는 이유도 되지 않는다. 국별 협력전략(Country Partnership Strategy)을 구성할 때에는 한 국가 내에서 보건과 다른 분야를 비교하여 비교우위가 있거나 한 국가 내에서 모자보건이 다른 것 보다 더 열악할 시에 지원을 할 필요성이 크다고 하겠다. 하지만 각 나라별로 모자보건 상황이 어떤지 개략적인 이해가 필요할 때 도움을 받기 위하여 아래와 같이 분류해 볼 수 있다.

국가 분류를 위해 만든 KOICA 모자보건 Index K는 각 국가의 상황을 빠르고 단순 파악하기 위해서 모성 보건의 상태를 파악할 수 있는 모성사망비[21], 5세 이하 아동 보건 현황을 나타내는 5세 이하 아동사망률[22], 영양실조 비율, 사회경제적 젠더 현황을 반영하기 위한 초·중등학교 성별 등록비율을 활용하여 평가할 수 있도록 고안하였다. 이 지표가 해당 국가의 모자보건 모든 현황을 정확히 반영하는 것은 아니지만 개략적인 현황을 파악할 때 고려할 수 있다.

[표 4] KOICA 모자보건 INDEX (K)

KOICA 모자보건 INDEX (K)

K = A + B + C + D

모성사망비	A
800 이상	5
500~800	4
300~500	3
100~300	2
10~100	1
10 이하	0

5세 이하 아동 사망률	B
200 이상	5
100~200	4
50~100	3
20~50	2
5~20	1
5 이하	0

초등학교, 중등학교 소녀/소년 등록률 비율	C
70% 이하	3
70~80	2
80~90	1
90 이상	0

영양실조 비율	D
40% 이상	4
30~40	3
20~30	2
10~20	1
10% 이하	0

21) Number of maternal deaths per 100,000 live births during a specified time period, usually one year.

22) Probability of dying between birth and exactly five years of age expressed per 1,000 live births.

먼저 모성사망비는 모성보건의 현황을 나타내는 가장 직접적인 지표 중 하나이며 이러한 모성사망비에 직접적인 영향을 주는 사전지표(Proxy indicator)로는 시설분만율, 전문 인력에 의한 출산 비율, 산전 진단율 등이 있을 수 있으며, 이러한 지표들을 대표할 수 있도록 모성사망률을 5점 스케일을 만들어 적용했다. 각 스케일은 800 이상, 500~800, 300~500, 100~300, 10~100, 10 이하로 구분하여 1점 스케일을 부여하였다.

5세 이하 아동사망률은 아동보건의 현황을 나타내는 가장 직접적인 지표 중 하나로 5세 이하 아동 사망률에 직접적인 영향을 주는 지표로는 신생아 사망률, 영아 사망률, 예방접종률 등을 들 수 있으며 이 중에서도 신생아 사망률은 전문 인력에 의한 출산 비율, 시설 분만율이 가장 크게 영향을 미친다. 상기 지표들이 반영될 수 있도록 5세 이하 아동사망률을 5점 스케일을 만들어 적용하였다. 각 스케일은 200 이상, 100~200, 50~100, 20~50, 5~20, 5 이하로 구분하여 스케일마다 1점씩을 부여하였다.

한 국가의 영양실조비율이 높다는 것은 영양실조에 가장 취약한 계층인 임산부와 아동의 건강에 막대한 영향을 준다. 특히 5세 이하 아동 사망률의 40% 이상이 영양부족과 관련되어서 발생하고 있고, 임산부 사망의 가장 많은 이유로 출혈이 이야기 되며, 영양 상태는 그 국가의 식량공급 뿐만 아니라 경제 상태를 반영하기 때문에 향후 그 국가의 모자보건에 대한 전망치를 반영할 수 있을 것으로 보인다. 영양실조 비율에 따라 4점 스케일을 만들어 적용하였고, 40% 이상, 30~40%, 20~30%, 10~20%, 10% 이하로 분류하였다.

또한 여성의 사회적 지위는 모자보건의 현황과 전망을 이해할 때 가장 고려해야 할 부분이다. 여성의 사회적 지위를 반영하는 지표로 여러 가지 지표를 사용할 수 있지만 MDGs 지표 중의 하나인 초등, 중등학교의 소녀·소년 학교등록비(Ratio of Girls to Boys in Primary and Secondary education(%))를 적용하였다. 위 비율은 3점 스케일을 사용하였으며 90% 이상, 80~90%, 70~80%, 60~70%로 분류하였다.

위와 같이 4개의 지표를 합산하여 간략하게 ODA 중점협력국과 일반협력국에 대하여 적용을 해 보았다.

1) 모자보건 프로그램이 시급한 국가

이 범주에 포함되는 국가들은 모자보건 Index (K)가 11~14에 포함되는 국가들로

중점협력국에서는 DR 콩고, 에티오피아, 모잠비크, 카메룬, 르완다가 있고 일반협력국에는 아프카니스탄, 아이티가 포함된다. 물론 모든 지역이 그렇지는 않지만 전반적으로 정부의 보건시스템이 기능하지 못하며, 심각한 수준의 영양실조를 보이고, 교통인프라의 부족으로 보건의료 서비스에 대한 접근성이 매우 열악하다. 특히 여성의 의사결정 환경이 열악하여 서비스 자체를 받기 힘들다. 물론 이러한 나라들의 일부 대도시에는 어느 정도 민간시스템을 활용한 보건의료 서비스가 가능하지만 대부분의 환경은 매우 열악하다. 이러한 나라에서는 모자보건 사업에 대한 일부분의 지원으로는 그 효과를 낼 수도 없고 지속가능성을 확보하기도 어렵다. 이러한 환경에서는 적은 규모의 인구집단을 대상으로 종합적인 연속선상의 진료가 가능하도록 패키지 형태를 장기적으로 지원하는 것이 유효할 수 있다.

[표 5] 모자보건 프로그램이 시급한 국가

	중점 협력국가	모자 보건 Index	일반협력국 (KOICA 사무소)	모자 보건 Index	대략적인 모자보건 상황	접근 방식
모자보건 프로그램이 시급한 국가 (A)	DR 콩고*	14	아프카니스탄	13	정부의 보건시스템이 기능하지 못함. 심각한 수준의 영양실조, 교통인프라 부족으로 접근성 매우 열악. 여성의 의사결정 능력 저조 서비스 자체를 받기 힘듦.	파일럿 형태의 종합적인 (Continuum of care) 모자보건 사업
	에티오피아*	13	아이티	11		
	모잠비크	12				
	카메룬	11				
	르완다	11				

※ 수도 및 도시지역은 현재 단계, 시골 및 산간 지역은 현 단계보다 1단계씩 상향 필요[23)]
* KOICA 모자보건 프로그램을 시행했던 국가

2) 적극적인 모자보건 프로그램이 필요한 국가

이 범주에 포함되는 국가들은 모자보건 Index (K)가 10-8에 포함되는 국가들로 중점협력국에서는 동티모르, 파키스탄, 나이지리아, 방글라데시, 캄보디아, 라오스, 우간다가 포함되며 일반협력국에서는 케냐, 탄자니아, 세네갈이 해당된다. 일반적으로 정부의 보건시스템은 구축되어 있지만 적절한 기능은 하지 못하며, 일부 도시지역을 중심으로 모자보건 서비스가 가능하나 서비스의 질은 충분하지 못하다. 중등도의 영양실조 상태를 보이나 여전히 여성의 의사결정 환경은 열악하다. 군단위의 보건센터

23) 해당 국가 내에서도 모자보건 현황에 있어 지역별 편차가 있을 수 있으므로, 국가별 비교시 주의를 기할 필요가 있다. 이에 대해 필요한 경우 해당 국가 내 실제 사업 지역의 자료를 사용해서 index 수치 계산해 사용하는 것을 고려할 필요가 있다

는 부분적으로 기능하나 그 하부단위는 기능하지 못한다. 이러한 환경에서는 어느 정도 국가 보건사업이 군 단위까지 기능하고 있으므로 취약한 모자보건 부분을 세부 모듈별로 접근하는 것이 바람직하다. 또한 District 단위 또는 Province 단위로 이뤄지고 있는 모자보건 사업에 파트너십으로 참여하여 일부를 담당할 수도 있다.

[표 6] 적극적인 모자보건 프로그램이 필요한 국가

	중점 협력국가	모자 보건 Index	일반협력국 (KOICA 사무소)	모자 보건 Index	대략적인 모자보건 상황	접근 방식
적극적인 모자보건 프로그램이 필요한 국가 (B)	동티모르	10	케냐	10	정부의 보건시스템이 구축되어 있지만 적절한 기능은 하지 못함, 일부 모자보건 서비스 가능, 일부 지역에만 접근 가능, 서비스의 질이 충분하지 못함, 중등도의 영양실조 상태, 열악한 여성 의사결정 환경, 군 단위 보건센터는 일부 기능하나 그 하부단위는 기능 못함.	세부 모듈별 취약 부분 접근 (파트너십 내에서의 접근)
	파키스탄	9	탄자니아	10		
	나이지리아	9	세네갈	9		
	방글라데시	9*				
	캄보디아	8				
	라오스	8*				
	우간다	8				

※ 수도 및 도시지역은 현재 단계, 시골 및 산간 지역은 현 단계 보다 1단계씩 상향 필요
* KOICA 모자보건 프로그램을 시행했던 국가

3) 모자보건 프로그램이 필요한 국가

[표 7] 모자보건 프로그램이 필요한 국가

	중점 협력국가	모자 보건 Index	일반협력국 (KOICA 사무소)	모자 보건 Index	대략적인 모자보건 상황	접근 방식
모자보건 프로그램이 필요한 국가 (C)	볼리비아	7	이라크	6	중앙정부 및 지방정부의 보건시스템 구축 및 적절한 기능, 일부 모자보건 서비스 불가능, 일부 지역에는 접근성 떨어짐, 서비스의 질이 충분하지 못함.	국가 모자보건 프로그램 내에서 선정된 지역 및 activity 별 접근
	네팔	7	모로코	5		
	가나	6				
	몽골	6				
	솔로몬군도	5				
	파라과이	5				
	인도네시아	5				

※ 수도 및 도시지역은 현재 단계, 시골 및 산간 지역은 현 단계 보다 1단계씩 상향 필요
* KOICA 모자보건 프로그램을 시행했던 국가

이 범주에 포함된 국가들은 모자보건 Index (K)가 7-5에 해당되는 국가들로 중점협력국에서는 볼리비아, 네팔, 가나, 몽골, 솔로몬군도, 파라과이, 인도네시아가 포함되며, 일반협력국으로는 이라크, 모로코가 포함된다. 일반적으로 중앙정부 및 지방정부의 보건시스템이 구축되어 있으며 적절한 기능을 하여 District 단위의 Health center가 잘 기능하고 있다. 하지만 그 하부단위의 Health post는 기능하지 못하고 있는 상태이며 일부 모자보건 서비스는 불가능하다. 일부지역은 서비스의 접근성이 떨어지고 모자보건 서비스의 질도 충분하지 못하다. 이러한 국가에서는 협력국의 국가 프로그램에 적극적으로 조화하여 국가 프로그램의 일부 활동을 지원하는 형태로 지원하는 것이 바람직하다.

4) 모자보건이 비교적 양호한 국가

[표 8] 모자보건이 비교적 양호한 국가

	중점 협력국가	모자 보건 Index	일반협력국 (KOICA 사무소)	모자 보건 Index	대략적인 모자보건 상황	접근 방식
모자보건이 비교적 양호한 국가(D)	페루	4	알제리	3	중앙정부 및 지방정부의 보건 시스템 구축 및 적극적인 기능, 대부분의 모자보건 서비스 가능, 비교적 양호한 접근성, 서비스의 질이 양호하지 못함, 첨단 서비스 불가.	국내의 2차 병원급 이상의 모자보건 기술 전수
	콜롬비아	4	에콰도르	4		
	아제르바이잔	4	이집트	3		
	우즈베키스탄	4	엘살바도르*	3		
	필리핀	4	과테말라*	4		
	스리랑카	4	요르단	2		
	베트남	3	팔레스타인	4		

※ 수도 및 도시지역은 현재 단계, 시골 및 산간 지역은 현 단계 보다 1단계씩 상향 필요
* KOICA 모자보건 프로그램을 시행했던 국가

이 범주에 포함된 국가들은 모자보건 Index (K)에 4점 이하에 해당되는 국가들로 중점협력국에서는 페루, 콜롬비아, 아제르바이잔, 우즈베키스탄, 필리핀, 스리랑카, 베트남이 있고 일반협력국으로는 알제리, 에콰도르, 이집트, 엘살바도르, 과테말라, 요르단, 팔레스타인이 있다. 일반적으로 이러한 국가에서는 중앙정부 및 지방정부의 보건시스템이 원활히 구축되어 적극적으로 기능하고 있으며 대부분의 모자보건 서비스가 가능하고 Health Post까지 비교적 좋은 접근성을 보인다. 하지만 그 서비스의 질은 양호하지 못하며, 신생아 집중관리 등 최신 의료 서비스는 불가한 경우가 많다. 이러

한 국가에서는 국내의 2차병원급 이상의 모자보건 기술을 현지 인력들에게 보급하는 모자보건 임상기술을 전수하는 역량강화 형태로 지원이 가능하다.

제5장. 모자보건 프로그램을 위한 국내기반 분석

1. 대한민국의 모자보건 경험[24)]

우리나라는 과거 가족계획에 있어 출산율 감소를 이룬 모범사례로 국제적으로 잘 알려져 있으며, 특히 1965년 세계에서 3번째로 가족계획 사업을 국가시책사업으로 채택하여 경제개발 5개년 개획에 포함하여 시행한 후 우리나라 가임기 여성 1인당 합계 출산율은 1960년 6.0명에서 1985년에 2.1명으로 저하되는 등 출산억제 관련 인구정책에 있어 큰 성과를 거두었다.

한국은 가임부부 피임실천율이 4%였던 1960년대부터 IPPF 등의 도움을 통하여 국내에 가족계획협회 등이 창립되었고, 민과 관이 연합하여 국가시책사업으로 가족계획을 시행하여 성공을 이룰 수 있었다. 이를 통해 한국에 축적된 다양한 가족계획 관련 사업의 경험과 지식, 인적자원을 활용하여 개발도상국 등에 가족계획 사업과 인구정책에 대한 전문적인 지원과 국가적 협력을 꾀할 수 있을 것이다.

우리나라는 1973년 모자보건법 제정과 함께 1960~70년대에 각 지역 보건소에 모자보건요원을 파견하여, 이들이 각 가정을 방문해 안전한 분만을 도와 줄 수 있도록 분만 서비스를 제공하였다. 이후 보건진료원 제도 등을 통한 지역사회 보건요원의 모자보건 사업 추진과 보건소 보건지소체계 확립 등을 통하여 모자보건 관련 기초 보건서비스 제공을 위한 일차보건의료 기반의 체계를 갖추어 나갔다. 이를 통해 성공적으로 5세 이하 사망률의 감소를 이루었으며 현재 5세 이하 사망률은 5명/1,000 live birth로 1960년의 70명에 비하여 1/14 수준으로 감소하였으며 현재 세계에서 가장 낮은 수준을 보이고 있다. 모성건강의 경우 의료보험 도입을 통해 의료시설에 대한 출

24) 대한민국의 모자보건 경험은 성공적인 모자보건의 한 예로 보여질 수는 있으나 개발도상국에서의 모자보건사업에 효과적이라고 단순히 말하기는 어렵다. 특히 이미 선진국에 진입한 국내의 역량을 개발도상국의 상황에 적용했을 때 오히려 어려운 점이 있을 수 있다. 특히 모자보건의 상황이 전혀 다른 한국상황에서 이루어진 한국적 경험과 실제 정책사례들을 상황이 전혀 다른 개발도상국에 직접 적용하는 것은 적절 치 않다. 다만 과거 국내의 사업 사례 중 모자보건 개선에 도움이 되었던 사례 및 접근들을 차용하여 개발도상국 현지의 실정과 현황 그리고 최근의 국제적인 개발도상국 모자보건 지원사업의 추세 및 국제적 기준에 맞추어 국내의 기반과 역량을 활용할 수 있도록 창의적으로 접근 할 필요가 있다.

산 접근성을 높여 99%에 가까운 시설분만율(Facility delivery rate)을 달성하였고 현재 모성사망비는 15명/10만 live birth로 낮은 수준을 유지하고 있다. 또한 우리나라는 일차보건의료에 기반을 둔 지역기반 보건의료 체계의 확립과 의료접근성 향상 등을 통하여 많은 진보를 이루어 왔으며, 이러한 경험을 통하여 최근 다시 중요성이 강조되고 있는 개발도상국의 모자보건향상과 이를 통한 5세 이하 사망률 감소 및 모성사망률 감소에 대한 큰 역할을 할 수 있을 것이다.

[그림 8] 성공적인 모자보건 ODA 프로그램을 운용하기위한 기반



2. 국내 모자보건 전문기관과의 협력

1) 모자보건 전문기관

ODA 전문기관인 KOICA가 모자보건 프로그램을 시행하기 위해서는 국내 또는 해외의 모자보건 전문기관과의 협력이 필수적이다. 실제로 KOICA는 모자보건 프로그램을 실행하기 위한 큰 틀을 짜고, 프로그램의 운영을 위해서 협력국 정부 및 타 원조기관

과의 협의를 진행하고, 사업지역 내에서 실제적으로 프로그램 운영에 대하여 모니터링 평가해서 다음 모자보건 프로그램에 반영을 한다. 이러한 각 단계에서 모자보건 전문가 및 전문기관들과 협력하고 있다.

하지만 국내의 모자보건 관련 전문가 및 전문기관이 국내 모자보건 프로그램에 대한 전문역량은 있을지 몰라도 이 역량을 바로 해외의 모자보건 ODA 프로그램에서 활용하는 것은 어렵다. 현재 국내 모자보건 상황과 개발도상국의 모자보건 상황은 근본적으로 다르다. 우리나라 모자보건 프로그램의 핵심은 고령화 위험을 최소화하기 위한 출산장려정책이고, 개발도상국은 터울조절을 통한 모성과 아동사망 감소를 유도하고 있다. 또한 우리나라의 시설분만율은 99% 이상이어서 모자보건에 대한 관심은 민간의료시설과 공공의료시설에서 더 안전하게 분만하고 특이질환을 선별하느냐에 집중되지만, 개발도상국에서는 보건의료시설이 부족하고, 사회문화적으로 보건의료 시설에서 분만하고자 하는 욕구가 부족하기 때문에 어떠한 방법으로 산모가 보건소에서 분만을 하게 하느냐는 것이 주요 관심사이다.

이러한 국내와 개발도상국의 차이점에도 불구하고 ODA 전문기관에서는 향후 모자보건 프로그램을 실시하려면 국내의 모자보건 관련 전문가 및 전문기관을 모자보건 ODA 프로그램에 노출시켜 이들이 개발도상국 모자보건 프로그램에 대해 이해할 수 있도록 도와야 한다. 이와 같이 국내 모자보건 관련 전문가 및 전문기관이 해외에서 활동할 수 있는 플랫폼의 역할을 ODA 전문기관이 할 때 효과적인 모자보건 프로그램을 운영할 수 있다.

○ **한국보건사회연구원**

한국보건사회연구원은 국민 보건의료·국민연금·건강보험·사회복지 및 사회정책과 관련된 제 부문의 정책과제를 현실적이고 체계적으로 연구 분석하고 주요 정책과제에 대한 국민의 의견수렴과 이해증진을 위한 활동을 수행하는 것을 목적으로 1971년에 설립된 가족계획연구원과 보건개발연구원을 모태로 하고 있다. ODA에 관련된 활동으로는 1999년부터 2010년도까지 KOICA의 보건의료정책 및 프로그램 관리 연수과정을 진행하여 왔다.

특히 한국보건사회연구원은 국내에서 다양한 보건의료 관련 정책 및 연구를 수행하는 기관의 역량을 살려 모자보건에 관련된 정책 기술자문과 타당성 평가 및 사업

관련 연구를 수행할 수 있고, 해당 수원국가의 모자보건 정책 담당자 및 실무자들의 정책기획과 사업관리 관련 초청연수 및 현지교육훈련 사업을 진행할 수 있다.

○ **한국보건복지인력개발원**

보건복지관련 공무원 및 종사자의 전문성 향상과 보건의료 서비스 발전에 이바지하고자 설립된 정부출연기관으로 보건의료 교육전문기관이다. ODA에 관련된 활동으로는 2008년, 2009년 베트남 지역의료보건 발전 프로그램 초청연수, 2009년 탄자니아의 모자보건 프로그램 초청연수를 진행하였다.

한국보건복지인력개발원은 보건의료 종사자의 인력개발에 특화된 기관으로 모자보건 프로그램을 실시할 때 필수 조건인 지역사회 보건요원 교육, 조산사 교육, 간호사 교육, 보건소 행정인력 교육 등에 특화되어서 활동할 수 있다. 최근에 우리나라 일차보건의료 성공사례인 보건진료원의 활동내용을 담은 “보건진료원의 일차보건의료”를 출간하는 등 적극적으로 보건의료 ODA에 참여하고 있다.

○ **보건산업진흥원**

한국보건산업진흥원은 보건의료 서비스 산업화 등을 위해서 만들어진 공공기관으로 현재 보건의료산업본부의 국제의료사업단에서 보건의료 ODA에 관련된 활동을 하고 있다. 한국 보건산업진흥원은 KOICA 보건의료사업의 PMC(Project Management Consulting)로서 2000년대 초반부터 활동을 하였고 모자보건 관련하여서도 과테말라 인구와 생식보건 초청연수 프로그램, 페루 보건의료 정책 초청연수, 에티오피아 보건의료 정책 및 프로그램 관리 초청연수 등을 진행하였다. 또한 보건산업진흥원은 병원해외진출팀을 가지고 있어 해외의 보건의료 시설물 건축에 대한 노하우를 활용하여 모자보건센터, 모자보건 병원, 보건지소의 건립에 적극적으로 참여가 가능하다.

○ **한국여성정책연구원**

여성문제를 연구하고, 여성의 능력을 개발하며 사회활동을 지원하여 여성의 사회참여 및 복지증진에 기여할 목적으로 설립되었다. 한국여성정책연구원의 국제개발협력팀은 KOICA의 “도미니카 공화국 미성년 임신방지사업”의 사업운영을 담당했었다. 특히 모자보건 프로그램의 성인지적 모니터링 및 사업관리가 가능하다.

2) 모자보건 관련 협회

○ **인구보건복지협회**

인구증가억제를 위해 1961년 설립된 대한가족계획협회에서 2005년 현재의 인구보건복지협회로 개명하여 보건의료사업, 성교육, 모자보건 사업, 노인복지, 아동복지 등의 사업을 하는 민간단체이다. 인구보건복지협회는 KOICA의 초청연수 사업으로 1992년부터 2010년까지 인구와 생식보건 프로그램을 진행하였고, 에티오피아, 나이지리아, 탄자니아 등의 국가별 인구와 생식보건 프로그램 초청연수를 진행하였다. 초청연수 이외에도 “가나 동부지역 아동 및 모성사망률 감소 지원사업”의 사업운영기관으로 활동하였다. 인구보건복지협회는 모자보건에 특화된 국제사업을 다양하게 진행하고 있다. 인구·보건분야 국제훈련 및 연수, 개발도상국의 인구/생식보건사업 지원 및 교류사업, 개발도상국내 인구/생식보건사업 사전조사 및 개발, 실시 및 평가 등을 하고 있어 향후 모자보건 프로그램에 적극적인 역할을 할 수 있을 것으로 기대된다.

3) 모자보건 관련 전문가 단체

국내에서 해외 활동이 가능한 모자보건 전문가들을 개별적으로 확보하는 것은 대단히 어려운 일이다. 국내에는 모자보건에 기여가능한 전문가들이 각 직군별로 전문가 단체를 구성하여 활동하고 있다. 이러한 협회나 학회 등을 활용하면 모자보건에 관련된 전문가 그룹을 확보할 때 용이할 것으로 생각된다. 하지만 협의체의 특성 상 상설조직이 없어 사업담당기관으로 활동하는 것이 아니라 협의체 조직을 통해 전문가의 개별참여가 가능할 것으로 생각된다.

○ **대한간호사협회**

간호사들의 협의체 조직으로 보수교육과 같은 간호사들의 역량강화를 담당하고 있다. 특히 지역사회 간호 및 모자보건을 전공하는 전문가를 대상으로 모자보건 프로그램에서 적극적으로 활동할 수 있을 것으로 기대된다.

○ **대한조산협회**

조산사들의 협의체 조직으로 보수교육 및 조산원이 되고자 하는 사람들을 교

육시키는 역할을 담당하고 있다. 향후 개발도상국에서 조산사 교육에 참여가 가능할 것으로 예상된다.

○ **대한영양사협회**

영양사들의 협의체 조직으로 보수교육 및 영양사들의 학술활동들을 지원하고 있다. 향후 개발도상국에서 임산부 및 영·유아의 영양 사업에 직·간접적으로 참여가 가능할 것으로 예상된다.

○ **대한소아과학회**

소아과 의사들의 학술단체로 소아과 의사들의 학술활동 지원 및 보수교육 등을 담당하고 있다. 향후 개발도상국에서 소아과 인력들의 기술 전수 및 소아환자 처치 등에 참여가 가능할 것으로 예상된다.

○ **대한산부인과학회**

산부인과 의사들의 학술단체로 산부인과 의사들의 학술활동 지원 및 보수교육 등을 담당하고 있다. 향후 개발도상국에서 산부인과 인력들의 기술 전수 및 임산부 처치 등에 참여가 가능할 것으로 예상된다.

○ **한국모자보건학회**

한국모자보건학회는 여성과 어린이 건강 증진을 목표로 관련 분야의 전문가들이 함께 토론하며, 모자보건 분야의 발전에 기여하기 위한 모임으로 전문가 간의 학술 정보 및 의견 교환은 물론 문제 해결을 위한 정책 제시 등을 하고 있다.

4) 의과대학, 간호대학, 보건대학원

모자보건프로그램의 사업운영에 참여 가능한 기관들로 산학협력단을 통해서 행정적인 처리가 가능하며, 각 대학들에는 모자보건에 관련된 전문가들이 포함되어 전문적인 자문도 가능하다. 최근에는 대학에 소속된 모자보건 전문가들의 관심뿐만 아니라 대학 차원에서도 관심이 증가하고 있다. 특히 이들 학교기관은 향후 사업의 평가에 있어 외부 평가기관으로 더욱 많은 참여 및 역할을 할 수 있을 것이다.

5) CSO

국내 CSO 단체들의 모자보건 프로그램 활동은 빠른 속도로 증가하고 있다. 많은 보건의료 프로젝트들이 여성과 아동을 대상으로 하고 있으며, 2011년 KOICA를 통해 지원된 보건의료 프로젝트의 50% 이상이 모자보건 프로그램에 해당되며 향후 더욱 늘어날 것으로 예상된다. 이러한 CSO의 활동이 그 자체만으로도 훌륭한 성과를 보이지만 보다 효과적인 사업이 되기 위해서는 정부 간 사업과 연계되어야 하며, 장기적으로는 정부 간 사업의 수행을 CSO에서 할 수 있도록 시스템이 마련되어져야 한다. 또한 국내 CSO 단체들이 진행하는 사업들의 전문화 및 단체들의 사업 역량강화가 이루어져야 하며, 특히 모니터링과 평가에 더욱 많은 노력과 개선이 이루어져야 할 것이다.

[표 9] 2011년 모자보건 프로그램으로 KOICA 민간협력 지원을 받은 CSO

단체명	사업명
사랑나눔의사회	라오스 목마이(Mok Mai) 지역 모자보건환경 개선사업
세이브더칠드런	방글라데시 임산부 및 신생아 건강관리 개선 사업
글로벌케어	방글라데시 모성 보건을 위한 신뢰성 있는 지역사회 형성
위스타트 운동본부	캄보디아 타케오지역 저소득 아동-가족 지원 사업
새누리좋은사람들	필리핀 까인따 도시빈민 의료지원 및 청소년기 여성 교육 지원 사업
인구보건복지협회	에티오피아 취약계층 청소년 에이즈 예방 및 성건강 증진 사업
위드	몽골 만성질환 예방 및 보건영양교육 시범사업
굿네이버스	르완다 카기나 지역 5세 이하 아동 영양실조 예방사업
국제아동돕기연합	탄자니아 탕가시 아동건강관리센터 확장 운영 및 보건의식 증진사업
위드	카상가 지역 학교급식을 통한 어린이영양개선 및 건강증진 사업
한국로타리총재단	탄자니아 프와니 지역 모자보건센터 개선사업
세이브더칠드런	니제르 임산부 및 신생아 건강관리 개선사업

3. 모자보건 프로그램의 분절화

1) 모자보건 프로그램의 분절화 문제점

현재 우리나라 무상원조는 30여 개 이상의 부처와 기관에서 시행하고 있어 분절화의 정도는 매우 높은 수준이며 모자보건 프로그램에도 이러한 분절화의 모습을 보이고 있다. 특히 보건복지부 산하 정부출연기관인 국제보건의료재단(KOFIH)은 모자보건 프로그램을 정부예산으로 직접 수행하면서 KOICA를 통해 수행하는 모자보건 프로그램과는 별도로 예산배정부터 전략수립, 사업선정, 사업실행 등을 하고 있다.

보건복지부와 국제보건의료재단의 ODA 참여가 반드시 개발협력 사업의 효과를 저해하는 것만은 아니며, 보건복지부가 보유한 전문성, 인력을 모자보건 ODA에 활용해야 한다.

하지만 현재 수행하고 있는 방식처럼 외교부-KOICA를 활용한 체계와 보건복지부-KOFIH를 활용한 체계로 이원화 시켜 별도의 체제로 인정하는 것은 모자보건 국제개발협력에 전혀 도움이 되지 않는다. 또한 이러한 분절화의 문제점을 해결하기 위한 방식으로 양측의 사업을 물리적으로 연계시키는 것은 오히려 이러한 분절화를 고착화시킬 우려가 있다.

분절화로 인한 문제점을 라오스에서 보건복지부/보건의료재단이 시행하고 있는 '라오스 모자보건사업'의 예를 들어 살펴본 '한국 무상 ODA의 파트너십 제고 방안 연구'[25]를 일부 발췌 인용하면 아래와 같은 문제점이 있다.

[글상자 5] 보건의료 ODA 분절화의 문제점

첫째 사업 중복의 문제가 있다. 보건의료재단의 "라오스 모자보건 사업"은 KOICA 보건의료 분야 사업인 "라오스 아동병원 건립사업"과 중복되는 사업이다. 엄격하게 보면 양 사업이 모자보건 분야에 해당한다는 것 외에 사업 지역과 내용이 전혀 다르지만 문제는 이러한 사업에 대한 사전 조율 기제가 전혀 없었다는 점이다. 만약 사전 조율 기회가 있었다면 적은 규모의 예산으로 동일한 분야의 사업을 전략적 고려 없이 여러 지역에서 시행하지는 않았을 것이다. 또한 동일한 협력국, 동일한 분야의 사업을 여러 부처/기관이 분산하여 시행함으로써 발생하는 제반 비용을 절감할 수 있었을 것이다.

25) 한국 무상 ODA의 파트너십 제고 방안 연구-정부, 공공기관의 협력체계 구축을 중심으로, 2011, KOICA, 박명지

둘째로 하나의 협력국에 대해 ODA 공식 채널이 분산되어 있는 것도 문제점으로 지적된다. 보건복지부의 사업은 라오스의 보건부와 한국의 보건복지부가 사업협의 당사자로 되어 있고 KOICA 사업은 외교부 공관/KOICA 사무소가 협의 당사자로 되어 있기 때문에 라오스 정부는 보건분야의 개발 원조 관련 한국과 최소 2개 채널을 갖고 있는 셈이다.

마지막으로, 타 부처/기관의 개발협력 전문성 부족 문제이다. 특히 사전 타당성 분석, 사업 시행계획, 모니터링 및 평가 체계가 부실한 것으로 나타났다. 보건복지부 ODA를 전담하고 있는 보건의료재단은 보건분야의 전문성이 있을 수 있으나 사전분석 및 사후관리 체계 등 개발협력 전문성은 부족한 것으로 판단되었다.

2) 모자보건 프로그램의 분절화 해결방안

보건복지부와 보건의료재단은 우리나라 공관을 활용한 사업협의 시스템이 아닌 별도의 협력국 보건부와 사업을 발굴하고 이를 바탕으로 보건복지부에서 ODA 예산을 배정받고 이를 국제보건의료재단에 출연하여 보건의료재단에서 집행하는 형태로 진행하고 있어, 외교부와 KOICA를 활용한 시스템과는 별도의 이원화된 체계를 만들고 있다.

이를 일원화하기 위해선 현재 외교부-KOICA 중심으로 운영되는 시스템에 적극적으로 보건복지부와 국제보건의료재단이 참여할 수 있도록 보건복지부의 사업 참여 기회를 확대하는 시스템을 만들어야 한다.

[글상자 6] 모자보건 프로그램의 분쟁화 해결 방안(한국 무상 ODA의 파트너십 제고 방안 연구, 2011, 박명지, KOICA 참고하여 일부 수정하여 작성)

1) 보건복지부의 사업 참여 기회 확대

○ 보건복지부의 보건의료 전문성을 통합, 활용하기 위해서는 사업 수행 과정 별로 적절한 참여 기회를 제공해야 한다. 이러한 단계별 참여를 통해 보건복지부의 프로그램과 상호 협력의 기반을 마련할 수 있고 궁극적으로는 CPS를 통한 전략의 통합 예산체계 일원화를 통한 실행기구의 통합이 필요하다. 이미 일부 절차에는 부처의 의견을 수렴하고 전문가가 참여할 수 있는 창구가 열려있지만, 형식상 참여 보다는 실질적인 참여가 가능하도록 해야 한다.

① 사업 발굴 : 사업발굴은 사업요청서(project proposal) 접수를 통해 이루어진다. 정책기획부가 1차 검토를 실시하여 추려진 사업(long list)에 대해서는 지역부서에서 사업성 검토를 진행, 사전 타당성 조사 대상 사업(short list)을 선정하게 된다.

- KOICA는 이미 타 정부부처의 수요 접수를 통해 부처/기관이 발굴한 사업을 KOICA 사업으로 통합할 수 있는 기제를 확보하고 있으므로, CPS 체제가 정착되기 이전에는 수요요청을 통해 보건복지부의 사업을 KOICA 사업에 반영하도록 한다. 접수된 사업은 “1차 대상사업 목록(long list)”에 포함하도록 한다.

② 사전 타당성 조사 : 사전 타당성 조사 시 유관기관 직원 혹은 추천 전문가가 참여할 수 있기 때문에 타당성 조사 과정에서 보건복지부의 의견이 충분히 반영될 수 있는 기제는 이미 마련되어 있다.

③ 심사 및 승인 : 2011년 대상 사업에 대한 심사위원회에 외교부 및 관련 부처가 참여하기로 결정되었으며, 이사회에는 현재 총리실, 외교부, 기획재정부, 국토해양부, 교육과학기술부가 참여하여 부처 참여가 강화된 바 있다. 이에 보건복지부의 참여를 추진하는 것도 고려해 볼 수 있다.

④ 실시협의 및 정부 간 합의 : 수원국과의 협의는 대외창구 일원화를 위해 현지사무소로 일원화한다.

⑤ 사업 실시 : 실시협의 및 정부 간 합의가 끝난 사업을 대상으로 KOICA가 직접 실시할 사업과 보건복지부/국제보건의료재단으로 이관할 사업을 구분해야 한다. 국제보건의료재단이 실시할 사업은 세부계획 수립 업무부터 관리 및 모니터링까지 전 실시과정을 이임하기 위해서는 수의계약을 통해 사업 집행권을 이양하거나, 상호신뢰가 형성되었다고 판단되면 협력협정 혹은 양해각서(MOU)를 체결하고 사업 예산을 이관할 수 있는 시스템을 마련한다.

⑥ 사업 평가 : 프로그램 협력이 지속되기 위해서는 이관된 사업에 대해 KOICA 차원의 철저한 모니터링 및 평가 작업이 필수적이다. 통합 평가를 위해서는 사업 이양을 위한 계약(수의계약 혹은 양해각서) 체결 시 KOICA의 모니터링/평가 조항을 명시해야 한다.

KOICA 사업 수행 절차

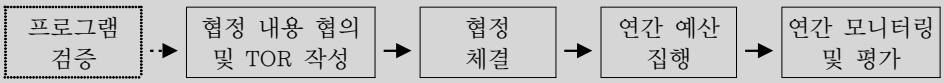
KOICA 사업 수행 절차	보건복지부 “entry point”
사업 발굴	수요 요청·반영
⬇	
사전타당성 조사	보건복지부가 지정한 전문가 참여
⬇	
심사 및 승인	사업심사위 참여 확대
⬇	
실시협의(R/D) 및 정부 간 합의(N/V)	-
⬇	
사업 실시 (집행계획 수립, 시행자 선정, 착수, 관리 및 모니터링)	수의계약 방식을 통해 사업집행권 이임
⬇	
사업 평가	KOICA 평가에 참여

2) “프로그램 협정”

○ 보건복지부의 사업 참여 확대하기 위해서는 KOICA의 사업 집행 권한을 전적으로 전문 시행 기관에 이양할 수 있는 제도적 장치가 필요하다. 이를 위해서는 “프로그램 협정(가칭)” 제도를 활용할 수 있다. 협정 체결은 수의계약을 통해 사업 집행권만 이관하거나, 양해각서를 통해 예산 집행권까지 이관하는 두 가지 방안이 있다. 이 제도는 예산 증가에 따른 KOICA 인력 부족 문제를 해결하고 KOICA는 전략 수립 업무에 집중할 수 있는데 도움이 되며, 향후 학계 등 민간 부문 및 CSO 등과의 협력을 확대·강화하는 데에도 유용한 모델이 될 수 있다.

○ 하지만, KOICA의 사업을 이관하기 위해서는 수의계약 혹은 양해각서 체결 이전에 이관 대상 기관의 전문성이 반드시 검증되어야 한다. ODA를 유관기관들은 ‘전문성’을 ODA 예산 확보의 근거로 활용하고 있지만, 사실 한국의 개발과정에서 축적되었던 지식과 경험은 부처가 아니라 실제 사업을 수행하는 기관에 있으며, 이들 기관의 대부분은 ‘프로젝트 관리자(Project Manager)’의 형태로 KOICA 사업을 수행하고 있기 때문에 엄격히 말해 개별부처의 전문성이라 보기는 어렵다. 하지만, 보건복지부의 사례에서 보듯이 부처가 특정 분야의 사업을 개발사업의 형태로 전달하기 위한 모듈을 구성하여 보유하고 있다면 이는 전문성으로 인정되어야 하며, 무상원조의 프로그램 콘텐츠로 통합되어야 한다.

타 부처와의 프로그램 협정 체결 절차(안)



○ 프로그램 협정에는 사업이행 과정에서 준수해야 할 내용과 외교부/KOICA의 모니터링·평가 절차, 각자의 책임 등을 명확히 해야 한다. 특히, 사업의 구체적인 목표와 성과지표 등을 합의하고, 표준화된 데이터를 사용할 것을 명시해야 한다. 이는 추후 예산 통합 이후 사업절차 통일, 對수원국 채널을 통일, 통합 평가를 위한 기반이 된다.

제6장. 모자보건 프로그램과 젠더 이슈[26)]

1. 모자보건 프로그램의 성 주류화 필요성

젠더관점을 통합한「모자보건」프로그래밍은 모자보건 사업의 목적과 그 대상을 보았을 때 당연히 고려해야할 부분이다. 모자보건은 단순히 임신, 출산, 육아라는 보건의료적 측면뿐 아니라, 성행동 및 성·생식, 남녀 성역할에 대한 규범, 영양관습, 가구 내 의사결정 등 사회·문화적 측면과 밀접히 연관되어 있기 때문에 모자보건 프로그램을 기획함에 있어 젠더관점에서 통합적으로 조정되어야만 모자보건 분야의 지속가능하고 효과적인 결과를 기대할 수 있다.

2. 성 주류화된 모자보건 프로그램에서의 대상

모자보건 프로그램이 모성과 아동을 위한 보건활동이라고 여겨지지만 모성의 건강을 향상시키기 위해선 프로그램의 대상이 단순히 어머니와 아동만으로 한정할 수 없다. 지속적이고 포괄적인 모자보건의 관리(Continuum of Care)라는 모자보건의 개념 속에서도 알 수 있듯이 아직 어머니이기 전인 소아·청소년을 대상으로 한 성교육 및 보건교육, 이러한 성행동 결정 양식과 남녀 성역할에 대한 규범, 가구 내 의사결정 등 사회·문화적 측면을 개선하기 위한 남성의 교육, 특히 개발도상국에서 남성 위주의 가부장적인 종교지도자, 마을지도자 등을 교육하는 것이 모자보건 프로그램에서 중요한 위치를 차지한다.

특히 모자보건 프로그램을 수행할 때는 그 지역 사회에서 여성의 사회적 문화적 행동양식을 분석하고 프로그램의 대상으로 여성을 주목하면서 여성이 역량강화를 할 수 있도록 지역사회에서 남성의 변화를 이끌어 내는 것도 동시에 이루어져야한다. 예를 들어 모자보건의 한 요소로서 가족계획 사업을 실시할 때 여성에게 가족계획의 필요성

26) KOICA 성주류화 가이드라인(2011)을 참고하여 모자보건 프로그램이 고려할 부분을 재구성하였다.

과 피임법을 정확히 가르치는 것도 중요하지만 그에 못지않게 남성에게 가르치는 것도 중요하다. KOICA에서 실시한 에티오피아 가족계획 사업[27]의 기본자료 조사에 따르면 가족계획의 필요성과 방법을 알고도 피임을 하지 않는 가장 큰 이유는 남편이 피임을 원치 않기 때문이라고 한다. 또한 마을 별로 가족계획 실천률을 향상시키는 것에 가장 영향을 준 요소 중 하나는 무슬림 지역에서 남성 종교지도자의 적극적인 참여를 들고 있다.

위의 예처럼 모자보건 프로그램에서 지속가능한 효과를 만들기 위해선 남성의 가족계획 및 성·생식 교육 동참, 청소년 성교육, 조혼 및 여성할례 등 사회 문화적 관습 등 전반적인 사회, 문화적인 차원에서 젠더적인 요소를 고려해야 한다.

3. 성 주류화된 모자보건 프로그램에서의 서비스 제공자

개발도상국 모자보건 프로그램에서 모자보건 서비스의 제공자는 대부분 여성이다. 하지만 남성과 여성의 교육을 위해서는 각각 남성과 여성에 서비스 제공을 위한 남녀 인력을 교육하는 것이 바람직하다. 또한 모자보건 프로그램의 관리자급에서 보면 남녀 교육기회의 불균형 및 사회적인 불균형으로 인해서 남성 관리자가 많다. 이러한 것을 개선하기 위해 성평등한 관리자급 육성이 필요하다.

모자보건 프로그램의 서비스 제공자는 반드시 성인지적 사고에 대한 교육이 필요하며 성폭력 및 가정폭력 피해자에 대한 적합한 대응법 교육, 성인지 훈련 등이 필요하다.

4. 성 주류화된 모자보건 프로그램의 방향

모자보건 프로그램에서 성 주류화를 달성하기 위해서는 보건의료 서비스 접근성에서의 불평등을 개선하고 수혜자로서의 여성이 아닌 참여자 또는 제공자로서의 여성을 강조할 필요가 있다.

여성들은 단순히 보건의료 시스템이 존재하지 않거나 부족해서 접근하지 못하는 것이 아니라, 경제사회적 그리고 문화적 요소가 접근을 가로막고 있다. 예를 들어 여성

27) 에티오피아 아르시 가족계획 및 모자보건 사업(2008~2010) 타당성 조사 보고서

의 과다한 노동부담, 독립적 수입의 결여, 여성의 건강에 투자하기를 꺼리는 가족과 문화적 태도 등을 바로 잡을 필요가 있다. 따라서 모자보건은 단순히 더 많은 시설과 약품, 의료 인력을 통해서 향상될 수 있는 것이 아니라, 보건의료 시스템이 취약한 여성이 보다 쉽게 접근할 수 있도록 기획되고 평가되어야 한다.

아울러, 모자보건의 단순히 수혜자로서가 아니라 보건의료 종사자로 여성을 훈련하여, 지역사회 보건의료 종사자 즉, 의사, 보건 교육가, 보건 행정직, 관리자, 간호사와 조산사 등 보건의료 서비스 전달의 모든 영역에서 여성을 훈련하고 고용하여 여성 서비스 제공자의 수를 늘리도록 하여야 한다.

마지막으로 가족, 생식, 지역사회 보건의 모든 측면에서 모자보건 프로그램에 남성을 대상으로 한 프로그램을 조합하는 것이 필요하다. 특히 性행동, 가사, 출산, 가정폭력의 감소 등을 위해 남성의 행동패턴 변화에 중점을 둔 남성 책임감 향상이 필요하다. 특히 지역의 다양한 주체들 특히 종교지도자, 마을지도자, 부녀회, 마을 주민위원회 등을 적극적으로 활용해야 한다.

제7장. 모자보건 프로그램을 위한 고려사항

1. 선택 단계

국제개발협력위원회는 대한민국의 효과적이고 예측 가능한 국제개발을 위해서 협력국별 국별협력전략(Country Partnership Strategy)을 작성하고 있다. 2010년 베트남, 가나, 솔로몬 군도를 시작으로 2011년 11개 국가, 2012년 12개 국가에 대한 국별협력전략 수립계획을 가지고 있다. 이에 따라서 모자보건 프로그램을 할 것인가 말 것인가를 고려해야 하는 선택단계를 아래와 같은 상황을 나누어서 고려해 보았다.

1) CPS 수립 전 또는 미수립 국가

어느 나라든 모자보건 사업이 필요하지 않은 나라는 없다. 잘 사는 나라는 잘 사는 나라대로, 경제적으로 어려운 나라는 어려운 나라대로의 문제점이 있고 그에 따른 우선순위가 다를 뿐이지 모자보건 프로그램은 어느 나라에서든 중점적인 프로그램이다. 하지만 “국별협력전략(CPS)이 없는 상태에서 보건사업을 해야 할 것인가?” 또는 “모자보건 사업을 해야 할 것인가?”를 결정하는 것은 쉽지 않은 일이다. 이런 선택의 단계에서는 아래와 같은 것을 고민해 봐야 한다.

(1) 새천년 개발목표의 달성 현황과 전망

이럴 때 가장 쉽게 볼 수 있는 것이 수원국의 새천년 개발목표의 달성현황과 전망을 보고 각 분야별로 얼마만큼 달성이 되어있고 어느 부분이 가장 성과가 저조한지 확인하여서 각 분야별로 우선순위를 정할 수 있다. 특히 모자보건에 관련된 지표는 매년 발간되는 MDGs 중간보고서를 통해서 확인할 수가 있다.

(2) 협력국 보건부와의 협의

모자보건 프로그램을 수원국의 보건부와 상의하는 과정을 거쳐 문서와 통계로 나온 부분이 얼마나 협력국 정부의 우선순위에 해당하는지 확인하는 과정을 거쳐야 한다. 이 때 조심해야 할 부분이 대부분의 수원국의 개발전략문서에는 당연히 보건분야가 포함되어 있고 모자보건에 대한 내용이 들어가 있다. 이는 앞에도 설명했듯이 모든 나라에는 모자보건 프로그램이 필요하기 때문이지 모자보건이 우선순위가 높다는 것을 의미하는 것은 아니다.

(3) 협력국 내 모자보건 공여기관과의 Harmonization

이러한 달성정도와 우선순위를 파악하여 모자보건 분야에 더욱 지원을 해야 할 만큼 미진한 분야라고 생각이 들면 구체적으로 어떤 분야에 어떤 방식으로 참여할 수 있는 부분이 있는지 보건분야 공여기관의 미팅에 참여해서 보건분야 주요 양자 공여기관 및 WHO, UNICEF, UNFPA 등의 다자기구의 의견을 들어서 조금 더 구체화하고 대한민국이 기여할 수 있는 부분이 있는지 확인하는 과정이 필요하다.

(4) KOICA의 지원방향과 일치하는가?

KOICA의 보건의료 지원 중기전략(2011~2015)에는 모자보건이 중점분야로 지정되어 있으며 특히 여성과 아동에 대한 중점적인 지원을 목표로 하고 있다는 점에서 모든 모자보건 사업은 KOICA의 지원방향과 일치한다고 볼 수 있다. 하지만 한 가지 더 고려해야 하는 점이 있다.

이러한 모자보건 사업이 협력국에서 이뤄지는 대한민국의 다른 프로그램들과 얼마나 서로 연계되어 시너지가 발생가능한지 고려해 봐야 한다.

(5) 직접 수혜대상과의 인터뷰

특히 모자보건사업은 그 수혜대상의 Need를 파악하는 것이 가장 중요하다. 실제로 협력국 보건부에서는 모자보건이 열악하다는 이유로 모자보건센터를 건립하

거나 병원 건립을 요청하지만 실제 현장에서는 예방접종이나 임산부와 신생아의 영양공급 등이 더 필요한 경우가 많기 때문이다.

(6) 사업수행주체 점검

모자보건 사업은 연속선상의 돌봄(Continuum of Care)을 생각할 때 병원과 보건소, 지역사회, 가정에서의 연속적인 돌봄이 중요하다. 이러한 연속적인 공간에서 프로그램의 수행주체가 어떤 사람들이 될 수 있고 현재 이러한 사람들이 어떠한 역량을 가지고 있는지 파악하고 이것이 실현 가능한 것인가를 파악하여야 한다.

이러한 부분들이 확인되면 최종적으로 수원국의 보건부와 협의하여 모자보건 프로그램을 기획한다.[28]

2) CPS 수립 시

CPS를 수립할 때에 보건분야를 중점분야로 정할 것인가, 정하지 않을 것인가는 CPS를 수립하는 단계에서 개발에 관련된 전문적인 지식, 그 국가에 대한 전문적인 지식, 오랜 기간 그 국가에서 ODA 프로그램을 운영해 본 경험을 토대로 결정되어야 한다. 단지 보건에 관련된 전문지식을 가지고서 보건분야를 중점분야로 할 것인가 하지 않을 것인가를 결정하는 것은 다른 분야와의 비교우위를 결정하기 어렵다는 점에서 위험하다. 보건에 관련된 전문성은 실제적으로 보건분야를 지원하기로 결정한 후에 어떻게 지원을 할 것인가를 결정하는 사업 기획하는 부분에서 필요하다.

기본적으로 CPS 수립 시에 보건의료 분야를 중점분야로 넣고 모자보건 프로그램을 실행계획에 넣으려면 아래와 같은 점을 고려해야 한다.

---

28) 위의 경우는 협력국에서 먼저 Proposal을 제공하는 경우가 아닌 KOICA 사무소에서 먼저 주도적으로 모자보건 프로그램의 필요성을 확인하고 협의를 거쳐서 만드는 과정을 보여준 것이다. 하지만 협력국에서 요청한 모자보건 사업을 KOICA 사무소 입장에서 우선순위를 평가하는 것도 위와 같은 과정으로 타당성을 평가하는 것이 바람직하다.

[글상자 7] CPS 중점분야로서 보건의료 분야 고려 시 점검 항목

- 수원국의 새천년개발목표(MDGs) 달성 현황 및 전망
- 협력국 국가개발계획 및 빈곤감소계획
- 수원국의 보건분야 개발전략
- 보건분야 공여국의 Joint Annual Review
- 협력국 보건분야 지표 추이와 현황(특히 모자보건 관련 지표)
- 보건분야 다자기구의 지원전략 및 지원현황(WHO, UNICEF, UNFPA, Global Fund, GAVI)
- 주요 양자 간 기구들의 보건분야 지원전략 및 현황
- KOICA의 보건분야 지원 전략
- 진행 중인 사업 현황과 전망
- 공관 및 KOICA 사무소(현장)의 의견

(1) 수원국의 새천년개발목표 달성 현황 및 전망

수원국의 새천년개발목표 중에서 모자보건의 지표인 MDG4와 MDG5가 다른 목표들보다 현저하게 미진하거나 달성이 불가능한 경우 모자보건을 다른 것보다 더 지원해야 할 논리적 근거가 된다.

(2) 협력국 국가개발계획 및 빈곤감소계획, 수원국 보건분야 개발전략

수원국의 국가개발계획 및 빈곤감소계획에서 보건의료 부분이 빠지는 경우는 거의 없다. 특히 수원국의 보건개발전략에는 보건의 모든 부분들이 포함되어 있는 경우가 많다. 보건의료 부분이 포함되어 있는지 포함되지 않았는지 보는 것보다는 보건의료 중에서 무엇을 강조하고 있는지 부족한 부분이 무엇이고 그 중에서도 중점적으로 추진하고자 하는 부분이 무엇인지 확인하여야 한다.

(3) 보건분야 공여국의 Joint Annual Review

많은 개발도상국에서는 공여기관들의 Harmonization을 위해서 정기적으로 분야별 공여기관 회의가 열리고 있다. 이 회의에서는 1년 또는 2년 단위로 그 간에 진행한 보건사업을 공동으로 모니터링하고 취약한 부분들을 점검하며 다음해 보

건사업을 하는데 활용하고 있다. 문서의 이름은 여러 종류로 불리지만 실제 모자보건 사업이 어느 정도 이뤄지고 있는지 파악하고 중점분야의 우선순위를 결정할 때 가장 중요하게 활용될 수 있는 문서이다.

(4) 협력국 모자보건 관련 지표 추이와 현황

단지 모자보건분야 지표가 낮다는 것만으로는 CPS에 모자보건이 중점분야로 선정될 논리로는 약하다. 반대로 모자보건 관련 MDG4와 MDG5가 그 목표치를 달성하였다고 하여서 모자보건에 관련되어서 문제가 없는 것도 아니다. 하지만 이러한 지표의 상승 추이나 하강 추이, 대륙별 평균보다 현저히 떨어지거나, 비슷한 상황의 다른 개발도상국보다 현저히 떨어지는 경우 모자보건에 관련된 특수성을 들어 지원에 대한 필요성을 찾을 수 있다.

(5) 주요 보건분야 양자기관과 다자기관의 지원전략 및 지원현황

모자보건에 지원하는 것을 잠정적으로 결정하였다면 이러한 실행계획에 대하여 동 분야를 지원하고 있는 양자기관과 다자기관이 어떻게 진행하고 있는지 확인이 필요하며 이러한 지원이 중복되지 않고 서로 간에 도움이 될 수 있도록 조정하는 과정이 필요하다.

(6) KOICA의 보건분야 지원 전략

KOICA의 보건분야 중기전략에는 아동과 여성을 주요 대상으로 하고 있다. 또한 모자보건을 5대 중점 지원 세부분야 중 하나로 설정하고 있고 이의 달성을 점검하고자 모든 보건의료 사업의 80% 이상이 여성과 아동이 직접 수혜자로 혜택받는 프로그램을 제안하고 있다.

(7) 진행 중인 사업 현황과 전망

CPS를 작성할 시에 수원국가에서 그동안 한국의 ODA 원조가 어느 분야에 집중

되었다고 해서 향후에도 동일 분야를 지원해야 한다거나, 반대로 그 분야는 이제 지원하지 않는다고 결정하는 것은 논리적으로 맞지 않다. 하지만 기존에 지속적으로 사업을 진행하여서 지역공동체와 좋은 관계를 형성하고 있거나 사업을 실제 집행하는 현지 보건의료 기관과 좋은 결과를 바탕으로 그 다음 단계 사업을 추진하는 것이 처음부터 다시 시작하는 것보다는 그 효과가 배가될 가능성이 높다.

(8) 공관 및 KOICA 사무소(현장)의 의견

모자보건 프로그램을 CPS에 포함시킬 것인가 포함시키지 않을 것인가를 결정할 때 현장에서 지속적으로 협력국 정부와 접촉하면서 협의하는 공관 및 사무소의 의견을 반영하는 것이 중요하다.

3) CPS 수립 후

CPS가 수립되어 있고 CPS 실행계획이 만들어져 있으면 일단 CPS 실행계획에 모자보건이 들어가 있는지 아닌지 확인하는 것이 가장 중요하다. 물론 CPS의 중점분야에 80%의 예산을 배분하고 나머지 20% 정도를 중점분야가 아닌 부분에 지원할 수 있다지만 CPS에 중점 분야, 중점지역이 아닌 곳에 지원을 하는 것은 선택과 집중의 원칙에 어긋나며 효과적이지 않다. 또한 사무소는 CPS에서 보건의료 분야가 중점분야로 정해지고 모자보건이 실행계획으로 선정된 경우엔 지속적으로 보건분야 공여국 회의에 참여해서 모자보건 프로그램의 기획과 모니터링에 관여해야 한다. 아울러 보건분야 실행계획을 구성할 시에도 다양하게 구성하는 것보다 한 프로그램을 단계별로 구성하여서 목적을 달성할 수 있도록 구성하는 것이 좋다.

2. 준비 단계

모자보건 프로그램이 CPS에 중점 프로그램으로 포함되면 그 국가 또는 지역의 보건의료 시스템과 모자보건 프로그램이 어떤 상황인지 명확하게 조사와 평가(Assessment)하는 것이 필요하다.

모자보건의 상황을 평가할 때는 모자보건 프로그램을 운영하기 위한 보건의료 시스템이 어떠한 상황인가를 조사해야 한다. 보건의료 시스템에 대해서는 WHO, USAID 등 여러 기관에서 분류해 놓았지만 일반적인 보건의료 지표와 보건의료 6가지 구성요소(보건의료 서비스 제공, 보건의료 인력, 정보, 의료용품 및 의약품, 보건의료 재정, 거버넌스) 별로 아래와 같은 자료들이 필요하다.

1) 모자보건 개황 지표

[표 10] 모자보건에 일반적으로 활용되는 지표

Indicator Number and Content		비고
Population, total	총 인구	프로그램의 대상인구를 확인하는 데 필요
Population growth (annual %)	인구 증가율	향후 프로그램의 대상인구를 예측하는 데 필요
Rural population(% of total) Urban population(% of total)	도시/농촌 비율	도시와 농촌에 따른 프로그램 구성 시 필요
Contraceptive prevalence (% of women aged 15~49)	피임 실천율	가족계획 활동의 필요여부 판단 시 필요
Fertility rate, total (births per woman)	합계 출산율	가족계획 활동의 필요여부 판단 시 필요
Pregnant women who received 1+/4+ Antenatal care visits(%)	1회, 4회 산전 진단율	산전 진단 접근성 평가 시 필요
Mortality rate, Neonate (per 1,000 live births)	신생아 사망률	필수 신생아 처치 접근도 평가 시 필요
Mortality rate, infant (per 1,000 live births)	영아 사망율	필수 영아 처치 접근도 평가 시 필요
Mortality rate, under age 5 (per 1,000)	5세 이하 아동사망률	필수 5세 이하 아동 처치 접근도 평가 시 필요
Maternal mortality ratio (per 100,000 live births)	모성 사망비	모성 보건의 현황 평가 시 필요
Percentage of births attended by skilled health personnel per year	전문 인력에 의한 출산 비율	모성 보건의 현황 평가 시 필요
Health facility birth rate	시설 분만율	모성 보건의 현황 평가 시 필요

2) 서비스 제공(Service delivery) 지표

[표 11] 서비스 제공 지표

Indicator	
Number of hospital beds(per 10,000 population)	입원가능 침대 수
Percentage of births attended by skilled health personnel per year	전문 인력 의한 출산 비율
DPT3 immunization coverage: one-year-olds immunized with three doses of diphtheria, tetanus toxoid, and pertussis(DPT3) (%)	DPT 예방접종률
Number of primary care facilities in health system per 10,000 population	일차의료기관의 수
Percentage of primary care facilities that are adequately equipped	적절한 의료기기를 갖춘 의료기관의 수
Percentage of people living within X kms of a health facility	의료기관과의 근접도
Number of primary care or outpatient visits per person to health facilities per year	일차진료 또는 외래환자의 수
Private sector service delivery	민간 의료 기관의 서비스
Daily availability of full range of key maternal child health care services[29]	필수 모자보건활동 활용가능여부

[표 12] 20개의 필수적인 모자보건 서비스(Bhutta ZA, et al: Lancet 2010)

Service	
Contraceptive method	피임법 제공
At least 4 Antenatal care visits	4회 이상 산전진단
PMTCT	HIV 수직감염 예방
IPTp for malaria	임산부 말라리아 예방
Neonatal tetanus protection	신생아 파상풍 예방
Skilled attendant at birth	전문 인력 의한 출산
Early initiation of breast feeding	모유수유(출산 1시간 이내)
Postnatal visit for mother	산후관리 방문(출산 2일 이내)
Exclusive breast feeding	산후 6개월 이내 절대모유수유

29) 필수 모자보건 Package 20 activity 별로 가능한 정도를 facility 별로 측정한다. 필수 활동은 아래와 같으나 package 별로 약간의 차이가 있으며 점점 그 개수가 증가하는 추세이다.

Complementary feeding(6~9months)	산후 6~9개월 모유 + 이유식
DPT3 immunization	DPT 3 예방접종
Measles immunization	홍역 예방접종
Vitamin A supplementation(2doses)	비타민 A 2회 공급
Children sleeping under ITNs	아동의 살충제 처리 모기장 사용
Care seeking for pneumonia	폐렴에 대한 적절한 치료
Antibiotics for pneumonia	폐렴 시 항생제 사용
Malaria treatment	적절한 말라리아 치료
Diarrhoea treatment	적절한 설사 치료(수액과 영양공급)
Improved sanitation facilities	화장실 개선
Improved drinking water	안전한 식수 보급

3) 보건의료 인력(Human resource) 지표

[표 13] 보건의료 인력 지표

Indicator	
The ratio of five cadres[30] of health care professionals to the population	보건의료 인력의 인구 별 비율
Distribution of health workers – by profession/specialization, region, place of work, and sex	보건의료 인력의 분포
Annual number of graduates of health professions' educational institutions per 100,000 population – by cadre	매년 공급되는 보건의료 인력의 수

4) 보건의료 재정(Finance) 지표

[표 14] 보건의료 재정 지표

Indicator	
Total expenditure on health as % of GDP	국내총생산 중 보건의료 지출비율
Per capita total health expenditure, at average exchange rate(USD)	1인당 보건비 지출
Government expenditure on health as % of total government expenditure	정부 예산 중 보건 지출 비율

30) five cadres는 의사, 간호사, 조산사, 약사, 실험기사를 의미한다. 이 외에 전통산파의 숫자도 의미가 있다.

Public(government) spending on health as % of total health expenditure	전체 보건 지출 중 정부비용 비율
Donor spending on health as % of total health spending	전체 보건 지출 중 공여받는 비율
Out-of-pocket spending as % of private health spending	민간 보건 지출 중 환자직접 내는 비율
Percentage of government health budget spent on salaries of health workers, medicines and supplies, and other recurrent costs	정부 보건 지출 중 인건비, 약제비, 소모품 및 고정성 경비 비율
Contracting mechanisms between MOH and public or private service providers	보건부와 공공 및 민간 보건 서비스와 계약 체계
Financial access(select an indicator based on available data)	재정적 접근도
User fee exemptions and waivers	보건 서비스 이용료 면제제도

5) 보건의료 정보(Information) 지표

[표 15] 보건의료 정보 지표

Indicator	
Presence of mechanisms to review the utility of current HIS indicators for the planning, management, and evaluation process, and to adapt and modify accordingly	보건의료 정보 시스템이 계획, 운영, 평가 등의 단계에 활용되는 시스템의 존재 여부
Availability of clear standards and guidelines for data collection and reporting procedures	보건의료 자료 수집 및 결과 보고에 대한 명확한 기준과 안내서의 활용도
Presence of procedures to verify the quality of data(accuracy, completeness, timeliness) reported	자료의 질을 확인하기 위한 절차가 있는지 여부

6) 공여자 지도 그리기

사업지역의 모자보건 프로그램을 한 공여기관이 단독으로 수행하는 경우는 극히 드물다. 협력국 보건부의 계획 하에 여러 다자기구, 양자기구, 국제 NGO, 현지 NGO 등 여러 기관들이 공동으로 활동한다. 준비단계에서 사업지역의 이러한 기관들이 어떠한

활동을 하고 어떻게 협력이 가능한지 파악하는 작업이 필요하다.

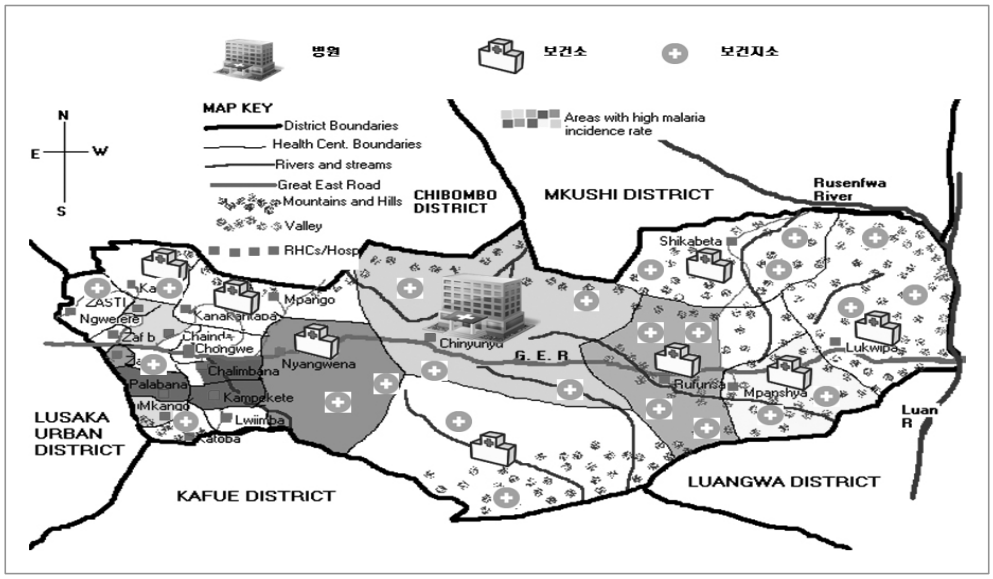
이러한 공여자 지도 그리기는 실제적으로 사업지역에서 계획을 세울 때 반드시 고려되어져야 한다.

[표 16] 공여자 지도 그리기 예시

공여 기관	목적	프로그램	활동 내용	모자보건 제공 서비스	파트너	활동 예정기간	협력 가능성	구체 협력방안
KOICA								
WHO								
CARE								
굿네이버스								
.								
.								
.								

7) 사업지역 보건시스템 지도 그리기 필요

[그림 9] 사업지역 보건시스템 지도 그리기 예시



모자보건 서비스를 제공하려면 사업지역에서 실제로 서비스를 제공하고 있는 보건의료기관의 활동과 현황을 파악할 필요가 있다. 보건의료 기관의 활동은 필수 서비스의 제공이 가능한가를 살펴봐야 하고, 보건의료 기관의 현황은 보유 인력, 제공 서비스, 재정적 지속가능성에 대해서 평가하여야 한다.

[표 17] 보건의료 시설 및 제공 서비스 빨리 파악하기 예시

<table>
<tr><th colspan="3">보건의료 시설 및 제공 서비스 파악</th></tr>
<tr><td colspan="2">Health facility name</td><td>KOICA</td></tr>
<tr><td colspan="2">Type of health facility</td><td>Health center</td></tr>
<tr><td colspan="2">Cover area of health facility</td><td>Shikabeta, Lukwapa</td></tr>
<tr><td colspan="2">financial support</td><td>government 80%, User fee 20%</td></tr>
<tr><td colspan="2">service time</td><td>AM 9:00 ~ PM 15:00</td></tr>
<tr><td colspan="3">Provide MCH service</td></tr>
<tr><td colspan="3">피임 서비스 제공(○), 산전진단 서비스, HIV 수직감염 예방(X),
임산부 말라리아 예방(X), 신생아 파상풍 예방(○), 가족계획 상담 서비스(X),
모유수유 교육 서비스(○), 산후관리(출산 2일 이내) 서비스,
출산 및 분만관리 서비스(○), 아동 영양 관리(X) 교육, DPT 3 예방접종(X),
홍역 예방접종(○), 비타민 A 2회 공급(○), 아동의 살충제 처리 모기장 보급(X),
폐렴에 대한 적절한 치료(○), 적절한 말라리아 치료(X),
적절한 설사 치료(수액과 영양공급)(X)</td></tr>
<tr><td colspan="2">Human resource</td><td>Number</td></tr>
<tr><td colspan="2">Doctor</td><td></td></tr>
<tr><td></td><td>Health Officer</td><td></td></tr>
<tr><td></td><td>Nurses</td><td></td></tr>
<tr><td></td><td>Midwife</td><td></td></tr>
<tr><td></td><td>Health Assistants</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">Lab Technician</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">Pharmacist</td><td></td></tr>
</table>

3. 계획 단계

모자보건 프로그램을 실시하기로 결정했고 어느 지역에서 실시할 것임이 정해졌다면 이제는 무엇을 어떻게 할 것인가를 결정해야 한다. 이러한 과정은 결코 단기간에

쉽게 결정될 수가 없고 가능한 모든 모자보건 관련된 사람들과 오랜 시간 협의를 통해서 계획되어져야 한다. 아래에서는 모자보건 프로그램의 수행방식에 따라 분류해 보았다.

1) 직접 예산 지원 방식[31] (Budget support system)

대부분의 개발도상국엔 모자보건 프로그램이 세부 계획까지 작성되어 있다. 단지 군단위까지 보건 행정력이 미치지 않고 그 시스템에서 일할 보건의료 인력이 없고 그러한 서비스를 제공할 재정이 부족하거나 우선순위에서 밀릴 뿐이다. 이러한 상황을 개선하기 위한 방법으로 직접예산지원 방식을 취하도록 국제사회는 권고하고 있다.

(1) 직접 예산 지원을 하기 위한 선행 조건

직접 예산 지원을 하기 위해선 협력국 보건부 자체 내에 모자보건에 관련된 전략과 이 전략에 따른 프로그램이 존재하여야 하고 모자보건 프로그램을 운영할 보건의료 시스템이 존재하여야 한다. 하지만 이러한 시스템이 단지 재정상의 이유로 보건의료 인력을 고용할 수 없고, 모자보건 서비스를 제공할 수 없을 때 직접 예산 지원을 생각해 볼 수 있다. 하지만 일반적으로 직접 예산 지원을 하기 전에 고려해야 할 점은 예산사용의 투명성과 책무성을 확인할 수 있어야 한다는 것이다. 예를 들어 조산사가 없어 출산을 하지 못하는 보건지소를 위하여 협력국 지방정부에 예산을 지원해서 조산사 1명을 3년간 고용하게 한다면 이를 통해서 전문인력에 의한 출산이 증가할 수 있다. 이 때에 협력국 정부에 제공된 자금이 조산사를 고용하는데 사용되고 이 조산사가 3년간 보건지소에서 성실하게 일하였는지를 확인 가능하여야 직접 예산 지원이 가능할 것이다. 하지만 이런 경우에도 예산지원의 기간을 한정하고 이 기간 동안에 일정한 성과를 요구하여 협력국의 조세-집행 시스템을 강화하는데 촉진제 역할을 하도록 해야 한다. 그렇지 않으면 수원국의 원조의존성을 높일 수 있기 때문이다.

---

31) 여기서 말하는 직접예산 지원은 General budget support가 아닌 Sectoral budget support에 가까우며 한 프로그램의 Activity에 ear-marked 한 형태로 볼 수 있다.

[표 18] 직접예산 지원을 위한 사전 고려사항

- 협력국 보건부 자체 내에서 모자보건에 관련된 전략이 있는가?
- 모자보건 전략에 따른 모자보건 프로그램이 운영되고 있는가?
- 모자보건 프로그램이 운영될 정도로 보건의료 시스템 상황이 양호한가?
- 예산을 지원하는 것으로 모자보건 서비스가 제공될 수 있는가?
- 협력국 정부는 예산사용을 투명하게 보여줄 시스템을 가지고 있는가?
- 직접 예산 지원의 효과를 확인가능한가?
- 수원국의 조세-집행 시스템으로 출구전략을 세울 수 있는가?

현재 우리나라 ODA 상황에서 협력국 정부에 직접예산지원을 하는 것은 쉽지 않은 일이다. 하지만 협력국 정부의 역량강화와 지속가능한 효과를 내기위해선 점차 늘려가야 한다. 특히 위와 같은 조건을 모두 만족하고 있는 상황이라면 적극적으로 직접예산 지원을 고려해 볼 수 있다.

(2) 직접 예산 지원을 하기 위한 단계[32)]

- 수원국의 모자보건 전략 및 모자보건 프로그램을 확인한다.
- 사업지역에서 실행되고 있는 필수 모자보건 프로그램 중 실제로 서비스가 되고 있는 것과 그렇지 못한 것을 파악한다.
- 서비스가 되지 못하는 이유를 보건의료 시스템별로 분석한다.
- 사업지역의 모자보건 프로그램에 대한 예산 지원현황을 분석한다.
- 추가로 정부 예산이 지원되었을 때 제공될 수 있는 서비스를 확인하고 그 효과성을 분석한다.
- 협력국 보건부 및 사업지역 보건청과 예산 지원에 대한 협의를 한다.
- 협력국 보건부 및 사업지역 보건청과 예산사용의 투명성과 그 효과를 측정할 방법에 합의하고 그에 따라 예산을 지원한다.
- 지원된 예산이 잘 활용되었는지 평가한다.

32) 직접예산지원을 사업 초기부터 100% 시행하는 것은 쉽지 않다. 전체 모자보건 프로그램의 예산에서 20~30% 가량을 직접예산지원의 형태로 지원하고 basket support, 직접 사업 수행 등 여러 가지 형태로 가져가는 것이 바람직하다.

2) 공동 지원 방식[33] (Basket support system)

다른 여타 공여국 또는 공여기관에 비해서 우리나라의 모자보건에 대한 지원규모는 상대적으로 적다. 하지만 그 규모가 작기 때문에 돈을 많이 지원한 기관에 비해 발언권이 작거나 우리나라의 의도대로 할 수 없는 것은 아니다. 전략적으로 적은 금액이라도 공동지원 방식으로 지원하고 그 성과를 적극적으로 나눠가질 필요가 있다.

현재까지 우리나라의 모자보건 프로그램에서 이러한 공동지원 방식으로 지원하였던 프로그램은 KOICA와 UNICEF가 공동으로 지원하고 있는 DR 콩고 기초면역강화사업, 방글라데시 가정 중심의 모자보건 역량강화사업, 국제보건의료재단의 WHO와 공동 지원하고 있는 라오스 모자보건사업이 있다.

이러한 공동지원방식의 장점은 기존 모자보건에 전문성을 가지고 있는 기관들이 마련해 놓은 전략과 계획에 바로 참여가 가능하며 초기 참여시에 모자보건 프로그램 운영에 대한 전문성이 상대적으로 덜 필요하며 직접지원방식보다 행정력이 적게 소요되는 점이다. 하지만 공동지원방식의 가장 큰 단점은 프로그램의 운영이 가장 돈을 많이 낸 기관 또는 주도하는 기관에 의해 좌지우지될 위험이 있으며 돈만 지원하고 실제로는 지원에 참여하지 못하거나 그 성과를 공유할 수 없게 될 수도 있다. 하지만 이러한 지원방식에 대해서 모자보건 프로그램의 지속가능성과 효과성증진을 위해서 전향적으로 검토할 필요가 있다. 또한 이러한 방식의 단점을 보완하기 위해서 별도의 예산을 통해 사업수행기관의 직원 또는 전문가를 파견하여 직접적으로 프로그램을 모니터링하고 의견을 개진하여 경험을 쌓고 효과를 증진할 수 있도록 장치를 만든다면 이러한 방식에 대하여 적극적으로 참여할 필요가 있다.

[표 19] 공동 지원을 위한 사전 고려사항

- Basket fund로 지원할 모자보건 프로그램이 효과적인가?
- Basket fund로 지원할 모자보건 프로그램은 협력국 정부와 협의가 된 것인가?
- 동 프로그램의 모니터링에 참여가 가능한가?
- 예산사용을 투명하게 보여줄 시스템을 가지고 있는가?
- 직접 예산 지원의 효과를 확인가능한가?

33) 공동지원방식에는 여러 방식이 있을 수 있다. 협력국 보건부가 모자보건 프로그램에 대해 직접 Basket을 만들고 지원을 요청할 수 도 있고, WHO, UNICEF, UNFPA 등 다자간 기구 또는 USAID, DFID 등의 양자 간 기구가 모자보건 프로그램에 Basket을 만들어 공동 지원을 요청할 수도 있다.

○ **공동 지원을 하기 위한 단계**

- 공동지원방식으로 지원할 모자보건 프로그램을 확인한다.
- 동 프로그램에 참여하는 기관과 기관 별 역할 및 지역에 대해서 공여자 지도 그리기를 실시한다.
- 지원하는 자금의 활용계획과 추가적인 역할 또는 지역과 활동에 따른 추가적인 기대효과를 점검한다.
- 공동 지원하는 기관들과 지원 자금의 규모, 기간, 모니터링 방법 등에 대해서 협의한다.[34]
- 지원된 예산이 잘 활용되었는지 평가한다.

3) 직접 지원 방식

양자 간 지원의 전형적인 형태로 협력국 정부와 협의하여 CPS를 작성하고 실행계획에 따라서 세부 계획을 세우고 그에 지원하기로 한 프로그램을 직접 수행하는 방식이다.

사업 계획 단계 중 가장 먼저 사업의 목적을 명확히 설정하고, 그 목적을 달성하는 것에 필요한 구체적인 사업의 내용을 기획하고 사업의 세부활동들을 구성해야 한다. 단순히 아동병원을 짓고 기자재를 제공하고 그 병원에서 일하는 사람들을 역량강화하면 막연히 아동사망율에도 좋은 영향을 미치겠지 하는 투입요소(Input) 수준에서 논리적인 연결고리 없이 프로그램을 구상하는 것이 아니라, 우선 사업의 수직적 논리 연결 고리인 Project Design Matrix(PDM)을 만들어서 Goal-Outcome-Output-Activities-Input를 정한 후, 이를 달성하는데 문제가 되고 있는 점들을 명확히 한 후 이를 해결하여 목표를 달성할 수 있는 사업 방식을 선정하고 사업 내용을 구성해야 한다.

모자보건 프로그램의 직접 지원 방식은 아래의 순서에 따라서 세부적인 계획을 세울 수 있다. 물론 각 단계별로 협력국 보건현황에 대해서 가장 잘 알고 있는 협력국 보건부 또는 사업지역의 보건청과 밀접한 논의 과정을 거쳐야 한다.

---

34) 모니터링 방법으로는 전문가를 직접 파견하여 사업에 대해서 모니터링 하는 방법이 가장 좋다. 하지만 예산에 포함이 된 경우는 어렵기 때문에 처음부터 별도의 예산을 편성하여 인건비 등을 확보하는 것이 중요하다.

(1) 수많은 모자보건 사업 중 무엇을 할 것인가?

현지의 모자보건 현황과 문제점, 그리고 수원국과 타 공여기관의 대책들을 파악한 후, 파악된 정보를 바탕으로 구체적으로 어떠한 사업을 선택하여 시행할 것인지를 선정해야 한다. 이를 제공서비스 선정의 고려사항과 함께 관련 사업의 국내 사업 수행기관의 존재 및 역량의 여부와 함께 감안하여 사업을 선정하도록 한다. 무엇을 할 것인가 결정할 때 고려해야 할 요소는 아래와 같다.

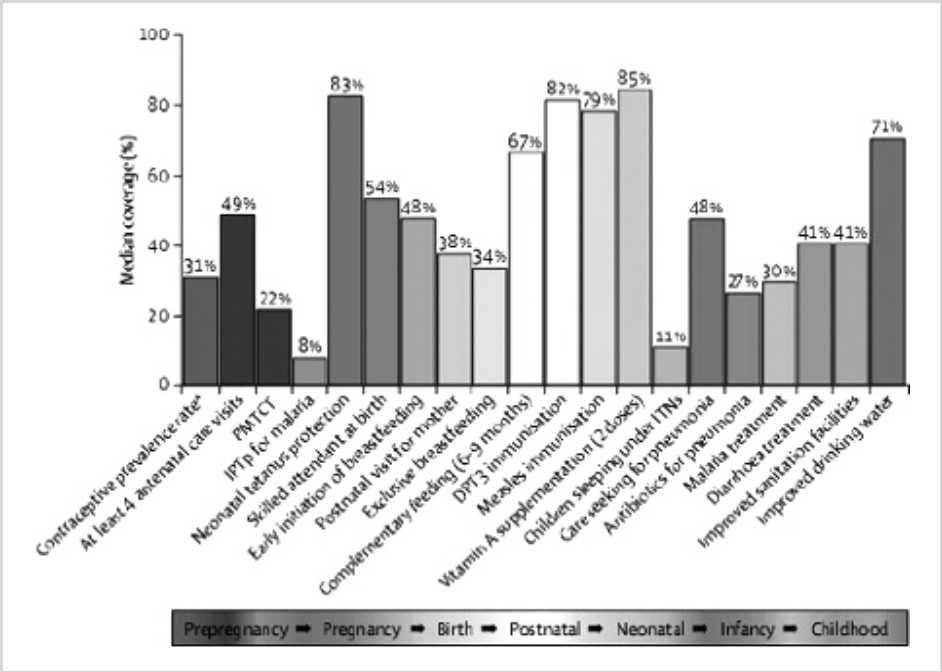
- 왜 모자보건 상황이 나쁜가?
  사업지역에서 왜 모자보건이 나쁜가를 알면 그 부분을 집중적으로 지원해서 모자보건을 개선시킬 수 있다. 하지만 대부분 사업지역의 모자보건 상황은 복합적인 요소의 결과로 형성되어 있기 때문에 한두 가지 결핍으로 생기는 것은 아니다. 하지만 이런 것을 분석하기 위해 준비과정에서 보건의료 시스템의 6가지 요소(보건의료 서비스 제공, 보건의료 인력, 정보, 의료용품 및 의약품, 보건의료 재정, 거버넌스) 별로 분석을 했다. 이러한 분석에 따라 가장 약한 부분부터 지원할 필요가 있다. 하지만 대부분은 복합적인 요소가 동시에 작용을 하고 있기 때문에 이러한 부분에 대해서 동시에 접근을 하거나 또는 다른 공여기관과의 협력이 필요하다.

- 어떠한 필수 모자보건 서비스가 제공되지 않고 있나?[35)]
  위와 같이 구성요소별로 접근하는 것이 불가능할 경우는 필수적으로 제공되어야 할 서비스 별로 접근이 가능하다. 가정, 마을, 보건지소, 보건소, 지역병원 별로 필수적으로 제공하여야 할 서비스에 대해서 어느 정도 제공되고 있는지 조사를 통해서 그 중에서 가장 접근성 및 활용도가 떨어지는 활동별로 지원이 가능하다. 이러한 계획은 두 가지로 조사가 되어야 하는데 실제 보건지소, 보건소 별로 이러한 서비스가 가능한 보건소의 비율을 조사하는 것과 더불어 실제 지역주민이 이러한 보건의료 시설을 활용하는 비율을 함께 조사하여야 한다.

35) 필수 모자보건 서비스는 PMNCH가 작성한 RMNCH essential package를 참조한다.(첨부 1)

[글상자 8] 모자보건 활동 중 우선순위 결정 방법

Activity의 priority 선정법



- 제공 서비스 선정의 고려사항
  1. 무엇을 할까? 에서 가장 중요한 것은 필수모자보건 패키지에 포함된 모자보건 서비스 중에 가장 서비스가 제공되지 않는 것을 우선적으로 고려해야 한다. 위와 같이 실제적으로 20여 개의 서비스 중에서 제공되는 비율이 가장 낮은 것부터 고려하여 예산을 고려해서 결정한다. 이러한 서비스 제공정도를 파악하기 위해선 보건의료 시설별로 제공 가능한 서비스와 각 지역별로 실제 서비스를 받을 수 있는 정도를 동시에 파악해야 한다.
  2. 모자보건 프로그램으로 제공하고자 하는 서비스가 서비스 제공율이 낮은 이유를 파악한다. 예산상의 문제인지, 인력의 문제인지, 거리상의 문제인지, 사회문화적 인식의 문제인지 문제분석을 통해서 프로그램 내에서 해결가능한 문제인지를 점검한다.
  3. 사업지역에서 모자보건 프로그램을 수행하는 지역 보건국과 공여기관과의 회의를 통해 이러한 서비스 제공에 대해서 협력할 사항들을 점검한다.
  4. 결정된 서비스를 제공하기 위해서 필요한 투입요소를 결정하고 예산상 가능한 범위를 결정하고 시행한다.

- 이에 대한 협력국 또는 타공여기관은 어떠한 대책을 가지고 있나?
  이렇게 계획되어진 활동에 대해서 협력국 또는 타공여기관이 개선방향과 대책을 가지고 있다면 굳이 중복적인 사업을 할 필요는 없다. 또한 협력국 보건부와 타공여기관과의 협의 과정에서 지역 또는 내용을 조정해 가면서 무엇을 할 것인가를 결정할 수 도 있다.

(2) 무엇을 할 것인가 결정이 되면 어떻게 할 것인가를 결정해야 한다.

예를 들어 조산사의 부족으로 인해서 전문 인력에 의한 출산율이 낮고 그로 인해 모성보건 및 신생아 보건 현황이 안 좋을 경우 조산사 양성이 주요 활동이 될 것이다. 하지만 조산사 양성을 어떻게 할 것인가? 사업지역에 이미 조산사 양성기관이 있다고 하면 이 양성기관을 통해서 조산사를 더 많이 양성하도록 할 수도 있고 더 양질의 교육을 시킬 수 있도록 지원할 수도 있다. 하지만 그런 기관이 없다면 조산사 양성기관을 직접 설립할 수도 있다. 이처럼 한 가지 목표를 이루기 위해서 다양한 방법을 사용할 수 있다. 이 때 아래와 같은 것을 고려해 보아야 한다.

- 모자보건 프로그램을 운영할 때에는 직접적인 서비스 제공을 누가 할 것인가를 결정하는 것이 가장 우선해야 할 일이다. 일반적으로 서비스 제공자는 아래와 같은 사람이 되거나 이들의 조합이 될 수 있다.

[표 20] 모자보건 서비스의 직접 제공자 후보군

- 보건부 소속된 보건의료 인력(의사, 간호사, 조산사) 또는 보조인력 - 보건부 소속이 아닌 마을 건강 요원 또는 부녀회 등의 마을 공동체 - 지역에서 활동하고 있는 NGO - 한국에서 파견되어 직접 서비스를 제공하는 보건의료 인력(의사, 간호사, 조산사)

- 일정관리를 어떻게 할 것인가?
  일반적으로 모자보건 프로그램은 장기적이고 지속적인 활동에 의해 성과가 나타나기 때문에, 장기적인 계획에 따른 단계적인 활동을 통해서 구축해 나

가는 것이 효과적이다. 각각의 단계는 프로그램기반 형성 및 구축기, 시범 프로그램기, 프로그램 정착기, 프로그램 확장기로 구성을 하는 것이 바람직하며 각 단계는 최소한 1~2년 이상이 되도록 일정 계획을 잡는다.

[글상자 9] 모자보건 프로그램 계획의 예(가나 모자보건 프로그램)

가나 모자보건 프로그램의 예

○ (종합) Greater Accra지역 및 Volta지역을 중심으로 보건소 등 지역 내 보건의료시스템의 역량강화를 목표로 하여 관련 인프라 및 의료인력 양성 등의 지원 실시
- 산전관리, 분만, 산후관리 및 신생아관리, 가족계획, 청소년·성인 대상 성교육 등을 모두 포함하며 마을단위 기초보건시설(CHPS)부터 보건소, 지역병원 단계에 이르기까지 전 의료기관의 역량을 강화시키는 통합지원 프로그램 설계

○ (프로그램명) 가나 지역사회기반 통합 모자보건사업

○ (프로그램 추진 방향)
- Greater Accra지역 및 Volta지역의 의료시설 확충(기자재지원 포함), 보건소 및 지역병원 인력 역량강화(조산사 교육 포함), 산전·산후관리 강화, 신생아 관리 및 영유아 응급진료시스템 강화 프로그램, 성생식보건 향상 을 중점적으로 실시
- 지역사회를 기반으로 한 모자보건사업은 지역사회의 사회·문화적 배경이 사업성과의 중요한 성패요인인 바, 사업시작 단계에서 사업지역(district) 내 1개의 sub-district에서 시범사업실시 및 평가결과를 바탕으로 타 지역에까지 점진적으로 확대

○ (세부 프로그램(프로젝트))

① (가나 지역사회기반 통합 모자보건사업 설계)

사업개요	지역사회기반 통합 모자보건사업 설계
사업목표	① 지역 보건의료시스템 평가 및 사업 타당성 조사 ② 지역사회기반 통합 모자보건사업 설계 및 세부 집행계획 수립
대상지역	Greater Accra지역 및 Volta지역(1개 district 선정)
사업기간	'12. 1~'12. 12(1년간)
사업내용	① 사업후보지역 보건의료시스템 평가 ② 사업지역 보건의료프로그램 현황 및 이해관계자 분석 ③ 최종 사업지역 선정 및 단계적 확대방안 수립 ④ 프로그램 내용의 도입 우선순위 결정 및 사업단계별 세부실행계획 수립

사업내용	⑤ 사업지역 및 대조지역 모자보건·생식보건 실태, 모자보건 의료이용 실태 기초조사 ⑥ 사업 모니터링 및 평가계획 수립 ⑦ 성별분리 통계 구축 ⑧ NGOs 및 가나 보건분야 워킹그룹에 참여

② (가나 지역사회기반 통합 모자보건 1단계 사업)

사업개요	지역사회조직 및 보건의료시스템 강화 사업
사업목표	① 지역사회조직 및 주민교육, 행동변화 유도 ② 지역보건소 및 Community Health Compound(CHC) 시설 및 장비 강화 ③ 지역보건소 및 CHPS 보건의료인력 업무 능력 향상
대상지역	Greater Accra지역 및 Volta지역(1개 district 내 1개 subdistrict)
사업기간	'13. 1~'13. 12(1년간)
사업내용	① 지역사회주민 조직, 지도자 교육, 주민 대상 생식보건교육 사업, 지역주민 수요증진 및 참여강화사업 ② 재래식 조산사 교육 및 사업참여 ③ 보건요원을 이용한 임산부 및 영유아 등록 사업 ④ CHC 및 보건소 인프라 구축 사업 (시설, 장비, 운송수단, 교육기자재 등) ⑤ CHPS 및 보건소 인력의 양성평등한 역량강화 및 성인지적 인식·행동 개선교육 ⑥ 성별분리 통계 구축 및 활용

③ (가나 지역사회기반 통합 모자보건 2단계 사업)

사업개요	지역사회기반 통합모자보건서비스 도입 및 정착 사업
사업목표	Sege Sub-district 지역사회기반 통합 모자보건서비스 도입 및 정착
대상지역	Greater Accra지역 및 Volta지역(1개 district 내 1개 subdistrict)
사업기간	'14. 1~'14. 12(1년간)
사업내용	① 등록 임산부 관리 및 위험도 평가 ② 지역사회 기반 생식보건 교육 및 가족계획 서비스 제공 (주민 및 의료인력 성인식 및 행동개선 교육, 성폭력 피해자 법률상담기관에 연결) ③ 지역사회 기반 생식보건 교육 및 가족계획 서비스 제공 ④ CHPS 및 보건소 산전관리서비스 접근성 강화 및 서비스의 질적 제고 ⑤ 안전분만 키트 보급 및 통합 가정분만 서비스 제공 ⑥ 전문가에 의한 분만율 향상 및 지리적, 경제적 접근성 향상 ⑦ 보건소 분만 역량강화 및 분만 관련 보건의료시스템 강화 ⑧ 기초 및 포괄적 모자보건 응급 의료서비스 강화 (임산부 및 영유아 대상) ⑨ 신생아 관리, 산후관리 서비스 강화(모유수유, 영양관리, 가족계획)

④ (가나 지역사회기반 통합 모자보건 3단계 사업)

사업목표	① 선정된 1개 District 내 전 지역 지역사회기반 통합 모자보건 사업 확대 및 정착 ② 추가 3개 지역보건소 및 District Hospital 역량 강화 ③ 사업 최종평가 및 지속성 확보 전략 수립
대상지역	Greater Accra지역 및 Volta지역(1개 district 내 4개 subdistrict)
사업기간	'15. 1~'15. 12(1년간)
사업내용	① 사업지역을 4개 Sub-district로 확대 ② 후송병원 역량강화(시설, 장비, 인력 등) ③ 지역 민간의료기관과의 협조 강화 및 지역 정부 보건계획에 참여 ④ 사업 최종평가 및 지속성 확보 계획 수립

- 예산 배정은 어떻게 할 것인가?

  사업을 기획할 때는 이러한 활동을 하는데 얼마만큼의 예산이 들지 파악을 하는 것은 중요하다. 또한 예산이 정해져 있을 때에는 이러한 예산으로 얼마만큼 기간 동안 어느 정도의 인구집단을 대상으로 모자보건 프로그램을 운용할 수 있을 지를 역으로 예측할 필요가 있기도 하다.

  예산을 산출할 때에는 실제 Activity 별 투입요소가 무엇인지 파악하고 각각의 투입요소 별로 얼마만큼의 예산이 들 것인가를 예상하여야 한다. 예산 배정을 위해 가장 좋은 방법은 실제 동일한 지역에서 시행했던 유사한 프로그램을 찾아 어느 정도의 예산이 소요되었는지 파악하고 참고해서 작성하는 것이다. 하지만 이러한 프로그램과 예산표를 구하는 것은 쉽지 않다. 이를 대비하여 첨부에 제시된 세부모듈에 각각투입요소의 예산배분을 제시하였고 모듈 별 KOICA에서 기존에 실시했던 모자보건 프로그램의 리스트를 첨부했다.

4. 실행 단계

1) 사업수행 기관(PMC) 선발 및 역할[36)]

(1) 모자보건 프로그램을 수행 가능한 기관

잠재적으로 모자보건 전문가를 보유한 보건의료 전문기관은 모두 모자보건 프로그램을 수행가능하다.

[표 21] 잠재적인 모자보건 프로그램의 사업수행기관

- ❑ **공공기관** : 한국보건산업진흥원, 한국보건사회연구원, 한국보건복지인력개발원, 한국여성정책연구원, 한국국제보건의료재단 등
- ❑ **협회** : 인구보건복지협회, 한국건강관리협회, 한국AIDS 퇴치연맹, 국제여성가족교류재단 등
- ❑ **의료원** : 가톨릭의료원(서울성모병원), 강원대학교병원, 경찰병원, 경희의료원, 고려대학교의료원, 국립암센터, 국립의료원, 국립재활원, 보라매 병원, 삼성서울병원, 서울대의료원, 서울아산병원, 순천향대학병원, 아주대병원, 연세대학교의료원, 인제대 병원, 인하대 병원, 중앙대병원, 차병원, 충남대병원, 한림대학교의료원, 한양대의료원 등
- ❑ **보건대학원** : 서울대학교 보건대학원, 연세대학교 보건대학원, 고려대학교 보건대학원, 가톨릭대학교 보건대학원, 인제대학교 보건대학원 등
- ❑ **간호대학** : 연세대학교 간호대학, 가톨릭대학교 간호대학, 서울대 간호대학, 적십자 간호대학 등
- ❑ CSO : 굿네이버스, 지구촌 나눔운동, 글로벌케어, 정토회, 비젼케어 등

실제적으로 PMC의 역할은 KOICA를 대신해서 현장에서 직접적으로 모자보건 서비스를 제공하거나 모자보건 교육 프로그램을 진행하거나, 주민들의 인지강화를 시키는 현지 인력을 관리하고 사업활동을 모니터링 하는 역할을 하게 된다. 사업

36) KOICA 사무소는 보건의료 분야가 CPS에 중점 협력 분야로 선정이 되고 Rolling Plan에 모자보건 프로그램이 계획되어 있다면 KOICA 사무소에 보건의료 전문가 1인을 상주시켜 전문적인 조언을 받아가며 모자보건 프로그램을 관리할 필요가 있다. 이러한 전문 인력은 KOICA 사무소 소장, 부소장과 함께 협력국에서 이뤄지고 있는 분야별 회의에 참여하여 사무소가 보건의료에 전문적인 의견을 제시할 수 있도록 지원하며 협력국에서 진행되고 있는 보건의료 프로그램을 모니터링하여 KOICA 사무소 소장 부소장에게 보고하는 역할을 수행할 수 있다.

수행 기관(PMC)에서 파견된 인력이 직접하는 것이 아니라 보건부에 소속된 보건의료 인력(의사, 간호사, 조산사) & 보조인력이나 보건부 소속이 아닌 마을 건강요원 또는 부녀회 등의 마을 공동체 또는 지역에서 활동하고 있는 NGO, 한국에서 파견되어 직접 서비스를 제공하는 보건의료 인력(의사, 간호사, 조산사)을 관리하고 이들이 현장에서 직접적인 활동을 할 수 있도록 하는 행정적인 관리와 모니터링을 실시하는 것이다. 대략적인 역할을 살펴보면 아래 표와 같다.

[표 22] 모자보건 프로그램 사업수행기관(PMC)의 역할

사업기반구축	연구진 구성 및 운영
	사업 수행계획서 작성
	현지 운영위원회 및 자문위원회 구성
	현장 사무소 설치
인력 역량 강화	각종 매뉴얼과 교육자료개발
	In-service 기관 연계
	훈련프로그램 개발
	수행평가 도구 및 지침서 개발
	인력 훈련
모자보건 서비스 제공	모자보건 프로그램 서비스 제공(서비스 인력 관리)
	서비스 모니터링 및 결과 보고
	기록지, 매뉴얼
지역 사회교육 강화	주민 교육프로그램 개발
	주민 committee 구성
	주민교육(outreach)
평가	Household Survey
	중간 평가, 종료 평가
모니터링 및 자문	현지 방문 모니터링 및 자문
	워크숍(사업설명)
	워크숍(사업평가)
보고서	착수 보고서, 분기별 보고서, 종료 보고서

이러한 역할을 위해선 아래와 같은 요건들을 갖출 수 있어야 하며, PMC 선발시에 이 정도의 구성이 가능하도록 고려해야 한다.

(2) 모자보건 프로그램 국내 사무소 운영

– 역할

모자보건 프로그램을 국내에서 총괄적으로 관리하고 모자보건의 기술적인 지원을 실시하며, 현장에서 이뤄지고 있는 활동들을 모니터링하고 피드백 한다. 또한 현장에서 이뤄지는 모든 일들을 종합 정리하여 KOICA 본부에 정기적으로 보고한다.

– 인원구성

- 모자보건 프로그램을 총괄하는 Program Instructor
  모자보건 프로그램을 운영해본 경험이 있는 1급 전문가[37]로 프로그램을 전반적으로 총괄하게 한다. 모자보건 프로그램의 기획, 실행, 모니터링, 평가에 대해서 두루 조언할 수 있어야 하며 PMC 역할에 대해 총괄책임을 진다. 전체 용역참여율을 20% 가량으로 한다.
- 모자보건 프로그램의 실무를 담당 하는 Program Assistant
  모자보건 프로그램 실무를 담당하는 2급 또는 3급 모자보건 전문가로 Program instructor의 의견을 들어 분기별 보고서 작성, 현장과의 업무연락 등을 책임진다. 용역참여율을 50%가량으로 한다.
- 모자보건 프로그램의 행정을 담당하는 Administration Assistant
  모자보건 프로그램 행정저인 업무를 담당하는 4급 전문가로 모자보건 프로그램 현장과 서울사무소의 연락 및 문서작성, 프로그램 정산 업무 등을 책임지고 Full time으로 모자보건 프로그램에만 일할 수 있도록 용역참여율을 100%로 한다.

(3) 모자보건 프로그램 현장 사무소 운영

– 역할

모자보건 활동을 시행하는 사업지역에 현장 사무소를 운영하여 현장에서 직

37) 모자보건의 전문가는 의사, 간호사, 조산사 또는 국제협력을 실제 담당해 본 실무자로서 모자보건 프로그램을 연구, 기획, 운영해 본 사람을 지칭한다.

접 모자보건 서비스를 시행하는 인력들의 활동을 모니터링하고 주민들의 반응을 살펴 KOICA 사무소에 보고하며, 현장에서 이뤄지는 일들의 행정적인 처리를 한다.

- 인원구성
  - 현장 활동을 총괄하는 현장관리자(Program Manager)
    보건의료 ODA 프로그램을 경험해 본 3급 이상의 전문가로 현장에서 프로그램 운영을 위한 Coordinator로 활동을 한다. 현장에서 일어나는 모든 일을 KOICA 현지사무소와 국내 프로그램 사무소에 보고하며 현장의 모든 관련자들과의 조율을 실시한다.
    실제적으로 이 현장관리자의 활동역량에 따라 프로그램의 성과에 큰 역할을 미치게 된다. 현장 관리자는 상황에 따라서 1명 또는 2명을 두는 것이 적당하다.
  - 현장관리자를 지원하기 위한 현지직원(Local Assistant)
    현장관리자 1인으로는 현장에서 일어나는 모든 일을 모니터링하고 관리하는 것은 어렵다. 이러한 상황을 보완하기 위하여 현지의 문화를 이해하고 언어적으로 장애가 없는 현지 인력을 고용하여 활동을 지원하는 것이 적당하다. 현지 인력은 운전기사를 겸한 대외활동을 함께하는 1인과 내부에서 행정적인 연락을 하는 1인 2명을 활용하는 것이 적당하다.

2) 모자보건 프로그램 내 보건의료 시설물 건축[38)]

모자보건 프로그램을 운영하기 위하여 보건의료 시설물을 지원할 필요가 있는 경우가 있다. 사업지역에 보건지소, 보건소, 모자보건센터, 모자병원의 사업전달 시스템이 갖추어지지 않은 나라에서는 보건의료 시설물이 필요할 수 있다. 모자보건에 관련되어서 필요한 시설물로는 임산부 요양센터, 보건지소, 보건소, 모자보건센터, 모자병원 등이 있다.

이러한 모자보건에 관한 시설물 지원은 상대적으로 많은 자금이 투입이 되며 오랜

38) 보건의료 ODA 건축 매뉴얼(2011)이 KOICA에서 발간되었다. 모자보건 프로그램에 건축이 포함된 경우 반드시 참고하여 진행하는 것이 필요하다.

기간이 필요하기 때문에 모자보건에 관한 시설물의 지원은 신중하게 결정되어야 한다. 시설분만율을 향상시키기 위해서 보건지소, 보건소가 필요하기는 하지만 이의 운영에는 양질의 보건인력이 필요하고, 지속적인 재정지원이 필요하기 때문이다. 현재 사업지역에 보건지소, 보건소가 없다는 것은 이러한 추가적인 인력과 재원을 투자할 여력이 없다는 것의 반증이기도 하다. 이러한 보건의료 시설물의 지속가능성에 대한 담보 없이 모자보건 프로그램에서 시설물이 먼저 투입되는 것은 그 운용에 큰 어려움을 겪을 수 있다. 시설물의 투입은 주민들의 모자보건 서비스에 대한 수요증진과 이러한 서비스를 공급할 수 있는 적절한 인력양성이 되고, 서비스 제공을 위한 지속가능한 재정적 지원이 가능하다고 판단될 때 지원이 이루어져야 한다.

모자보건 시설물 지원은 건축적인 면뿐만 아니라 지역사회의 보건학적 관점에서도 검토되어야 한다. 이러한 모자보건 시설물의 향후 운영을 위해서는 모자보건 전문기관이 처음 설계단계에서부터 관여할 수 있도록 시스템을 구성하여야 한다. 현재는 건축 관리를 하는 CM과 사업운영관리를 하는 사업수행기관(PMC)이 별도로 관리되고 있으나 장기적으로는 사업수행기관이 CM을 관리하면서 모자보건 시설물의 기능적인 측면을 보완할 수 있도록 시스템을 마련하여야 한다.

3) 모자보건 프로그램 내 기자재 공급

현재 KOICA에서는 보건의료 기자재는 직접 구매해서 사업지역에 제공하고 있다. 기자재의 종류나 수량은 각 분야별 전문가의 조언을 받고 있지만 이러한 검증 과정이 현지에서 요청되는 기자재를 검증하는 수준이지 현지에서의 활용가능성 부분은 심도있게 검증되지 못하고 있다. 모자보건 프로그램을 운영하기 위해서는 영아 체중계와 같은 단순 기자재부터 산모의 상태를 평가하기 위한 초음파, 생화학분석기 같은 고가의 장비를 필요하기도 한다. 하지만 사업지역에 실제로 활용이 될 것인가를 고려하지 않고 제공되는 모자보건 기자재는 그 투입되는 지원에 비해서 효과는 미미하다.

기자재 지원의 원칙은 첫째 꼭 필요한 장비를 지원해 주어야 한다. 일선 보건소에 생화학 분석기, 초음파기기, 신생아 온열기 등이 있으면 좋지만 그것보다는 꼭 필수적인 분만대, 소독기, 체중계, 분만기구 등이 더 필요하다. 대부분의 개발도상국에는 보건지소, 보건소, 병원 급으로 필요한 기자재 리스트 등을 구비하고 있다. 이러한 리스트를 기준으로 꼭 필요한 기자재를 선별해서 지원하는 것이 필요하다.

둘째 개발도상국의 현실을 고려한 기자재를 제공해야 한다. 예를 들어 전기 공급이 원활하지 않은 개발도상국 현실을 고려하지 않고 아동성장을 검사하기 위한 체중계를 지원할 때, 일반 스프링형 체중계를 제공하지 않고 전자식 체중계를 제공한다거나, 수동식 분만대가 아닌 전자식 분만대를 제공해서 사용하지 못하는 경우가 발생가능하다.

셋째 가능하면 유지비가 들지 않는 기자재 위주로 공급해주어야 한다. 전기가 들어오지 않는 보건소를 위해서 발전기를 제공해 주고 전기가 필요한 의료기자재를 공급해주는 경우에 발전기를 운영할 기름 값이 없어서 발전기뿐 아니라 의료기자재 전체를 못 쓰는 경우가 발생할 수 있다.

[글상자 10] 모자보건 프로그램의 기자재 공급 사례와 교훈

잠비아 루사카주 총궤군 모자보건 환경개선사업 평가 중 기자재 부분 발췌

기자재 지원 시 현지의 문화와 환경에 맞는 기자재의 공급은 프로젝트 지속가능성 확보에 절대적이다.

① 전자식 체중계
공급된 체중계는 성인용, 신생아용 두 종류의 체중계가 공급이 되었는데 모두 전기로 충전 또는 배터리를 교환하여서 사용하는 전자식 체중계가 공급 되었다. 이러한 전자식 체중계는 여러 기능이 많을 수 있지만, 고장이 잦고 고장이 나면 현지에서 고칠 수 없으며, 결정적으로 전기 공급이 24시간 되지 않는 지역에서는 사용에 제한이 있다.(1.5V 건전지 떨어졌다고 자전거 타고 하루 종일 걸리는 시장에 가서 사올 수는 없는 일이다.) 만약에 수동식 체중계를 제공하였다면 훨씬 오래 잔고장 없이 사용할 수 있었을 것이다.



〈 전자식 체중계 〉



〈 수동식 체중계 〉

② 구급차

구급차의 경우 차고가 높지 않아 비포장도로가 절대적으로 많은 총궤군의 현장에서 원활하게 사용되지 못하고 있다. 현재 국내에서 개발도상국에 지원하는 구급차 차량은 봉고버스형태가 유일하여 다른 선택의 여지가 없다. 개발도상국에 구급차를 지원할 때 비포장 도로가 많은 경우는 꼭 국내차량을 고집하지 말고 다른 나라에서 생산된 차량도 지원 대상으로 고려하는 것이 필요하다.



〈 차고가 낮은 구급차 〉



〈 차고가 높은 구급차 〉

③ 오토바이

지원된 오토바이는 국내산 오토바이로 현지에서 부품공급이 어려우며 고장 시에 수리도 어렵다. 또한 중간 흙받이와 바퀴 사이가 좁아 우기 시에는 이 부분에 진흙이 채워져 오토바이 작동이 어렵다. 향후 비포장도로가 많은 곳에 오토바이를 지원할 때는 고려해야 할 부분이고 기본적으로 현지에 A/S와 조달이 가능한 오토바이를 현지에서 직접 구매하여 지원하는 것이 필요하다.



〈 흙받이 사이가 좁은 오토바이 〉



〈 프로젝트로 지원된 오토바이 〉

④ 생화학 분석기

의료기자재 지원 시에 많이 지원되는 품목으로 기본적으로 생화학분석에 필요한 시약이 지속적으로 공급이 되어야 한다. 하지만 이러한 시약의 유통기한이 보통 6개월 정도이고 냉장 또는 냉동 보관되어야 하는 품목이 많아 시약을 구하지 못해서 못 쓰는 경우가 많이 발생한다. 동 프로젝트로 제공된 생화학 분석기는 매뉴얼과 교육이 함께 제공되었고 임상병리사가 전담하여 활용 하고 있었다. 또한 시약도 냉장 보관되어 있었고 향후 시약업체의 연락처도 알고 있어 직접 구매할 예정이다. 이처럼 기본적인 매뉴얼과 시약 공급이 자체적으로 해결할 수 있도록 지원이 되어야 한다.



〈 생화학 분석기와 매뉴얼 〉



〈 생화학 분석기 시약 〉

보건의료 기자재는 그 특성상 고가의 민감한 제품이 주를 이루고 있으나 개발도상국 특히 아프리카의 경우는 고가의 장비를 쓸 인력이 없거나 전력이 불안정하여 쉽게 고장이 나고 소모품이 없어 수리를 하지 못하여 제대로 쓰이는 경우가 드물다.

이를 확인하기 위해서 기자재지원 전에 아래와 같은 점을 고려를 해 봐야 한다.

- 그 기자재가 그 보건의료 시설물에 꼭 필요한가?
- 그 기자재를 운용하고 고칠 수 있는 사람이 있는가?
- 그 기자재를 이용하여 환자에 도움을 줄 의료 인력이 있는가?
- 그 기자재를 지속적으로 운용할 소모품이 현지 공급 가능한가?

이상 네 가지 질문에 하나라도 “아니요”라는 대답이 나왔다면 기자재를 지원해 주지 않는 것이 좋다.

- 그 기자재를 운용할 만큼 전력 공급이 안정적인가?
  전력 공급이 안정적이지 않다면 전력이 필요없는 기자재를 지원해 주거나 UPS와 비상발전기를 같이 공급해 주는 것이 필요하다.

보건의료 기자재 지원을 위해서는 실제 기자재를 활용할 사람과 협의를 많이 하면 할수록 좋다. 하지만 최소 기자재 지원 타당성 평가, 수요 리스트 작성 및 협의, 기자재 설치 교육, 지원 후 모니터링 2회 포함 총 5회를 계획하는 것이 필요하다. 보건의료 기자재 공급업체와 계약을 할 때는 실제 운송 및 통관의 지연으로 계약일자 내에 설치를 못하는 경우가 많아 계약을 1년 또는 2년으로 여유롭게 하되 국내 납품 및 검수 기일을 정확히 하는 것이 필요하며, 기자재 전문가 파견은 최소 3회로 기자재 설치 시, 기자재 설치 후 6개월, 기자재 설치 후 1년 6개월 3회를 포함하여 계약하는 것이 필요하다. 이를 통해 A/S 기간 내에 기자재 관리가 가능하다.

4) 모니터링

모자보건 프로그램의 모니터링은 최소한 반기별로 이뤄지는 것이 적당하다. 모니터링을 하기 위해서는 처음 집행계획을 세울 때 사업의 평가계획과 함께 사업 진행과정의 모니터링 계획을 함께 세우는 것이 중요하며, 모니터링을 하는 시기, 모니터링을 하는 주체, 모니터링을 해야 하는 지표와 대상자를 사업기획 시에 미리 정해 놓아야 한다.

모니터링하는 지표는 개별 프로그램의 Activity 별로 이뤄져야 하며 모니터링한 결과가 기대치와 다를 경우 그 원인을 분석하고 그에 대한 대책을 수립하여 환류하여야 한다.

모니터링 계획의 예시는 [표 23]과 같다.

다른 개발협력 프로그램과 마찬가지로 모자보건 프로그램도 일반적인 기초자료가 없는 경우가 많다. 대부분의 모자보건 관련 지표는 국가 단위 또는 주 단위까지는 기존의 국가 통계자료를 활용하여 구할 수 있지만 사업지역이 군 단위 또는 그 보다 작은 마을 단위로는 입수하기가 힘들다. 이러한 작은 인구단위의 자료는 조사를 통해서 직접 작성해야 한다.

또한 인구집단의 크기를 고려해서 지표를 설정하고 수집해야 한다. 모자보건 프로

그램의 목표로 모성사망비 감소를 정했다고 해서 각 마을 단위로 모성사망비를 측정하는 것은 현실적으로 불가능하고 그 결과를 신뢰하기도 힘들다. 모니터링에서는 이러한 결과지표 보다는 Activity 지표를 활용해야 한다. 예를 들어 홍역예방 접종률, 시설분만율, 전문 인력 의한 출산 비율, 조산사 교육 횟수, 마을 주민위원회 교육 횟수, 가정방문 횟수, 가족계획 시술 횟수 등이 활용될 수 있다.

[표 23] 프로젝트 모니터링 계획의 예시

프로젝트 모니터링 계획									
프로젝트 목표		Indicator	Base line information	Mov	모니터링 시기	모니터링 담당자	Target	결과	결과 조치사항
Output									
	.								
	.								
Activity									
	.								
	.								
	.								
	.								
Input									
	.								
	.								
	.								
	.								
	.								

5) 평가[39)]

모자보건 프로그램의 평가는 모든 개발협력사업의 평가와 마찬가지로 많은 노력이 필요한 작업이다. 하지만 꼭 필요한 작업임을 명심하고 반드시 시행하여야 한다. 모자보건 프로그램을 평가하기 위해서는 반드시 프로그램이 시작되기 전에 평가계획을 세워야 한다. 평가계획은 평가전문인력(평가실에 의뢰해서 공동으로 평가계획 수립)과 함께 수행하는 것이 적절하다.

모자보건 프로젝트의 실제 평가 중 효과성 부분을 발췌해서 예시로 본다.

39) 2009년 KOICA 평가 실에서 발간한 프로젝트 기획, 모니터링 및 평가 방법론을 참조한다.

[글상자 11] 모자보건 프로그램 평가 사례

❑ 프로젝트 산출물(Output)은 목표(Outcome) 달성에 기여하였는가?

– 프로젝트 산출물인 잠비아 총궤군 보건소의 모자보건, 기초인프라 및 환자운송수단, 안정적인 물 제공 등이 사업의 목표인 시설분만율 증가, 산전진단율 증가, 전문 인력에 의한 분만율 증가 정도를 평가(정량평가)

프로젝트의 Input과 Activity를 통해서 시설분만율 증가, 산전진단율 증가, 전문 인력에 의한 분만율 증가라는 Output을 달성하였는지에 대해서 프로젝트가 시작되기 전의 시점인 총궤 지역의 2008년도의 Output 지표와 2010년도의 Output 지표를 비교하여 보았다.

2008년도 총궤군 모자보건 주요 지표

Institution		Maternal Health – BASE LINE : 2008							
		산전 진단율[40]	분 만						
			시설 분만율[41]	의료인에 의한 시설분만[42]	의료보조 인력에 의한 시설분만[43]	훈련받은 산파에 의한 시설분만[44]	정규훈련 받은 산파에 의한 가정분만[45]	훈련여부에 상관없이 산파에 의한 가정분만[46]	분만 시 도움을 받은 비율[47]
총궤군	비율	86%	25%	Indicators were not being collected during this period				16%	41%
	횟수	8505	2624					1755	4379

40) 산전진단은 산모가 1회 방문 시 1회로 count 하였으며 동일한 산모가 4회 방문하면 4회로 count 하였다. 산전진단율은 총궤지역의 가임기 여성 수, 합계출산율을 고려해서 2008년에 분만을 추정치로 계산 후 산전진단건수/ 총분만수로 계산하였다.

41) 시설분만은 보건지소, 보건소, 병원에서 분만한 수를 Count 하였으며, 시설분만율은 총궤지역의 가임기 여성 수, 합계출산율을 고려해서 2008년에 분만을 추정치로 계산 후 시설분만건수 / 총분만수로 계산하였다.

42) 의료인은 의사, 간호사, 조산사, Clinical Officer를 의미한다.

43) 의료보조인력은 Environmental Health Officer, 간호보조를 의미한다.

44) 훈련받은 산파란 잠비아에서 실시하는 정규훈련을 마친 산파를 의미한다.

45) 잠비아는 산파에게 시설에와서 분만을 권유하지만 못 오는 경우는 가정에서 분만을 하게 된다.

46) 훈련여부에 상관없이 산파와 함께 가정분만한 비율이다.

47) 누구에 의해서든 도움을 받는 비율로 이 모두를 전문인력에 의한 출산비율이라 할 수 없으나 이 비율에서 훈련여부에 상관없이 산파에 의한 가정 분만을 제외하면 전문인력에 의한 출산비율을 유추할 수 있다.

2010년도 총궤군 모자보건 주요지표

Institution		Maternal Health – BASE LINE : 2010 , Sep[48]							
		산전 진단율	분 만						
			시설 분만율	의료인에 의한 시설분만	의료보조 인력에 의한 시설분만	훈련받은 산파에 의한 시설분만	정규훈련 받은 산파에 의한 가정분만	훈련여부에 상관없이 산파에 의한 가정분만	분만 시 도움을 받은 비율
총 궤 군	비율	72%	26%	13%	9%	4%	8%	9%	43%
	횟수	8304	1504	1050	401	53	867	1066	3437

2010년도 총궤군 모자보건 지표(유추)

Institution		Maternal Health – BASE LINE : 2010, Dec 유추[49]							
		산전 진단율	분 만						
			시설 분만율	의료인에 의한 시설분만	의료보조 인력에 의한 시설분만	훈련받은 산파에 의한 시설분만	정규훈련 받은 산파에 의한 가정분만	훈련여부에 상관없이 산파에 의한 가정분만	분만 시 도움을 받은 비율
총 궤 군	비율	96%	35%	17%	12%	5%	10%	12%	57%
	횟수	11072	2005	1400	535	71	1156	1421	4582

산전진단율은 2008년도 86%에 비해서 2010년도 96%로 10% 증가하였다.[50] 이러한 증가분이 전적으로 동 프로젝트에 의해 증가되었다고는 볼 수 없지만 총궤군의 산전진단율을 높이는데 일정 부분 기여하였다. 이런 기여가 인정되려면 두가지 가정이 필요한데 첫째는 주민들이 보건소에 분만관련 기자재가 새로이 추가되었다는 것을 알아야 하고 둘째는 알게된 산모들이 산전진찰을 보건소에서 받아야 한다. 이를 뒷받침하기 위하여 산모, 주민, 보건소 인력들에게 인터뷰하는 과정에서 “보건소에 새로운 분만관련 검진기들이 들어왔다는 것을 아는가?”라는 질문에 대부분 알고 있다고 주민들이 답했으며 보건소 인력들은 기자재가 보건소에 들어온 후 기자재로 산전진찰을 받기 위해 찾아오는 산모들이 증가하였다고 답하였다.

48) 2010년도 4/4분기 자료는 종료평가 시에 취합이 안된 관계로 2010년 3분기까지의 통계를 활용하여 2010년에 예상분만건수를 분모로 하여 비율을 구하였다.

49) 2010년 4/4분기도 1, 2, 3분기와 같은 비율로 출산했을 것으로 가정하고 2010년 전체 통계를 유추하였다.

50) 이러한 증가분이 전적으로 동 프로그램으로 증가되었다고는 볼 수 없지만 일단 총궤군의 지표변화를 긍정적인 방향으로 돌려 놓았다고 볼 수 있다.

시설분만율은 2008년도 25%에서 2010년도 35%로 증가하였다. 시설분만율의 10% 증가도 전적으로 동 프로그램에 의해서 되었다고는 볼 수 없지만 일정부분 기여를 한 것으로 다음과 같은 논리로 추정된다. 동 프로그램에 의해서 지원된 구급차, 오토바이, 자전거는 이러한 운송수단이 없었을 때에는 보건소까지 갈 생각도 못하던 보건소에서 먼 거리에 거주하는 환자들의 접근성을 향상시켜 주었으며 집에서 출산하는 것만 알았던 산모들이 분만장비가 구비되어 있는 것을 인지하고 보건소를 찾게 되었다. 분만 시 도움을 받는 비율은 2008년도 41%에서 2010년도 57%로 증가하였다. 이 비율에는 훈련받지 않은 산파에 의해서 분만한 비율도 포함되기 때문에 전적으로 전문인력에 의한 출산비율이라고 할 수는 없지만 훈련받지 않은 산파에 의한 가정분만이 일정비율로 존재한다고 가정할 경우 전문인력에 의한 출산비율도 16% 증가하였다고 할 수 있다.

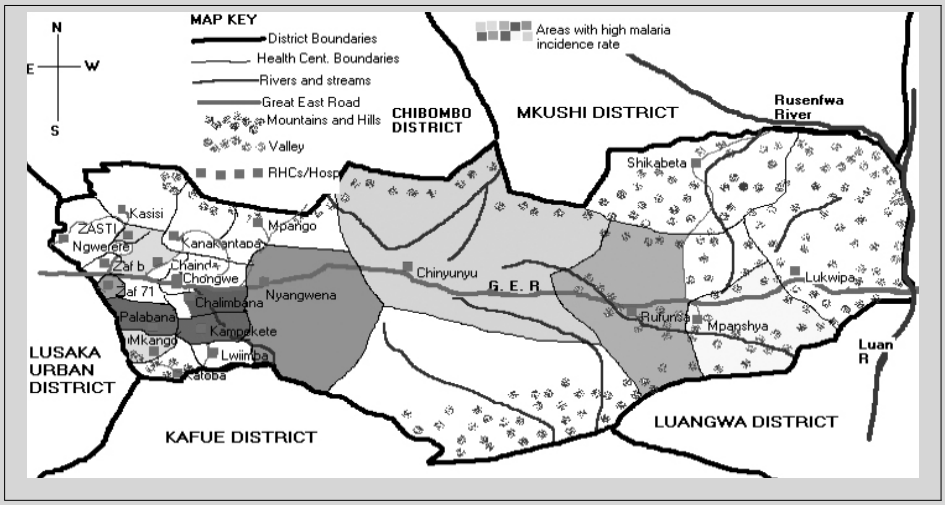
2008년과 2010년도 상기 3가지의 Outcome을 비교하였을 때 동 사업의 Output이 산전진단율, 시설분만율, 전문인력에 의한 출산비율이 증가하도록 기여했다고 할 수 있다.

Shikabeta 농촌보건소는 총궤군 소재지에서 차로 포장도로를 2시간, 비포장도로를 2시간 달려야 갈 수 있는 산골 마을이다. 사업시작 전인 2008년에는 의사와 간호사없이 단지 조산사 1명, 5명의 마을건강증진요원, 4명의 산파가 근무하면서 2008년도의 보건소 분만건수는 0건이었고 보건소에 신고된 분만건수는 5건에 불과하였다.



하지만 프로젝트로 인해 분만대와 분만기구가 제공되고 총궤 보건국에서 간호사 1명을 추가하며 인센티브를 제공하자 2010년 9월까지의 통계에서 보건소 분만 건수는 14건, 보건소에 신고된 분만건수는 19건으로 증가하였다.

Shikabeta 보건소에서 근무하는 조산사는 이번에 KOICA에 의해서 제공된 분만대가 지역주민들에게 크게 홍보되었으며 이를 활용한 분만으로 산모들이 주변에서 많이 찾아오고 있다고 말하였다. 특히 보건소에 등록된 산파들은 산모를 보건소에 데리고와 분만을 하는 등 적극적으로 활용하고 있다.



❑ 의도한 목표달성의 성공/보완 요인

사업의 목적인 시설분만율 증가, 산전진단율 증가, 전문인력에 의한 분만율 증가를 달성함에 있어서 프로젝트의 성공 및 실패의 원인을 도출하고 관련되는 주요 요소를 파악(정성분석)

○ 성공요인

① 잠비아 보건부 및 총궤군 보건국의 적극적인 의지(재정적 지원, 충분한 인력 공급) 잠비아 정부는 전체 예산의 11%를 보건에 활용하고 있으며 지역 보건시스템 강화를 위해서 오지에 근무하는 의료인력에게 인센티브 부여, 오지에 지속적인 보건지소 설립 등 지역의료시스템 강화에 적극적으로 임하고 있음. 특히 총궤군에서는 2010년에 5개의 보건소로 추가로 확충하였으며 2011년에 5개의 보건소를 확충하고자 함. 이들 보건소에 지속적인 재정적인 지원과 인력확충을 하고 있었다.

② 적절한 사업 대상지역 선정 : 사업대상지인 총궤군(Chongwe District)은 대중교통로가 발달하여 주민들의 지리적 접근성이나 다른 의료기관으로의 연계가 가능하고, 현재 주민들의 시설 이용률이 높아서 지원의 효과가 최대화 될 수 있었으며, 관련 직원들의 사업의지가 강하고, 전문 보건의료인력이 가급적 많이 배치되어 기자재 지원의 효과가 가시적으로 나타날 수 있으며, 보건의료지표가 다른 지역보다 낮아 시급히 보건의료자원 투입이 요구되는 곳이었다.

③ 지속적인 사업 협의 및 모니터링 : 2007년 12월부터 사업타당성 조사, 사전조사, 실시협의, 2008년 11월 사업착수단 파견까지 네 번에 걸쳐 현장조사, 지역주민 수요 파악, 잠비아 보건부 및 총궤 보건국과 지속적인 협의를 시행하여 현장에 맞는 사업 내용을 구성하여 제공하였음. 또한 2009년 9월 기자재 설치 전문가 파

견, 11월 중간평가, 2차 전문가 파견, 기자재 모니터링 등 수차례 사업 모니터링을 통해 사업을 효과적으로 관리하였다.

④ 타 모자보건 사업과의 연계 : 잠비아 보건부와 총궤군 보건국의 주도로 현재 사업대상지역에는 2개의 모자보건 프로그램이 진행되고 있다. 하나는 미국 CDC와 BHOMA(Better Health Outcomes through Mentoring and Assessments) 프로젝트를 진행해 주민 및 임산부 교육, 산파 트레이닝, 시설분만시 인센티브 제공, 보건소 인력 모자보건 매뉴얼 및 교육 제공, 보건소 정보 통합관리 체계 구축 등을 추진하고 있고, 다른 하나는 UNICEF와 함께 SMAG(Safe Motherhood Action Group)을 만들어 동 지역에서 모자보건 사업을 실시하고 있다. 상기 두 가지 사업과 우리 측 사업이 연계되어 시설분만율, 산전진찰율, 전문인력에 의한 출산 비율이 증가하였다.

○ 보완요인

① 동 사업은 총궤군의 31개 보건소 모자보건 서비스를 개선하고자 하였으나, 동 보건소들은 3개의 병원급 보건소, 23개의 농촌형 보건소, 5개의 보건지소로 구성되어 있어 각 보건소 규모와 상황에 따라 필요한 기자재의 우선순위가 달랐다. 그러나 의료기자재가 같은 항목으로 일괄 지급되어 보건소의 수준과 환경에 따른 적합한 기자재가 제공되지 못하였다.

② 현재 31개 보건소에 모두 전기공급은 되고 있으나 지원한 비상용 발전기는 18개만이 주전원과 연결되어 사용가능한 상태로 이러한 설치 부담은 잠비아 보건부가 책임지기로 하였다. 하지만 잠비아 정부는 예산과 행정적인 문제로 모두 다 설치하지 못하고 있는 상황이다. 초기에 이러한 설치비용을 잠비아 전기총괄기관인 ZESCO와 협의하여 사업경비에 포함하였더라면 더 많은 비상용 발전기가 활용될 수 있었을 것이다.

③ 구급차의 경우 차고가 높지 않아 비포장도로가 절대적으로 많은 총궤군의 현장에서 원활하게 사용되지 못하고 있다. 현재 국내에서 개발도상국에 지원하는 앰뷸런스 차량은 현대자동차의 봉고버스형태가 유일하여 다른 선택의 여지가 없다. 개발도상국에 앰뷸런스를 지원할 때 비포장도로가 많은 경우는 꼭 국내차량을 고집하지 말고 다른 나라에서 생산된 차량도 지원대상으로 고려하는 것이 필요하다.

파급 효과[51)]

☐ 프로젝트 Activity, output, outcome을 통해서 발생한 파급효과(의도적, 비의도적, 긍정적, 부정적)

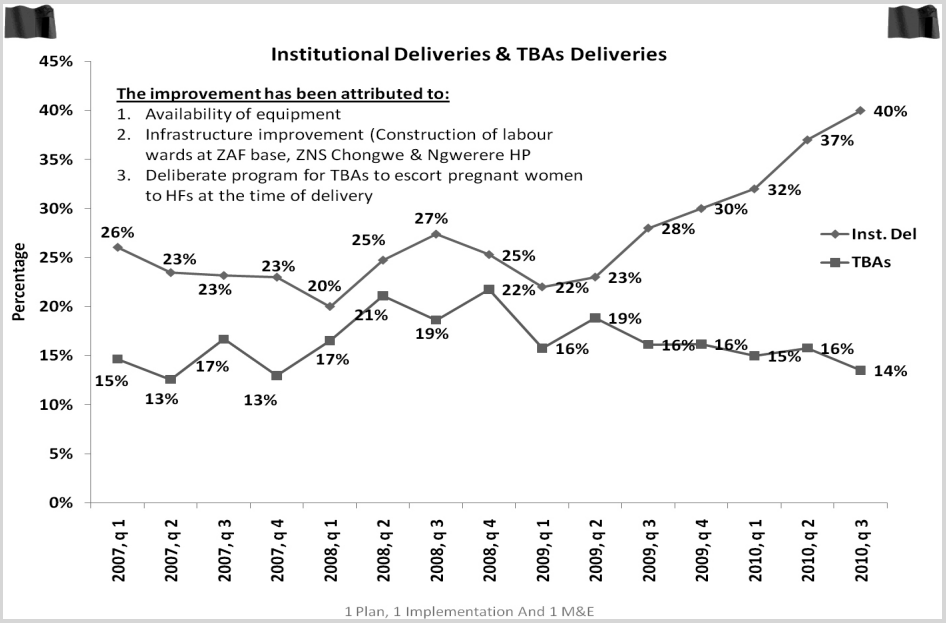
51) 파급효과의 경우 프로젝트의 Activity가 실시된지 1년 4개월 되는 시점에서 시행하는 종료평가라는 특성 때문에 사업목표달성 측정의 기본이 되는 정보가 충분히 확보되지 못하였지만 그 간의 변화를 도출하고 향후 예상되는 파급효과를 분석함.

– 동 프로젝트를 통하여 예상하거나 예상치 못한 긍정적, 혹은 부정적 효과, 사업목표 외의 부수적 효과 등을 검토

○ 예상한 긍정적 효과

예상한 긍정적인 효과는 시설분만율의 증가이다. 프로젝트에 의해서 기자재가 지원된 시점인 2009년 3쿼터부터 매분기 20%증반을 유지하던 시설분만율이 2009년 4쿼터 30%, 2010년 1쿼터 32%, 2010년 2쿼터 37%, 2010년 3쿼터 40%를 기록할 정도로 증가하고 있다. 반면 산파(TBA)에 의한 가정분만은 감소세를 보이고 있다. 이러한 변화에 대한 이유로 잠비아 보건부는 분만 관련 장비의 대폭 확충으로 분만이 가능한 보건소가 늘어났으며 5개의 보건소 및 보건지소를 새로이 신설하였고, 예전에 가정에서 분만을 유도하던 산파(TBA)들이 산모를 데리고 보건소에 와서 분만하는 비율이 늘었기 때문이라고 설명하였다.[52]

잠비아 총궤군 시설분만율과 산파에 의한 분만 비율



○ 예상하지 못한 긍정적 효과

예상하지 못한 가장 긍정적인 효과는 총궤군 보건국의 적극적인 개선의지였다. 총궤군 보건국은 잠비아 수도인 루사카시의 가장 가까우면서 가장 큰 농촌지역 district

52) 현재 총궤군에서는 산파가 산모를 데리고 보건소에 와서 분만을 할 경우에는 미화 2달러에 상응하는 금액을 산파와 산모에게 제공하고 있다.

이지만 모자보건에 있어서는 열악한 지역 중에 하나였다. 하지만 프로젝트가 진행되고 31개의 보건소에 분만이 가능한 기자재가 제공이 되자, 적극적으로 모자보건 서비스를 늘리려고 오지에 근무하는 의료인력에게는 100$ 상당의 인센티브를 더 제공하여 지속적으로 보건소 의료인력을 확충하였으며 이러한 성과를 지속시키기 위하여 UNICEF, 미국 CDC의 모자보건 프로그램을 적극적으로 유치하였다. 또한 이 지역에 2010년에 5개의 새로운 보건소 및 보건지소를 개설하였으며 2011년에도 5개의 새로운 보건소 및 보건지소를 개설하고자 하고 있다.

O 예상한 부정적 효과

모자보건 및 기초보건 인프라 의료기자재의 지원이 국내의 의료기자재 조달업체를 통해 지원되다 보니 현지의 의료기자재 A/S를 위한 모니터링 및 즉각적인 피드백이 어려웠다. 특히 오토바이의 경우 현지에 없는 국내 메이커(대림모터스)를 제공하여 고장 시에 부품공급이 어려울 것으로 예상된다.[53]

□ 수혜자 및 다른 이해관계자들에 대한 파급효과

- 동 프로젝트를 통하여 사업수혜자인 총궤지역의 임산부와 이해관계자인 보건소 의료인력(의사, 보조의사, 간호사, 조산사, 환경보건사)와 보건소 의료인력보조(산파, 마을건강증진요원)의 스스로에 대한 영향을 어떻게 생각하는지 분석(인터뷰 내용 요약)

O 잠비아 보건부 : 총궤군은 수도에서 가까운 농촌지역으로 이 지역의 성공적인 지역모자보건 모델을 다른 지역으로 확장하고자 하였다. 특히 2010년 보건통계에서 동 지역의 시설분만율과 전문인력에 의한 출산비율이 유의하게 증가하자 고무되어 있고, 이 결과를 바탕으로 2015년까지 미국 CDC, UNICEF와 함께 지속적인 모자보건 사업을 실시하고자 하였다.

O 총궤군 보건국 : 잠비아 보건전략에 따라 지역보건소 및 보건지소를 지속적으로 확충하고 있으며 2008년 31개의 보건소에서 2011년 현재 36개의 보건소를 운영하며 5개의 보건소를 추가로 확충하고자 한다. 특히 잠비아 전국통계에서 의료인력이 상주하는 보건소의 비율이 50%인 것에 반해 총궤군은 100%를 보이고 있다. 또한, 오지의 보건소에 근무하는 의료인력에게는 월 100불 상당의 Incentive를 제공하고 있다.

O 31개 보건소 의료인력 : 프로젝트로 확충된 보건소의 장비로 환자의 분만이 원활해졌으며 오토바이와 자전거로 아웃리치 활동을 강화하고 있다. 사업 전에는 보건소의 분만시설이 열악하여 산파에 의한 가정분만이 많았으나, 현재는 산모를 보건소에 오

53) 제공된 엠뷸런스의 경우 현지의 현대자동차 대리점을 통해 6개월에 한 번씩 정기점검 및 A/S를 받고 있다.

도록 유도하여 분만을 한다.

O 지역 주민 및 산모 : 보건소 및 보건지소 시설이 열악하여 집에서 산파와 함께 또는 혼자 분만하였던 산모들이 보건소에서 출산하고자 한다. 특히 산모들이 보건소로 연락하면 보건소에서 오토바이를 이용하여 산모를 보건소로 이송하고, 보건소에서 출산 후 12시간 동안 산모관찰 및 신생아 예방접종을 무료로 실시하고 있다. 특히 보건소에서 분만한 경우 2달러의 Incentive를 제공받아 더욱 시설분만하고자 한다.

□ 프로젝트 목표달성의 향후 파급 효과(전망)

- 프로젝트 목표인 시설분만율 증가, 산전진단율 증가, 전문인력에 의한 출산비율 증가를 통해서 발생가능한 루사카주 총궤군의 모성사망율 감소 및 기타 파급효과를 전망함.(예상)
  동사업 시행 전(2008년) 총궤지역의 산전진찰율, 시설분만율, 분만 시 도움을 받는 비율은 각각 86%, 25%, 41%였으나 사업시행 후(2010년) 각각 96%, 35%, 56%로 증가하였다. 이러한 결과를 바탕으로 총궤 지역의 모성사망율은 감소할 것으로 전망된다. 2010년에 공식적으로 총궤군에서 모성사망 건수는 0건이고 홍역에 의한 사망이 1건 발생되었으나 신고되지 않은 가정분만으로 인한 사망은 더 있을 것으로 추정된다. 모성사망의 추이를 보면 2008년 5건, 2009년 5건 이었던 것에 반해 2010년에는 0건인 것을 봤을 때 추후 정확한 통계가 집계되어야 하겠지만 동 지역의 모성사망율도 감소할 것으로 보인다.

6) 성과 관리 및 홍보

모자보건 프로그램의 궁극적인 목적은 사업지역의 모성과 아동이 건강하게 삶을 유지할 수 있게 하는 것이다. 하지만 이러한 모자보건 프로그램을 지속적으로 지원하기 위해선 적극적인 성과 관리와 홍보가 필요하다. 기존에 보건의료 시설물 건축 사업은 건축물을 제공하는 것 자체가 성과였기 때문에 별도로 성과를 관리하지 않아도 건축물을 이상 없이 제공할 때 기공식 홍보와 준공식 홍보만으로 그 역할을 대신하였다.

하지만 눈에 보이는 건축물이 없는 모자보건 프로그램의 경우에는 이러한 프로그램으로 인한 성과를 적극적으로 알릴 필요가 있다. 크게 다섯 가지 방향의 홍보 전략이 필요하다.

(1) 사업지역에서의 홍보

사회적 문화적으로 가족계획 사업에는 거부감이 있을 수도 있고, 시설분만율을 제고하기 위해서 보건소 출산을 권장해도 전통적으로 가정에서 출산하고자 하는 지역사회 주민들에게 효과적으로 모자보건 프로그램을 알려 시설분만을 유도할 수 있어야 한다.

일반적으로 실시할 수 있는 방법은 거리홍보, 시장홍보, 라디오를 통한 홍보 등을 실시할 수 있고 이러한 적극적이고 계획적인 홍보가 이루어져야 실제적인 활동이 원활해 질 수 있다. 이러한 홍보는 사업계획 시기에 홍보계획을 함께 세워야 하고 현장관리자가 총괄적으로 책임지고 관리하여야 한다.

(2) 사업지역 정부관계자를 대상으로 한 홍보

일반적으로 홍보를 매스미디어를 통하여 하는 것으로 생각하기 쉽지만 실제 프로그램이 원활하게 운영되기 위해서는 사업지역 보건관계자 및 타공여기관들에게 적극적으로 홍보하는 것이 필요하다. 이러한 홍보는 프로그램의 진행상황과 중간결과물을 정기적으로 제공해 주고 설명해 주는 과정이 필요하다.

가능한 방법으로는 분기별 또는 반기별 현장에서 모자보건 프로그램 관계자 워크숍을 진행하거나 중간보고회 형식의 발표 자리를 마련하는 것이 좋다.

(3) 국내 국민을 대상으로 한 홍보

국내 국민을 대상으로 한 홍보는 모자보건 프로그램을 운영하는 주체에게 가장 큰 힘이 될 수 있다. 현재 KOICA에서는 홍보실을 통해 언론매체에게 보도자료를 배포하고 있다. 하지만 사업담당자가 정기적으로 보도자료를 작성하는 것은 쉽지 않다. 이러한 보도자료는 현장관리자를 통해서 사업 수행기관이 제출하는 분기별 보고서에 함께 작성해서 제출할 수 있도록 안내하는 것이 필요하다. 보도자료는 기사와 사진뿐만이 아니라 동영상 자료까지 함께 작성하는 것이 필요하며, 이러한 국내 언론 홍보 계획도 사업초기에 작성되어야 한다.

이러한 언론 홍보 이외에도 중요한 홍보 수단이 프로그램 홈페이지 제작 및 블

로그, 트위터, 페이스북 등을 활용한 홍보이다. 현장관리자의 현장 프로그램 일지를 블로그에 게시하고 이를 널리 알리는 계획이 초기에 정착이 되면 국내에 적극적으로 홍보가 가능하다.

이러한 국내언론 홍보 계획은 총괄적으로 프로그램 관리자가 관리하여야 하며 최소한 분기별 1회 이상의 노출이 필요하다.

(4) 국내 정책결정자를 대상으로 한 홍보

모자보건 프로그램의 특성 상 장기적인 사업기간이 필요하다. 이러한 장기적인 프로그램에 예산이 지속적으로 지원되기 위해서는 국내 정책결정자들에게 적극적으로 홍보되어야 한다. 홍보의 방법으로는 사업지역 초청, 사업성과물 책자 배포, 프로그램 설명회 등이 있을 수 있다.

(5) 사업 성과물의 정리 및 기록

가장 중요한 성과관리 및 홍보는 사업 성과물의 정리 및 기록이다. 프로그램이 종료된 후에 자료를 종료보고서의 형태로 정리하는 것은 실제적으로 누락된 것이 많아지고 필요한 기록은 되어있지 않은 경험을 자주하게 된다. 중요한 것은 사업의 기획 시에 성과물을 어떠한 방식으로 정리하여 어떠한 기록물을 남길 것인가를 계획하는 것이다.

성과물을 기록하는 방식으로는 여러 가지 있을 수 있다.

[표 24] 모자보건 프로그램 성과물의 정리 및 기록 방법

– 학술적인 성격의 학술논문 발표
– 사업주요 단계별로 동영상 제작 및 주요 관계자 인터뷰 동영상 제작
– 다음 모자보건 프로그램을 위한 사업 추진 계획, 진행 일지 및 보고서 작성
– 대중적인 성격의 사업진행 시에 있었던 일을 쉽게 읽을 수 있는 단행본 책자 발간

제8장. KOICA 모자보건 모델 프로그램

이 장에서는 실제 사업 담당자가 모자보건 프로그램을 준비하고 계획하고 실행할 때 고려해야할 사항들을 모듈별 개조식으로 정리하여 제공하고자 한다. 각 모듈별로 산출물 및 세부 구성요소, 각 단계별 Check Point, 기존 모자보건 프로그램에서의 경험을 제시하여 쉽게 이용할 수 있게 구성하였다.

◑ 모듈 1. 가족계획 보급 및 생식건강 향상

가족계획 및 생식건강 향상이란?

단순히 출산율을 저하시키는 것이 아니라, 출산 또는 인구재생산과 관련된 정책 및 제도에서 단순히 질병이 없는 상태뿐만 아니라 육체적·정신적·사회적으로 안녕상태에 이르는 기술 및 서비스 등을 제공하는 것을 의미한다(UNFPA, 1994). 예를 들어 가임기 여성의 건강에 중요한 출산 터울조절, 청소년기 임신예방, 지역사회 생식보건 인식개선 등을 포함하는 개념임

가. 산출물 및 세부구성요소

1) 가족계획 인식도 개선

□ 주요 내용

가족계획의 중요성에 대한 인식 향상 및 피임법 활용 등에 대한 인식개선을 통해 계획된 출산 및 터울 조절을 확산시키고 피임에 대한 부정적 인식을 개선하도록 하며, 가족계획 상담 및 피임에 대한 수요를 증가시키도록 함.

□ 고려 사항

- **사업지역의 종교 고려**

  일부 지역, 특히 이슬람국가에서의 가족계획은 종교적으로 마찰을 일으킬 수 있으므로 각별한 주의가 필요하며, 인식도 개선을 위해서 종교지도자를 먼저 접촉하고 인식개선을 시키는 것이 필요함.

- **주요 홍보 대상 선정**

  가족계획 및 생식건강의 주요홍보 대상은 물론 가임기 여성을 포함하지만, 이에 못지않게 중요한 대상은 지역사회 남성들로 이들에 대한 홍보가 같이 되지 않으면 실제로 효과를 못 거둘 수 있음. 장기적인 효과를 위해서 청소년들에게도 같이 교육되어야 함.

- **홍보의 방법**

  사업지역에서 가장 효과적인 홍보방법을 활용하여야 하며, 교육뿐만 아니라 라디오, 신문, 방송 등 활용가능한 모든 방법 중 가장 효과적인 방법을 찾아야 함.

□ 세부 구성요소

1-a 가족계획 필요성에 대한 지역사회 홍보활동 실시

① 라디오를 활용한 정기적인 가족계획 홍보

② 지역사회 장터에서의 홍보 퍼포먼스 실행

③ 신문을 통한 지역사회 가족계획 홍보

1-b 건강보조요원을 활용한 지역사회 교육 실시

① 건강보조요원 가족계획 초기 워크숍 실행

② 건강보조요원 분기별 교육 실행

1-c 주민지도자를 활용한 교육 실시

① 주민지도자 대상으로 TOT 실시

② 주민지도자 분기별 교육 실행

1-d 주민 대상 교육실시

① 가족계획을 위한 마을별 남성 교육 실시

② 가족계획을 위한 마을별 여성 교육 실시
③ 건강보조요원 가정방문을 통한 주민 교육 실행(방문비 지원)
④ 주민지도자를 활용한 주민 교육 실행(교육비 지원)

2) 가족계획 실천율 증가 및 불안전한 낙태 개선

□ 주요 내용

출산율 저하, 첫아이 출산연령 지연, 원치 않는 임신 감소 및 자녀 출산터울 관리 등을 돕기 위해 가족계획 상담과 서비스 제공, 피임법 교육 및 피임 시술 등을 통해 가족계획 실천율을 증가시키고, 미충족 가족계획 수요(Unmet need for family planning)를 감소시키도록 하며 안전한 낙태 시술을 제공함으로서 불안전한 낙태로 인한 모성 사망률을 감소시키도록 함.

□ 고려 사항

- **보건소 시스템과의 연결 고려**
  가족계획 프로그램이 정착하려면 수원국의 보건시스템과 연계되어야 하므로 사업 초기부터 연계계획을 고려하여 실시해야 함.
- **교육의 주체**
  가족계획 시술을 위한 교육은 현지어로 진행되어야 하며 이는 한국 측 기관이 하는 것 보다는 현지에서 이러한 활동을 하고 있는 NGO 또는 협력국 기관을 통하여 하는 것이 더욱 효과적임.
- **아웃리치 서비스 제공**
  시술을 위한 아웃리치는 독자적으로 실시하는 것보다 현지의 보건소 시스템과 같이 움직여야 더욱 효과적이며 이를 위한 인건비 등도 사업계획에 반영하는 것이 필요함.

□ 세부 구성요소

2-a 간호사 및 조산사의 가족계획 서비스 역량강화

① 가족계획 서비스의 필요성 교육 워크숍 실행

② 가족계획 서비스의 종류 및 장, 단점 교육 워크숍 실행

③ 가족계획 서비스 상담 매뉴얼 교육 실행

④ 가족계획 시술 교육 및 실습

2-b 건강보조요원의 가족계획 서비스 역량강화

① 가족계획 서비스의 필요성 교육 워크숍 실행

② 가족계획 서비스의 종류 및 장·단점 교육 워크숍 실행

③ 가족계획 서비스 상담 매뉴얼 교육 실행

3-a 보건소에 가족계획 서비스 상담 및 시술센터 운영

① 보건소에 가족계획 서비스 전담요원 확보

② 보건소에 가족계획 시술 장비(산과초음파, 산과용 검진 대) 제공

③ 가족계획 시술 서비스 제공(시술비 제공)

3-b 마을별 가족계획 아웃리치 서비스 제공

① 분기별 1회 마을별 가족계획 아웃리치 서비스(임플라논 등) 제공

② 보건소 별 아웃리치 팀 운영

3-c 가족계획 서비스를 위한 물품 제공

① 단기 피임을 위한 콘돔 및 페미돈, 호르몬 제제 제공

② 중기 피임을 위한 임플라논 등 주사용 피임기 제공

③ 가족계획 서비스 안내를 위한 리플렛 및 홍보물 제작 및 제공

3) 지역사회 가족계획 파트너십 구축

□ 주요 내용

가족계획은 외부 기관의 일방적인 방식으로 정착될 수 없으며 그 목적과 내용에 공감하는 내부의 지역사회 공동체가 만들어질 때만이 효과적으로 가족계획이 뿌리내릴 수 있어 지역사회 가족계획 공동체를 구성하고 자율적으로 운영할 수 있도록 지원함.

□ 고려 사항

- **가족계획 주민위원회 구성 및 운영**

  가족계획 주민위원회는 마을단위로 구성되는 것이 바람직하며 협의를 위해서 남성의 참여를 적극적으로 유도하여야 하고 이를 통해서 실질적인 운영이 되도록 하여야 함.

- **국제기구 및 NGO와의 협력**

  가족계획에 대하여 UNFPA, UNICEF, UNAIDS 기구 등 다양한 국제기구가 활동하고 다양한 국제 NGO, 현지 NGO 등이 활동을 하고 있어, 사업지역에서 이러한 기구의 활동현황을 파악하는 것이 필수적이며, 이러한 기구들과 적극적으로 연계해서 활동의 중복을 방지하고 시너지를 얻을 수 있도록 사업계획하는 것이 필요.

□ 세부 구성요소

4-a 마을별 가족계획 주민위원회 구성 및 운영

① 주민위원회 구성 및 주민지도자 옹호

② 주민위원회 주최의 가족계획 워크숍 지원

4-b 사업지역에서 활동하는 NGO 및 가족계획 기구와의 연계

① 사업지역 가족계획 관계기관 회의를 통한 협력 방안 모색

② 기관별 장점 분석을 통해 서비스 공유 및 가족계획 물품 공유

4-c 사업지역 보건시스템과의 연계

① 가족계획 영구시술을 위한 보건소와의 협력관계 구축

② 보건시스템(지역병원-보건소-보건지소)에 연계될 수 있도록 활동

③ 가족계획 서비스가 산전관리와 출산관리로 연계될 수 있도록 지원

나. Management Check Point

1) 사업의 선정단계

모든 지역에 가족계획이 필요한 것은 아니므로 아래에 대한 철저한 조사가 필요하고 이런 지표를 활용하여 타당성을 입증 받아야 함.

□ 가족계획 관련 지표

① 합계출산율 TFR(Total Fertility Rate)

어느 지역에서 가족계획 사업이 필요한가? 필요하지 않은가? 를 판단할 때 가장 먼저 확인할 지표는 합계 출산율 TFR(Total Fertility Rate)이다. 합계출산율은 출산 가능한 여성의 나이인 15세부터 49세까지를 기준으로, 한 여성이 평생 동안 낳을 수 있는 자녀의 수를 나타낸다. 보통 합계출산율이 4.0 정도이면 한 가정에 아이가 보통 6~8명 정도이다.

② Unmet need for Family Planning

15세에서 49세의 가임기 여성 중 더 이상의 임신을 원하지 않거나 2년 이상의 터울을 원하는 여성 중에서 실제로 피임을 하지 않는 비율로 이것이 높을수록 가족계획의 필요성이 높다고 할 수 있음.

③ Annual population growth rate

매년 인구 증가율로 국가 단위의 필요성 확인 가능

□ 사업 지역의 종교나 문화

- 이슬람 지역에서는 특히 인구증가의 속도가 빠르며 다산을 적극 권장하는 문화가 있는 것을 고려.
- 중남미 지역에서는 청소년기의 출산증가가 사회적인 문제가 되고 있음.

2) 사업의 디자인 단계

□ 파트너십

- 사업 구성 시에는 수원국의 보건조직과 함께 Activity를 구성하며 현지에 한국인이 파견되어 직접적인 모니터링을 하는 것이 필요.
- 가족계획은 향후 산전관리, 출산관리 등과 연계되어야 하므로 반드시 사업지역의 모자보건 프로그램 파악이 필요.

□ 건축물 및 기자재

- 건축물이 꼭 필요한 것은 아니지만 이러한 훈련 및 캠페인의 근거지로서 훈련센터가 있는 것이 향후 사업진행에 유리.
- 기자재는 검진기자재, 가족계획 시술 기자재, 홍보 및 교육 기자재 등이 필요하며, 일차적인 피임도구 등은 UNFPA 등 국제기구나 현지 NGO를 통해 협조를 받을 수도 있음.

□ 사업운용인력

- 현장에 반드시 사업 모니터링을 위한 인력을 상주시키는 것이 필요하며 현장 PM을 지원할 현지인력 2인 정도를 함께 배정하는 것이 필요함.(이를 통해 적극적인 모니터링 및 사업 수행 가능)

3) 사업의 실시 단계

□ PMC 선정

- 국내에서 가족계획 관련 사업을 관리할 수 있는 기관은 우선 공공기관으로는 인구보건복지협회가 있고, 최근 국내 간호대학 및 보건대학들이 관심을 갖고 있으며 국내의 모자보건센터와 민간 CSO 단체들이 잠재적인 PMC 대상기관이 될 수 있음.

□ 모니터링 및 평가

- 사업의 진행 모니터링 및 사업 결과의 평가는 사업 초기단계부터 모니터링과 평가계획이 수립되어 전체 사업계획에 포함되어야 함. 가족계획은 대표적인 성 주류화가 필요한 사업으로 이를 모니터링하기 위해서 성별 수혜자 파악 및 참여자 성별 파악이 필요.

다. 기존 사업의 경험 및 교훈

[표 25] 가족계획보급 및 생식건강 프로그램의 내용 및 교훈

<table>
<tr><th>구 분</th><th>내 용</th></tr>
<tr><td>분 야</td><td>○ 보건의료</td></tr>
<tr><td>사업·기술명</td><td>○ 가족계획보급 및 생식건강 프로그램</td></tr>
<tr><td>사업·기술 내용</td><td>□ 사업목표 : 사업지역 주민들이 안전하고 지속적인 가족계획 서비스를 통해 모성사망률 감소
□ 사업내용
1. 사업지역 주민들의 가족계획에 대한 지식 및 태도 향상
2. 보건의료인력의 가족계획서비스 역량 강화
3. 적절한 가족계획 서비스를 지속적으로 제공
4. 지역사회 가족계획 파트너십을 구축
□ 사업구성
<table>
<tr><td>가족계획
인식향상</td><td>1-a 가족계획 필요성에 대한 지역사회 홍보활동 실시
1-b 건강보조요원을 활용한 지역사회 교육 실시
1-c 주민지도자를 활용한 교육 실시
1-d 주민 대상 교육실시</td></tr>
<tr><td>가족계획 서비스
역량강화</td><td>2-a 간호사 및 조산사의 가족계획 서비스 역량강화
2-b 건강보조요원의 가족계획 서비스 역량강화</td></tr>
<tr><td>적절한 가족계획
서비스 제공</td><td>3-a 보건소에 가족계획 서비스 상담 및 시술센터 운영
3-b 마을별 가족계획 아웃리치 서비스 제공
3-c 가족계획 서비스를 위한 물품 제공</td></tr>
<tr><td>지역사회 가족계획
파트너십 구축</td><td>4-a 마을별 가족계획 주민위원회 구성 및 운영
4-b 사업지역 NGO 및 가족계획 기구와의 연계
4-c 사업지역 보건시스템과의 연계</td></tr>
</table></td></tr>
</table>

<table>
<tr><td>과거 적용사례</td><td>
<table>
<tr><th>사업명</th><th>기간</th><th>지원규모
(만 불)</th></tr>
<tr><td>에티오피아 아르시 가족계획 및 모자보건 증진사업</td><td>‘08~‘10</td><td>340</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>경험 및 교훈</td><td>
□ 에티오피아 아르시 가족계획 및 모자보건 증진사업
○ 교훈
– 성공요인
• 에티오피아 농촌 현실에 가장 필요한 프로그램 개발
사업지역인 에티오피아 무슬림 지역의 농촌은 합계출산율이 5.6 이상이 되고, 가족계획 및 터울조절을 원하는 여성이 많으나 Unmet need for family planning이 30% 이상 되는 가족계획 및 터울조절의 수요가 높은 곳에서 사업을 수행하였음.
• 에티오피아 정부의 정책 및 제도에 적극적인 부합
에티오피아 정부는 이러한 현실을 타개하고자 적극적인 가족계획 정책 및 제도를 펼치고 있음.
• 국내외 NGO와의 적극적인 연계
동 프로그램을 시행하기 전 사업지역에서 가족계획 및 터울조절을 위해 활동하고 있는 GO, NGO, 관계기관과의 수차례 미팅을 통해 한국이 그 지역에서 할 Activity를 명확히 하고 나머지 부분은 적극적인 파트너십을 통해 서로 협력하였음.(간호사 교육 위탁, 피임도구 무상공급, 가족계획 홍보 리플렛 사용, 통계자료 활용 등)
• 주민 참여형 프로그램 설계
한국인력 및 에티오피아 정부 인력이 주도적으로 프로그램을 실행하는 것이 아니라 주민들이 직접 참여해서 교육을 받고 교육을 받은 주민들이 직접 다른 주민들을 교육하는 활동을 시행함.
• 종교 및 주민지도자를 통한 지역사회 리더그룹 활용
특히 무슬림 지역에서 가족계획 프로그램을 운용하기 위해 마을 종교지도자를 먼저 설득하는 작업을 시행하고 이들을 사업에 적극적으로 참여시킴.
• 적극적인 현장 개입
한국 측 현장관리자 2인 및 에티오피아 현지 박사급 연구원 2인이 현장에 상주하면서 주민들과 함께 사업을 진행함.
– 보완요인
• 중앙정부와 지방정부의 의사소통 부족
에티오피아는 중앙정부와 지방정부의 분권화가 종족별로 되어 있으며 중앙정부와 지방정부 상호간의 협조가 쉽지 않아 프로그램 진행에 어려움이 있음.
• 근접지역에서 시행하는 한국의 개발협력 사업과의 연계부족
사업지역 근처에서 행하여지는 농어촌개발사업과 교육사업과 연계가 되었으면 더 큰 시너지를 볼 수 있었을 것임.
</td></tr>
</table>

경험 및 교훈	○ 적용 – 철저한 사전타당성조사 및 사업지역에 대한 Health system assessment를 통해 동 지역에 가족계획 및 터울조절에 대한 Need가 있는 것인지 또한 Need가 있을 때 이것이 충족되지 못하고 있는 이유가 무엇인지 철저한 조사가 필요함. – 우리는 사업지역에서 가족계획에 관련된 모든 활동을 할 수 없으므로 사업지역에서 활동하는 가족계획 및 터울조절에 관여하는 관련기관과의 워크숍을 통해 적절한 업무 분장 및 협조를 이끌어 내는 것이 필요함. – 가족계획에서 가장 중요한 것은 지역사회 여성들의 자발적인 참여가 가장 중요하고 이를 위해서 지역사회 위원회를 조직하는 것이 필요하며, 특히 무슬림 지역에선 종교지도자 및 남성의 교육도 필수적으로 시행하여야 함. – 초기 국가협력전략(CPS) 수립 시 가족계획 프로그램의 Need가 파악이 되는 경우 이와 연계가 가능한 농촌개발 사업, 교육사업, 다른 보건의료 프로그램과 연계될 수 있도록 전략을 세워야 하며, 이를 통해 상호 연계시키는 것이 필요함. – 향후 가족계획 사업의 가장 중요한 점은 프로그램의 Exit Plan이며 이를 위해 계획 초기에 협력국 정부의 시스템을 접목시키려는 노력이 필요함.

◑ 모듈 2. 안전한 임신 및 출산 프로그램

안전한 임신 및 출산 프로그램이란?

WHO에서는 임산부가 태아의 안전한 성장 및 출산을 위해서 최소한 4회의 산전 진찰을 정기적으로 받을 것을 권장하고 있으며, 모든 인간은 건강할 권리가 있다는 건강권의 구체적인 개념 중 하나로 임산부는 임신의 유지와 출산을 위해서 보호받아야 할 권리를 갖고 있음을 천명하고 있다. 이를 위해서 임신기간 중 적절한 영양관리, 4회 이상의 산전 진찰, 안정적이고 위생적인 상태에서의 분만환경 제공, 전문 인력에 의한 출산도움, 적절한 산후관리를 포함한다.

가. 산출물 및 세부구성요소

1) 산전관리

□ 주요 내용

임산부 등록 및 산전관리의 중요성에 대한 인식 향상을 위하여 출산이 모성 혼자서 감당해야하는 부분이 아니며, 지역사회 및 주변의 도움을 받아 함께 조절해야 하는 것을 인식시키고 이를 위하여 사회적 문화적 경제적인 장벽을 제거하는 활동.

□ 고려 사항

- **사업지역의 문화적 특성 고려**
  특히 농촌지역으로 갈수록 임산부 등록 및 산전관리의 필요성을 잘 알지 못하며, 특히 모성 본인이 자각하더라도 그 지역사회의 문화적 특성상 가정 일에서 벗어나지 못해 산전 진찰을 못 받는 경우가 많으므로 이러한 인식을 개선하기 위한 교육 시에는 지역사회의 남성을 포함한 교육이 필요함.
- **주요 홍보 대상 선정**
  임산부 등록 및 산전관리의 중요 홍보 대상은 물론 가임기 여성을 포함하지

만, 이에 못지않게 중요한 대상은 지역사회 남성들로 이들에 대한 홍보가 같이 되지 않으면 실제로 효과를 못 거둘 수 있음. 장기적인 효과를 위해서 청소년들에게도 같이 교육이 되어야 함.

- **홍보의 방법**

  사업지역에서 가장 효과적인 홍보방법을 활용해야 하며, 교육뿐만이 아니라, 라디오, 신문, 방송 등 활용가능한 모든 방법 중 가장 효과적인 방법을 찾아야 함.

- **임산부 등록사업**

  지역사회에서 인식이 개선되는 것과 함께 가장 먼저 추진해야하는 것이 임산부 등록사업이며 별도로 추진하기 보다는 수원국의 임산부 등록 시스템을 활용하는 것이 좋으며, 되어 있지 않으면 최우선적으로 시행해야 함.

- **산전관리 요원의 활용**

  산전관리요원의 필수항목은 기본적인 가정환경 및 출산환경의 파악, 산모의 상태 파악(체중, 혈압, 출산력 등), 기본적인 철분제제 및 영양제 지원 등이 필요함.

- **기존 수원국의 보건소 활용 시 산전관리 요원**

  보건소 별로 산전관리 전문 요원을 정하고 교육시키며, 동요원을 활용하여 임산부를 등록하는 것이 필요하며 이를 통해 관리함.

- **산전관리 바우처 지급**

  경제적인 이유로 산전관리를 받지 못하는 임산부에게는 바우처를 지급하여 교통비, 일식비 등을 별도로 제공하는 것이 필요.

□ **세부 구성요소**

1-a 지역사회 중심의 산전관리 활동 실시(농촌형)

① 산전관리의 필요성을 라디오 활용한 정기적인 홍보

② 임산부 등록사업 실시

③ 지역사회 보건 및 산전관리요원 교육워크숍(마을 별 2~3회)

④ 산전관리 요원 활동비 지원(방문 시 교통비, 식비, 일비)

1-b 현지 의료시설 중심의 산전관리 활동 실시(도시형)

① 의료시설 산전관리용 기자재 지원

(산과용 초음파, 산과검진 침대, 혈압계 등)

② 보건소 산전관리 전문 간호사 지정
③ 임산부 등록사업 실시
④ 산전관리 바우처 지급(바우처 소지한 임산부는 검진 시 무료)

2) 출산관리

□ 주요 내용

대부분의 개발도상국에서 모성사망률이 감소하지 않는 가장 큰 이유는 전문 인력에 의한 출산 비율이 낮기 때문에 기본적으로 처리가 가능한 출산 시 출혈, 출산 시 산도의 폐쇄로 인한 난산, 위생적이지 못한 환경으로 인한 감염 문제 등이 해결이 되지 않기 때문이다. 이러한 부분들을 해결하기 위한 활동으로 조산사를 활용한 가정분만 시스템 구축과 장기적으로는 의료시설 중심의 출산을 지원한다.

□ 고려 사항

- **조산사를 활용한 가정분만 시스템 구축**
  대부분의 현장에는 전통적인 방식의 출산경험이 많은 산파가 출산을 담당하고 있으나, 이들은 대부분 전문적인 출산교육을 받지 않아서 출산 시 발생하는 출혈과 응급상황에서 도움이 되지 못한다. 이러한 산파를 적절한 의료교육을 시켜서 적절한 출산관리를 하도록 교육이 필요하다. 또한 이러한 산파를 대상으로 하는 것이 아닌 WHO에서 정한 6개월 조산사 교육을 이수한 중등 교육 이상의 마을주민을 교육할 수 도 있다.
- **조산사 활동 지원**
  조산사는 마을을 직접 방문하여야 하며 이를 보조하기 위하여 안전분만 키트를 제공하여 안전분만을 할 수 있도록 하고, 조산사가 가정 방문 시 활용할 수 있는 적절한 이동수단을 제공하는 것이 필요하다.(이러한 이동수단은 운영비가 필요한 차량 보다는 자전거 등이 적절하며, 불가능한 경우는 운영비가 적게 드는 오토바이를 활용한 3륜차가 더 적정하다). 실질적인 시설분만이 어려울 경우를 대비하여 응급출산이 가능하도록 가정 중심의 출산 시 활동할 수 있도

록 활동비를 지원하는 것이 바람직하다.

- **의료시설 중심의 출산 지원**

  출산 시에 의료시설을 활용하지 못하는 가장 큰 원인인 부적절한 의료서비스 제공, 접근성 불량, 경비의 부족들이다. 이를 극복하기 위해서는 적절한 경비 지원을 포함한 바우처 프로그램을 제공하고 이송수단을 제공하여야 한다.

□ **세부 구성요소**

2-a 조산사를 활용한 가정분만 시스템 구축

① 6개월 과정의 조산사 양성 교육과정 구축(교육비 지원)

② 조산사에게 응급 안전분만 키트 지급

③ 조산사 활동비 지원(교통비, 일비/식비)

2-b 의료시설 중심의 출산 지원

① 병원급 의료기관 1곳에 제왕절개가 가능한 수술실 구축

② 사업지역 모든 보건소급 의료기관에 정상 분만이 가능한 분만실 구축

③ 보건소 별 응급이송을 위한 앰뷸런스 지원

④ 출산 소요비용 지원 바우처 프로그램 제공

⑤ 보건소급 숙련된 출산전문인력을 위한 워크숍 프로그램 제공

⑥ 출산 바우처 지급(바우처를 소지한 임산부는 출산비용 지원)

3) 산후관리

□ **주요 내용**

개발도상국의 산모 및 신생아 사망의 대부분은 출산 과정 또는 산후 1주일 이내에 발생하므로 이 시기의 관리가 실질적인 모성사망율과 신생아 사망률을 낮출 수 있는 중요한 시기라 할 수 있다. 이 시기에 적절한 산후관리를 제공할 수 있도록 가정 방문의 산후관리 및 임산부 요양시스템을 적절히 구축하는 것이 필요하다.

□ 세부 구성요소

3-a 조산사를 활용한 산후관리 시스템 구축

① 출산 후 일주일 이내 조산사의 가정방문

② 조산사 가정방문비 지원(교통비, 일비/식비)

③ 산모 산후관리키트 지원

④ 산후관리 매뉴얼을 활용한 워크숍 시행

⑤ 임산부 요양 시스템 구축

나. Management Check Point

1) 사업의 선정단계

개발도상국 대부분의 지역에서 산전, 출산, 산후관리가 필요하지만 국가별로 제공하는 수준은 차이가 있다. 이러한 차이를 먼저 파악하고 부족한 부분을 중점적으로 제공하는 것이 프로그램 성공에 가장 중요한 요소이다. 이를 위해서 아래와 같은 지표를 활용하여 그 지역사회의 현황을 파악하고 어떠한 방식으로 접근해야 하는지 세심한 계획을 세울 필요가 있다. 이러한 상황을 파악하기 위해서 아래와 같은 지표를 이해하는 것이 도움이 된다.

□ 산전, 산후, 출산 관련 지표

① 산전 진찰율(Antenatal Care Coverage)

산전 진찰은 보통 WHO에서 임신 기간 중 4회를 받도록 권장하고 있으나 보통 1회도 받지 않는 비율이 높아서 적어도 1회 이상 진찰 받는 비율과 4회 모두 받는 비율 2개를 측정해서 1회 진찰율은 90% 미만, 4회 진찰율은 50% 미만이면 산전 진찰이 제대로 이뤄지지 않는다고 생각할 수 있다.(WHO 또는 UNICEF 사이트에서 확인할 수 있음)

② **전문 인력에 의한 출산 비율(Birth Attended Skilled Health Personnel)**

모성사망률을 낮추기 위해 가장 중요한 지표 중의 하나로 전문 인력에 의한 출산 비율에 따라 모성사망이 크게 변화한다. 이 지표는 의사, 간호사, 조산사에 의해 출산과정 전반적으로 도움을 받은 여부를 확인하며 일반적으로 전통산파에 의해 출산도움을 받은 것은 제외를 한다. 일반적으로 50% 미만일 경우에 상황이 안 좋은 것으로 생각할 수 있다.

③ **시설 분만율(Facility birth rate)**

가정에서 출산하지 않고 응급상황에서 대응할 수 있는 보건의료 시설에서 출산을 하는 것이 실질적인 모성사망률을 줄일 수 있는 중요한 요건으로 시설 분만율이 50% 미만인 경우에 상황이 안 좋은 것으로 생각할 수 있다.

2) 사업의 디자인 단계

□ 파트너십

- 사업 구성 시에는 수원국의 보건조직과 함께 Activity를 구성하며 현지에 한국인이 파견되어 직접적인 모니터링을 하는 것이 필요하다. 특히 향후 가족계획 및 신생아 관리와 연계되어야 하므로 반드시 사업지역의 모자보건 프로그램 파악이 필요.

□ 사업운용인력

- 현장에 사업 모니터링을 위한 인력을 상주시키는 것이 필요하며 현장 PM을 지원할 현지인력 2인 정도를 함께 배정하는 것이 필요함.(이를 통해 적극적인 모니터링 및 사업 수행 가능)

3) 사업의 실시 단계

□ PMC 선정

- 국내에서 산전, 출산, 산후관리를 할 수 있는 기관은 우선 공공기관으로는 인구보건복지협회가 있고, 최근 국내 간호대학들이 관심을 갖고 있으며 국내의 모자보건센터들과 모자보건학회등이 잠재적인 PMC 대상기관이 될 수 있음.

□ 모니터링 및 평가

- 모자보건 사업은 대표적인 성주류화가 필요한 사업으로 이를 모니터링 하기 위해서 성별 수혜자 파악 및 참여자 성별 파악이 필요.

다. 기존 사업의 경험 및 교훈

[표 26] 산전, 출산, 산후관리를 위한 임산부 Care 프로그램의 내용 및 교훈

<table>
<tr><th>구 분</th><th>내 용</th></tr>
<tr><td>분 야</td><td>○ 보건의료</td></tr>
<tr><td>사업·기술명</td><td>○ 산전, 출산, 산후관리를 위한 임산부 Care 프로그램</td></tr>
<tr><td>사업·기술 내용</td><td>□ 사업목표 : 분만관련 기자재 제공으로 보건소의 모자보건 역량강화 및 아동사망율과 모성사망률 감소
□ 사업내용
1. 임산부 산전관리 2. 임산부 분만 서비스
3. 임산부가 산후 관리 서비스
□ 사업구성
<table>
<tr><td>산전관리</td><td>1-a 지역사회 중심의 산전관리 활동 실시
1-b 의료시설 중심의 산전관리 활동 실시</td></tr>
<tr><td>출산관리</td><td>2-a 조산사를 활용한 가정분만 시스템 구축
2-b 의료시설 중심의 출산 지원
2-c 보건소 및 보건지소에 분만관련 기자재 지원</td></tr>
<tr><td>산후관리</td><td>3-a 조산사를 활용한 산후관리 시스템 구축
① 출산 후 일주일 이내 조산사의 가정방문
② 조산사 가정방문비 지원
③ 산모 산후관리키트 지원
④ 산후관리 매뉴얼을 활용한 워크숍 시행</td></tr>
</table></td></tr>
</table>

<table>
<tr><td>과거 적용사례</td><td>
<table>
<tr><th>사업명</th><th>기간</th></tr>
<tr><td>잠비아 루사카 총궤군 모자보건서비스 개선사업</td><td>‘08~‘09</td></tr>
<tr><td>가나 동부지역 아동 및 모성사망률 감소지원사업</td><td>‘08~‘09</td></tr>
<tr><td>방글라데시 유니세프 가정방문 중심의 산모 및 신생아보건 증진사업</td><td>‘10~‘13</td></tr>
<tr><td>엘살바도르 임산부요양소 건립사업</td><td>‘08~‘09</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>평 가</td><td>
□ 잠비아 루사카주 총궤군 모자보건 서비스 개선사업
○ 교훈
– 성공요인
● 수원국과의 지속적인 사업 협의 및 모니터링
공관도 없고 KOICA 사무소도 없는 점을 고려해 타당성조사, 사전조사, 실시협의, 사업착수조사, 중간모니터링, 기자재설치, 종료평가까지 3~4개월 간격으로 지속적으로 방문해 사업의 내용을 조정하고 효과성을 내기 위해 협의함
● 총궤군 모자보건 프로그램의 Partnership에 적극적 참여
총궤군 모자보건 프로그램에 참여하는 UNICEF, USAID 등에서 시행하고 있는 산파교육 사업, 분만서비스 사업과 적극적으로 연계하여 효과성 확보함
● 협력국 정부의 적극적인 정책 의지
각 보건소 별로 의료 인력을 적극적으로 배치하여 보건소가 원활히 운영될 수 있도록 함
– 보완요인
● 지속적인 인력 교류 필요
모자보건 역량강화를 위해 2주간의 단발성 국내초청연수를 실질적 모자보건 교육이 가능한 프로그램으로 전환필요함
● 지속가능한 기자재 제공
모자보건 기자재 제공 시 지속가능성을 고려하여 가능하면 전기가 없어도 사용가능하고 단순한 제품 위주로 지원하는 것이 필요함
○ 적용
– 프로그램의 운영 시 수원국과의 지속적인 협의를 체계화하고 수원국의 보건의료 Cluster 미팅에 참여하도록 함.
– 모자보건 관련 기자재 제공 시에는 별도의 수리나 소모품 필요 없이 전기가 없어도 사용가능한 제품을 제공.
– 보건의료 관련 기자재 제공 시에는 동 기자재를 활용할 인력이 공급가능한지 사전에 확인하는 것이 필요

□ 가나 동부지역 아동 및 모성 사망률 감소 지원사업
○ 교훈
– 성공요인
● 가나 모자보건 조직을 구성 및 훈련
모자보건 사업을 협력국 정부 및 한국의 사업수행 인력뿐만 아니라 3개 군 7개 지역을 대상으로 지역사회 마을 모자
</td></tr>
</table>

평 가	보건 주민조직을 활용하여 사업을 수행. 이들을 통하여 사업의 지속가능성을 확보하고 주민참여를 이끌어 냄 ● 라디오를 통한 적극적인 홍보 활동 현지에서 가장 유용한 홍보수단인 라디오를 통하여 사람들에게 가족계획 및 모자보건에 대한 인지강화를 실시하여 그 효과성을 높임 – 보완요인 ● 프로그램 정착 시까지 충분한 사업기간 필요 프로그램이 2년에 걸쳐 종료가 되어 충분한 사업효과를 보기가 어려움 ○ 적용 – 모자보건 사업을 시행할 때 지역사회 여성인력을 적극적으로 활용하는 것이 필요하며, 이를 통해서 할 때만이 지속가능성을 높이고 사업 참여율을 높일 수 있음. – 산전, 출산, 산후관리 사업을 시행할 때에는 적어도 1년의 기획기간, 2년의 사업운영기간, 2년의 사업 이양기간을 포함해서 총 사업기간이 5년 이상이 되도록 프로그램을 구성할 필요가 있음. □ 방글라데시 UNICEF 가정방문 중심의 산모 및 신생아 보건증진사업 ○ 교훈 – 성공요인 ● UNICEF의 기존 모자보건 프로그램 모델 활용 방글라데시에 모자보건 프로그램을 시행함에 있어 2개의 사업지역을 지정하고 타 지역에서 사업을 수행해 본 경험이 있는 UNICEF를 활용해서 수행하여 초기의 위험요소를 줄임. ● Korean UNV 활용 Korean UNV를 활용해 사업수행 노하우를 축적하고 이를 통해 다음 Phase에서는 직접 사업을 수행할 수 있도록 구성함. – 보완요인 ● 사업에 유연한 대처가 어려움 기존 UNICEF의 모자보건 프레임에 따라야 해서 국내의 의도 및 프로그램 방향 수정 시 반영이 곤란함. ● 행정비용 과다 행정비용이 많이 드는 국제기구를 활용함에 있어 방글라데시의 직접 수혜자에게 돌아가는 비용이 감소함. ○ 적용 – 초기 리스크를 줄이기 위해 기존의 사업시행자와 협력하여야 함. 하지만 보다 창의적이고 효과적인 방법을 통해 직접 수혜자에 많은 혜택을 주기 위해서, 기존의 방식대로 협력국 정부와 프로그램에 대한 양해각서를 체결하고 사업방식과 지역을 결정한 후, 사업 수행자로서 국제기구를 활용하거나 협력하는 방안을 고려해야 함.

◑ 모듈 3. 신생아 관리 프로그램

신생아 관리 프로그램이란?

MDG4의 중요지표인 5세 이하 아동사망률을 감소시키기 위해선 5세 이하 아동사망의 약 40%를 차지하는 신생아 사망률을 감소시키는 것이 가장 중요하다고 여겨지고 있다. 신생아 시기는 출산 후 4주 이내의 시기를 말하는 것으로 이 시기에 신생아를 사망에 이르게 하는 주요원인들은 청결하지 못한 환경에 의한 감염, 조산, 부적절한 신생아 관리로 인한 이물질 흡인인 경우가 많다. 이러한 원인을 감소시키려면 특히 생후 일주일 이내에 집중적인 관리가 필요한데 이를 위해서 임산부 등록 및 간호사, 조산사의 가정방문을 통한 신생아 관리교육이 필요하다. 신생아 관리 프로그램은 이러한 활동이 가능하도록 간호사, 조산사 교육 프로그램, 임산부 등록 사업, 신생아 등록 시스템 구축 등을 포함한다.

가. 산출물 및 세부구성요소

1) 신생아 관리 인식 개선

□ 주요 내용

신생아 관리 프로그램의 첫걸음은 지역사회에 신생아는 전문적이고 집중적인 관리를 필요로 하는 대상임을 알리는 것이다. 이러한 인식개선을 바탕으로 임신을 하게되면 지역사회를 중심으로 임산부를 등록하여야 하고, 임산부가 등록을 하게 되면 신생아 관리에 대한 기본교육을 임산부에게 제공하는 것이 필요하다.

□ 고려 사항

- 주요 홍보 대상 및 방법

임산부 등록 및 신생아관리의 중요 홍보 대상은 가임기 여성이다. 하지만 첫아이 출산연령이 낮아지는 점을 고려해서 초경 이후의 가임기 여성을 모두 교

육하는 것이 필요하다. 특히 홍보를 할 때는 임신의 추정징후(일부 본인이 임신인 줄 모르는 경우가 의외로 많다.) 등을 상세히 교육하여야 하고 임신을 최종 확인하는 과정과 임신 확인 후 등록하는 과정을 상세히 설명하여야 한다.

- **임산부 등록**

  아프리카의 많은 나라들은 1차 보건의료 시스템이 완전히 갖추어지지 않고 마을구조가 밀집형이 아닌 산재되어 있는 경우가 많아 임산부 등록이 쉽지 않다. 이러한 경우는 임산부 등록을 탄력적으로 운영하여 보건소 중심이 아닌 마을에 임산부 관리 요원을 선정하여 마을별 임산부 등록을 실시할 수 도 있다. 임산부 등록 시에는 가정환경 및 출산환경의 파악, 산모의 상태 파악(체중, 혈압, 출산력 등), 기본적인 철분제제 및 영양제 지원 등이 필요하다.

- **기존 수원국의 보건소 활용**

  신생아 관리 프로그램도 모든 모자보건 프로그램과 마찬가지로 지속가능성 및 효과성을 제고하기 위해서 수원국의 보건소 시스템을 활용하는 것이 필요하다. 특히 모자보건 요원을 정하고 교육시키며, 이들을 활용하여 임산부를 등록하고 관리하는 것이 필요하다.

□ 세부 구성요소

1-a 임산부 등록 및 신생아관리 캠페인 실시

① 임신 시 임산부 등록 및 신생아관리 필요성을 라디오 활용한 정기적 홍보
② 임산부 보건소 등록 시 신생아관리 필요성에 대한 교육
③ 임산부 대상 신생아 응급 징후 교육(자가 진단 Flow sheet 배부)
④ 임산부 등록 시스템 관리

2) 신생아 관리 역량강화

□ 주요 내용

신생아 관리의 핵심은 모성의 기본적인 신생아 돌봄 능력 향상과 전문 인력의 처치 능력의 향상으로 볼 수 있다. 여기서 전문 인력을 세 부류로 나눌 수 있는데 집중신

생아 처치시설을 운용할 병원인력, 보건소 등에서 출산에 관여할 간호사 및 조산사인력, 가정에서 분만을 하는 산모들을 처치할 건강보조요원들의 능력 향상으로 볼 수 있다. 신생아 관리 역량강화는 이들이 신생아 관리 역량을 강화하여 신생아를 적절히 돌보게 하는 프로그램이다.

□ **고려 사항**

- **건강보조요원 역량강화**

  많은 개발도상국에서는 전문적인 보건의료 인력의 부족으로 마을별 간단한 보건의료 프로그램 및 처치를 수행할 수 있는 중학교 이상의 교육을 수행한 젊은 인력을 대상으로 건강보조요원제도를 운영하고 있다. 이들의 가장 큰 장점은 그 지역사회에 대해서 잘 파악하고 있으며 주민들에게 친근하게 접근할 수 있다는 장점이 있다. 하지만 이러한 인력에게 그 지역사회의 모든 보건의료 프로그램의 수행이 집중되기 때문에 과다한 업무집중이 문제가 되기도 한다. 그 지역사회의 모자보건 프로그램 진행에 마을 건강보조요원을 활용할 때에는 기존에 진행되고 있는 프로그램을 확인하고 기존 프로그램과 어떻게 연계하고 협력할 것인가에 대한 전략적인 접근이 필요하다. 또한 이들의 역량강화는 적절한 이론교육과 실습교육이 병행되는 것이 효과적이며, 기본적인 의사소통 도구인 휴대폰을 지급하여 실제 응급상황 시 인근 보건소와 네트워킹하는 것이 필수적이다.

- **조산사 및 간호사 역량강화**

  이들의 교육과정은 가족계획, 산전관리, 출산, 산후관리, 신생아 관리까지 Continum of Care가 이루어질 수 있도록 하여야 한다. 특히 보건소 별 1~2명 있는 조산사 또는 간호사를 대상으로는 마을 건강요원을 어떻게 교육시키고 신생아 응급상황 시 어떠한 조치가 필요한지에 대한 이론 및 실습과정을 거칠 수 있도록 하여야 한다. 이러한 간호사 및 조산사의 교육은 응급상황 발생 시 환자를 이송하는 병원급에서 집체교육을 실시하는 것이 효과적이다. 실제 교육이 이루어질 때는 이러한 교육비를 지원하여야 한다.

- **병원 의료진 역량강화**

  일반적인 신생아 문제가 아닌 집중치료 시설이 필요한 신생아 문제는 병원급

의료진의 역량강화가 이뤄져야 한다. 이러한 관리에는 많은 의료장비와 고도로 전문화된 의료 인력이 필요하므로 2차 병원급 이상에서 규모를 크게 운영하는 것이 적정하며 이를 통해 정도관리가 이뤄질 수 있도록 한다. 이를 위해서는 국내의 신생아 집중 치료실을 운영하고 있는 의료기관과 정기적인 인적 교류를 제공할 수 있도록 연계시켜 주는 것이 필요하다.

– 영양과 예방접종

신생아 시기의 적절한 영양공급은 신생아 사망 감소에 필수적이다. 특히 WHO에서는 6개월까지 Exclusive 모유수유를 권고하며 2년까지 모유수유를 계속할 것을 권고하고 있다. 또한 신생아 시기에 시행해야할 적절한 예방접종을 하는 것이 필수적이므로 이러한 프로그램이 상호 적절한 연계가 되는 것이 필요하다.

□ 세부 구성요소

2-a 건강보조요원 역량강화

① 1주일 과정의 신생아 관리 워크숍 개설(IMNCI) 구축(교육비 지원)

② 교육을 수료 받은 건강보조요원에게 휴대폰 지급(위험 징후 시 보건소 연락)

2-b 조산사 및 간호사 역량강화

① 6개월 과정의 신생아관리 교육과정(IMNCI) 구축(교육비 지원)

- 사업지역 보건소 근무 간호사 대상 프로그램(주 2회 강의, 1회 실습 교육)

2-c 병원 의료진 역량강화

① 신생아 집중 치료실 운영 매뉴얼 개발

② 의사, 간호사 신생아 관리 과정 국내기관과 인력 교류

3) 의료시설 중심의 신생아 관리지원

□ 주요 내용

1차 보건의료 시설인 보건지소 및 보건소에서 해결이 되지 않는 신생아는 결국 2차 보건의료 시설인 병원급 의료시설에서 적절한 처치를 제공받아야 한다. 이를 위해서 병

원급 시설의 신생아 집중관리 시설 설치 및 이를 운용할 신생아 전문 인력 배치, 병원급 기관으로 이송 가능한 운송 시스템 지원 등이 이루어져야 한다.

□ **고려 사항**

- **병원 신생아 전문 인력 배치**

  병원급 기관의 신생아 전문 인력 배치는 특히나 개발도상국의 현실 상 쉽지 않은 일이다. 이러한 전문 인력 배치는 일단 사람을 구하기도 어렵지만 이를 유지하기 위하여 상대적으로 많은 비용이 들어간다는 것도 문제가 된다. 협력국에서 이러한 인력을 제공한다는 것을 문서로 약속한다고 해도 실제 병원이 운용되는 시점에서는 이것이 어렵게 되는 경우도 많다. 이러한 문제를 해결하기 위해서는 국내의 보건의료 전문기관 또는 의사파견제도를 활용하여 초기 2-3년간은 신생아 전문 인력이 시설과 시스템을 관리할 수 있도록 하고 이 기간 동안 현지 인력을 교육시켜 이들이 운용할 수 있도록 하여야 한다. 물론 협력국에서 처음부터 현지 인력을 배치하여 운용하는 것이 가장 바람직한 방법이다.

- **신생아 집중 치료시설 지원**

  신생아 집중 치료시설은 상대적으로 고가의 장비와 기구들이 필요하지만 개발도상국의 안정적이지 않은 전기공급 및 활용관리 능력의 부족으로 항상 그 활용도에서 많은 문제점을 일으키고 있다. 이를 해결하기 위해서는 적절한 수준의 장비 제공 및 인력역량강화 후 장비 공급이 되어야 한다.

□ **세부 구성요소**

3-a 간호사를 활용한 가정방문 신생아관리 시스템 구축

① 6개월 과정의 신생아관리 교육과정(IMNCI)을 이수한 간호사 대상으로 간호사에게 신생아 관리 키트 지급
(신생아 체온관리, 감염관리, 모유수유교육, 예방접종, 영양 및 체중관리)

② 신생아 4회(1일차, 3일차, 7일차, 28일차)방문 간호사 활동비지원
(교통비, 일비/식비)

3-b 의료시설 중심의 신생아 관리 지원

① 병원급 의료기관 1곳에 신생아 집중관리 시설 구축

② 병원급 의료기관 1곳에 신생아 전문의 배치

③ 보건소 별 응급이송을 위한 엠블런스 지원

④ 신생아 검진 소요비용 지원 바우처 프로그램 제공

⑤ 보건소급 의료기관 별 신생아 관리 전문 인력을 위한 워크숍 프로그램 제공

⑥ 건강보조요원을 활용한 신생아 전원시스템 구축

나. Management Check Point

1) 사업의 선정단계

그 지역에서 신생아 관리 프로그램이 과연 필요한가? 라는 질문에 대하여 가장 먼저 볼 수 있는 지표는 신생아사망율이다. 이 외에도 임산부 등록률, 6개월 이하의 완전모유수유비율, 전문 인력에 의한 출산비율 등을 확인하고 이를 주변지역과 비교하거나 주변 나라와 비교하여 낮을 경우 타당성이 있다고 볼 수 있다.

□ 신생아 관련 지표

① 신생아 사망률(Neonatal Mortality Rate)

신생아 사망률은 1,000 Live Birth당 사망하는 28일 이내의 신생아 수를 의미한다. 하지만 이를 직접 측정하기는 어려워 5세 이하 아동 사망률을 근거로 추정하기도 한다. 일반적으로 선진국은 4~5미만이고 20 이상이면 적절한 신생아 관리가 이뤄지지 않고 있다고 볼 수 있다.

② 6개월 이하의 완전모유수유 비율

(Exclusive breast feeding under 6 months (%))

모유수유는 신생아에게 제공할 수 있는 최선의 영양식이자 면역증진제이다. 하지만 실제로 적절하게 모유수유를 하는 비율은 그리 높지 않다. 이러한 모

유수유 비율이 낮은 지역에서는 이를 높이는 것만으로도 신생아 사망률을 감소시킬 수 있다.
http://www.who.int/nutrition/databases/infantfeeding/en/index.html

2) 사업의 디자인 단계

□ 파트너십

- 사업 구성 시에는 수원국의 보건조직과 함께 Activity를 구성하며 현지에 한국인이 파견되어 직접적인 모니터링을 하는 것이 필요
- 향후 가족계획 및 산전, 출산, 산후관리 프로그램과 연계되어야 하므로 반드시 사업지역의 모자보건 프로그램 파악이 필요

□ 사업운용인력

- 현장에 사업 모니터링을 위한 인력을 상주시키는 것이 필요하며 현장 PM을 지원할 현지인력 2인을 함께 배정하는 것이 필요함(이를 통해 적극적인 모니터링 및 사업 수행 가능)

3) 사업의 실시 단계

□ PMC 선정

- 국내에서 안정적으로 신생아 관리 프로그램을 시행할 수 있는 기관은 보건복지 인력개발원, 보건사회연구원, 인구보건 복지협회 등이 있고 국내 간호대학들이 관심을 갖고 있으며 국내의 모자보건센터들이 잠재적인 PMC 대상기관이 될 수 있음.

□ 모니터링 및 평가

- 모자보건 사업은 대표적인 성주류화가 필요한 사업으로 이를 모니터링 하기 위해서 성별 수혜자 파악 및 참여자 성별 파악이 필요.

다. 기존 사업의 경험 및 교훈

[표 27] 신생아 관리 프로그램의 내용 및 교훈

<table>
<tr><th>구 분</th><th>내 용</th></tr>
<tr><td>분 야</td><td>○ 보건의료</td></tr>
<tr><td>사업·기술명</td><td>○ 신생아 관리 프로그램</td></tr>
<tr><td>사업·기술 내용</td><td>□ 사업목표 : 사업지역에서 태어난 신생아들의 건강한 관리를 통해 신생아사망율 감소에 이바지 한다.
□ 사업내용
1. 신생아 관리 인식 개선
2. 신생아 관리 역량강화
3. 의료시설 중심의 신생아 관리지원
□ 사업구성
<table>
<tr><td>신생아 관리
인식 개선</td><td>1-a 임산부 등록 및 신생아관리 캠페인 실시</td></tr>
<tr><td>신생아 관리
역량강화</td><td>2-a 조산사 및 간호사 역량강화
2-b 건강보조요원 역량강화
2-c 병원 의료진 역량강화</td></tr>
<tr><td>의료시설 중심의
신생아 관리지원</td><td>3-a 간호사를 활용한 가정방문 신생아시스템 구축
3-b 의료시설 중심의 신생아 관리 지원</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>과거 적용사례</td><td>
<table>
<tr><th>사업명</th><th>기간</th></tr>
<tr><td>잠비아 루사카 총궤군 모자보건서비스 개선사업</td><td>‘08~‘09</td></tr>
<tr><td>가나 동부지역 아동 및 모성사망률 감소지원사업</td><td>‘08~‘09</td></tr>
<tr><td>방글라데시 유니세프 가정방문 중심의 산모 및 신생아보건 증진사업</td><td>‘10~‘13</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>평 가</td><td>□ 잠비아 루사카주 총궤군 모자보건 서비스 개선사업
○ 교훈
- 성공요인
● 수원국과의 지속적인 사업 협의 및 모니터링
공관도 없고 KOICA 사무소도 없는 점을 고려하여 타당성 조사, 사전조사, 실시협의, 사업착수조사, 중간모니터링, 기</td></tr>
</table>

평 가	자재설치, 종료평가까지 3~4개월 간격으로 지속적으로 방문하여 사업의 내용을 조정하고 효과성을 내기 위해 협의함 ● 총궤군 모자보건 프로그램의 Partnership에 적극적 참여 총궤군 모자보건 프로그램에 참여하는 UNICEF, USAID 등에서 시행하고 있는 산파교육 사업, 분만서비스 사업과 적극적으로 연계하여 효과성 확보함 ● 협력국 정부의 적극적인 정책 의지 각 보건소 별로 의료 인력을 적극적으로 배치하여 보건소가 원활히 운영될 수 있도록 함. – 보완요인 ● 지속적인 인력 교류 필요 모자보건 역량강화를 위해 2주간의 단발성 국내초청연수를 실질적인 모자보건 교육이 가능한 프로그램으로 전환이 필요함 ● 지속가능한 기자재 제공 모자보건 기자재 제공 시 지속가능성을 고려하여 가능하면 전기가 없어도 사용가능하고 단순한 제품 위주로 지원하는 것이 필요함 ○ 적용 – 프로그램의 운영 시 수원국과의 지속적인 협의를 체계화하고 수원국의 보건의료 Cluster 미팅에 참여하도록 함. – 모자보건 관련 기자재 제공 시에는 별도의 수리나 소모품 필요없이 전기가 없어도 사용가능한 제품을 제공. – 보건의료 관련 기자재 제공 시에는 동 기자재를 활용할 인력이 공급가능한지 사전에 확인하는 것이 필요 □ 가나 동부지역 아동 및 모성 사망률 감소 지원사업 ○ 교훈 – 성공요인 ● 가나 모자보건 조직을 구성 및 훈련 모자보건 사업을 협력국 정부 및 한국의 사업수행 인력뿐만 아니라 3개 군 7개 지역을 대상으로 지역사회 마을 모자보건 주민조직을 활용하여 사업을 수행. 이들을 통하여 사업의 지속가능성을 확보하고 주민참여를 이끌어 냄 ● 라디오를 통한 적극적인 홍보 활동 현지에서 가장 유용한 홍보수단인 라디오를 통하여 사람들에게 가족계획 및 모자보건에 대한 인지강화를 실시하여 그 효과성을 높임 – 보완요인 ● 프로그램 정착 시까지 충분한 사업기간 필요 프로그램이 2년에 걸쳐 종료가 되어 충분한 사업효과를 보기가 어려움 ○ 적용 – 모자보건 사업을 시행할 때 지역사회 여성인력을 적극적으로 활용하는 것이 필요하며, 이를 통해서 할 때만이 지속가능성을 높

평 가	이고 사업 참여율을 높일 수 있음. – 산전, 출산, 산후관리 사업을 시행할 때에는 적어도 1년의 기획기간, 2년의 사업운영기간, 2년의 사업 이양기간을 포함해서 총 사업기간이 5년 이상이 되도록 프로그램을 구성할 필요가 있음. □ 방글라데시 UNICEF 가정방문 중심의 산모 및 신생아 보건증진사업 ○ 교훈 – 성공요인 ● UNICEF의 기존 모자보건 프로그램 모델 활용 방글라데시에 모자보건 프로그램을 시행함에 있어 2개의 사업지역을 지정하고 타 지역에서 사업을 수행해 본 경험이 있는 UNICEF를 활용해서 수행하여 초기의 위험요소를 줄임 ● Korean UNV 활용 Korean UNV를 활용해 사업수행 노하우를 축적하고 이를 통해 다음 Phase에서는 직접 사업을 수행할 수 있도록 구성함. – 보완요인 ● 사업에 유연한 대처가 어려움 기존 UNICEF의 모자보건 프레임에 따라야 해서 국내의 의도 및 프로그램 방향 수정 시 반영이 곤란함. ● 행정비용 과다 행정비용이 많이 드는 국제기구를 활용함에 있어 방글라데시의 직접 수혜자에게 돌아가는 비용이 감소함. ○ 적용 – 초기 리스크를 줄이기 위해 기존의 사업시행자와 협력하여야 함. 하지만 보다 창의적이고 효과적인 방법을 통해 직접 수혜자에 많은 혜택을 주기 위해서, 기존의 방식대로 협력국 정부와 프로그램에 대한 양해각서를 체결하고 사업방식과 지역을 결정한 후, 사업 수행자로서 국제기구를 활용하거나 협력하는 방안을 고려해야 함.

◑ 모듈 4. 예방접종 관리 프로그램

예방접종 관리 프로그램이란?

MDG4의 중요지표인 5세 이하 아동사망률을 감소시킨 일등 공신은 홍역예방접종을 증가시킨 것이라고 여겨질만큼 아동사망을 획기적으로 감소시킬 수 있는 것이 예방접종이다. 실제로 병이 발생한 후에 이를 치료하는 것보다 예방접종은 훨씬 비용 효과적이고 그 파급력이 지속적이다. 이를 위해서 UNICEF, WHO, GAVI 등은 예방접종률 향상을 위해서 많은 노력을 기울이고 있다. 이러한 예방접종을 효과적으로 시행하기 위해선 예방접종의 인프라 구축, 예방접종 역량강화, 예방접종 서비스의 접근성 강화 등의 활동이 포함된다.

가. 산출물 및 세부구성요소

1) 예방접종 인프라 구축

□ 주요 내용

예방접종은 일반적으로 국가에서 필수적으로 접종하도록 되어 있는 필수예방접종과 개인의 선택에 의해서 받을 수 있는 선택적 예방접종으로 나눌 수 있으며, 항체생성율과 지속성이 좋아 대량으로 일정한 생애주기에 접종하는 것과 질병유행 시에 질병의 확산을 방지하기 위한 상황에 따른 예방접종으로 구분할 수 있다. 이러한 예방접종들은 그 지역사회 또는 국가의 예방접종 인프라가 구축되어 있지 않으면 모두 불가능하다. 예방접종의 인프라는 우선 백신이 열에 취약하기 때문에 냉장보관이 필수적으로 냉장관리시스템을 구축하는 것이 필요하고, 예방접종을 위한 소모품 및 소각로를 지원하여야 하며, 백신의 꾸준한 공급이 필요하다.

□ 고려 사항

- UNICEF, WHO와의 협력

선진국을 제외한 예방접종을 국가정부의 힘으로 완전제공을 못하는 나라에서는 대부분 WHO와 UNICEF가 해당 나라의 보건부를 도와 예방접종을 하고 있을 정도로 국제기구의 영향력이 막강하다. 특히 UNICEF는 백신뿐만이 아니라, 냉장체인(Cold Chain / 냉장창고, 냉장차량, 냉장박스 등)과 예방접종의 소모품까지도 모두 카탈로그 형태로 관리하며 UNICEF를 통해서 구매하도록 권고하고 있다. 물론 시장가격보다는 저렴한 가격이긴 하지만 구매자의 입장에서는 일반적인 입찰과정을 거치는 것보다 UNICEF의 기준을 충족시켜야 하기 때문에 어려운 점이 있다. 하지만 UNICEF와 협의하지 않고 사업현장에서 예방접종관련 사업을 하는 것은 어려운 일이다.

- 냉장관리 시스템(Cold Chain) 구축

냉장관리 시스템은 쉽게 말해서 열에 약한 백신을 생산지에서 아동에게 맞출 때까지 일정온도를 유지시켜 주는 모든 장치를 말한다. 협력국에서 일반적으로 필요한 시설은 유효기간이 1~2년 정도의 백신을 보관할 수 있는 냉장창고, 이를 운반 가능한 냉장트럭 또는 냉장박스를 장착한 오토바이, 보건소에서 보관할 냉장고, 냉장고에서 꺼내 가정방문 또는 캠페인 시에 보관할 냉장박스와 아이스팩 등이 필요하다. 특히 전기사정이 열악한 개발도상국의 현실을 감안할 때 이러한 시설은 비상발전기가 함께 설치되거나, 전기가 없어도 일정시간 유지가 가능한 태양열 이용 또는 가스형 냉장고 등의 설치가 필요하다.

- 예방접종 소모품 지원

예방접종 소모품에는 간단하게 백신주사를 맞기위한 기본물품인 주사기 및 솜 등이 필요하고, 이를 사용하고 나서 안전하게 소각할 소각로 등도 필요하다. 요즘은 백신접종을 하는 의료 인력이 주사바늘에 찔려 감염되는 경우를 예방하기 위하여 autodisable 주사기를 사용한다. 또한 백신을 접종한 후 의료용 폐기물의 처리를 위하여 주사바늘 보관박스 및 처리용 소각로를 함께 지원하는 것이 필요하다. 소각로는 국내 업체를 계약할 수 있으며 계약 시에는 현지 설치 및 유지보수 관리까지 일괄계약하는 것이 유리하다.

- 백신 지원

백신은 유효기한이 있는 약품으로 그 필요성과 사용계획을 명확히 한 후 구매가 되어야 한다. 구매 시에는 생산일자 및 유효기한이 명확해야 하고 배송 시에 일정온도가 유지되어서 변질되지 않았음이 증명되어야 한다. 백신의 구매방법은 크게 제약회사를 통해서 구매하는 방법, UNICEF를 통해서 구매하는 방법 등이 있다. 일반적으로 개별제약회사와 접촉해서 소량을 구매하는 것은 단가만 높아지고 효율적이지 않다. 가능하면 UNICEF를 통해서 대량으로 구매하고 직접 협력국에 조달하게 하거나, 협력국 정부에 budget support 형태로 지원하고 협력국 정부가 UNICEF의 백신공급라인을 통해서 직접 구매하도록 하는 방식이 비용이 저렴해진다. 하지만 이렇게 구매할 경우 UNICEF의 조건을 따라야 하는 부담이 있다.

□ 세부 구성요소

[예방접종 인프라 구축]

1-a 냉장관리 시스템(Cold Chain) 구축

① 사업지역 보건국에 냉장창고 건설

② 사업지역 보건국에 냉장차량 지원

③ 사업지역 보건소에 태양열 냉장고 지원

④ 사업지역 보건소에 냉장 box 및 오토바이 지원

1-b 예방접종 및 소모품 지원

① 예방접종용 주사기 지원

② 예방접종용 솜 및 기타 물품 지원

③ 예방접종 소모품 소각로 설치

1-c 기본예방접종 백신 지원

option ① UNICEF를 통한 백신공급

option ② 제약회사를 통한 백신공급

2) 예방접종 관리 역량강화

□ 주요 내용

예방접종은 백신과 기본적인 인프라가 갖추어져 있다고 저절로 이루어지는 것은 아니다. 그 국가 또는 지역사회의 예방접종 관리 역량이 갖추어져 있어야 지속적인 예방접종이 이루어질 수 있다. 그 첫걸음은 예방접종카드를 작성하는 것부터 시작이다. 또한 이러한 시스템을 갖추기 위해서 보건소 및 보건지소에 근무하는 간호사 및 이들을 도와 예방접종을 시행할 예방접종 요원이 교육 받아야 하고 전반적인 예방접종을 관장할 병원 및 보건소 인력의 교육도 함께 이뤄져야 한다.

□ 고려 사항

- **예방접종 카드 관리**

  일반적인 예방접종 카드는 나라마다 공통된 표시양식이 이미 WHO와 UNICEF의 지원을 받아 마련이 되어있다. 우선 사업지역에서는 이러한 카드가 없는 아동을 대상으로 예방접종 카드를 새로이 발급하고 보건소에 등록을 하는 것이 필요하다. 또한 문맹률이 높은 지역에서는 문자가 아닌 그림을 활용하여 표시된 카드를 활용하기도 한다. 중요한 것은 언제 예방접종을 받아야 하는지 카드를 통해 어머니가 알아야 하며 그 때에 맞추어 예방접종을 받을 수 있도록 해야 한다.

- **예방접종 관리 워크숍 개최**

  실제로 예방접종을 맞추기 위해서는 간호사 및 의료인력 뿐만 아니라 예방접종 매뉴얼에 따른 교육을 받은 많은 인력들이 필요하다. 사람들을 모으는 역할이나 홍보를 하는 역할, 접종을 받은 후에 주의사항에 대해서 설명해 주는 사람 등 이러한 인력들이 적절한 교육을 받을 수 있는 프로그램을 제공해야 한다. 이에 대한 교육 프로그램 및 교육자료 등은 이미 개발되어 보급 활용되고 있는 WHO와 UNICEF 자료들을 활용하도록 한다.

- **병원, 보건소 의료진 및 보건행정 관리자 역량강화**

  병원 및 보건소 정책결정자들은 지속적인 예방접종을 위한 교육이 필요하다.

예방접종을 지속적으로 받아야만 집단면역율(Herd immunity)이 올라가 궁극적으로는 그 지역에서의 유행을 차단할 수 있기 때문이다.

나아가 예방접종으로 예방이 가능한 전염성 질환의 지속적 관리를 위한 발병 감시 및 전파 방지를 위한 현지 보건행정 관리자의 예방접종 대상 전염병 관리 역량강화 등이 필요할 수 있다. 이를 위해서는 국내의 보건의료 전문기관과의 매칭을 시도하는 것도 효과적이다. 또한 국내에 있는 질병관리본부 및 국제백신연구소와의 협력으로 이러한 부분을 상호 협조할 수 있다.

□ **세부 구성요소**

2-a 예방접종 카드 관리

① 신생아 시기에 예방접종 카드 발급 및 보건소 보관

② 예방접종 후 환자용 카드 기록 및 보건소용 카드에 기록

2-b 예방접종 관리 워크숍 개최

① 일주일 과정의 예방접종관리 매뉴얼 교육과정 구축(교육비 지원)

- 사업지역 보건소 근무 간호사 및 간호보조요원 대상 프로그램 (주 2회 강의, 1회 실습 교육)

② 예방접종 부작용 관리 시스템 구축

2-c 병원 및 보건소 의료진 역량강화

① 기본예방 접종 매뉴얼 교육을 위한 워크숍

② 의사, 간호사 예방접종 관리과정 국내기관과 인력 교류

3) 예방접종 서비스 접근성 강화

□ **주요 내용**

개발도상국에서 아프지 않은데 주사를 맞히는 것은 적절한 홍보활동을 하지 않으면 어려운 일이다. 홍보활동을 통하여 지역사회의 인식을 개선하고 예방접종 캠페인을 하는 것은 두 가지로 나눌 수 있다. 하나는 아웃리치를 통해서 마을을 방문해 가면서 하는 예방접종 캠페인이고 또 다른 하나는 보건지소 및

보건소를 활용하여 찾아오는 아동을 대상으로 예방접종을 시술하는 것이다.

□ 고려 사항

- **예방접종 확대를 위한 홍보활동**

  개발도상국에서는 예방접종이 질병을 예방하는 것에 효과적이라는 것을 적극적으로 알려야만 접종이 이루어질 수 있다. 단지 가격이 무료라고 해서 이뤄지는 것은 아니며, 이의 효과적인 전파를 위해서 지역사회 지도자를 움직이는 것이 중요하다.

- **마을 방문 예방접종 시행**

  마을 방문 예방접종 시에는 예방접종 팀을 구성해서 활동하여야 하며 준비조가 1~2일 전 사전 준비(홍보 및 장소 선정 및 물자 보급)를 해 놓으면 예방접종 팀이 와서 접종을 하는 형태로 이뤄져야 하며 이렇게 접종 받은 아동을 대상으로는 철저한 기록이 이뤄져야 한다. 또한 접종 받은 후 24시간 이내에는 고열 등의 부작용 사례를 감시하기 위해 관찰조 1~2인이 관찰하여야 한다.

- **의료시설 중심의 예방접종 캠페인 시행**

  의료시설에서 예방접종을 할 때는 찾아오는 아동의 상태를 확인하고 백신접종이 이뤄질 수 있도록 하고 반드시 예방접종 카드에 기록이 되도록 하고, 접종 기간에 방문하지 않는 가정에는 기간이라는 것을 알려 접종을 받을 수 있도록 해야 한다. 이러한 모든 과정은 예방접종 감독자가 총괄할 수 있도록 하고 기록을 작성하도록 한다.

□ 세부 구성요소

3-a 예방접종 확대를 위한 홍보활동 강화

① 라디오를 활용한 예방접종 광고 활동

② 지역장터를 활용한 예방접종 광고 활동

3-b 마을 방문 예방접종 시행

① 관할 보건소 중심으로 마을별 분기당 1회 방문

② 간호사 1인, 간호보조요원 1인 2인 1조로 마을별 방문하여 예방접종 실시

3-c 의료시설 중심의 예방접종 캠페인 시행

① 보건소별 예방접종 담당자 1인 지정

② 보건소 예방접종 기록 카드 작성

③ 보건소 예방접종 시술

나. Management Check Point

1) 사업의 선정단계

그 지역에서 예방접종 관리 프로그램이 정말 필요한가? 라는 질문에 대하여 가장 먼저 볼 수 있는 지표는 홍역예방접종율이다. 높은 전염성과 사망률로 인해 개발도상국 5세 이하 사망의 주요 원인 중 하나이기도 한 홍역의 홍역예방 접종율은 MDG4의 indicator 이기도 한데 대부분의 국가에서 필수예방접종으로 지정이 되어 있으며 2회의 예방백신으로 99% 이상의 항체 생성이 이뤄질 수 있어 그 효과성도 높다.

□ 예방접종 관련 지표

① **홍역예방 접종율** Measles immunization coverage among 1-year-olds(%)
홍역예방접종은 2회의 예방접종으로 그 효과성이 뛰어나기 때문에 대부분의 나라들이 필수 예방접종으로 지정하고 있다 예방접종률이 90% 미만인 지역에서는 예방접종을 강화할 필요가 있다고 인정할 수 있다.

② **홍역 발생 환자수** Number of reported cases of measles
홍역이 예방접종으로 충분히 예방이 가능하나 발생환자수와 이로 인한 사망자가 많다는 것은 예방접종이 잘 활용되지 못하고 있다는 반증이기도 하다.

2) 사업의 디자인 단계

□ 파트너십

- 예방접종 프로그램을 시행할 때는 당연히 수원국과의 긴밀한 협조가 필요하다. 특히 인적역량강화 및 부작용 관리 등에 현지에서의 전폭적인 협조가 필요하다. 이러한 연결고리를 만들기 위해 현지에 이 사업을 총괄할 현장관리자가 파견되어 활동하는 것이 필요하다.
- 특히, 예방접종 관리사업은 개발도상국에서 독자적으로 수행할 역량이 부족하여 WHO와 UNICEF가 함께 수행하는 경우가 많다. 예방접종의 어느 activity를 강화할 지의 여부를 결정할 때 반드시 WHO, UNICEF와 협의를 거친 후 방향을 결정하는 것이 바람직하다.

□ 사업운용인력

- 국내에서 현장에 필요한 인력의 교육을 총괄하고 지원한 보건의료 기관이 필요하다. 또한 현장에 필요한 인력으로는 사업을 총괄할 한국인 인력이 현장에서 활동하여야 하고 이를 도와줄 현지 인력 및 현지 보건부 소속의 예방접종 캠페인 팀이 구성되어야 한다. 이들의 활동비와 인건비도 사업비로 지원 가능하여야 한다.

3) 사업의 실시 단계

□ PMC 선정

- 아쉽게도 국내에 백신사업을 현장관리하거나 전반적으로 총괄할 수 있는 인력 또는 기관은 많지 않다. 국내 종합병원의 감염내과, 소아과 의료 인력이 가능할 것으로 보이며 기관으로는 질병관리 본부, 국립보건원이 가능할 것으로 생각이 되나 적극적인 참여는 적은 편이다.

□ 모니터링 및 평가

- 예방접종의 성과는 직접적으로 예방접종을 받은 아동의 숫자와 지역사회에서의 예방접종률로 비교적 모니터링 하기가 쉽다. 장기적으로는 질병의 발생률을 측정할 수 있어 그 효과를 측정하기도 어렵지 않다.

다. 기존 사업의 경험 및 교훈

[표 28] 예방접종 관리 프로그램의 내용 및 교훈

<table>
<tr><th>구 분</th><th>내 용</th></tr>
<tr><td>분 야</td><td>○ 보건의료</td></tr>
<tr><td>사업·기술명</td><td>○ 예방접종 관리 프로그램</td></tr>
<tr><td>사업·기술 내용</td><td>□ 사업목표 : 사업지역 5세 이하 아동들이 기본 예방접종 표에 따른 백신접종으로 5세 이하 아동 사망률 감소
□ 사업내용
1. 예방접종 인프라 구축
2. 예방접종 관리역량 배양
3. 예방접종 서비스 접근성 강화
□ 사업구성
<table>
<tr><td>예방접종
인프라 구축</td><td>1-a 냉장관리 시스템(Cold Chain) 구축
1-b 예방접종 및 소모품 지원
1-c 기본예방접종 백신 지원</td></tr>
<tr><td>예방접종
관리역량강화</td><td>2-a 예방접종 관리 워크숍 개최
2-b 병원 및 보건소 의료진 역량강화
2-c 예방접종 카드 관리</td></tr>
<tr><td>예방접종
서비스 접근성
강화</td><td>3-a 예방접종 확대를 위한 홍보활동 강화
3-b 마을 방문 예방접종 시행
3-c 의료시설 중심의 예방접종 캠페인 시행</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>과거 적용사례</td><td>
<table>
<tr><th>사업명</th><th>기간</th></tr>
<tr><td>니제르 뇌수막염 감시 및 퇴치역량강화사업</td><td>‘09~‘11</td></tr>
<tr><td>DR 콩고 유니세프 기초면역강화사업</td><td>‘10~‘12</td></tr>
<tr><td>아세안 6국(베트남, 인도네시아, 캄보디아, 태국, 미얀마, 필리핀) 일본뇌염 예방 및 퇴치 백신연구사업</td><td>‘02~‘06</td></tr>
</table></td></tr>
</table>

평 가	□ 니제르 뇌수막염 감시 및 퇴치역량강화사업 ○ 교훈 – 성공요인 • 현지에서 가장 필요한 사업의 발굴 아프리카 뇌수막염 벨트에 속해있는 니제르에 적절한 뇌수막염 백신 공급 및 국가 뇌수막염 관리시스템 역량강화로 적절한 사업 시행 • 협력국 정부 시스템을 활용하여 지속가능성확보 수원국의 뇌수막염 관리시스템 및 보건소 단위의 예방접종 시스템을 활용하여 자체적인 지속가능성 확보 • 기존백신 프로그램을 진행하는 UNICEF와 협조해 프로그램 진행 니제르에서 다른 종류의 백신사업을 시행하고 있는 UNICEF의 협조를 얻어 냉장창고, 냉장차량 등을 공동 사용함. • Cold Chain을 함께 지원 단순히 백신제공 및 백신접종 캠페인 등 1회성 사업에 그치지 않고 니제르의 백신접종 역량강화를 위해 백신창고 등의 Cold Chain등을 함께 지원하고 이의 관리를 UNICEF와 니제르 보건부에 위탁 • 사업관리자의 파견 공관도 없고 KOICA 사무소도 없는 니제르에 백신관련 전문가를 사업기간 내내 상주시켜 니제르 보건부 및 니제르 백신관련 회의에 참가할 수 있도록 하고 이를 통해 현지의 요구에 빠르게 대응함. – 보완 요인 • 사업기간 부족 동 사업이 2년간 지속되었으나 백신의 현장 공급 및 캠페인 시행 니제르 보건부 인력의 역량강화를 위해선 최소한 4년 이상의 사업기간이 필요 • 백신 캠페인 후 필요한 소각로 필요 예방접종 후 발생하는 의료 폐기물을 위한 소각로를 함께 지원하는 것이 필요 • 백신 공급 루트 확보 필요 백신은 유통기간이 정해져 있고 냉장보관이 필요하여 사업 타당성 조사 시 어떠한 방법으로 조달할 지 철저한 조사가 필요 ○ 적용 – 철저한 타당성조사로 현지에서 가장 필요한 방법으로 도움을 주는 것이 필요하여, 이를 위한 적절한 사업기간의 산정이 필요. 대략 백신만 공급하고 주사하는 것은 약 2년, 역량강화 및 지속적인 관리, 사업에 대한 평가까지 하려면 4년 이상이 소요 – 예방접종은 국가보건의료 시스템의 근간을 이루기 때문에 반드시 협력국 정부 시스템을 활용하여 지속가능성을 확보하고 동 분야에서 Global Network 및 Partnership을 유지하고 있는 UNICEF, GAVI 등의 활동을 파악하고 이에 맞게 적절한 파트너십을 유지하는 것이 필요

평 가	□ DR 콩고 UNICEF 기초면역 강화 사업 ○ 교훈 – 수원국의 기본예방접종 프로그램 모델을 이어받아 UNICEF를 활용하여 사업 시행 DR 콩고에 처음 시행하는 기본예방접종 프로그램을 시행함에 있어 2개의 사업지역을 지정하고 타 지역에서 사업을 수행해 본 경험이 있는 UNICEF를 활용해서 사업을 수행하여 초기의 위험요소를 줄임 – Korean UNV를 활용하여 사업수행 노하우를 축적하고 이를 통해 다음 Phase에서는 직접 사업을 수행할 수 있도록 구성함. – 하지만 기존 UNICEF의 예방접종 프레임에 따라야 해서 국내의 의도 및 프로그램 방향 수정 시 반영이 곤란함. – 특히, 행정비용이 많이 드는 국제기구를 활용함에 있어 DR 콩고의 직접 수혜자에게 돌아가는 비용이 감소함. ○ 적용 – 국가 기본예방접종을 돕기 위한 프로그램에 참여하는 것은 바람직하며 이의 초기 리스크를 줄이기 위해 기존의 사업시행자와 협력하여야 함. 하지만 보다 창의적이고 효과적인 방법을 통해 직접 수혜자에 많은 혜택을 주기 위해서 기존의 방식대로 협력국 정부와 프로그램에 대한 양해각서를 체결하고 사업방식과 지역을 결정한 후 사업 수행자로서 국제기구를 활용하거나 협력하는 방안을 고려해야 함.

5. 모자보건 모델 프로그램 모듈 활용법

1 보건의료 사업 중 뭘 해야 할까?

▢ CPS의 중점 분야 선정 후 Long list 만들 때 활용

CPS를 작성하면서 협력국의 보건의료 관련 지표가 좋지 않거나, 기타 여러 가지 이유로 보건의료 분야를 중점분야로 선정하였는데 구체적으로 보건의료에서 뭘 할지 모를 때 활용합니다.

① 협력국 보건의료 관련 문서를 확인합니다.
기본적으로 협력국의 보건의료 전략 문서를 보면 뭐든지 다 한다고 나와 있습니다. 이 전략문서로는 우선순위 등을 확인하기가 어렵습니다. 전략문서 보다는

보건분야 공여국 모니터링 그룹이 매년 발간하는 Donor annual review paper 가 우선적으로 필요한 부분을 더 잘 보여줍니다.

② 협력국 보건의료에서 약한 부분이 보이면 그 다음에는 KOICA 보건의료 분야 중기전략(2011~2015)을 보시고 보건의료 5가지 세부 분야를 확인합니다.

- 보건의료 인적역량강화
- 보건의료 제도적 역량강화
- 양질의 의료서비스 제공
- 모자보건 및 가족계획 향상
- 전염병 관리 및 예방강화

③ 각각의 모듈 별로 2~4개까지의 Activity 중에서 가장 적합한 것들로 조합을 하고 시간의 순서대로 연결고리를 만듭니다.

Activity에는 Activity의 세부내용과 수행하였을 때 달성 가능한 산출물로 구성이 되어 있습니다. 이를 시간 순서대로 구성하여 Action Plan 을 구성합니다.

2 도대체 프로젝트를 어떻게 구성하는 거야?

▢ 사업담당자 또는 사무소에서 사업을 기획할 때 활용 가능

보건의료 프로젝트의 사업개요서를 보면 사업내용이 대부분 건축, 기자재, 전문가파견, 연수생 초청으로 정형화(?) 되어 있습니다. 사업개요서만 보다 보면 KOICA의 모든 보건의료 프로젝트가 금액과 장소만 다를 뿐 거의 동일해 보입니다. 하지만 실제 사업의 내용은 PDM에서 Activity level을 적어야 실제로 무엇을 하는 것인가를 알 수 있는데 Input level을 적어서 모든 사업을 동일하게 만들어 버리고 맙니다.

- 예를 들어 일반적인 보건소를 활용한 모자보건 사업의 예를 들면 기존에는 이런 식으로 작성이 되어 있습니다.

사업 내용	건축	모자보건센터 건축 150만 불
	기자재	모자보건 기자재 50만 불
	전문가파견	전문가 파견 3회 10만 불
	연수생 초청	연수생 초청 10명 10만 불

– 하지만 앞으로는 이렇게 작성 되어야 하지 않을까요?

사업 내용	산전관리 홍보 캠페인	라디오, 신문 캠페인 10만 불
	지역사회 조산사 양성 및 훈련	조산사 양성 10만 불, 훈련 20만 불
	보건소 출산 서비스 제공	출산 바우처 30만 불, 의사고용20만 불, 보건소 신축 100만 불
	임산부 등록카드 관리	임산부 등록카드 운영 20만 불

※ 보건의료 모듈은 사업개요서를 향후에 이런 식으로 구성할 때 도움을 주기 위해서 만들어 졌습니다. 아래 순서대로 확인을 해 보세요.

① 협력국에서 보내온 사업요청서를 확인합니다.
대부분 건축, 기자재, 전문가 파견, 연수생 초청의 형태로 되어 있습니다. 그럼 일단 그 내용 윗부분의 사업 목적과 기대효과를 확인합니다. 사업 목적과 기대효과를 달성하기 위한 적절한 보건의료 분야 모듈을 선정합니다.
(여기서 건축, 기자재, 전문가 파견, 연수생 초청은 이러한 목적을 달성하기 위한 tool이지 사업의 내용은 아닙니다.)

② 각각의 모델(예를 들어 모자보건) 에는 2~4개의 모듈이 있고 각각의 모듈에는 2~3개의 달성 가능한 outcome이 있고 각각의 output마다 3~6개의 Activity가 있습니다. 이러한 activity가 하나의 사업내용이 될 수 있습니다.

③ 단, 하나의 사업을 구성하는데 한 가지 모듈의 모든 내용을 다 할 필요는 없습니다. 이 모듈에서 A라는 Activity와 저 모듈에서 B라는 Activity를 조합하여 새로운 프로젝트로 구성할 수 도 있습니다.

④ 이러한 조합을 활용하여 만들어 놓은 사업개요서 샘플과 PDM 샘플을 참조해서 실제 사업 계획에 활용할 수 있습니다.

3 도대체 예전엔 이 사업을 어떻게 했지?

▢ 기존 유사사업에는 어떤 문제점이 있었고 어떻게 해결하였는지 확인할 때 활용 가능

비슷하고 유사한 예전 사업을 할 때는 어떤 문제점들이 있었을까? 그런 문제점들을 피하기 위해선 지금 어떻게 해야 할까? 혹시 지금 내가 하고 있는 고민을 나보다 앞

서간 선배들은 어떻게 해결했을까? 그러면 지금 하고 있는 사업과 유사한 형태의 보건의료 모듈을 검색해 보세요.

① 보건의료 모듈 중에서 유사한 형태의 사업을 찾아본다.
보건의료는 크게 아래의 5가지 세부분야(모델)로 나뉘어 있고 각 세부분야마다 2~4개의 모듈로 구성되어 있습니다.

○ 보건의료(분야)
- 보건의료 인적역량강화
- 보건의료 제도적 역량강화
- 양질의 의료서비스 제공
- 모자보건 및 가족계획 향상(세부분야/모델)
  - 가족계획 및 생식건강 향상(모듈)
  - 산전관리, 출산, 산후관리 향상(모듈)
  - 신생아 관리 향상(모듈)
  - 예방접종 관리 향상(모듈)
- 전염병 관리 및 예방강화(세부분야/모델)

② 비슷한 형태의 모듈을 찾았으면 그 안에 이런 것이 보입니다. 이것을 활용하여서 사업을 운용하면서 점검할 사항을 확인합니다.

○ Management Check Point
- 사업의 선정단계
- 사업의 디자인 단계
- 사업의 실시 단계

○ 기존 사업의 경험 및 교훈
- 과거 적용사례
- 교훈(성공요인, 실패요인)
- 적용
  (사업담당자가 집행계획을 세울 때 기존사업의 경험 및 교훈 칸을 채울 때도 쓰실 수 있습니다.)

[첨부 1] 모자보건 서비스 제공장소 별 생식과 모성·신생아·아동 보건의 필수활동 및 필요물품

Part 1. 생식과 모성 필수활동 및 필요기구

	시기	필수활동	필요기구
가정과 지역사회	임신 전	– 첫 임신을 늦추고 출산 터울 조절 – 임신 전후 엽산 보급 – 에이즈를 포함한 성병 예방 관리	– 상담, 건강교육과 홍보 자료 – 피임기구(콘돔 포함) – 엽산 – 살충 처리된 모기장
	임신 중		– 상담, 건강교육과 홍보 자료 – 가정 기반 모성기록 – 출산과 응급처치관련 매뉴얼 – 콘돔 – 살충 처리된 모기장
	진통과 분만	– 진통 시 사회적 지원 – 감염 예방 – 전문 인력에 의한 출산이 이뤄지는 장소에서 분만 후 출혈 예방, 자궁수축제를 이용한 진통 3기에 대한 적극적인 관리	– 출산과 응급처치관련 매뉴얼
	출산 후	– 모유수유에 대한 조언과 지원 – 분만 후 출혈과 감염과 같은 합병증을 관리하기 위한 조언과 지원 – 가족계획에 대한 조언 제공	– 상담, 건강교육과 홍보 자료 – 가정기반 모성기록 – 피임기구(콘돔 포함) – 출산과 응급관련 수기카드
1차 보건 / Outreach	임신 전	– 첫 임신을 늦추고 터울 조절 홍보 – 임신 전후 엽산 보급 – 에이즈를 포함한 성병 예방과 관리	– 상담, 건강교육과 홍보 자료 – 피임기구(콘돔, 정관수술 포함) – 엽산 – 실험실 검사 키트 – 수술 장비 – 혈압계 – 항 레트로바이러스제 – 살충 처리된 모기장 – 기생충약 – cotrimoxazole
	임신 중	– 적절한 산전 관리 패키지 (WHO 산전 관리 패키지) – 조기 양막 파열 관리 – 항레트로바이러스를 이용한 에이즈 치료 시작	– 상담, 건강교육과 홍보 자료 – 가정 기반 모성기록 – 출산과 응급처치관련 매뉴얼 – 콘돔 – 혈압계 – 청진기 – 현장 검사(헤모글로빈, 임신, 단백뇨, 에이즈, 매독, 온도계)

1차 보건 / Outreach	임신 중		– 백신(파상풍) – 철과 엽산 – 정맥 내 주사 – 비경구적 약(항생제, MGS04) – 흡입기 – 장갑 – 산소 – Calcium gluconate – 살충 처리된 모기장 – 항 말라리아 약 – 기생충약 – cotrimoxazole
	진통과 출산	– 진통 시 분만그래프 사용 – 진통 시 사회적 지원 – 감염 예방 – 진통 시 고통완화 – 전문 인력에 의한 출산이 이뤄지는 장소에서 분만 후 출혈 예방, 자궁수축제를 이용한 진통 3기에 대한 적극적인 관리 – 조기 출산 관리	– 출산 kit – 옥시토신 – Partograph – 혈압계 – 청진기 – 온도계 – 진공 분만기(Vacuum extractor) – 장갑 – 정맥 내 주사 – 정맥주사약(항생제, MGS04) – 마취제 – 산소 – 신생아 suction 장치 – 신생아 소생법 – 가정 기반 모성기록 – Calcium gluconate – 비타민 K – 조기 진통을 위한 corticosteroids
	출산 후	– 모유수유 교육 – 분만 후 출혈과 감염과 같은 합병증을 관리하기 위한 교육 – 가족계획에 대한 교육 – 항레트로바이러스를 이용한 에이즈 치료 시작	– 상담, 건강교육과 홍보 자료 – 가정기반 모성기록 – 피임기구(콘돔 포함) – 출산과 응급처치관련 매뉴얼 – 혈압계 – 청진기 – 온도계 – 현장 검사(헤모글로빈, 임신, 단백뇨, 에이즈, 매독, 온도계) – 백신 – 기초적인 구강 약 – 정맥 내 주사 – 항생제, MgSO4, 옥시토신 – 장갑 – 무통증

1차 보건 / Outreach	출산 후		– 산소 – Calcium gluconate – 살충처리된 모기장 – 항 말라리아 약 – 기생충 약 – cotrimoxazole
2차 병원	임신 전	– 첫 임신을 늦추고 출산 터울 조절 – 임신 전후 엽산 보급 – 에이즈를 포함한 성병 예방과 관리 – 유산 관리의 접근성과 관리 – 유산 후 관리 제공	– 수술 장비 – 상담, 건강교육과 홍보 자료 – 피임기구(콘돔 포함) – 임신 검사 Kit – 진공 흡입 기구 – 인공유산을 위한 약 (nifepristone + misoprostol) – 마취제 – 항생제 – 자궁수축제 – 비경구적 / 경구적 항생제 – 정맥 내 주사 – 산소 – 혈액과 수혈세트 – 수술실 약
	임신 중	– 적절한 출산 전 관리 패키지 – 태위이상을 줄이기 위한 두위회전술 – 분만 전 출혈 관리 – 전자간증 관리	– 수술 장비 – 무통증과 부분마취 – 항생제 – 자궁수축제 – 비경구적 / 경구적 항생제 – 정맥 내 주사 – 산소 – 혈액과 수혈세트 – 수술실 약 – 마취 – 생화학 검사 위한 실험실 장비 – 살충 처리된 모기장 – 항 말라리아 약 – 기생충 약 – cotrimoxazole
	진통과 출산	– 진통 시 Partograph 사용 – 진통 시 사회적 지원 – 감염 예방 – 진통 시 고통완화 – 전문 인력에 의한 출산이 이뤄지는 장소에서 분만 후 출혈 예방, 자궁수축제를 이용한 진통 3기에 대한 적극적인 관리 – (유도분만 시) 진통 동반되는 조기 양막 파열의 관리	– 수술장비 – 무통증과 부분마취 – 항생제 – 자궁수축제 – 비경구적 / 경구적 항생제 – 정맥 내 주사 – 산소 – 혈액과 수혈세트 – 수술실 약 – 마취

2차 병원	진통과 출산	– 조기 양막 파열의 관리 – 연장되거나 막힌 진통에 대한 관리 – 특정 조짐에 대한 제왕절개 – 자간증의 예방과 치료 – 둔위 태아에 대한 임상적인 관리 (자연분만/제왕절개)	– 생화학 검사 위한 실험실 장비
	출산 후	– 모유수유 교육 – 가족계획에 대한 조언과 지원 – 모성 빈혈에 대한 치료 – 모성 감염에 대한 치료 – 출산 후 출혈 관리 – 에이즈에 대해 항레트로 바이러스 치료 시작	– 상담, 건강교육과 홍보 자료 – 가정 기반 모성기록 – 피임기구(콘돔 포함) – 출산과 응급처치관련 매뉴얼 – 수술 kit – 무통증과 부분마취 – 항생제 – 자궁수축제 – 비경구적 / 경구적 항생제 – 정맥 내 주사 – 산소 – 혈액과 수혈 세트 – 수술실 약 – 마취 – 생화학 검사 위한 실험실 장비 – 살충 처리된 모기장 – 항 말라리아 약 – 기생충 약 – cotrimoxazole

Part 2. 신생아 필수활동과 필요기구

	필수활동	필요기구
가정과 지역사회	– 신생아 폐렴에 대한 구강 항생제 – 신생아 관리를 위한 가정방문 – 수직감염 방지를 위한 항레트로바이러스제 (모유수유)	– 상담, 건강 교육과 홍보 자료 – 체중계 – 온도계 – 시계 – 아동 건강기록과 예방접종 카드 – 살충 처리된 모기장
1차 보건 / Outreach	– 수직감염 방지를 위한 항레트로바이러스제 (모유수유)	– 상담, 건강 교육과 홍보 자료 – 체중계 – 온도계 – 시계 – 아동 건강기록과 예방접종 카드 – 살충 처리된 모기장 – 현장 검사(매독, 에이즈) – 백신 – 경구보급염과 zinc 알약 – 부분 감염에 대한 경구적/비경구적 항생제 – 유즙기와 cup feeding – 항 레트로바이러스약 – cotrimoxazole 약
2차 병원	– 출산 후 첫 시간에 산모와 아기의 피부접촉 (모유 수유율과 보온성 보호) – 출산 시 질식에 대한 소생 – 신생아의 비타민 K 예방법 – 저체중/조기출생아를 안정적으로 관리하기 위한 캥거루 엄마 관리 (정상아보다 〈2000gc 작은) – 조기출산아기에 대한 호흡곤란증후군을 예방하고 치료하기 위한 계면활성제 치료법 – 호흡곤란증후군을 예방, 치료하기 위한 연속적인 지속적 상기도 양압술 – 박테리아 감염의 위험이 있을 신생아에 대한 항생제 – 초저체중 신생아에 대한 비타민 A 보충 – 출산 전 스테로이드(신생아 사망률, 호흡곤란증후군, 뇌출혈)	– 상담, 건강 교육과 홍보자료 – 체중계, 온도계, 시계 – 아동건강 기록과 예방접종 카드 – 살충 처리된 모기장 – 약 현장검사(매독, 에이즈) – 백신 – 경구보급염과 zinc 알약 – 부분 감염에 대한 경구적 / 비경구적 항생제 – 유즙기와 cup feeding – 기록유지 자료 – 항 레트로바이러스약 – cotrimoxazole – 산소 – 정맥 내 주사 – 비위강 튜브 – binders for kmc – 신생아 보온 / 인큐베이터 – 혈액과 수혈 세트 – 광선치료 – 실험실 – 생화학적 / 미생물학적 검사 키트

Part 3. 아동 필수활동 및 필요기구

	필수활동	필요기구
가정과 지역사회	– 6개월 동안 모유단일수유 – 2살이 될 때까지 지속적인 모유수유 – 6~23개월이 될 때까지 보완적인 모유수유 – 비타민 A 보충 – 아동을 위한 살충처리한 모기장 – 아동 폐렴의 관리 – 설사 관리 향상 (ORS. zinc 와 지속적인 수유)	– 상담, 건강교육과 홍보자료 – 살충처리한 모기장 – 말라리아 신속진단세트 – 항 말라리아 약
1차 보건 / Outreach	– 비타민 A 보충 – 아동을 위한 살충처리 모기장 – 에이즈에 노출된 아동을 위한 수유 연습 – 백신 : H 인플루엔자 b타입(Hib) – 백신 : 혼합형 폐렴구균 백신 – 백신 : 로타 바이러스 – 아동기 폐렴 관리 – 강화된 설사 관리 (구강 보급염, zinc와 지속적인 수유) – 아동의 이질치료를 위한 항생제 – 홍역과 폐렴 치료를 위한 비타민 A	– 상담, 건강교육과 홍보자료 – 살충 처리된 모기장 – 말라리아 신속진단세트 – 구강 보급염과 zinc 알약 – 항 말라리아 약 – 백신과 장비 – cotrimoxazole 약 – RUTF – 미량 영양소 보충 – 항레트로 바이러스 약
2차 병원	– 에이즈 완치생존을 위한 항 레트로바이러스 치료 – 에이즈에 노출된 아동을 위한 수유 연습 – 백신 : H 인플루엔자 b타입(Hib) – 백신 : 혼합형 폐렴 백신 – 백신 : 로타 바이러스 – 심각한 급성 영양실조 관리 – 아동기 폐렴 관리 – 아동기 뇌수막염 관리 – 아동기 말리리아 관리 – 강화된 설사 관리 (구강 보급염, zinc와 지속적인 수유) – 아동의 이질치료를 위한 항생제 – 홍역과 폐렴 치료를 위한 비타민 A	– 상담, 건강교육과 홍보자료 – 살충처리된 모기장 – 빠른 말라리아 진단검사 – 구강 보급염과 zinc 알약 – 항 말라리아 약 – 백신과 장비 – cotrimoxazole 약 – RUTF – 미량 영양소 보충 – 항레트로 바이러스 약 – 비경구적 / 경구적 항 경련제 – 정맥 내 주사 – 산소 – F100,F75

[첨부 2] 모자보건 모듈 별 사업개요서 및 PDM

사 업 명	국문	KOICA 가족계획 프로그램		
	영문	KOICA Family Planning Program in OOO		
국 명		OOO	분 야	보건의료

구 분		내 용	
사업목적		• 사업지역 주민들이 안전하고 지속적인 가족계획 서비스를 통해 모성사망률 감소에 이바지한다.	
사업내용		1. 사업지역 주민들의 가족계획에 대한 지식 및 태도 향상 2. 보건의료 인력의 가족계획서비스 역량 강화 3. 적절한 가족계획 서비스를 지속적으로 제공 4. 지역사회 가족계획 파트너십을 구축	
양국 부담사항	한국 (300만 불)	사전평가/사후평가 (40만 불)	① 사전조사 및 Baseline Survey 비용 20만 불 ① 사후평가 및 Endline Survey 비용 20만 불
		가족계획 인식향상 (50만 불)	1-a 가족계획 필요성에 대한 지역사회 홍보활동 실시 1-b 건강보조요원을 활용한 지역사회 교육 실시 1-c 주민지도자를 활용한 교육 실시 1-d 주민 대상 교육실시
		가족계획 서비스 역량강화 (30만 불)	2-a 간호사 및 조산사의 가족계획 서비스 역량강화 2-b 건강보조요원의 가족계획 서비스 역량강화
		적절한 가족계획 서비스 제공 (95만 불)	3-a 보건소에 가족계획 서비스 상담 및 시술센터 운영 3-b 마을별 가족계획 아웃리치 서비스 제공 3-c 가족계획 서비스를 위한 물품 제공
		지역사회 가족계획 파트너십 구축 (15만 불)	4-a 마을별 가족계획 주민위원회 구성 및 운영 4-b 사업지역 NGO 및 가족계획 기구와의 연계 4-c 사업지역 보건시스템과의 연계
		사업단 운용비 (50만 불)	① PMC 운용비용 10만 불 ① 서울사무소 인건비 10만 불 ① 현장사무소 인건비 30만 불
		기타(20만 불)	타당성조사, 중간평가, 종료평가, 사업 모니터링
	OOO	• 각종 행정과 물품통관 지원 • 가족계획 서비스 운영을 위한 보조인력 제공 • 건강보조요원이 동사업에 참여할 수 있도록 행정적인 협조	
사업대상지		• OOO 국 OOO Province OOO district (인구 50만)	
사업규모/기간		• 300만 불 / 2011~2013(36개월) / ※ 사업 형성기 1년 제외	
수혜자		• OOO 국 OOO Province OOO district 여성과 어린이	
기대효과		1. 사업지역 가족계획 실천율을 사업 종료 시까지 OO%로 상승한다. 2. 사업지역 가족계획 서비스 이용률을 사업 전의 OOO% 이상 증가시킨다. 3. 사업지역 미충족 가족계획 수요를 사업 종료 시까지 OO%로 감소시킨다.	
사업 시행기관	한국	PMC : OOO (인구보건 복지협회, 간호대학, 보건대학, 보건NGO, 보건컨설팅 업체 등)	
	OOO	협력국 보건부(Ministry of health, OOO)	

KOICA 가족계획 프로그램(안) PDM(Project Design Matrix)

사업명 : OOO 가족계획 사업 | 기간 및 예산 : 2011~2013(36개월) / 300만 불 | 양식번호 : 1.0

사업대상지역 : OOO 지역(인구 50만) | 수혜그룹 : 해당 지역주민, 보건의료인력 | 작성일 : 2011. OO. OO

Narrative Summary (프로젝트 요약)	Verifiable Indicators (지표)	Means of Verification (지표데이타 입수수단)	Important Assumptions (외부조건)
Overall Goal(상위목표) 1. 사업지역의 모성사망률 감소	1. 사업지역의 모성사망률 감소	1. 보건청 통계자료 (Impact evaluation 위해 대조군 설정)	
Project Purpose(사업목표) 1. 사업지역 주민들이 안전하고 지속적인 가족계획 서비스를 받는다.	1. 사업지역 가족계획 실천율을 사업 종료 시까지 OO%로 상승한다. 2. 사업지역 가족계획 서비스 이용률을 사업 전의 100% 이상 증가시킨다. 3. 사업지역 미충족 가족계획 수요를 사업 종료 시까지 OO%로 감소시킨다.	1. 주민가구조사(사전/사후) 2. 가족계획 서비스 제공 리스트 (사전/사후) 3. 주민가구 조사(사전/사후)	1. 사업지역의 내전, 부족 간 전쟁이 벌어지지 않는다. 2. 사업지역에 전염병이 발생하지 않는다.
Outputs(성과) 1. 사업지역 주민들의 가족계획에 대한 지식 및 태도 향상 2. 보건의료 인력의 가족계획서비스 역량 강화 3. 적절한 가족계획 서비스를 지속적으로 제공 4. 지역사회 가족계획 파트너십을 구축	1. ① 지역주민의 가족계획 필요성 인식률을 사업 종료 시까지 OO%로 상승시킨다. ② 지역주민의 정확한 피임법에 대한 정보를 가진 비율을 OO%로 상승시킨다. ③ 건강보조요원과 주민지도자의 가족계획교육 참여율을 OO% 이상으로 유지한다. 2. ① 가족계획 상담을 시행할 수 있는 건강보조요원, 조산사, 간호사를 OO명 양성한다. ② 가족계획 시술을 할 수 있는 조산사, 간호사를 OO명 양성한다. 3. ① 사업지역 보건소 OO중 가족계획 상담 및 시술을 할 수 있는 보건소가 OO개 이상이 되도록 한다.	1. ① 주민가구 설문조사(사전/사후/대조군) ② 주민가구 설문조사(사전/사후/대조군) ③ 가족계획 교육 참여자 리스트 2. ① 가족계획 워크숍 졸업자 리스트 ② 가족계획 시술 트레이닝 이수자 리스트 3. ① 사업지역 보건소 평가 (사전/사후/대조군) ② 주민가구 설문조사(사전/사후/대조군) ③ 주민가구 설문조사(사전/사후/대조군) 4. ① 주민위원회 구성 조직도 ② 사업지역 NGO 간담회 회의록 ③ 사업지역 보건시스템 간담회 회의록	1. 사업수행관련 수원국측 정부(관계기관)와 유기적 협조관계를 구축한다. 2. 사업지역 주민들이 적극적으로 협력한다.

<table>
<tr><td></td><td>② 보건소 및 아웃리치를 통해서 콘돔 및 경구피임약에 접근할 수 있는 비율을 OO%이상이 되도록 한다.
③ 장기 피임시술율과 영구피임시술율을 사업 전에 비해서 OO% 이상 증가하도록 한다.
4. ① 사업지역의 모든 마을에 가족계획 주민위원회를 구성을 OO% 이상 한다.
② 사업지역에서 활동하는 NGO와 미팅을 통해 정보교환을 한다. (간담회 횟수/월별 1회)
③ 사업지역 보건시스템과 정기간담회를 개최한다.(간담회 횟수/분기별 1회)</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">Activities(활동)

[가족계획 인식향상]
1-a 가족계획 필요성에 대한 지역사회 홍보활동 실시
① 라디오를 활용한 정기적인 가족계획 홍보
② 지역사회 장터에서의 홍보 퍼포먼스 실행
③ 신문을 통한 지역사회 가족계획 홍보
1-b 건강보조요원을 활용한 지역사회 교육 실시
① 건강보조요원 가족계획 초기 워크숍 실행
② 건강보조요원 분기별 교육 실행
1-c 주민지도자를 활용한 교육 실시
① 주민지도자 대상으로 TOT 실시
② 주민지도자 분기별 교육 실행
1-d 주민 대상 교육실시
① 가족계획을 위한 마을별 남성 교육 실시
② 가족계획을 위한 마을별 여성 교육 실시
③ 건강보조요원 가정방문을 통한 주민 교육 실행(방문비 지원)
④ 주민지도자를 활용한 주민 교육 실행(교육비 지원)

[가족계획 서비스 역량강화]
2-a 간호사 및 조산사의 가족계획 서비스 역량강화
① 가족계획 서비스의 필요성 교육 워크숍 실행
② 가족계획 서비스의 종류 및 장, 단점 교육 워크숍 실행
③ 가족계획 서비스 상담 매뉴얼 교육 실행</td><td>Input(투입)

〈한국 측〉
• 자금
① PMC 운용비용 10만 불
① 서울사무소 인건비 10만 불
① 현장사무소 인건비 30만 불
① 가족계획 홍보비용 20만 불
① 건강보조요원 교육비용 20만 불
① 주민지도자 교육비용 20만 불
① 주민교육 비용 10만 불
① 간호사, 조산사의 가족계획 서비스 워크숍 비용 10만 불
① 보건소 가족계획 전담요원 운영비용 20만 불
① 보건소 가족계획 기자재 제공 비용 40만 불
① 가족계획 시술비 대납 10만 불
① 아웃리치 서비스 제공비용 20만 불
① 가족계획 서비스 물품(콘돔, 경구피임약, 임플라논 등) 25만 불
① 주민위원회 운영비용 10만 불
① NGO 간담회 비용 3만 불
① 보건관계기관 간담회 비용 2만 불</td><td>1. 적격 사업참여 인력 및 기관을 확보한다.
2. 기자재지원 관련비용의 급격한 상승요인 (예: 자재 또는 물류비 상승)이 발생하지 않는다.
3. 가족계획 서비스에 대한 종교적, 문화적인 갈등이 원만히 포용된다.

Pre-Condition(전제조건)
1. 사업지역에 가족계획에 대한 UNMET NEED가 존재한다.</td></tr>
</table>

④ 가족계획 시술 교육 및 실습 2-b 건강보조요원의 가족계획 서비스 역량강화 ① 가족계획 서비스의 필요성 교육 워크숍 실행 ② 가족계획 서비스의 종류 및 장, 단점 교육 워크숍 실행 ③ 가족계획 서비스 상담 매뉴얼 교육 실행 [적절한 가족계획 서비스 제공] 3-a 보건소에 가족계획 서비스 상담 및 시술센터 운영 ① 보건소에 가족계획 서비스 전담요원 확보 ② 보건소에 가족계획 시술 장비(산과초음파, 산과용 검진대 및 기구) 제공 ③ 가족계획 시술 서비스 제공(시술비 제공) 3-b 마을별 가족계획 아웃리치 서비스 제공 ① 분기별 1회 마을별 가족계획 아웃리치 서비스(임플라논 등) 제공 ② 보건소 별 아웃리치 팀 운영 3-c 가족계획 서비스를 위한 물품 제공 ① 단기 피임을 위한 콘돔 및 페미돈, 호르몬 제제 제공 ② 중기 피임을 위한 임플라논 등 주사용 피임기 제공 ③ 가족계획 서비스 안내를 위한 리플렛 및 홍보물 제작 및 제공 [지역사회 가족계획 파트너십 구축] 4-a 마을별 가족계획 주민위원회 구성 및 운영 ① 주민위원회 구성 및 주민지도자 옹호 ② 주민위원회 주최의 가족계획 워크숍 지원 4-b 사업지역에서 활동하는 NGO 및 가족계획 기구와의 연계 ① 사업지역 가족계획 관계기관 회의를 통한 협력 방안 모색 ② 기관별 장점 분석을 통해 서비스 공유 및 가족계획 물품 공유 4-c 사업지역 보건시스템과의 연계 ① 가족계획 영구시술을 위한 보건소와의 협력관계 구축 ② 보건시스템(지역병원-보건소-보건지소)에 연계될 수 있도록 활동 ③ 가족계획 서비스가 산전관리와 출산관리로 연계될 수 있도록 지원	① 사전조사 및 Baseline Survey 비용 20만 불 ① 사후 평가 및 Endline Survey 비용 20만 불 • 인력 ① 서울사무소 PMC 총책임자 1인 가족계획 관련 4급 전문가 1인 행정처리 요원 1인 ① 현장사무소 현장 총책임자 1인 현장 관리운영자 1인 현지인 관리운영자 2인 • 기자재 , 지원물품 보건소별 초음파 1 대, 보건소별 산과용 검진 침대 1대 보건소별 가족계획 시술 세트 1세트씩 아웃리치용 가족계획 시술 세트 1세트씩 가족계획 홍보용 물품 1세트 콘돔, 경구피임약 • 기타 타당성조사, 사전조사, 중간평가, 종료평가 비용 별도 산정 〈협력국〉 • 인력 보건소 의사 보건소 간호사 조산사 건강보조요원 주민지도자 아웃리치 자원봉사자 • 기타 각종 행정과 물품통관 지원 가족계획 서비스 운영을 위한 보조인력 제공 건강보조요원이 동사업에 참여할 수 있도록 행정적인 협조	

[사업개요서 모델 / 안전한 임신 및 출산 프로그램]

사 업 명	국문	KOICA 안전한 임신 및 출산 프로그램		
	영문	KOICA Safe Pregnancy & Birth Program in OOO		
국 명		OOO	분 야	보건의료

구 분		내 용	
사업목적		• 사업지역 주민들이 안전한 산전, 출산, 산후관리 서비스를 통해 모성사망률 감소에 이바지한다.	
사업내용		1. 사업지역 임산부가 출산 전 4회 이상 산전관리를 받는다. 2. 사업지역 임산부가 숙련된 출산전문인력에 의해 분만을 한다. 3. 사업지역 임산부가 출산 후 일주일 이내에 적절한 산후 관리를 받는다.	
양국 부담사항	한국 (300만 불)	사전평가/사후평가 (40만 불)	① 사전조사 및 Baseline Survey 비용 20만 불 ① 사후평가 및 Endline Survey 비용 20만 불
		산전관리 (140만 불)	1-a 지역사회 중심의 산전관리 활동 실시 1-b 의료시설 중심의 산전관리 활동 실시
		출산관리 (250만 불)	2-a 조산사를 활용한 가정분만 시스템 구축 2-b 의료시설 중심의 출산 지원
		산후관리 (130만 불)	3-a 조산사를 활용한 산후관리 시스템 구축 ① 출산 후 일주일 이내 조산사의 가정방문 ② 조산사 가정방문비 지원(교통비, 일비/식비) ③ 산모 산후관리키트 지원 ④ 산후관리 매뉴얼을 활용한 워크숍 시행
		사업단 운용비 (50만 불)	① PMC 운용비용 10만 불 ① 서울사무소 인건비 10만 불 ① 현장사무소 인건비 30만 불
		기타(20만 불)	타당성조사, 중간평가, 종료평가, 사업 모니터링
	OOO	• 각종 행정과 물품통관 지원 • 산전관리 서비스 운영을 위한 보조인력 제공 • 산전관리요원 및 조산가가 동사업에 참여할 수 있도록 행정적인 협조	
사업대상지		• OOO 국 OOO Province OOO district (인구 50만)	
사업규모/기간		• 600만 불 / 2010~2010(36개월) / ※ 사업 형성기 1년 제외	
수혜자		• OOO 국 OOO Province OOO district 여성과 신생아	
기대효과		1. 사업지역 4회 이상 산전관리 비율을 사업 종료 시까지 OO%로 상승한다. 2. 사업지역 숙련된 인력에 의한 출산비율을 OO%로 증가시킨다. 3. 사업지역 산모의 일주일 이내 산후관리의 비율을 사업 종료 시까지 OO%로 증가시킨다.	
사업 시행기관	한국	PMC : OOO (인구보건 복지협회, 간호대학, 보건대학, 보건NGO, 보건컨설팅 업체 등)	
	OOO	협력국 보건부(Ministry of health, OOO)	

KOICA 안전한 임신 및 출산 프로그램(안) PDM(Project Design Matrix)

사업명 : OOO 안전한 임신 및 출산 프로그램　　기간 및 예산 : 2011~2013(36개월) / 600만 불　　양식번호 : 1.0

사업대상지역 : OOO 지역(인구 50만)　　수혜그룹 : 해당 지역주민, 보건의료인력　　작성일 : 2011. OO. OO

Narrative Summary (프로젝트 요약)	Verifiable Indicators (지표)	Means of Verification (지표데이타 입수수단)	Important Assumptions (외부조건)
Overall Goal(상위목표) 1. 사업지역의 모성사망률 감소	1. 사업지역의 모성사망률	1. 보건청 통계자료 (Impact evaluation 위해 대조군 설정)	
Project Purpose(사업목표) 1. 사업지역 주민들이 안전한 산전, 출산, 산후관리 서비스를 받는다.	1. 사업지역 4회 이상 산전관리 비율을 사업 종료 시까지 OO%로 상승한다. 2. 사업지역 숙련된 인력에 의한 출산비율을 OO%로 증가시킨다. 3. 사업지역 산모의 일주일 이내 산후관리의 비율을 사업 종료 시까지 OO%로 증가시킨다.	1. 주민가구조사(사전/사후) 2. 출산 서비스 제공 리스트(사전/사후) 3. 주민가구 조사(사전/사후)	1. 사업지역의 내전, 부족 간 전쟁이 벌어지지 않는다. 2. 사업지역에 전염병이 발생하지 않는다.
Outputs(성과) 1. 사업지역 임산부가 출산 전 4회 이상 산전관리를 받는다. 2. 사업지역 임산부가 숙련된 출산전문인력에 의해 분만을 한다. 3. 사업지역 임산부가 출산 후 일주일 이내에 적절한 산후 관리를 받는다.	1. ① 지역주민의 산전관리 필요성 인식률을 사업 종료 시까지 OO%로 상승시킨다. ② 지역사회 산전관리요원의 워크숍을 분기별 1회 실시한다. ③ 4회 이상 산전관리를 받는 비율이 전체 임산부의 OO% 이상이 되도록 한다. 2. ① 정상 분만을 시행할 수 있는 조산사, 간호사를 OO명 양성한다. ② 조산사에게 안전분만키트 제공비율을 OO% 이상이 되도록 한다. ③ 조산사 및 의료시설에 의해 정상 분만한 비율이 전체분만의 OO% 이상이 되도록 한다. ④ 사업지역에 보건의료 전원체계 (마을-보건소(앰뷸런스)-병원 시스템)를 갖춘 비율을 OO% 이상으로 한다. (마을-보건소(앰뷸런스)-병원 시스템)	1. ① 주민가구 설문조사(사전/사후/대조군) ② 워크숍 결과보고서 ③ 주민가구 설문조사(사전/사후/대조군) 2. ① 조산사 교육 결과 리포트 ② 안전분만키트 공급 리스트 ③ 주민가구 설문조사(사전/사후/대조군) ④ 사업지역 보건시설 현황 및 활용도 평가(사전/사후) ⑤ 사업지역 보건시설 현황 및 활용도 평가(사전/사후) ⑥ 사업지역 보건시설 현황 및 활용도 평가(사전/사후) 3. ① 조산사 활동일지 및 보건소 진료기록 ② 산후관리키트 공급리스트 ③ 조산사 산후관리 워크숍 리포트	1. 사업수행관련 수원국측 정부(관계기관)와 유기적 협조관계를 구축한다. 2. 사업지역 주민들이 적극적으로 협력한다.

<table>
<tr><td></td><td>⑤ 사업지역 보건소에 정상 분만이 가능한 시설이 있는 비율을 OO% 이상으로 한다.
⑥ 사업지역 병원에 제왕절개가 가능한 시설과 의료 인력이 배치되었는지 여부.
3. ① 사업지역 출산을 한 산모 중 일주일 이내 산후관리 서비스를 받은 산모의 비율을 OO% 이상으로 한다.
② 조산사의 산후관리 키트 보급비율을 OO% 이상으로 한다.
③ 조산사 산후관리 워크숍을 분기별 1회 실시한다.</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">Activities(활동)

[산전관리]
1-a 지역사회 중심의 산전관리 활동 실시
① 산전관리의 필요성을 라디오 활용한 정기적인 홍보
② 지역사회 산전관리요원 교육 워크숍(마을 별 2~3회)
③ 산전관리 요원 활동비 지원(방문 시 교통비, 식비, 일비)
1-b 의료시설 중심의 산전관리 활동 실시
① 의료시설 산전관리용 기자재 지원
(산과용 초음파, 산과검진 침대, 혈압계 등)
② 보건소 산전관리 전문 간호사 지정
③ 산전관리 바우처 지급(바우처를 소지한 임산부는 검진 시 무료)

[출산 관리]
2-a 조산사를 활용한 가정분만 시스템 구축
① 6개월 과정의 조산사 양성 교육과정 구축(교육비 지원)
② 조산사에게 응급 안전분만 키트 지급
③ 조산사 활동비 지원(교통비, 일비/식비)
2-b 의료시설 중심의 출산 지원
① 병원급 의료기관 1곳에 제왕절개가 가능한 수술실 구축
② 사업지역 모든 보건소급 의료기관에 정상분만이 가능한 분만실 구축
③ 보건소 별 응급이송을 위한 앰뷸런스 지원
④ 출산 소요비용 지원 바우처 프로그램 제공
⑤ 보건소급 숙련된 출산전문인력을 위한 워크숍 프로그램 제공
⑥ 출산 바우처 지급(바우처를 소지한 임산부는 출산비용 지원)</td><td>Input(투입)

〈한국 측〉
• 자금
① PMC 운용비용 10만 불
① 서울사무소 인건비 10만 불
① 현장사무소 인건비 30만 불
① 산전관리 홍보비용 10만 불
① 산전관리요원 활동비 지원 10만 불
① 산전관리용 기자재 지원 100만 불
① 산전관리 바우처 비용 20만 불
① 조산사 교육비용 100만 불
① 안전분만키트 지원 30만 불
① 산후관리키트 지원 30만 불
① 조산사 활동비 지원 20만 불
① 병원 제왕절개 시스템 구축 지원 50만 불
① 보건소 정상분만 시스템 구축 50만 불
① 보건소 앰뷸런스 지원 50만 불
① 출산 바우처 지원 20만 불
① 출산전문인력 워크숍 지원 10만 불
① 조산사 워크숍 지원 10만 불
① 사전조사 및 Baseline Survey 비용 20만 불
① 사후 평가 및 Endline Survey 비용 20만 불</td><td>1. 적격 사업참여 인력 및 기관을 확보한다.
2. 기자재지원 관련비용의 급격한 상승요인(예: 자재 또는 물류비 상승)이 발생하지 않는다.
3. 산전관리 서비스에 대한 종교적, 문화적인 갈등이 원만히 포용된다.

Pre-Condition(전제조건)
1. 사업지역에 산전 및 출산관리 시스템이 갖추어져 있지 않다.</td></tr>
</table>

[산후 관리] 3-a 조산사를 활용한 산후관리 시스템 구축 ① 출산 후 일주일 이내 조산사의 가정방문 ② 조산사 가정방문비 지원(교통비, 일비/식비) ③ 산모 산후관리키트 지원 ④ 산후관리 매뉴얼을 활용한 워크숍 시행	• 인력 ① 서울사무소 PMC 총책임자 1인 가족계획 관련 4급 전문가 1인 행정처리 요원 1인 ① 현장사무소 현장 총책임자 1인 현장 관리운영자 1인 현지인 관리운영자 2인 • 기자재·지원물품 보건소별 초음파 1대 보건소별 산과용 검진대 1대 보건소별 산과용 검진기구 set 1대 안전분만 키트 2000set 산후관리 키트 2000set 앰뷸런스 15대 제왕절개 수술세트 2set 소파수술 세트 100set • 기타 타당성조사, 사전조사, 중간평가, 종료평가 비용 별도 산정 〈협력국〉 • 인력 보건소 의사 보건소 간호사 조산사 아웃리치 자원봉사자 • 기타 각종 행정과 물품통관 지원 산전관리 서비스 운영을 위한 보조인력 제공 산전관리요원 및 조산가가 동사업에 참여할 수 있도록 행정적인 협조	

[사업개요서 모델 / 안전한 신생아 관리 프로그램]

사 업 명	국문	KOICA 안전한 신생아 관리 프로그램		
	영문	KOICA Safe Neonatal Care Program in OOO		
국 명		OOO	분 야	보건의료

구 분		내 용	
사업목적		• 사업지역에서 태어난 신생아들의 건강한 관리를 통해 신생아사망율 감소에 이바지한다.	
사업내용		1. 사업지역 신생아관리에 대한 인식을 개선한다. 2. 사업지역 신생아관리 인력의 역량강화를 한다. 3. 사업지역 신생아가 적절한 관리를 받는다.	
양국 부담사항	한국 (300만 불)	사전평가/사후평가 (40만 불)	① 사전조사 및 Baseline Survey 비용 20만 불 ① 사후평가 및 Endline Survey 비용 20만 불
		신생아관리 인식개선 (20만 불)	1-a 임산부 등록 및 신생아관리 캠페인 실시 ① 임신 시 임산부 등록 및 신생아관리 필요성 홍보 ② 임산부 보건소 등록 시 신생아관리 필요성에 대한 교육 ③ 임산부 대상 신생아 응급 징후 교육 ④ 임산부 등록 시스템 관리 ⑤ Exclusive Brest Feeding 캠페인
		신생아관리 역량강화 (40만 불)	2-a 조산사 및 간호사 역량강화 2-b 건강보조요원 역량강화 2-c 병원 의료진 역량강화
		신생아 관리 서비스 제공 (210만 불)	3-a 간호사를 활용한 가정방문 신생아관리 시스템 구축 ① 간호사에게 신생아 관리 키트 지급 ② 신생아 4회방문 간호사 활동비지원 3-b 의료시설 중심의 신생아 관리 지원
		사업단 운용비 (70만 불)	① PMC 운용비용 10만 불 ① 서울사무소 인건비 10만 불 ① 현장사무소 인건비 50만 불
		기타(20만 불)	타당성조사, 중간평가, 종료평가, 사업 모니터링
	OOO	• 각종 행정과 물품통관 지원 • 신생아관리 서비스 운영위한 보조인력 제공 • 건강보조요원 및 조산가가 동사업에 참여할 수 있도록 행정적인 협조	
사업대상지		• OOO 국 OOO Province OOO district (인구 50만)	
사업규모/기간		• 400만 불 / 2010~2010(36개월) / ※ 사업 형성기 1년 제외	
수혜자		• OOO 국 OOO Province OOO district 신생아	
기대효과		1. 사업지역 임신부들의 등록률을 사업 종료 시까지 OO%로 상승한다. 2. 사업지역 병원 및 보건소에 신생아 관련 전문 인력 1명 이상 배치된 비율을 OO%로 증가시킨다. 3. 사업지역 신생아가 4회 정기검진을 받는 비율을 사업 종료 시까지 OO%로 증가시킨다.	
사업 시행기관	한국	PMC : OOO(간호대학, 보건대학, 보건NGO, 보건컨설팅 업체 등)	
	OOO	협력국 보건부(Ministry of health, OOO)	

KOICA 신생아 관리 프로그램(안) PDM(Project Design Matrix)

사업명 : OOO 안전한 신생아관리 프로그램　　기간 및 예산 : 2011~2013(36개월) / 400만 불　　양식번호 : 1.0

사업대상지역 : OOO 지역(인구 50만)　　수혜그룹 : 해당 지역주민, 보건의료인력　　작성일 : 2011. OO. OO

Narrative Summary (프로젝트 요약)	Verifiable Indicators (지표)	Means of Verification (지표데이타 입수수단)	Important Assumptions (외부조건)
Overall Goal(상위목표) 1. 사업지역의 신생아사망율 감소	1. 사업지역의 신생아사망율	1. 보건청 통계자료 (Impact evaluation 위해 대조군 설정)	
Project Purpose(사업목표) 1. 사업지역에서 태어난 신생아들이 건강하게 관리된다.	1. 사업지역 임부들의 등록률을 사업 종료 시까지 OO % 로 상승한다. 2. 사업지역 병원 및 보건소에 신생아 관련 전문 인력 1명이상 배치된 비율을 OO%로 증가시킨다. 3. 사업지역 신생아가 4회 정기검진을 받는 비율을 사업 종료 시까지 OO%로 증가시킨다.	1. 주민가구조사(사전/사후) 2. 병원 및 보건소 현황 조사(사전/사후) 3. 산부 등록 카드를 활용한 주민가구 조사 (사전/사후)	1. 사업지역의 내전, 부족 간 전쟁이 벌어지지 않는다. 2. 사업지역에 전염병이 발생하지 않는다.
Outputs(성과) 1. 사업지역 신생아관리에 대한 인식을 개선한다. 2. 사업지역 신생아관리 인력의 역량강화를 한다. 3. 사업지역 신생아가 적절한 관리를 받는다.	1. ① 지역주민의 신생아 관리 필요성 인식률을 사업 종료 시까지 OO%로 상승시킨다. ② 각 보건소별 임산부 등록 시스템 구축율을 OO% 이상으로 한다. ③ 지역사회 임산부 등록률을 사업 종료 시까지 OO% 이상이 되도록 한다. 2. ① 적절한 신생아관리를 시행할 수 있는 조산사, 간호사를 OO 명 양성한다. ② 마을별 건강보조요원을 위한 신생아관리 워크숍을 분기별로 1회 실행한다. ③ 병원급 시설에 신생아 관리 인력(신생아 전문의 1인, 신생아 전문 간호사 2인 이상) 배치되어 있다. ④ 사업지역에 보건소 별로 신생아관리 전문 인력 1인 이상 배치된 비율이 OO% 이상이 되도록 한다.	1. ① 주민가구 설문조사(사전/사후/대조군) ② 임산부 등록 리스트와 보건청 출산기록부와 대조 ③ 임산부 등록 리스트와 보건청 출산기록부와 대조 2. ① 조산사 간호사 교육 결과 리포트 ② 건강보조요원 워크숍 결과 보고서 ③ 병원 및 보건소 현황조사(사전/사후) ④ 병원 및 보건소 현황조사(사전/사후) 3. ① 임산부 등록카드를 활용한 주민가구 조사(사전/사후) ② 신생아 관리키트 지급 리포트 ③ 병원 및 보건소 현황조사(사전/사후) ④ 병원 및 보건소 현황조사(사전/사후)	1. 사업수행관련 수원국측 정부(관계기관)와 유기적 협조관계를 구축한다. 2. 사업지역 주민들이 적극적으로 협력한다.

	3. ① 사업지역 신생아 중 4회 산후관리 서비스를 받은 신생아의 비율을 OO% 이상으로 한다. ② 교육받은 간호사에게 신생아 관리키트 지급비율을 OO% 이상으로 한다. ③ 사업지역에 보건의료 전원체계 (마을-보건소(앰뷸런스)-병원 시스템)를 갖춘 비율을 OO% 이상으로 한다. ④ 사업지역 병원에 신생아 집중치료 시설 활용률이 OO% 이상이다.		
Activities(활동) [신생아 관리 인식 개선] 1-a 임산부 등록 및 신생아관리 캠페인 실시 ① 임신 시 임산부 등록 및 신생아관리 필요성을 라디오 활용한 정기적인 홍보 ② 임산부 보건소 등록 시 신생아관리 필요성에 대한 교육 ③ 임산부 대상 신생아 응급 징후 교육(자가 진단 Flow sheet 배부) ④ 임산부 등록 시스템 관리 ⑤ Exclusive 모유수유 캠페인 [신생아 관리 역량강화] 2-a 건강보조요원 역량강화 ① 1주일 과정의 신생아 관리 워크샵 개설 (IMCI) 구축(교육비 지원) ② 교육을 수료 받은 건강보조요원에게 휴대폰 지급(위험 징후 시 보건소 연락) 2-b 조산사 및 간호사 역량강화 ① 6개월 과정의 신생아관리 교육과정(IMCI) 구축(교육비 지원) - 사업지역 보건소 근무 간호사 대상 프로그램 (주 2회 강의, 1회 실습 교육) 2-c 병원 의료진 역량강화 ① 신생아 집중 치료실 운영 매뉴얼 개발 ② 의사, 간호사 신생아 관리 과정 국내기관과 인력 교류		**Input(투입)** 〈한국 측〉 • 자금 ① PMC 운용비용 10만 불 ① 서울사무소 인건비 10만 불 ① 현장사무소 인건비 50만 불 ① 임산부 등록 홍보비용 10만 불 ① 조산사 및 간호사 교육비용 40만 불 ① 건강보조요원 워크샵 비용 10만 불 ① 병원 의료진 역량강화 20만 불 ① 신생아 관리키트 지원 30만 불 ① 간호사 및 조산사 방문 검진 비 지원 50만 불 ① 신생아 집중치료 시스템 구축 지원 50만 불 ① 보건소 엠블런스 지원 50만 불 ① 신생아 검진 바우처 지원 20만 불 ① 조산사 및 간호사 워크숍 지원 10만 불 ① 사전조사 및 Baseline Survey 비용 20만 불 ① 사후 평가 및 Endline Survey 비용 20만 불	1. 적격 사업참여 인력 및 기관을 확보한다. 2. 기자재지원 관련비용의 급격한 상승요인(예: 자재 또는 물류비 상승)이 발생하지 않는다. 3. 신생아관리 서비스에 대한 종교적, 문화적인 갈등이 원만히 포용된다. **Pre-Condition(전제조건)** **1. 사업지역에 적절한 신생아 관리 서비스가 없어 신생아 사망률이 높다.**

[신생아 관리 서비스 제공] 3-a 간호사를 활용한 가정방문 신생아관리 시스템 구축 ① 6개월 과정의 신생아관리 교육과정(IMCI) 이수한 간호사 대상으로 ② 간호사에게 신생아 관리 키트 지급(신생아 체온관리, 감염관리, 모유수유교육, 예방접종, 영양 및 체중관리) ③ 신생아 4회(1일차, 3일차, 7일차, 28일차)방문 간호사 활동비지원 (교통비, 일비/식비) 3-b 의료시설 중심의 신생아 관리 지원 ① 병원급 의료기관 1곳에 신생아 집중관리 시설 구축 ② 병원급 의료기관 1곳에 신생아 전문의 배치 ③ 보건소 별 응급이송을 위한 앰뷸런스 지원 ④ 신생아 검진 소요비용 지원 바우처 프로그램 제공 ⑤ 보건소급 의료기관 별 신생아 관리 전문 인력 위한 워크숍 프로그램 제공 ⑥ 건강보조요원을 활용한 신생아 전원시스템 구축	• 인력 ① 서울사무소 PMC 총책임자 1인 신생아 관리 4급 전문가 1인 행정처리 요원 1인 ① 현장사무소 현장 총책임자 1인 현장 관리운영자 1인 신생아 관리 전문의 1인 현지인 관리운영자 2인 • 기자재·지원물품 보건소별 신생아 검진 세트 1set 신생아 검진 키트 2000set 엠블런스 15대 병원 신생아실 용 인큐베이터 10대, 신생아 모니터기, 온열기 등 1set • 기타 타당성조사, 사전조사, 중간평가, 종료평가 비용 별도 산정 〈협력국〉 • 인력 보건소 의사 보건소 간호사 조산사 아웃리치 자원봉사자 • 기타 각종 행정과 물품통관 지원 신생아관리 서비스 운영 위한 보조인력 제공 건강보조요원 및 조산가가 동사업에 참여할 수 있도록 행정적인 협조	

[사업개요서 모델 / 기본 예방접종 프로그램]

사 업 명	국문	KOICA 기본 예방접종 역량강화 프로그램		
	영문	KOICA National Immunization Capacity Strengthening Program in OOO		
국 명		OOO	분 야	보건의료

구 분		내 용	
사업목적		• 사업지역 5세 이하 아동들이 기본 예방접종 표에 따라 예방접종을 받아 5세 이하 아동 사망률 감소에 이바지한다.	
사업내용		1. 사업지역 예방접종 인프라를 구축한다. 2. 사업지역 예방접종 관리역량을 배양한다. 3. 사업지역 5세 이하 아동이 예방접종을 받는다.	
양국 부담사항	한국 (300만 불)	사전평가/사후평가 (40만 불)	① 사전조사 및 Baseline Survey 비용 20만 불 ① 사후평가 및 Endline Survey 비용 20만 불
		예방접종 인프라 구축 (210만 불)	1-a 냉장관리 시스템(Cold Chain) 구축 1-b 예방접종 및 소모품 지원 1-c 기본예방접종 백신 지원
		예방접종 관리역량강화 (30만 불)	2-a 예방접종 카드 관리 2-b 예방접종 관리 워크숍 개최 2-c 병원 및 보건소 의료진 역량강화
		예방접종 서비스 접근성 강화 (130만 불)	3-a 예방접종 확대를 위한 홍보활동 강화 3-b 마을 방문 예방접종 시행 3-c 의료시설 중심의 예방접종 캠페인 시행
		사업단 운용비 (50만 불)	① PMC 운용비용 10만 불 ① 서울사무소 인건비 10만 불 ① 현장사무소 인건비 30만 불
		기타(20만 불)	타당성조사, 중간평가, 종료평가, 사업 모니터링
	OOO	• 각종 행정과 물품통관 지원 • 산전관리 서비스 운영을 위한 보조인력 제공 • 산전관리요원 및 조산가가 동사업에 참여할 수 있도록 행정적인 협조	
사업대상지		• OOO 국 OOO Province OOO district (인구 100만)	
사업규모/기간		• 480만 불 / 2010~2010(36개월) / ※ 사업 형성기 1년 제외	
수혜자		• OOO 국 OOO Province OOO district 5세 이하 아동	
기대효과		1. 사업지역 보건소 별 예방접종 인프라(냉장창고, 냉장고, 냉장운반차량) 구축비율을 사업 종료 시까지 OO%로 상승한다. 2. 사업지역 병원 및 보건소에 예방접종 관련 전문 인력 1명이상 배치된 비율을 OO%로 증가시킨다. 3. 사업지역 5세 이하 아동 중 기본 예방접종 표에 따라 예방접종을 받고 있는 비율을 사업 종료 시까지 OO%로 증가시킨다.	
사업 시행기관	한국	PMC : OOO (질병관리본부, 국립보건원, 백신 관련 연구소, 보건대학, 의료원, 보건컨설팅 업체, 백신생상 제약회사 등)	
	OOO	협력국 보건부(Ministry of health, OOO)	

KOICA 기본 예방접종 프로그램(안) PDM(Project Design Matrix)

사업명 : OOO 예방접종 역량강화 프로그램　　기간 및 예산 : 2011~2013(36개월) / 480만 불　양식번호 : 1.0

사업대상지역 : OOO 지역(인구 100만 / 5세 이하 아동 30만)　수혜그룹 : 해당 지역 5세 이하 아동　작성일 : 2011. OO. OO

Narrative Summary (프로젝트 요약)	Verifiable Indicators (지표)	Means of Verification (지표데이타 입수수단)	Important Assumptions (외부조건)
Overall Goal(상위목표) 1. 사업지역의 5세 이하 아동 사망률 감소	1. 사업지역의 1세 이하 영아 사망률 2. 사업지역의 5세 이하 아동 사망률	1. 보건청 통계자료 (Impact evaluation 위해 대조군 설정)	
Project Purpose(사업목표) 1. 사업지역 5세 이하 아동들이 협력국 기본 예방접종 표에 따라 예방접종을 받는다.	1. 사업지역 보건소 별 예방접종 인프라 (냉장창고, 냉장고, 냉장운반차량) 구축 비율을 사업 종료 시까지 OO%로 상승한다. 2. 사업지역 병원 및 보건소에 예방접종 관련 전문 인력 1명 이상 배치된 비율을 OO%로 증가시킨다. 3. 사업지역 5세 이하 아동 중 기본 예방접종 표에 따라 예방접종을 받고 있는 비율을 사업 종료 시까지 OO%로 증가시킨다.	1. 병원 및 보건소 현황 조사(사전/사후) 2. 병원 및 보건소 현황 조사(사전/사후) 3. 예방접종 등록 카드를 활용한 주민가구 조사(사전/사후)	1. 사업지역의 내전, 부족 간 전쟁이 벌어지지 않는다. 2. 사업지역에 전염병이 발생하지 않는다.
Outputs(성과) 1. 사업지역 예방접종 인프라를 구축한다. 2. 사업지역 예방접종 관리역량을 배양한다. 3. 사업지역 5세 이하 아동이 예방접종을 받는다.	1. ① 사업지역 보건국에 백신 냉장관리 시스템이 사업종료 시점까지 설치 운영된다. ② 사업지역 보건소에 백신 냉장관리 시스템이 OO% 이상으로 설치 운영된다. ③ 사업지역 보건소별 예방접종 소모품 보급률이 OO% 이상으로 보급되어 있다. ④ 사업지역 보건소에 기본예방접종을 위한 백신 보급률이 OO% 이상을 유지한다. 2. ① 적절한 예방접종관리를 시행할 수 있는 전문 인력 OO명 양성한다. ② 사업지역에 보건소 별로 예방접종 관리 전문 인력 1인 이상 배치된 비율이 OO% 이상이 되도록 한다. ③ 5세 이하 아동의 OO% 이상이 예방접종 카드를 소지한다.	1. ① 병원 및 보건소 현황조사(사전/사후) ② 병원 및 보건소 현황조사(사전/사후) ③ 병원 및 보건소 현황조사(사전/사후) ④ 병원 및 보건소 현황조사(사전/사후) 2. ① 예방접종 워크샵 결과 보고서 ② 병원 및 보건소 현황조사(사전/사후) ③ 주민 가구 조사(사전/사후) ④ 병원 및 보건소 현황조사(사전/사후) 3. ① 홍보활동 리포트 ② 예방접종 캠페인 결과보고서 ③ 주민가구 조사(사전/사후)	1. 사업수행관련 수원국측 정부(관계기관)와 유기적 협조관계를 구축한다. 2. 사업지역 주민들이 적극적으로 협력한다.

	3. ① 사업지역 예방접종 홍보활동을 분기별 1회 이상 실시한다. ② 사업지역 마을별 분기당 1회 이상 예방접종 캠페인을 벌인 비율을 OO% 이상으로 한다. ③ 사업지역의 5세 이하 아동 중 기본예방접종을 받고 있는 비율을 사업 종료 시까지 OO%로 증가시킨다.		
Activities(활동) [예방접종 인프라 구축] 1-a 냉장관리 시스템(Cold Chain) 구축 ① 사업지역 보건국에 냉장창고 건설 ② 사업지역 보건국에 냉장차량 지원 ③ 사업지역 보건소에 태양열 냉장고 지원 ④ 사업지역 보건소에 냉장 box 및 오토바이 지원 1-b 예방접종 및 소모품 지원 ① 예방접종용 주사기 지원 ② 예방접종용 솜 및 기타 물품 지원 ③ 예방접종 소모품 소각로 설치 1-c 기본예방접종 백신 지원 option ① UNICEF를 통한 백신공급 option ② 제약회사를 통한 백신공급 [예방접종 관리 역량강화] 2-a 예방접종 카드 관리 ① 신생아 시기에 예방접종 카드 발급 및 보건소 보관 ② 예방접종 후 환자용 카드 기록 및 보건소용 카드에 기록 2-b 예방접종 관리 워크샵 개최 ① 일주일 과정의 예방접종관리 매뉴얼 교육과정 구축(교육비 지원) - 사업지역 보건소 근무 간호사 및 간호보조요원 대상 프로그램 (주 2회 강의, 1회 실습 교육) ② 예방접종 부작용 관리 시스템 구축 2-c 병원 및 보건소 의료진 역량강화 ① 기본예방 접종 매뉴얼 교육을 위한 워크숍 ② 의사, 간호사 예방접종 관리과정 국내기관과 인력 교류		**Input(투입)** 〈한국 측〉 • 자금 ① PMC 운용비용 10만 불 ① 서울사무소 인건비 10만 불 ① 현장사무소 인건비 30만 불 ① 냉장창고 건설비용 10만 불 ① 냉장차량, 냉장오토바이, 냉장고 100만 불 ① 예방접종 소모품 지원 비용 10만 불 ① 예방접종 폐기물 소각로 20만 불 ① 백신 공급 약 100만 불 (수량과 종류에 따라 천차만별) ① 예방접종 관리 워크샵 지원 10만 불 ① 병원 의료진 워크샵 지원 10만 불 ① 예방접종 카드 작성 및 관리 10만 불 ① 예방접종 홍보활동 10만 불 ① 마을 방문 예방접종 활동 100만 불 ① 의료시설 예방접종 활동 지원 10만 불 ① Baseline Serve 비용 20만 불 ① 사후 평가 및 Endline Survey 비용 20만 불	1. 적격 사업참여 인력 및 기관을 확보한다. 2. 기자재지원 관련비용의 급격한 상승요인(예: 자재 또는 물류비 상승)이 발생하지 않는다. 3. 예방접종 서비스에 대한 종교적, 문화적인 갈등이 원만히 포용된다. **Pre-Condition(전제조건)** **1. 사업지역에 적절한 예방접종 시스템이 없어 5세 이하 아동사망률이 높다.**

[예방접종 서비스 접근성 강화] 3-a 예방접종 확대를 위한 홍보활동 강화 ① 라디오를 활용한 예방접종 광고 활동 ② 지역장터를 활용한 예방접종 광고 활동 3-b 마을 방문 예방접종 시행 ① 관할 보건소 중심으로 마을별 분기당 1회 방문 ② 간호사 1인, 간호보조요원 1인 2인 1조로 마을별 방문하여 예방접종 실시 3-c 의료시설 중심의 예방접종 캠페인 시행 ① 보건소별 예방접종 담당자 1인 지정 ② 보건소 예방접종 기록 카드 작성 ③ 보건소 예방접종 시술	• 인력 ① 서울사무소 PMC 총책임자 1인 예방접종 4급 전문가 1인 행정처리 요원 1인 ① 현장사무소 현장 총책임자 1인 현장 관리운영자 1인 현지인 관리운영자 2인 • 기자재·지원물품 보건국 냉장창고 냉장차량 1set 보건소 냉장고 냉장오토바이 예방접종 소모품 백신 • 기타 타당성조사, 사전조사, 중간평가, 종료평가 비용 별도 산정 〈협력국〉 • 인력 보건소 의사 보건소 간호사 간호보조요원 마을 예방접종 자원봉사자 • 기타 각종 행정과 물품통관 지원 예방접종 운영위한 보조인력 제공 건강보조요원 및 간호사가 동사업에 참여할 수 있도록 행정적인 협조	

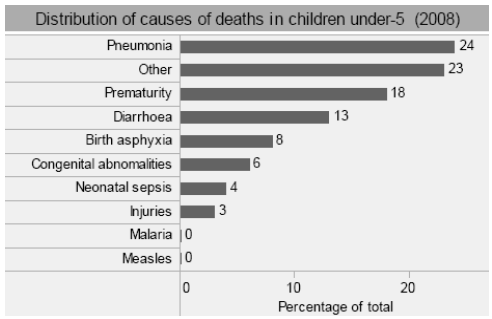
※ 어느 지역이든 협력국 보건부, WHO, UNICEF가 EPI(면역프로그램확대) 사업을 시행하고 있으므로 아래 Activity 중 부족한 부분을 채우기 위해서 프로그램을 구성하고 기존 프로그램과 조화하는 것이 반드시 필요함.

[첨부 3] 중점 협력국 및 일반협력국의 모자보건 개요

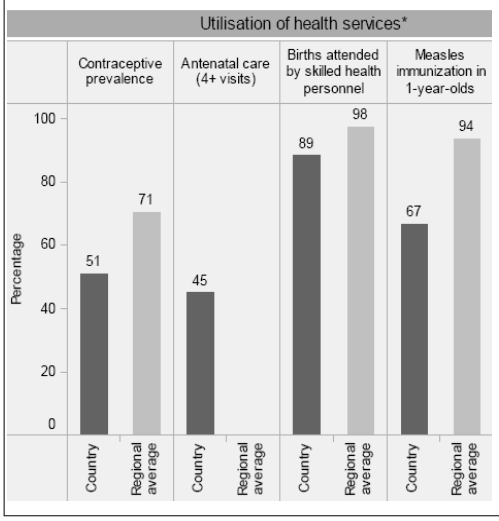


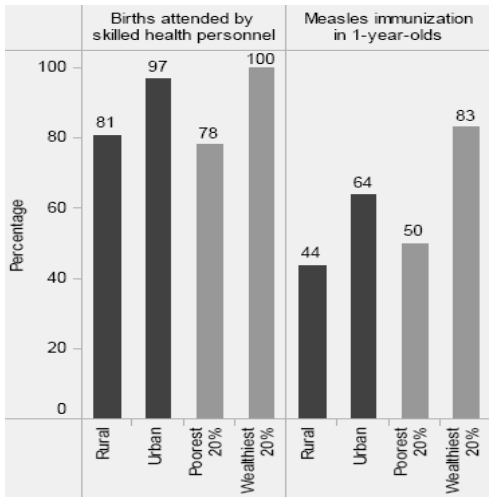
Country indicators	
Total population (000); % urban	8781100
Adolescent population (15–19 yrs)(000); % of total	–
Number of women of reproductive age (age 15–49)(000); % of total	–
Total fertility rate (children per woman)	2.3
Crude birth rate (per 1,000 population)	17.8
Births per year (000)	–
% of all births registered	–
Number of maternal deaths	–
Neonatal mortality rate (per 1,000 live births)	19
Stillbirth rate (per 1,000 births)	–
Number of pregnant women tested for HIV	–
Midwives are authorized to administer a core set of life-saving interventions	–
Density of midwives, nurses and doctors per 1,000 population	84
Estimated workforce shortage to attain 95% skilled birth attendance by 2015	–
Gross secondary school enrolment (male; female) %	–
Literacy rate (age 15 and over) (male; female) %	99;99
MDG indicators	
Maternal mortality ratio (per 100,000 live births)	38
Proportion of births attended by skilled health personnel (%)	89
Contraceptive prevalence rate (modern methods) (%)	51.1
Adolescent birth rate (births per 1,000 women age 15–19)	33.5
Antenatal care coverage (at least one visit;at least four visits) (%)	76;45

Unmet need for family planning (%)	22.7
Under-5 mortality rate (per 1,000 live births	33.5
MIDWIFERY BAROMETER	
Midwives (including nurse-midwives)	71833
Obstetricians	-
Community health workers with some midwifery training	-
Number of midwifery education institutions (total);number of private	-
Number of facilities providing essential childbirth care	-
Facilities per 1,000 births	-









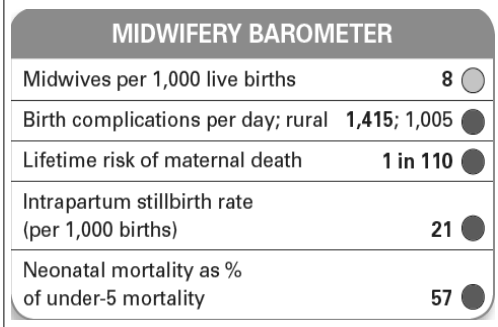
Bangladesh

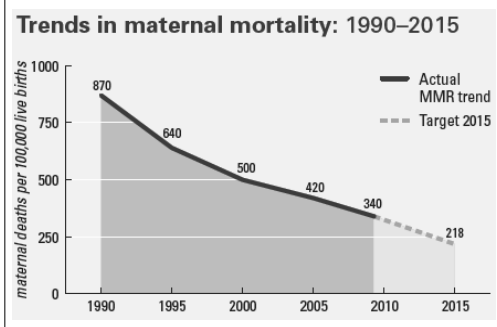


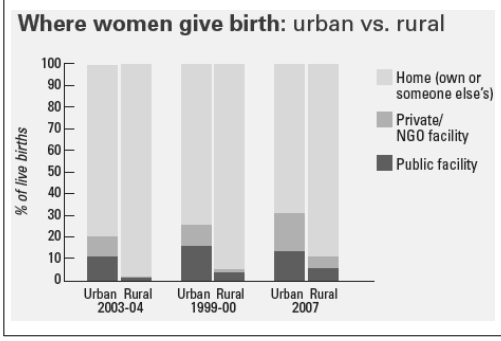
The largest and most densely populated of the least developed countries, one third of the Bangladesh population is below age 15. The increase in female education and the deployment of family planning services have brought advances in women's health. Maternal mortality has been reduced by 61 percent since 1990. Cultural and socio-economic factors remain barriers to births in facilities, compounded by quality of care, particularly in rural areas. The Poverty Reduction Strategy Paper and the Health, Nutrition and Population Sector Program have set MDGs 5 and 4 as priorities. The government has committed to increase the proportion of institutional deliveries to 50 percent and to graduate an additional 3,000 midwives, for which the Minister of Health has recently approved a three-year direct-entry education programme. This will include particular focus on candidates from rural areas

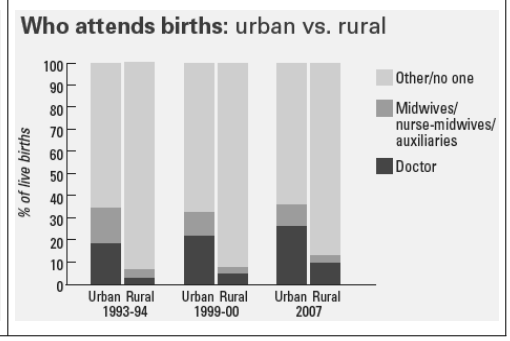
Country indicators	
Total population (000); % urban	164,425; 28
Adolescent population (15–19 yrs)(000); % of total	16,733; 10
Number of women of reproductive age (age 15–49)(000); % of total	45,388; 28
Total fertility rate (children per woman)	2.3
Crude birth rate (per 1,000 population)	21
Births per year (000)	3428
% of all births registered	10
Number of maternal deaths	12000
Neonatal mortality rate (per 1,000 live births)	30
Stillbirth rate (per 1,000 births)	37
Number of pregnant women tested for HIV	91
Midwives are authorized to administer a core set of life-saving interventions	partial
Density of midwives, nurses and doctors per 1,000 population	0.6
Estimated workforce shortage to attain 95% skilled birth attendance by 2015	9360
Gross secondary school enrolment (male; female) %	43;45
Literacy rate (age 15 and over) (male; female) %	60;50
MDG indicators	
Maternal mortality ratio (per 100,000 live births)	340
Proportion of births attended by skilled health personnel (%)	18
Contraceptive prevalence rate (modern methods) (%)	56

Adolescent birth rate (births per 1,000 women age 15–19)	133
Antenatal care coverage (at least one visit;at least four visits) (%)	51;21
Unmet need for family planning (%)	17
Under–5 mortality rate (per 1,000 live births)	55
MIDWIFERY BAROMETER	
Midwives (including nurse–midwives)	26899
Obstetricians	1250
Community health workers with some midwifery training	6167
Number of midwifery education institutions (total);number of private	74;24
Number of facilities providing essential childbirth care	4276
Facilities per 1,000 births	1









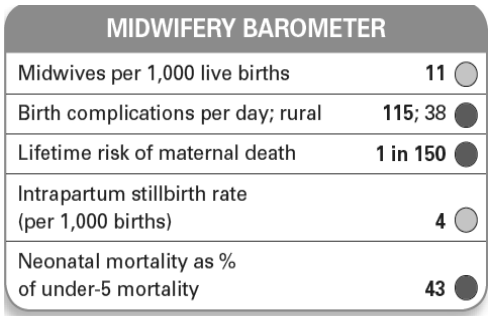
Bolivia

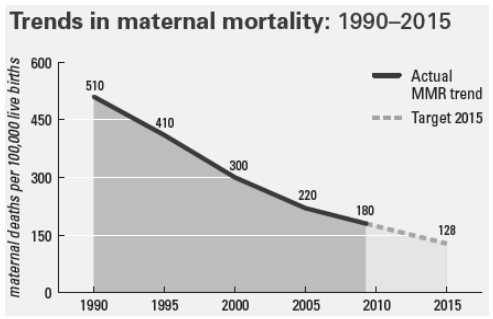


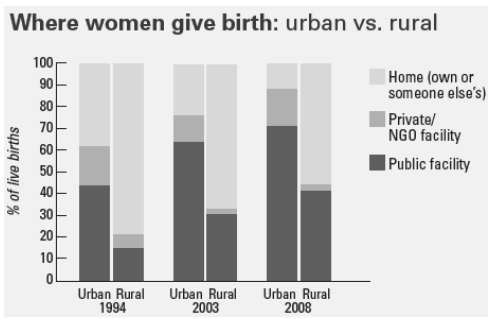
One of the poorest countries in South America, Bolivia is experiencing heavy rural to urban migration, and indigenous and rural women are less likely to access health services. Free health care is offered to pregnant women and children under the age of five. A 2008 conditional cash transfer programme aims at increasing antenatal care and reducing malnutrition. There is a shortage of qualified human resources for maternal health, particularly in rural areas and among indigenous populations. A new initiative to develop capacity and graduate a new cadre of obstetric nurses was implemented in 2008 in three universities. New faculty have been trained, student enrolment from rural areas encouraged, and a first intake of students commenced in 2010. Official recognition and the incorporation of the new cadre of obstetric nurses into the national health system is the key next step.

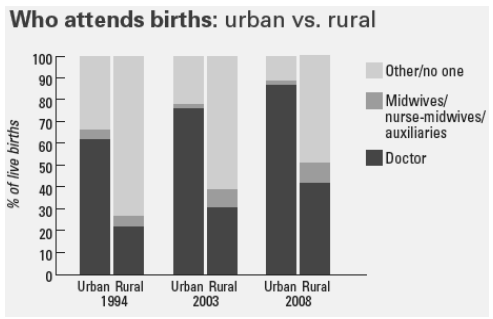
Country indicators	
Total population (000); % urban	10,031; 67
Adolescent population (15–19 yrs)(000); % of total	1,077; 11
Number of women of reproductive age (age 15–49)(000); % of total	2,529; 25
Total fertility rate (children per woman)	3.5
Crude birth rate (per 1,000 population)	27
Births per year (000)	263
% of all births registered	74
Number of maternal deaths	470
Neonatal mortality rate (per 1,000 live births)	22
Stillbirth rate (per 1,000 births)	16
Number of pregnant women tested for HIV	73369
Midwives are authorized to administer a core set of life-saving interventions	partial
Density of midwives, nurses and doctors per 1,000 population	3.4
Estimated workforce shortage to attain 95% skilled birth attendance by 2015	256
Gross secondary school enrolment (male; female) %	83;81
Literacy rate (age 15 and over) (male; female) %	96;86
MDG indicators	
Maternal mortality ratio (per 100,000 live births)	180
Proportion of births attended by skilled health personnel (%)	66
Contraceptive prevalence rate (modern methods) (%)	61

Adolescent birth rate (births per 1,000 women age 15–19)	89
Antenatal care coverage (at least one visit;at least four visits) (%)	77;58
Unmet need for family planning (%)	20
Under–5 mortality rate (per 1,000 live births)	54
MIDWIFERY BAROMETER	
Midwives (including nurse–midwives)	2995
Obstetricians	1270
Community health workers with some midwifery training	–
Number of midwifery education institutions (total);number of private	3;0
Number of facilities providing essential childbirth care	2440
Facilities per 1,000 births	9









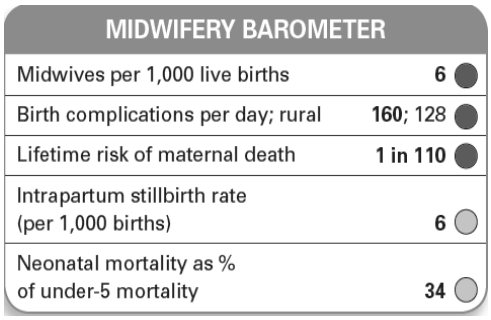
Cambodia

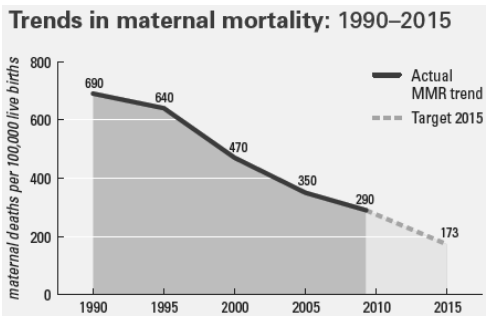


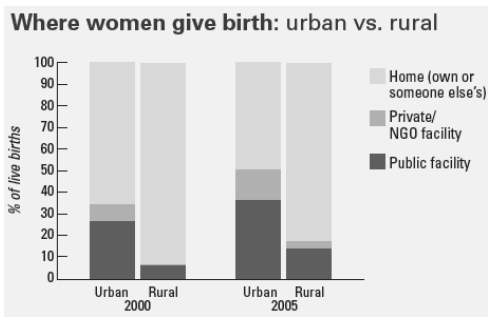
With 80 percent of its population living in rural areas, Cambodia has made remarkable progress in reducing poverty and improving people's health in the past decades. Maternal mortality has decreased 58 percent since 1990, but sociocultural and economic factors still prevent women from accessing public health services. A policy of free access to care for low income groups is being tested and progressively extended. The 2008 Health Strategic Plan prioritized maternal health. The country has an acute shortage of health professionals and not enough cadres are being graduated. A Midwifery Council was established in 2006. A three-year direct-entry midwifery programme was introduced in 2008, and the curriculum for a four-year bachelor's degree is being developed. While these initiatives are underway, several in-service training programmes have been mplemented.

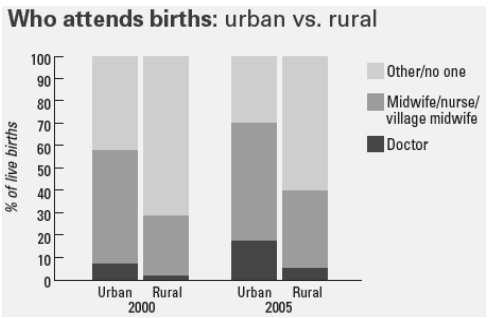
Country indicators	
Total population (000); % urban	15,053; 20
Adolescent population (15–19 yrs)(000); % of total	1,846; 12
Number of women of reproductive age (age 15–49)(000); % of total	4,177; 28
Total fertility rate (children per woman)	2.9
Crude birth rate (per 1,000 population)	25
Births per year (000)	360
% of all births registered	66
Number of maternal deaths	1100
Neonatal mortality rate (per 1,000 live births)	30
Stillbirth rate (per 1,000 births)	19
Number of pregnant women tested for HIV	153884
Midwives are authorized to administer a core set of life–saving interventions	partial
Density of midwives, nurses and doctors per 1,000 population	1
Estimated workforce shortage to attain 95% skilled birth attendance by 2015	736
Gross secondary school enrolment (male; female) %	44;36
Literacy rate (age 15 and over) (male; female) %	85;71
MDG indicators	
Maternal mortality ratio (per 100,000 live births)	290
Proportion of births attended by skilled health personnel (%)	44
Contraceptive prevalence rate (modern methods) (%)	40

Adolescent birth rate (births per 1,000 women age 15–19)	52
Antenatal care coverage (at least one visit;at least four visits) (%)	69;27
Unmet need for family planning (%)	25
Under–5 mortality rate (per 1,000 live births)	90
MIDWIFERY BAROMETER	
Midwives (including nurse–midwives)	2014
Obstetricians	–
Community health workers with some midwifery training	–
Number of midwifery education institutions (total);number of private	16;5
Number of facilities providing essential childbirth care	1087
Facilities per 1,000 births	3









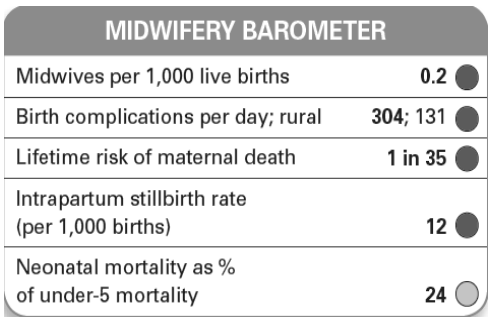
Cameroon

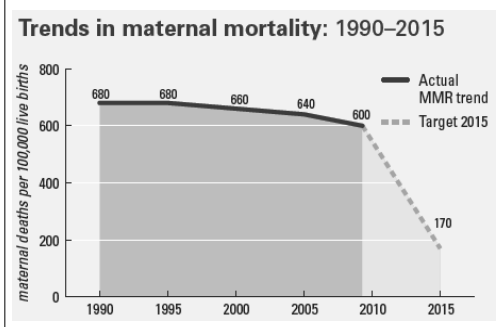


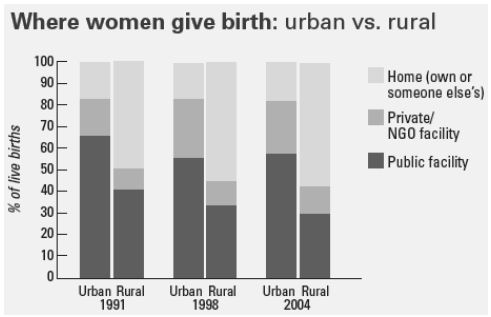
More than half of the population in Cameroon lives in urban areas, and the country has received large numbers of displaced people. Maternal mortality remains very high, and has not significantly decreased since 1990. Measures to reduce financial barriers to maternal care have started to be implemented. A plan is being developed to strengthen human resources development and management, with a special focus on midwifery training, including incentive packages for rural retention, educating general practitioners on comprehensive emergency obstetric care, and training nurse-anaesthetists. Midwifery education is available as a post-nursing programme and entry criteria includes at least two years experience as a nurse. Assessment of the curriculum with regard to essential ICM competencies is yet to be completed. The country has no direct-entry programme for midwifery, but plans are underway to revise midwifery education and scale up numbers.

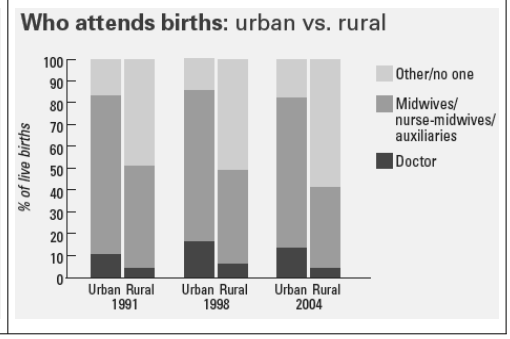
Country indicators	
Total population (000); % urban	19,958; 58
Adolescent population (15–19 yrs)(000); % of total	2,188; 11
Number of women of reproductive age (age 15–49)(000); % of total	4,817; 24
Total fertility rate (children per woman)	4.6
Crude birth rate (per 1,000 population)	37
Births per year (000)	701
% of all births registered	70
Number of maternal deaths	4,200
Neonatal mortality rate (per 1,000 live births)	37
Stillbirth rate (per 1,000 births)	26
Number of pregnant women tested for HIV	291,473
Midwives are authorized to administer a core set of life-saving interventions	yes
Density of midwives, nurses and doctors per 1,000 population	1.8
Estimated workforce shortage to attain 95% skilled birth attendance by 2015	639
Gross secondary school enrolment (male; female) %	41;33
Literacy rate (age 15 and over) (male; female) %	84;68
MDG indicators	
Maternal mortality ratio (per 100,000 live births)	600
Proportion of births attended by skilled health personnel (%)	63

Contraceptive prevalence rate (modern methods) (%)	29
Adolescent birth rate (births per 1,000 women age 15–19)	141
Antenatal care coverage (at least one visit;at least four visits) (%)	82;60
Unmet need for family planning (%)	20
Under–5 mortality rate (per 1,000 live births)	155
MIDWIFERY BAROMETER	
Midwives (including nurse–midwives)	122
Obstetricians	102
Community health workers with some midwifery training	–
Number of midwifery education institutions (total);number of private	4;2
Number of facilities providing essential childbirth care	–
Facilities per 1,000 births	–







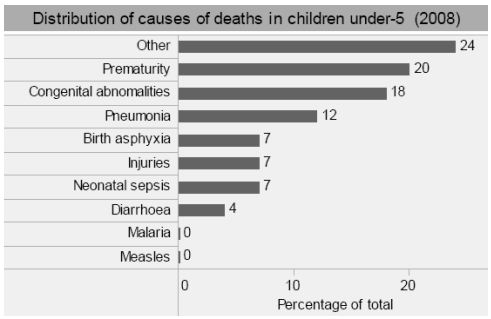


Colombia

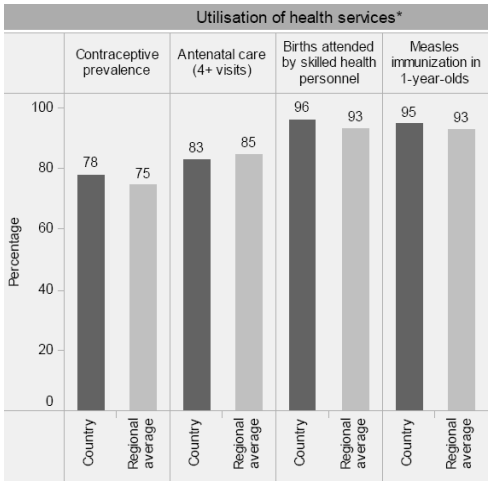


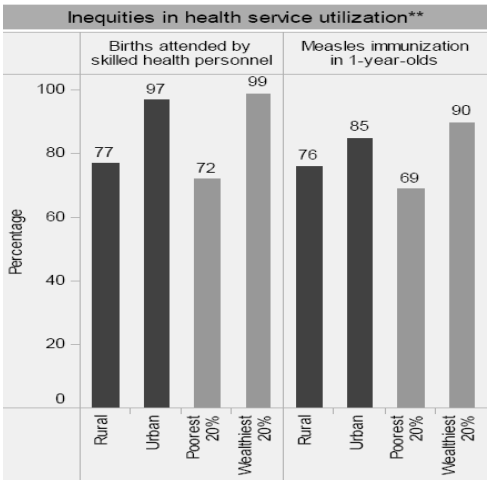
Country indicators	
Total population (000); % urban	45659709
Adolescent population (15–19 yrs)(000); % of total	–
Number of women of reproductive age (age 15–49)(000); % of total	–
Total fertility rate (children per woman)	2.4
Crude birth rate (per 1,000 population)	20.4
Births per year (000)	–
% of all births registered	–
Number of maternal deaths	–
Neonatal mortality rate (per 1,000 live births)	12
Stillbirth rate (per 1,000 births)	–
Number of pregnant women tested for HIV	–
Midwives are authorized to administer a core set of life-saving interventions	–
Density of midwives, nurses and doctors per 1,000 population	6
Estimated workforce shortage to attain 95% skilled birth attendance by 2015	–
Gross secondary school enrolment (male; female) %	–
Literacy rate (age 15 and over) (male; female) %	93;93
MDG indicators	
Maternal mortality ratio (per 100,000 live births)	85
Proportion of births attended by skilled health personnel (%)	77
Contraceptive prevalence rate (modern methods) (%)	78
Adolescent birth rate (births per 1,000 women age 15–19)	73
Antenatal care coverage (at least one visit;at least four visits) (%)	93;83
Unmet need for family planning (%)	5.8
Under-5 mortality rate (per 1,000 live births)	16

MIDWIFERY BAROMETER	
Midwives (including nurse-midwives)	23940
Obstetricians	–
Community health workers with some midwifery training	–
Number of midwifery education institutions (total); number of private	–
Number of facilities providing essential childbirth care	–
Facilities per 1,000 births	–









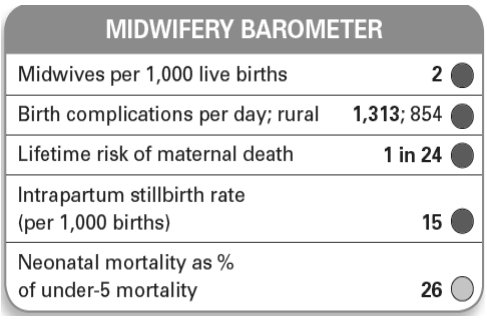
Democratic Republic of the Congo

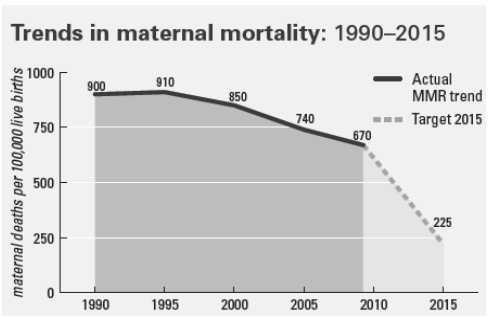


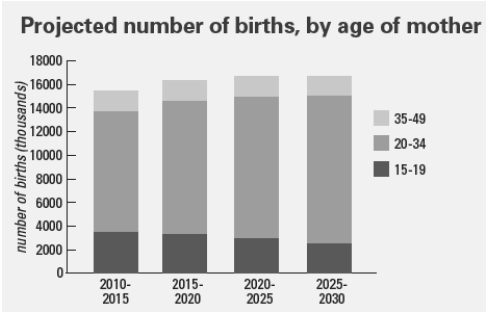
The Democratic Republic of the Congo has endured years of conflict and instability that damaged and destroyed much of the country's infrastructure. More than half of its large population live in poverty, and the total fertility rate remains high. Maternal mortality has been reduced since 1990, but remains very high. A road map to improve maternal and newborn health has been developed and budgeted, but is not yet fully operational at district level. The human resources for health plan does not specifically address the midwifery workforce. A combined nursing and midwifery programme has been implemented in the six nursing schools. In response to the severe shortage of midwives, the country is planning to open more midwifery schools. However, there is a lack of midwifery faculty, and the available educators are concentrated in the capital.

Country indicators	
Total population (000); % urban	67,827; 35
Adolescent population (15–19 yrs)(000); % of total	7,533; 11
Number of women of reproductive age (age 15–49)(000); % of total	15,345; 23
Total fertility rate (children per woman)	6
Crude birth rate (per 1,000 population)	45
Births per year (000)	2859
% of all births registered	99
Number of maternal deaths	19000
Neonatal mortality rate (per 1,000 live births)	51
Stillbirth rate (per 1,000 births)	32
Number of pregnant women tested for HIV	253297
Midwives are authorized to administer a core set of life–saving interventions	yes
Density of midwives, nurses and doctors per 1,000 population	0.6
Estimated workforce shortage to attain 95% skilled birth attendance by 2015	3983
Gross secondary school enrolment (male; female) %	45; 25
Literacy rate (age 15 and over) (male; female) %	78; 56
MDG indicators	
Maternal mortality ratio (per 100,000 live births)	670
Proportion of births attended by skilled health personnel (%)	74
Contraceptive prevalence rate (modern methods) (%)	21
Adolescent birth rate (births per 1,000 women age 15–19)	127

Antenatal care coverage (at least one visit;at least four visits) (%)	85;47
Unmet need for family planning (%)	24
Under-5 mortality rate (per 1,000 live births)	19
MIDWIFERY BAROMETER	
Midwives (including nurse-midwives)	5758
Obstetricians	-
Community health workers with some midwifery training	-
Number of midwifery education institutions (total);number of private	38;9
Number of facilities providing essential childbirth care	-
Facilities per 1,000 births	-







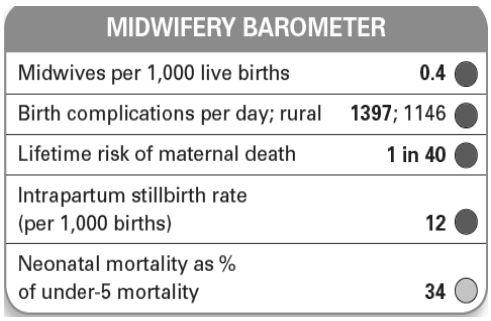
Ethiopia

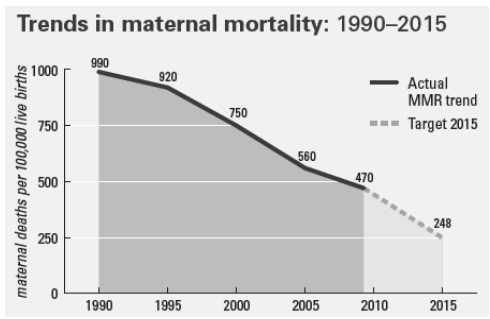


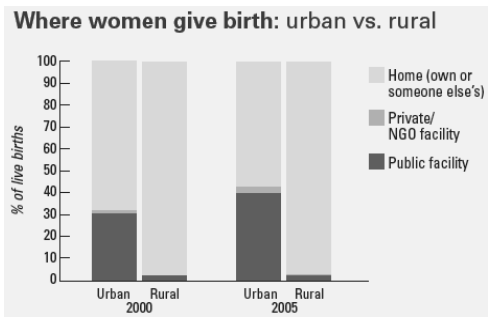
More than 80 percent of Ethiopia's opulation lives in rural areas. The country has one of the highest levels of unmet need for contraception in Africa and only 6 percent of births are attended by a skilled health worker. Maternal mortality has been steadily declining since 1990, but remains high. The lack of functioning health care facilities is severe, particularly in rural and isolated communities. The 2006 national reproductive health strategy includes maternal health, and addressing acute shortages in the midwifery workforce is a top priority of the proposed human resource strategy. Plans to expand midwifery education are underway. A direct-entry midwifery programme is available in 25 schools. Accelerated midwifery programmes and additional obstetric training for nurses are also available. Graduates are guaranteed employment and placements in their own communities are offered. Strengthening the infrastructure of the health system is important to raise the capacity and motivation of the midwifery workforce.

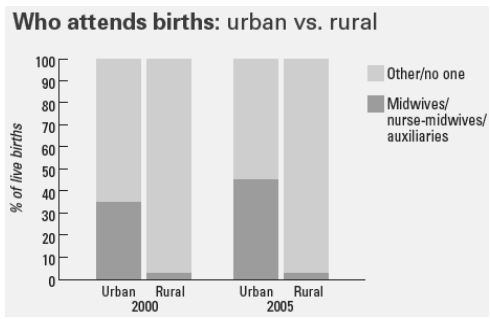
Country indicators	
Total population (000); % urban	84,976; 17
Adolescent population (15–19 yrs)(000); % of total	9,604; 11
Number of women of reproductive age (age 15–49)(000); % of total	19,955; 23
Total fertility rate (children per woman)	5.3
Crude birth rate (per 1,000 population)	38
Births per year (000)	3078
% of all births registered	7
Number of maternal deaths	14,000
Neonatal mortality rate (per 1,000 live births)	35
Stillbirth rate (per 1,000 births)	26
Number of pregnant women tested for HIV	488,554
Midwives are authorized to administer a core set of life-saving interventions	Yes
Density of midwives, nurses and doctors per 1,000 population	0.3
Estimated workforce shortage to attain 95% skilled birth attendance by 2015	8,760
Gross secondary school enrolment (male; female) %	39; 28
Literacy rate (age 15 and over) (male; female) %	50; 23
MDG indicators	
Maternal mortality ratio (per 100,000 live births)	470
Proportion of births attended by skilled health personnel (%)	6

Contraceptive prevalence rate (modern methods) (%)	15
Adolescent birth rate (births per 1,000 women age 15–19)	109
Antenatal care coverage (at least one visit;at least four visits) (%)	28;12
Unmet need for family planning (%)	34
Under–5 mortality rate (per 1,000 live births)	109
MIDWIFERY BAROMETER	
Midwives (including nurse–midwives)	1379
Obstetricians	192
Community health workers with some midwifery training	31831
Number of midwifery education institutions (total);number of private	25;2
Number of facilities providing essential childbirth care	797
Facilities per 1,000 births	0









Ghana

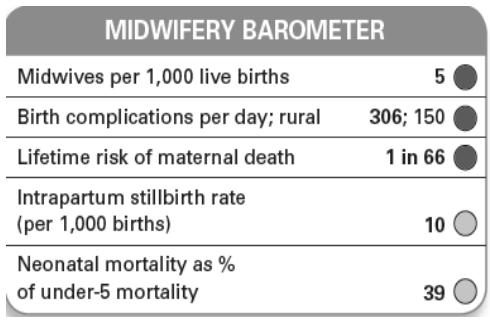


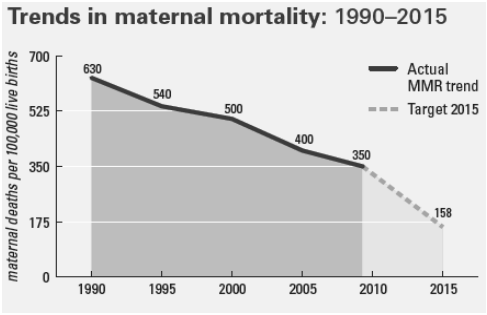
Half of Ghana's fast growing population lives in urban areas. The government has adopted a multisectoral approach to control the HIV epidemic. Special attention is given to youth reproductive health and the minimum age for marriage has been raised to 18. Maternal mortality has been reduced by 44 percent since 1990, but remains high. National health insurance covers antenatal care and delivery, but gaps in access to care persist, due in large part to midwifery shortages. Human resource policies and strategies include increasing the number of midwives. A new direct-entry programme for a BSc in midwifery supports this priority scale-up with the first cohort of students commencing in 2011.

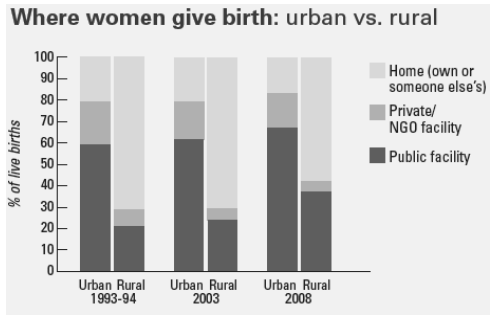
Recruitment and retention of midwives to rural postings and the remote northern provinces, is identified as a key priority, and would require raising the status of midwives, improving working conditions and developing a standardized reimbursement system for services rendered.

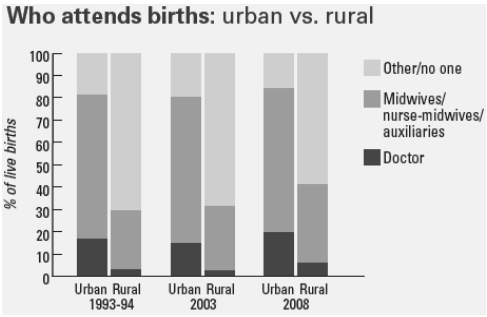
Country indicators	
Total population (000); % urban	24,333; 52
Adolescent population (15–19 yrs)(000); % of total	2,605; 11
Number of women of reproductive age (age 15–49)(000); % of total	6,057; 25
Total fertility rate (children per woman)	4
Crude birth rate (per 1,000 population)	32
Births per year (000)	752
% of all births registered	51
Number of maternal deaths	2600
Neonatal mortality rate (per 1,000 live births)	26
Stillbirth rate (per 1,000 births)	22
Number of pregnant women tested for HIV	388254
Midwives are authorized to administer a core set of life-saving interventions	yes
Density of midwives, nurses and doctors per 1,000 population	1.1
Estimated workforce shortage to attain 95% skilled birth attendance by 2015	810
Gross secondary school enrolment (male; female) %	58;52
Literacy rate (age 15 and over) (male; female) %	72;59
MDG indicators	
Maternal mortality ratio (per 100,000 live births)	350
Proportion of births attended by skilled health personnel (%)	57

Contraceptive prevalence rate (modern methods) (%)	24
Adolescent birth rate (births per 1,000 women age 15–19)	70
Antenatal care coverage (at least one visit;at least four visits) (%)	90;78
Unmet need for family planning (%)	35
Under–5 mortality rate (per 1,000 live births)	72
MIDWIFERY BAROMETER	
Midwives (including nurse–midwives)	3780
Obstetricians	64
Community health workers with some midwifery training	–
Number of midwifery education institutions (total);number of private	16;0
Number of facilities providing essential childbirth care	–
Facilities per 1,000 births	–









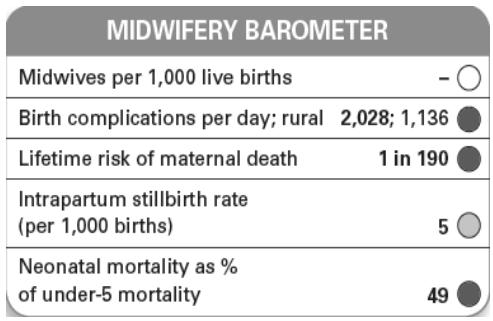
Indonesia

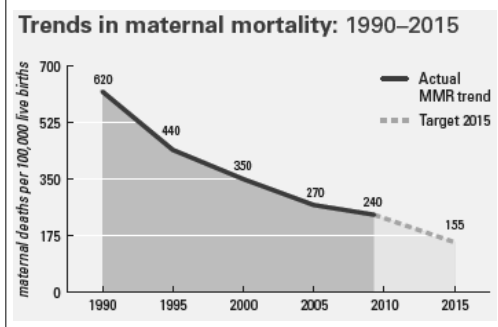


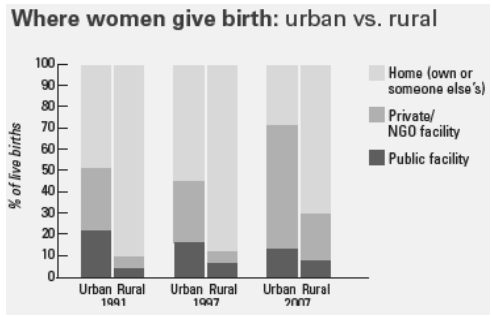
In recent years the number of people living in poverty in the world's fourth most populous country has been significantly reduced. Indonesia has implemented successful family planning programmes, and fertility has steadily declined. The maternal mortality ratio has been reduced by 62 percent since 1990. Socio-economic and cultural issues affect access, availability and utilization of care. A maternal health policy has been in effect since 2009, making institutional delivery free of charge. Government interventions have focused on securing availability and distribution of skilled birth attendants particularly in underserved areas with a village midwife programme initiated 15 years ago.
As of 2012, all midwifery schools will need to be accredited by the National Accreditation Board. Midwifery posts are offered in public rural facilities, but more attractive employment conditions are offered by private practice in urban areas.

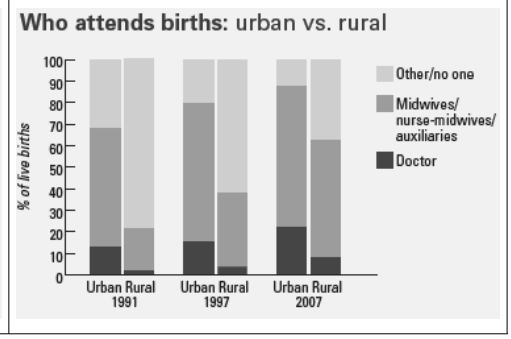
Country indicators	
Total population (000); % urban	232,517; 44
Adolescent population (15–19 yrs)(000); % of total	20,454; 9
Number of women of reproductive age (age 15–49)(000); % of total	64,292; 28
Total fertility rate (children per woman)	2.2
Crude birth rate (per 1,000 population)	19
Births per year (000)	4236
% of all births registered	55
Number of maternal deaths	10000
Neonatal mortality rate (per 1,000 live births)	19
Stillbirth rate (per 1,000 births)	15
Number of pregnant women tested for HIV	10026
Midwives are authorized to administer a core set of life-saving interventions	partial
Density of midwives, nurses and doctors per 1,000 population	2.3
Estimated workforce shortage to attain 95% skilled birth attendance by 2015	3560
Gross secondary school enrolment (male; female) %	75;74
Literacy rate (age 15 and over) (male; female) %	95;89
MDG indicators	
Maternal mortality ratio (per 100,000 live births)	240
Proportion of births attended by skilled health personnel (%)	79

Contraceptive prevalence rate (modern methods) (%)	61
Adolescent birth rate (births per 1,000 women age 15–19)	52
Antenatal care coverage (at least one visit;at least four visits) (%)	93;82
Unmet need for family planning (%)	9
Under–5 mortality rate (per 1,000 live births)	41
MIDWIFERY BAROMETER	
Midwives (including nurse–midwives)	93889
Obstetricians	870
Community health workers with some midwifery training	–
Number of midwifery education institutions (total);number of private	426;346
Number of facilities providing essential childbirth care	5891
Facilities per 1,000 births	1









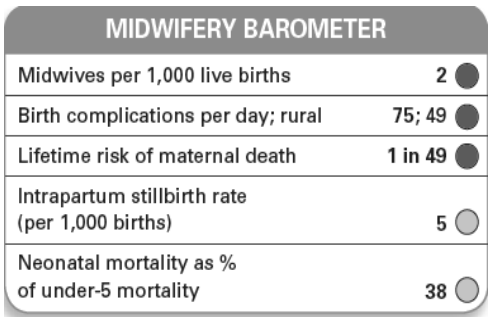
Lao People's Democratic Republic

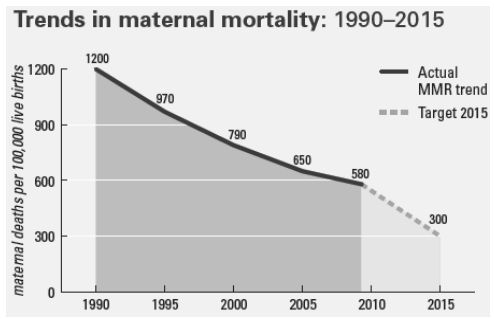


The majority of the population in the Lao People's Democratic Republic lives in rural areas. Geography, cultural diversity, low population density and high levels of poverty contribute to very limited access to healthcare services. Reductions in total fertility rates and increases in contraceptive use have been achieved in the past five years. Maternal mortality has decreased by 51 percent since 1990 but remains very high. An assessment conducted in 2008 showed that 80 percent of health workers had limited competencies to assist women during pregnancy, labour and birth. The 2009 National Skilled Birth Attendance Plan was developed to recruit, educate and retrain staff, in order to build a more competent midwifery cadre. Graduated midwives are posted in health centres to provide services and do outreach work at the community level. A strengthened health system will contribute to enhancing the enabling environment in which the new cadre of midwives work.

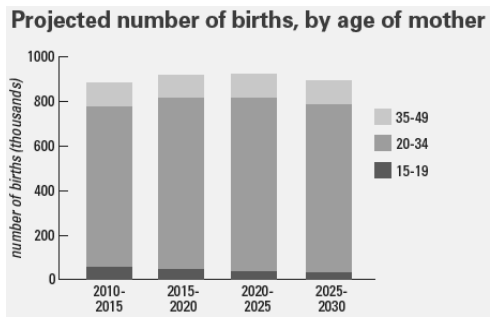
Country indicators	
Total population (000); % urban	6,436; 33
Adolescent population (15–19 yrs)(000); % of total	762; 12
Number of women of reproductive age (age 15–49)(000); % of total	1,667; 26
Total fertility rate (children per woman)	3.5
Crude birth rate (per 1,000 population)	27
Births per year (000)	170
% of all births registered	59
Number of maternal deaths	980
Neonatal mortality rate (per 1,000 live births)	22
Stillbirth rate (per 1,000 births)	17
Number of pregnant women tested for HIV	3094
Midwives are authorized to administer a core set of life-saving interventions	partial
Density of midwives, nurses and doctors per 1,000 population	1.2
Estimated workforce shortage to attain 95% skilled birth attendance by 2015	360
Gross secondary school enrolment (male; female) %	48;39
Literacy rate (age 15 and over) (male; female) %	82;63
MDG indicators	
Maternal mortality ratio (per 100,000 live births)	580
Proportion of births attended by skilled health personnel (%)	20

Contraceptive prevalence rate (modern methods) (%)	32
Adolescent birth rate (births per 1,000 women age 15–19)	110
Antenatal care coverage (at least one visit;at least four visits) (%)	35;–
Unmet need for family planning (%)	40
Under–5 mortality rate (per 1,000 live births)	61
MIDWIFERY BAROMETER	
Midwives (including nurse–midwives)	343
Obstetricians	69
Community health workers with some midwifery training	381
Number of midwifery education institutions (total);number of private	16:0
Number of facilities providing essential childbirth care	–
Facilities per 1,000 births	–









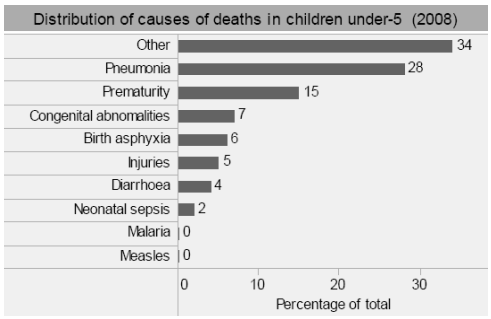
Mongolia



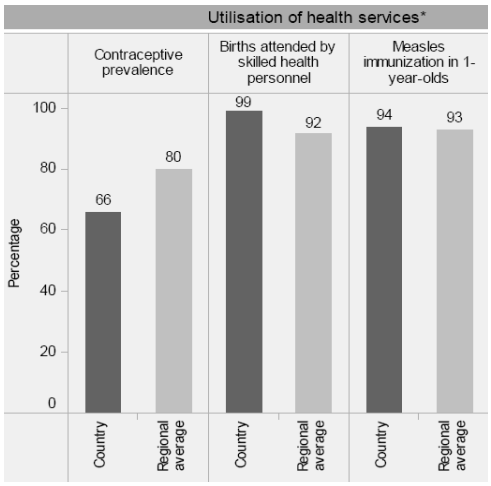
Mongolia has been experiencing a gradual epidemiological transition in morbidity and mortality patterns since 1990. Consequently, lifestyle- and behaviour-dependent diseases, such as circulatory system diseases, cancer and injuries, have become the leading causes of morbidity and mortality. Common risk factors associated with unhealthy lifestyle behaviours, such as smoking, alcohol abuse, unhealthy diet and lack of physical activity, are becoming highly prevalent and are major causes of premature death in the productive age group.

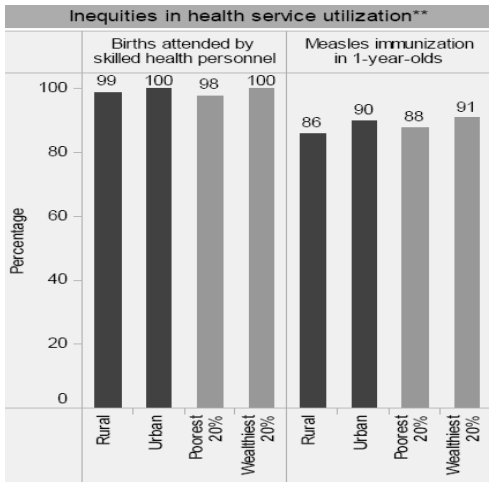
Country indicators	
Total population (000); % urban	2670996
Adolescent population (15–19 yrs)(000); % of total	
Number of women of reproductive age (age 15–49)(000); % of total	
Total fertility rate (children per woman)	2.0
Crude birth rate (per 1,000 population)	18.78
Births per year (000)	
% of all births registered	
Number of maternal deaths	
Neonatal mortality rate (per 1,000 live births)	14
Stillbirth rate (per 1,000 births)	
Number of pregnant women tested for HIV	
Midwives are authorized to administer a core set of life-saving interventions	
Density of midwives, nurses and doctors per 1,000 population	
Estimated workforce shortage to attain 95% skilled birth attendance by 2015	–
Gross secondary school enrolment (male; female) %	–
Literacy rate (age 15 and over) (male; female) %	97;97
MDG indicators	
Maternal mortality ratio (per 100,000 live births)	65
Proportion of births attended by skilled health personnel (%)	99
Contraceptive prevalence rate (modern methods) (%)	66
Adolescent birth rate (births per 1,000 women age 15–19)	16
Antenatal care coverage (at least one visit;at least four visits) (%)	99;–
Unmet need for family planning (%)	4.6
Under-5 mortality rate (per 1,000 live births)	28.8

MIDWIFERY BAROMETER	
Midwives (including nurse-midwives)	8826
Obstetricians	–
Community health workers with some midwifery training	–
Number of midwifery education institutions (total);number of private	–
Number of facilities providing essential childbirth care	–
Facilities per 1,000 births	–









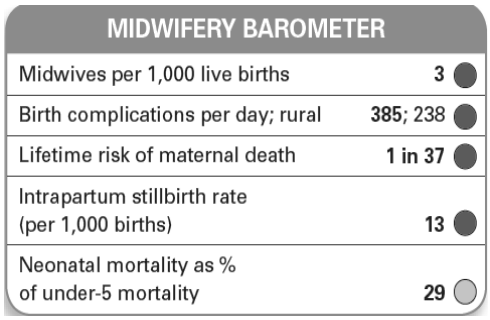
Mozambique

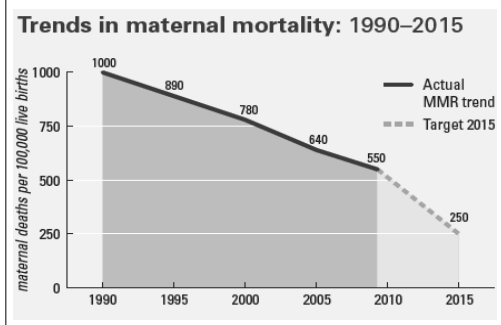


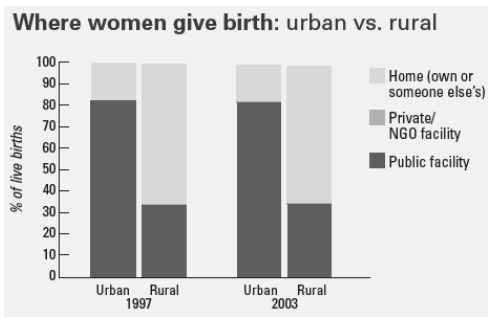
Mozambique is one of the world's least developed countries. Its population health status has weakened because of the HIV epidemic, which heavily affects young women. Use of modern contraceptive methods is low and the unmet need for family planning high. Maternal mortality has been significantly reduced since 1990, but remains high. Improving quality of care and services across the health sector is a top priority of the Ministry of Health. A comprehensive review of maternal and newborn care policies and guidelines was conducted in 2009 and a model to improve delivery facilities was developed. The role of the midwife and that of the nurse are not clearly defined, and nurses have been occasionally provided with supplementary education to provide obstetric care and fill gaps. The shortage in the midwifery workforce impedes the scale up of maternal health initiatives and recently announced targets to increase institutional deliveries to 66 percent by 2015.

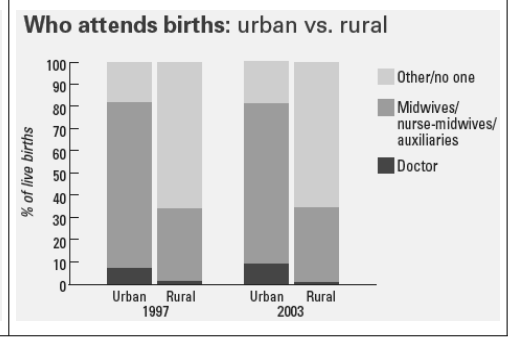
Country indicators	
Total population (000); % urban	23,406; 38
Adolescent population (15–19 yrs)(000); % of total	2,480; 11
Number of women of reproductive age (age 15–49)(000); % of total	5,576; 24
Total fertility rate (children per woman)	5.1
Crude birth rate (per 1,000 population)	39
Births per year (000)	874
% of all births registered	–
Number of maternal deaths	4,800
Neonatal mortality rate (per 1,000 live births)	41
Stillbirth rate (per 1,000 births)	29
Number of pregnant women tested for HIV	672,020
Midwives are authorized to administer a core set of life-saving interventions	yes
Density of midwives, nurses and doctors per 1,000 population	0.3
Estimated workforce shortage to attain 95% skilled birth attendance by 2015	865
Gross secondary school enrolment (male; female) %	24;18
Literacy rate (age 15 and over) (male; female) %	70;40
MDG indicators	
Maternal mortality ratio (per 100,000 live births)	550
Proportion of births attended by skilled health personnel (%)	55
Contraceptive prevalence rate (modern methods) (%)	17

Adolescent birth rate (births per 1,000 women age 15–19)	185
Antenatal care coverage (at least one visit;at least four visits) (%)	89;53
Unmet need for family planning (%)	18
Under–5 mortality rate (per 1,000 live births)	147
MIDWIFERY BAROMETER	
Midwives (including nurse–midwives)	2946
Obstetricians	34
Community health workers with some midwifery training	–
Number of midwifery education institutions (total);number of private	14:0
Number of facilities providing essential childbirth care	1292
Facilities per 1,000 births	1









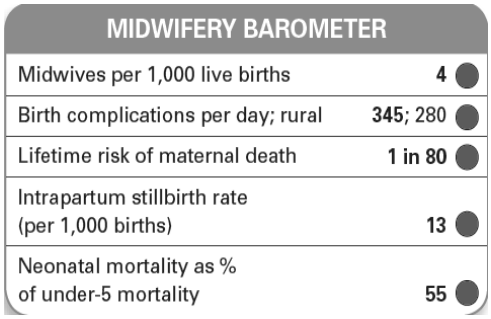
Nepal

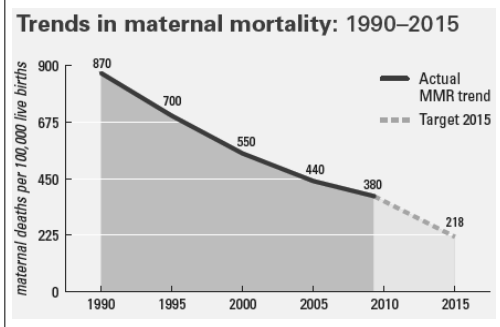


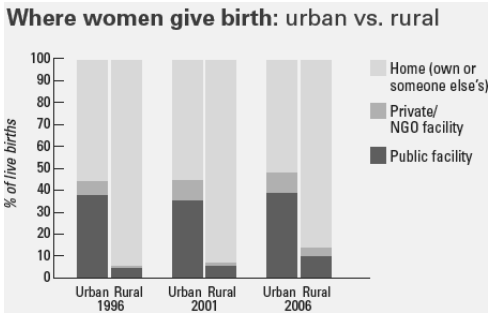
Nepal is currently in a process of post -conflict transition. Great disparities in access to health care can be found between different ethnic groups, among people of different education and income levels, and between geographic areas. The total fertility rate has declined and contraceptive use has increased significantly. The maternal mortality ratio has been reduced by 56 percent in the past 20 years. Health sector priorities focus on strengthening and expanding equitable access to and utilization of services, with a special focus on under served populations. In 2006, a policy on skilled birth attendants endorsed the development of professional midwives. The policy led to the implementation of in-service training strategies for skilled birth attendants, and the expansion of birthing centres and emergency obstetric and newborn care facilities. Skilled attendants are still insufficient, in terms of numbers and of quality. Discussion is underway to start a direct-entry midwifery education programme, which would contribute to fast-tracking the development of a strong midwifery cadre.

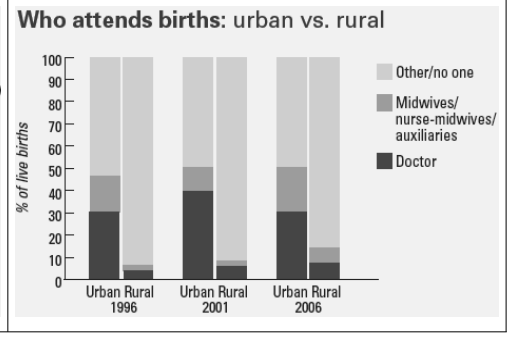
Country indicators	
Total population (000); % urban	29,853; 19
Adolescent population (15–19 yrs)(000); % of total	3,312; 11
Number of women of reproductive age (age 15–49)(000); % of total	7,810; 26
Total fertility rate (children per woman)	2.9
Crude birth rate (per 1,000 population)	25
Births per year (000)	731
% of all births registered	35
Number of maternal deaths	2800
Neonatal mortality rate (per 1,000 live births)	27
Stillbirth rate (per 1,000 births)	24
Number of pregnant women tested for HIV	65791
Midwives are authorized to administer a core set of life-saving interventions	partial
Density of midwives, nurses and doctors per 1,000 population	0.7
Estimated workforce shortage to attain 95% skilled birth attendance by 2015	1881
Gross secondary school enrolment (male; female) %	46;41
Literacy rate (age 15 and over) (male; female) %	71;45
MDG indicators	
Maternal mortality ratio (per 100,000 live births)	380

Proportion of births attended by skilled health personnel (%)	19
Contraceptive prevalence rate (modern methods) (%)	48
Adolescent birth rate (births per 1,000 women age 15–19)	106
Antenatal care coverage (at least one visit;at least four visits) (%)	44;29
Unmet need for family planning (%)	25
Under–5 mortality rate (per 1,000 live births)	51
MIDWIFERY BAROMETER	
Midwives (including nurse–midwives)	2875
Obstetricians	225
Community health workers with some midwifery training	3000
Number of midwifery education institutions (total);number of private	105;100
Number of facilities providing essential childbirth care	889
Facilities per 1,000 births	1









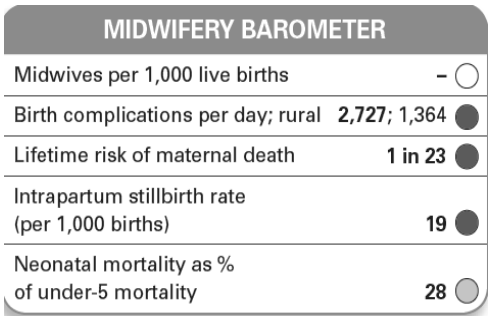
Nigeria

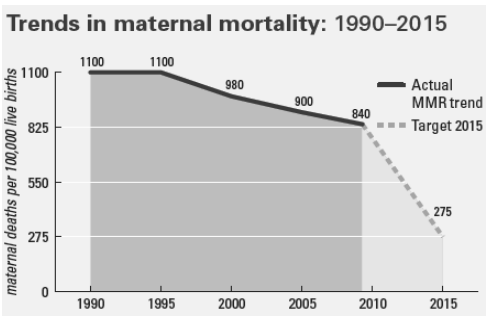


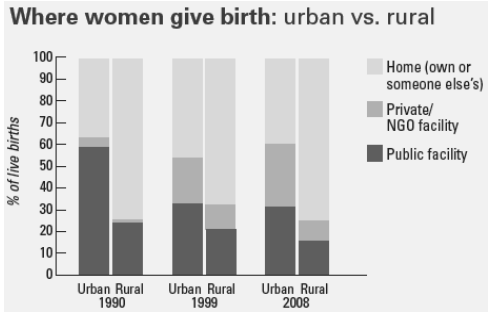
Nigeria faces challenges related to the high growth rate of its large population. The total and adolescent fertility rates are high and modern contraceptive use remains low. The weak health system, women's low social status, and harmful traditional practices continue to present significant barriers to efforts to improve women's health. The maternal mortality ratio has only decreased by 24 percent since 1990, and remains very high. A policy for free maternal care services is being implemented. Nigeria has a strong body of registered midwives, and relicensing is compulsory every three years. However, access to quality care in rural and remote areas is problematic, due to difficulties in retaining qualified health care providers. In 2009 the Ministry of Health launched the Midwives Service Scheme to address shortages of midwifery cadres at the primary health care level.

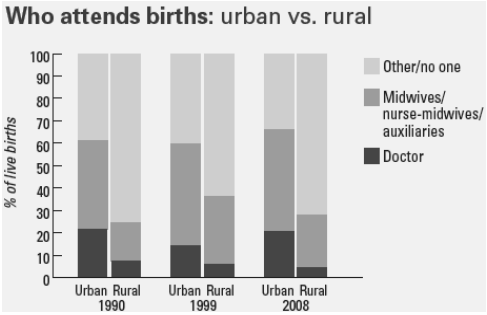
Country indicators	
Total population (000); % urban	158,259; 50
Adolescent population (15–19 yrs)(000); % of total	16,899; 11
Number of women of reproductive age (age 15–49)(000); % of total	37,425; 24
Total fertility rate (children per woman)	5.7
Crude birth rate (per 1,000 population)	40
Births per year (000)	6,003
% of all births registered	33
Number of maternal deaths	50000
Neonatal mortality rate (per 1,000 live births)	39
Stillbirth rate (per 1,000 births)	42
Number of pregnant women tested for HIV	820,865
Midwives are authorized to administer a core set of life-saving interventions	Partial
Density of midwives, nurses and doctors per 1,000 population	2
Estimated workforce shortage to attain 95% skilled birth attendance by 2015	6790
Gross secondary school enrolment (male; female) %	34;27
Literacy rate (age 15 and over) (male; female) %	72;49
MDG indicators	
Maternal mortality ratio (per 100,000 live births)	840
Proportion of births attended by skilled health personnel (%)	39
Contraceptive prevalence rate (modern methods) (%)	15
Adolescent birth rate (births per 1,000 women age 15–19)	123

Antenatal care coverage (at least one visit;at least four visits) (%)	58;45
Unmet need for family planning (%)	20
Under-5 mortality rate (per 1,000 live births)	143
MIDWIFERY BAROMETER	
Midwives (including nurse-midwives)	88796
Obstetricians	–
Community health workers with some midwifery training	117568
Number of midwifery education institutions (total);number of private	74;27
Number of facilities providing essential childbirth care	–
Facilities per 1,000 births	–









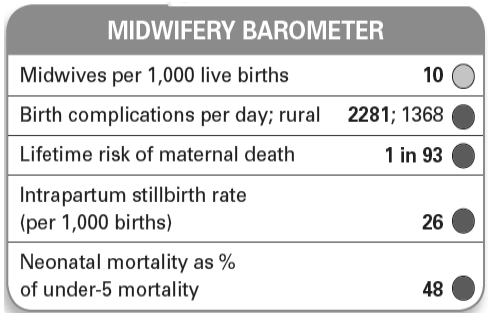
Pakistan

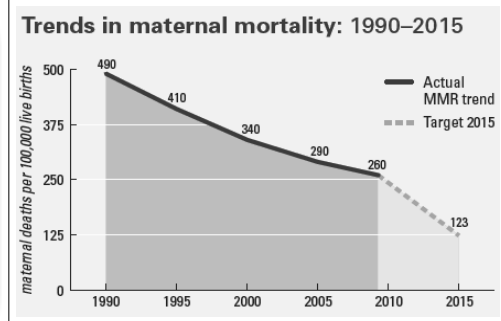


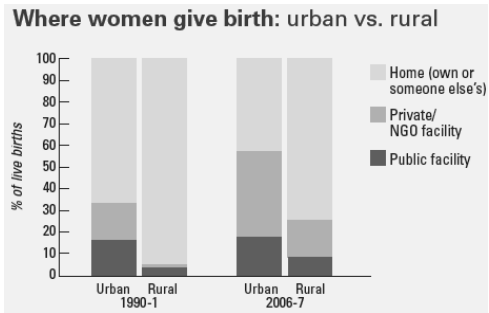
Pakistan's large and young population is rapidly increasing. Rural-to-urban migration is high. Progress has been made on gender equality; however, the literacy rate for women and participation of women in the workforce remain low. Use of contraceptives has risen in the past decade and the total fertility rate has slightly declined. Maternal mortality has been reduced by 48 percent since 1990. A national maternal, newborn and child health programme was drafted in 2005 and aims to improve accessibility to quality services, with an emphasis on low-income groups and vulnerable members of society. There is a policy of free provision of health care, although women still incur out-of-pocket charges. A greater focus on midwifery has resulted from the 2005 policy, facilitating the establishment of the Midwives Association of Pakistan. Training and supporting a new cadre of community midwives has started in selected districts and attention is being given to increase the midwifery faculty.

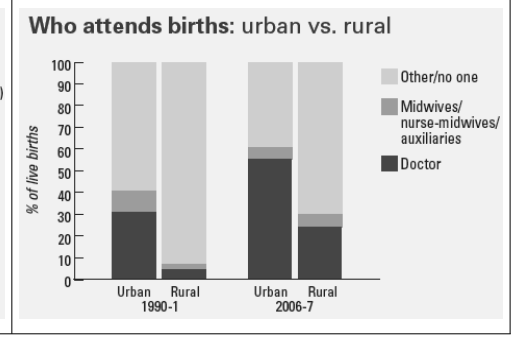
Country indicators	
Total population (000); % urban	184,753; 36
Adolescent population (15–19 yrs)(000); % of total	19,899; 11
Number of women of reproductive age (age 15–49)(000); % of total	45,740; 25
Total fertility rate (children per woman)	4
Crude birth rate (per 1,000 population)	30
Births per year (000)	5,295
% of all births registered	–
Number of maternal deaths	14,000
Neonatal mortality rate (per 1,000 live births)	42
Stillbirth rate (per 1,000 births)	46
Number of pregnant women tested for HIV	10,277
Midwives are authorized to administer a core set of life-saving interventions	Partial
Density of midwives, nurses and doctors per 1,000 population	1.4
Estimated workforce shortage to attain 95% skilled birth attendance by 2015	7,030
Gross secondary school enrolment (male; female) %	37; 28
Literacy rate (age 15 and over) (male; female) %	67; 40
MDG indicators	
Maternal mortality ratio (per 100,000 live births)	260
Proportion of births attended by skilled health personnel (%)	39

Contraceptive prevalence rate (modern methods) (%)	27
Adolescent birth rate (births per 1,000 women age 15–19)	20
Antenatal care coverage (at least one visit;at least four visits) (%)	61; 28
Unmet need for family planning (%)	25
Under–5 mortality rate (per 1,000 live births)	89
MIDWIFERY BAROMETER	
Midwives (including nurse–midwives)	54706
Obstetricians	2933
Community health workers with some midwifery training	–
Number of midwifery education institutions (total);number of private	242:44
Number of facilities providing essential childbirth care	–
Facilities per 1,000 births	–

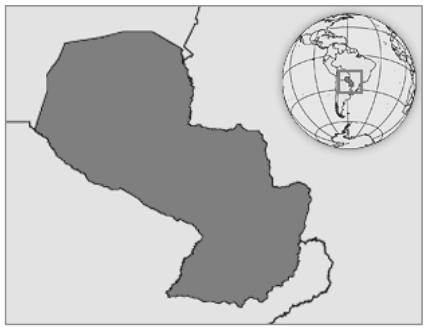






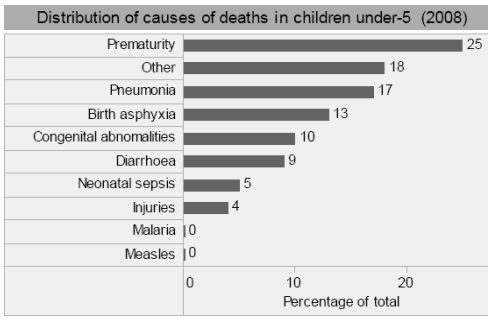


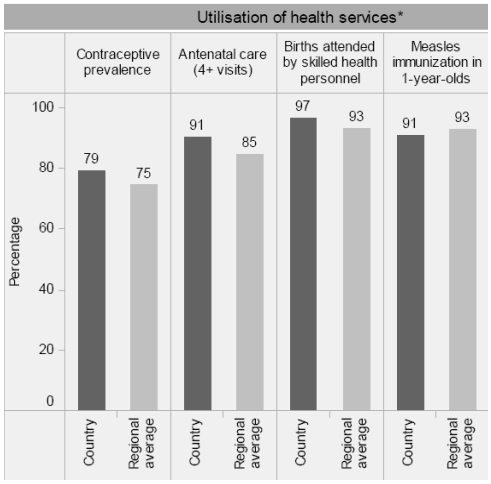
Paraguay

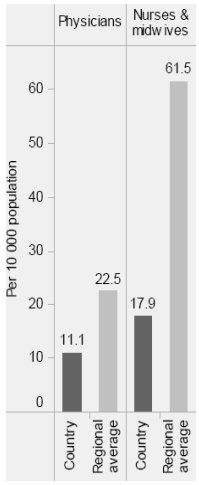


Country indicators	
Total population (000); % urban	6348917
Adolescent population (15–19 yrs)(000); % of total	–
Number of women of reproductive age (age 15–49)(000); % of total	–
Total fertility rate (children per woman)	3.0
Crude birth rate (per 1,000 population)	24.6
Births per year (000)	–
% of all births registered	–
Number of maternal deaths	–
Neonatal mortality rate (per 1,000 live births)	15
Stillbirth rate (per 1,000 births)	–
Number of pregnant women tested for HIV	–
Midwives are authorized to administer a core set of life-saving interventions	–
Density of midwives, nurses and doctors per 1,000 population	18
Estimated workforce shortage to attain 95% skilled birth attendance by 2015	–
Gross secondary school enrolment (male; female) %	–
Literacy rate (age 15 and over) (male; female) %	95;93
MDG indicators	
Maternal mortality ratio (per 100,000 live births)	95
Proportion of births attended by skilled health personnel (%)	77
Contraceptive prevalence rate (modern methods) (%)	79.4
Adolescent birth rate (births per 1,000 women age 15–19)	71.5
Antenatal care coverage (at least one visit;at least four visits) (%)	96;79
Unmet need for family planning (%)	6.6
Under-5 mortality rate (per 1,000 live births)	22.6

MIDWIFERY BAROMETER	
Midwives (including nurse–midwives)	10261
Obstetricians	–
Community health workers with some midwifery training	–
Number of midwifery education institutions (total);number of private	–
Number of facilities providing essential childbirth care	–
Facilities per 1,000 births	–





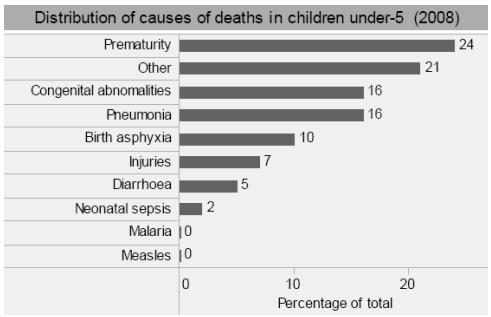


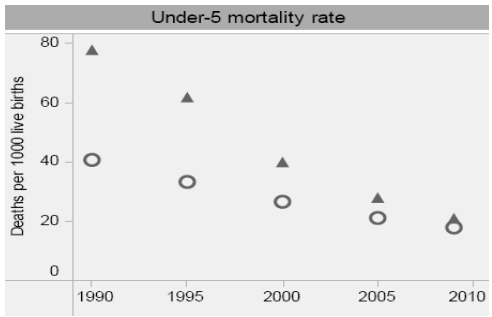
Peru

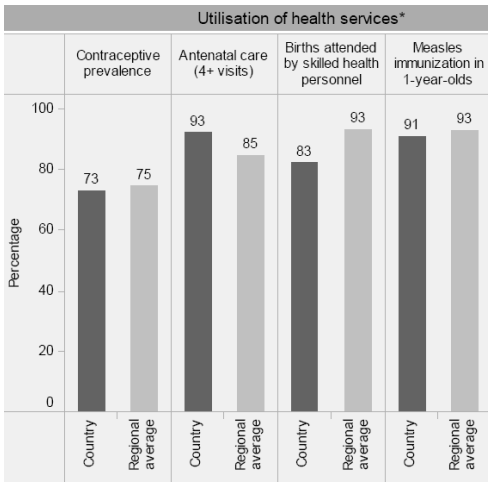


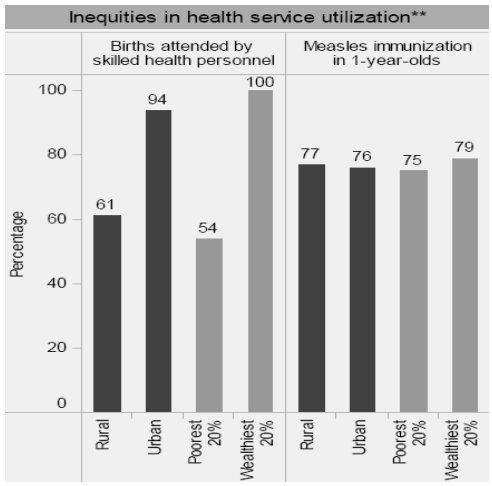
Country indicators	
Total population (000); % urban	19164883
Adolescent population (15–19 yrs)(000); % of total	–
Number of women of reproductive age (age 15–49)(000); % of total	–
Total fertility rate (children per woman)	2.57
Crude birth rate (per 1,000 population)	21.1
Births per year (000)	–
% of all births registered	–
Number of maternal deaths	–
Neonatal mortality rate (per 1,000 live births)	13
Stillbirth rate (per 1,000 births)	–
Number of pregnant women tested for HIV	–
Midwives are authorized to administer a core set of life-saving interventions	–
Density of midwives, nurses and doctors per 1,000 population	–
Estimated workforce shortage to attain 95% skilled birth attendance by 2015	–
Gross secondary school enrolment (male; female) %	–
Literacy rate (age 15 and over) (male; female) %	94;84
MDG indicators	
Maternal mortality ratio (per 100,000 live births)	98
Proportion of births attended by skilled health personnel (%)	73
Contraceptive prevalence rate (modern methods) (%)	71
Adolescent birth rate (births per 1,000 women age 15–19)	53.9
Antenatal care coverage (at least one visit;at least four visits) (%)	94;87
Unmet need for family planning (%)	8.1
Under-5 mortality rate (per 1,000 live births)	21.3

MIDWIFERY BAROMETER	
Midwives (including nurse–midwives)	–
Obstetricians	–
Community health workers with some midwifery training	–
Number of midwifery education institutions (total);number of private	–
Number of facilities providing essential childbirth care	–
Facilities per 1,000 births	–

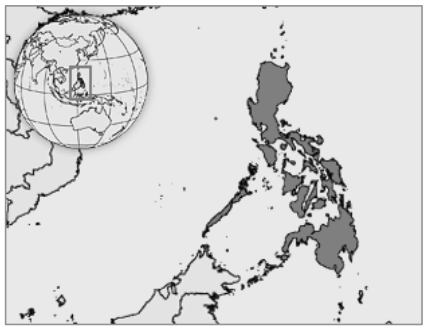






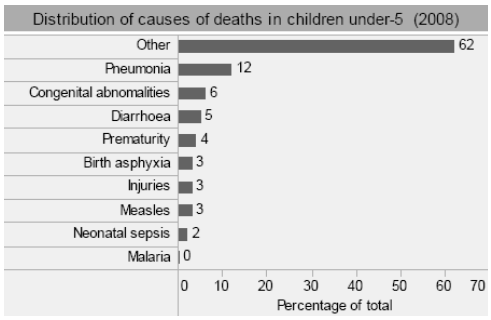


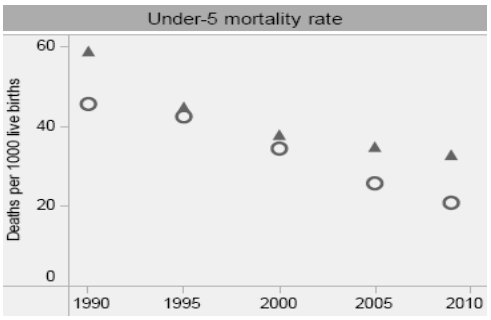
Philippines

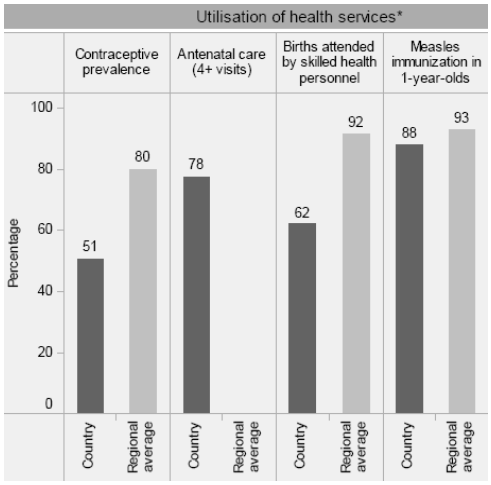


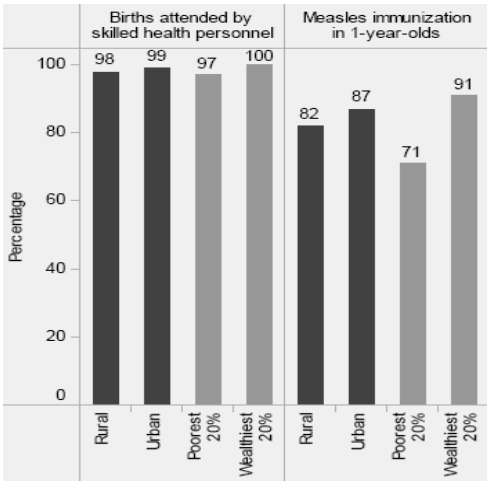
Country indicators	
Total population (000); % urban	91983102
Adolescent population (15–19 yrs)(000); % of total	–
Number of women of reproductive age (age 15–49)(000); % of total	–
Total fertility rate (children per woman)	3.0
Crude birth rate (per 1,000 population)	24.7
Births per year (000)	–
% of all births registered	–
Number of maternal deaths	–
Neonatal mortality rate (per 1,000 live births)	15
Stillbirth rate (per 1,000 births)	–
Number of pregnant women tested for HIV	–
Midwives are authorized to administer a core set of life-saving interventions	–
Density of midwives, nurses and doctors per 1,000 population	6.1
Estimated workforce shortage to attain 95% skilled birth attendance by 2015	–
Gross secondary school enrolment (male; female) %	–
Literacy rate (age 15 and over) (male; female) %	93;93
MDG indicators	
Maternal mortality ratio (per 100,000 live births)	94
Proportion of births attended by skilled health personnel (%)	62
Contraceptive prevalence rate (modern methods) (%)	50
Adolescent birth rate (births per 1,000 women age 15–19)	44.4
Antenatal care coverage (at least one visit;at least four visits) (%)	91;78
Unmet need for family planning (%)	17
Under-5 mortality rate (per 1,000 live births)	33.1

MIDWIFERY BAROMETER	
Midwives (including nurse-midwives)	480910
Obstetricians	–
Community health workers with some midwifery training	–
Number of midwifery education institutions (total);number of private	–
Number of facilities providing essential childbirth care	–
Facilities per 1,000 births	–









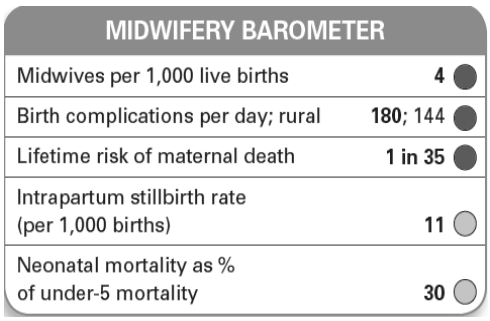
Rwanda

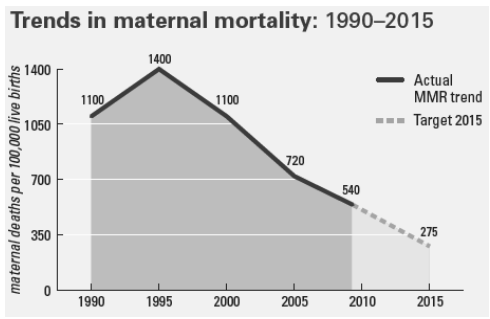


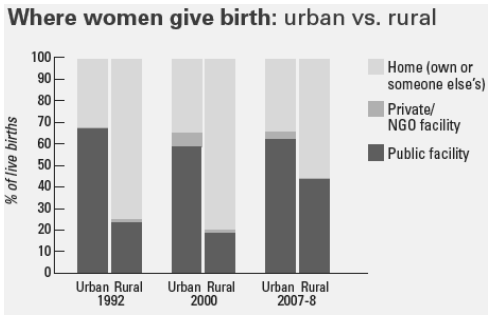
Rwanda has made clear progress in rebuilding its society in recent years. Modern contraceptive use has increased, but the total fertility rate remains high, and the population is growing fast. Measures are in place to curb the spread of HIV and to promote women's empowerment. Maternal mortality has been significantly reduced, especially in the past decade, but remains high. The national health development strategy prioritizes maternal and newborn health, and an insurance plan provides free maternal and newborn health services. Rwanda has begun developing a full midwifery cadre in addition to nurse-midwives, and regulations for the midwifery profession need to be developed. Pre-service education capacity will increase in response to the government's commitment to train five times more midwives, but the country is not yet producing an adequate number of competent midwives. Lack of specialized midwifery schools and faculty shortages are the main constraints.

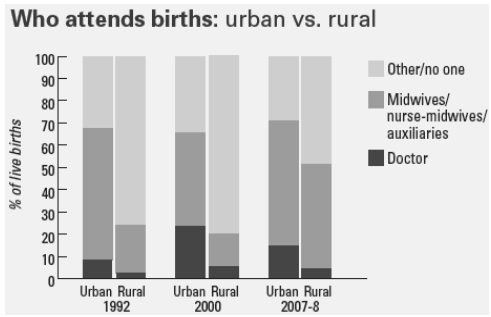
Country indicators	
Total population (000); % urban	10,277; 19
Adolescent population (15–19 yrs)(000); % of total	1,059; 10
Number of women of reproductive age (age 15–49)(000); % of total	2,584; 25
Total fertility rate (children per woman)	5.4
Crude birth rate (per 1,000 population)	41
Births per year (000)	395
% of all births registered	82
Number of maternal deaths	2200
Neonatal mortality rate (per 1,000 live births)	33
Stillbirth rate (per 1,000 births)	23
Number of pregnant women tested for HIV	294457
Midwives are authorized to administer a core set of life-saving interventions	yes
Density of midwives, nurses and doctors per 1,000 population	0.5
Estimated workforce shortage to attain 95% skilled birth attendance by 2015	586
Gross secondary school enrolment (male; female) %	23;21
Literacy rate (age 15 and over) (male; female) %	75;66
MDG indicators	
Maternal mortality ratio (per 100,000 live births)	540
Proportion of births attended by skilled health personnel (%)	52

Contraceptive prevalence rate (modern methods) (%)	36
Adolescent birth rate (births per 1,000 women age 15–19)	43
Antenatal care coverage (at least one visit;at least four visits) (%)	96;24
Unmet need for family planning (%)	38
Under–5 mortality rate (per 1,000 live births)	117
MIDWIFERY BAROMETER	
Midwives (including nurse–midwives)	1658
Obstetricians	20
Community health workers with some midwifery training	15000
Number of midwifery education institutions (total);number of private	6:2
Number of facilities providing essential childbirth care	–
Facilities per 1,000 births	–









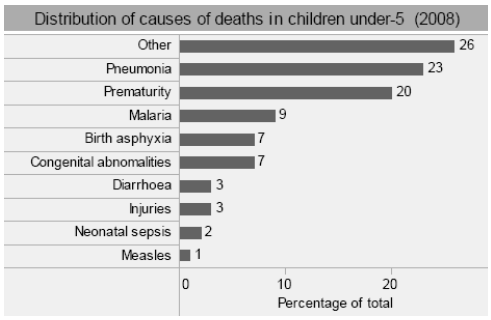
Solomon Islands

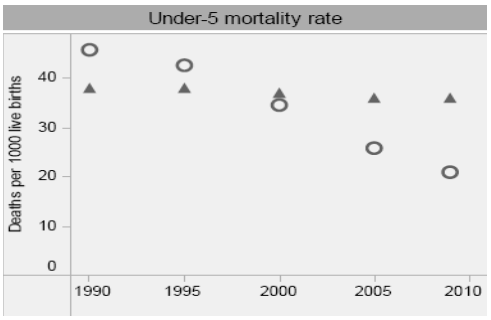


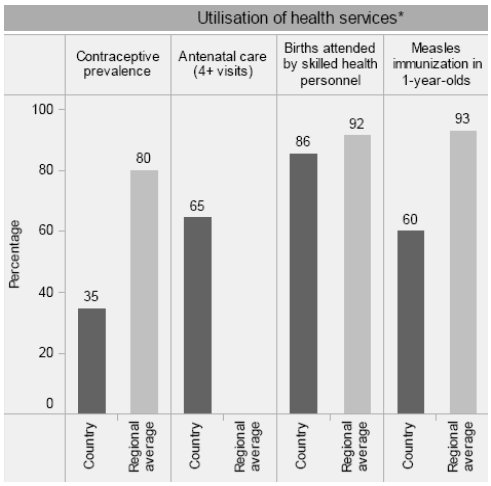
Solomon Islands is in a phase of epidemiological transition. Having to deal with both the control of infectious diseases and an increasing incidence of noncommunicable diseases, with very limited resources, poses a major challenge for the Government. A reduction in childhood mortality and morbidity from diarrhoeal diseases is attributed to the improved status of sanitation, the water supply, with 84.2% of population having access to an improved drinking-water source, personal hygiene and breast-feeding. A reduction in mortality due to neonatal causes is attributed to the improved status of maternal/safe motherhood programmes and services, supported by much improved paediatric care and the focus on the integrated management of childhood illness (IMCI) approach.

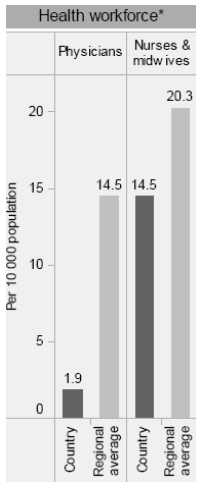
Country indicators	
Total population (000); % urban	523170
Adolescent population (15–19 yrs)(000); % of total	–
Number of women of reproductive age (age 15–49)(000); % of total	–
Total fertility rate (children per woman)	3.8
Crude birth rate (per 1,000 population)	30.4
Births per year (000)	–
% of all births registered	–
Number of maternal deaths	–
Neonatal mortality rate (per 1,000 live births)	14
Stillbirth rate (per 1,000 births)	–
Number of pregnant women tested for HIV	–
Midwives are authorized to administer a core set of life-saving interventions	–
Density of midwives, nurses and doctors per 1,000 population	13
Estimated workforce shortage to attain 95% skilled birth attendance by 2015	–
Gross secondary school enrolment (male; female) %	–
Literacy rate (age 15 and over) (male; female) %	83;69
MDG indicators	
Maternal mortality ratio (per 100,000 live births)	100
Proportion of births attended by skilled health personnel (%)	43
Contraceptive prevalence rate (modern methods) (%)	27
Adolescent birth rate (births per 1,000 women age 15–19)	40.9
Antenatal care coverage (at least one visit;at least four visits) (%)	73;–

Unmet need for family planning (%)	–
Under-5 mortality rate (per 1,000 live births)	35
MIDWIFERY BAROMETER	
Midwives (including nurse-midwives)	630
Obstetricians	–
Community health workers with some midwifery training	–
Number of midwifery education institutions (total);number of private	–
Number of facilities providing essential childbirth care	–
Facilities per 1,000 births	–







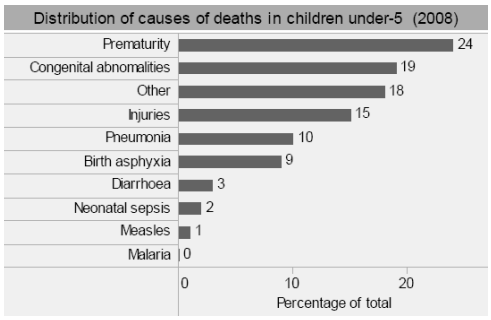


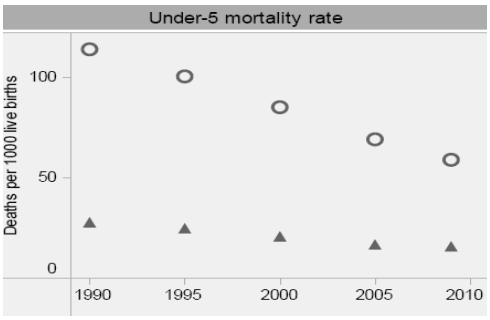
Sri Lanka

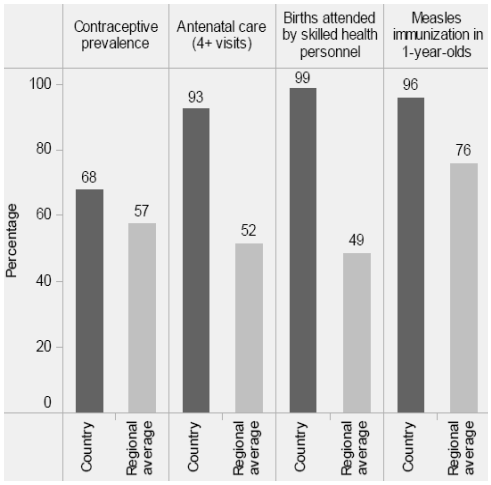


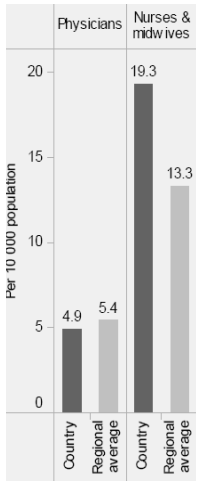
Country indicators	
Total population (000); % urban	20303477
Adolescent population (15–19 yrs)(000); % of total	–
Number of women of reproductive age (age 15–49)(000); % of total	–
Total fertility rate (children per woman)	2.3
Crude birth rate (per 1,000 population)	18.8
Births per year (000)	–
% of all births registered	–
Number of maternal deaths	–
Neonatal mortality rate (per 1,000 live births)	9
Stillbirth rate (per 1,000 births)	–
Number of pregnant women tested for HIV	–
Midwives are authorized to administer a core set of life-saving interventions	–
Density of midwives, nurses and doctors per 1,000 population	17
Estimated workforce shortage to attain 95% skilled birth attendance by 2015	–
Gross secondary school enrolment (male; female) %	–
Literacy rate (age 15 and over) (male; female) %	92;89
MDG indicators	
Maternal mortality ratio (per 100,000 live births)	39
Proportion of births attended by skilled health personnel (%)	99
Contraceptive prevalence rate (modern methods) (%)	68
Adolescent birth rate (births per 1,000 women age 15–19)	29.4
Antenatal care coverage (at least one visit;at least four visits) (%)	99;–
Unmet need for family planning (%)	18
Under-5 mortality rate (per 1,000 live births)	14.7

MIDWIFERY BAROMETER	
Midwives (including nurse-midwives)	33431
Obstetricians	–
Community health workers with some midwifery training	–
Number of midwifery education institutions (total);number of private	–
Number of facilities providing essential childbirth care	–
Facilities per 1,000 births	–









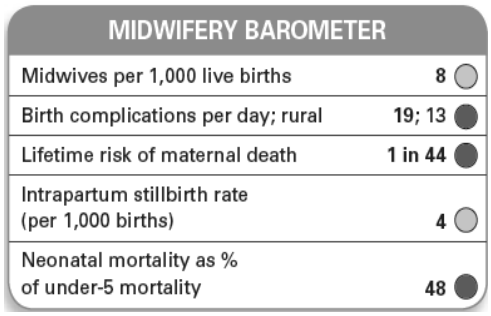
Timor-Leste

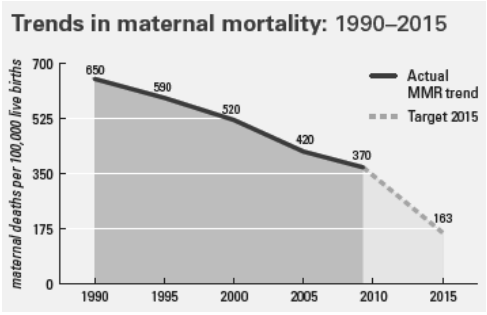


Half of the small but quickly growing population of Timor-Leste continues to live in poverty. Inequitable access to health care is due to geographic and economic factors, and also to lack of health care providers. Health facilities and roads that were severely damaged during the civil war are being rebuilt. Contraceptive use is low and the fertility rate is one of the world's highest. Maternal mortality has declined significantly since 1990, but remains high. The 2004-2015 National Reproductive Health Strategy addresses education of skilled health personnel and access to emergency obstetric and newborn care. A three-year direct-entry midwifery programme is available. Midwifery is recognized as an autonomous profession, and midwives are authorized to practise all essential ICM competencies. The East Timor Midwifery Association is being established in 2011.

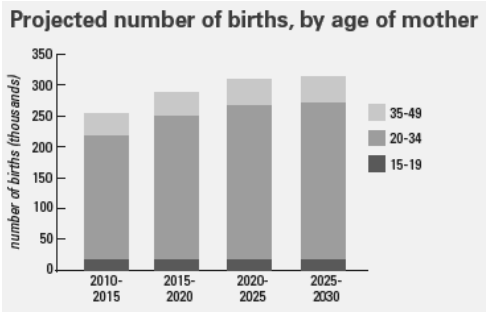
Country indicators	
Total population (000); % urban	1,171; 28
Adolescent population (15–19 yrs)(000); % of total	131; 11
Number of women of reproductive age (age 15–49)(000); % of total	257; 22
Total fertility rate (children per woman)	6.5
Crude birth rate (per 1,000 population)	40
Births per year (000)	43
% of all births registered	53
Number of maternal deaths	160
Neonatal mortality rate (per 1,000 live births)	27
Stillbirth rate (per 1,000 births)	14
Number of pregnant women tested for HIV	71
Midwives are authorized to administer a core set of life-saving interventions	–
Density of midwives, nurses and doctors per 1,000 population	2.3
Estimated workforce shortage to attain 95% skilled birth attendance by 2015	77
Gross secondary school enrolment (male; female) %	55;55
Literacy rate (age 15 and over) (male; female) %	–;–
MDG indicators	
Maternal mortality ratio (per 100,000 live births)	370
Proportion of births attended by skilled health personnel (%)	18
Contraceptive prevalence rate (modern methods) (%)	10
Adolescent birth rate (births per 1,000 women age 15–19)	59

Antenatal care coverage (at least one visit;at least four visits) (%)	61;30
Unmet need for family planning (%)	4
Under-5 mortality rate (per 1,000 live births	60
MIDWIFERY BAROMETER	
Midwives (including nurse-midwives)	367
Obstetricians	-
Community health workers with some midwifery training	-
Number of midwifery education institutions (total);number of private	2;0
Number of facilities providing essential childbirth care	71
Facilities per 1,000 births	2









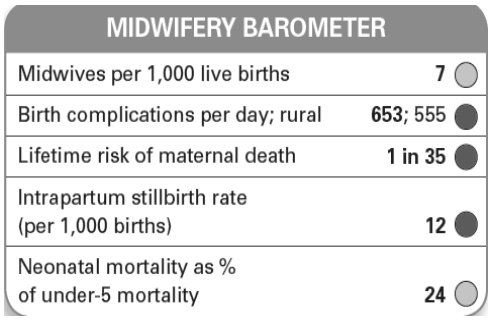
Uganda

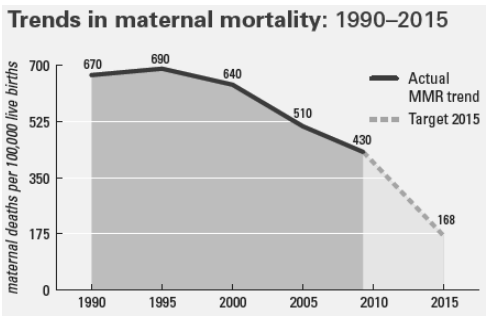


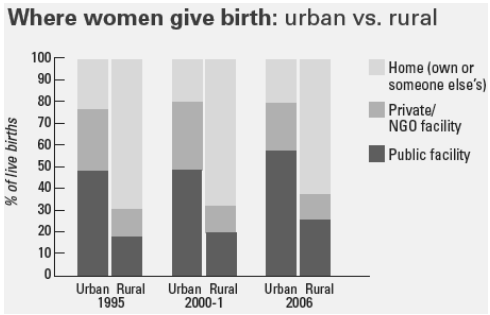
With only 13 percent of the population living in urban areas, Uganda is predominantly rural. The country has a high fertility rate, contraception use is low, and its population is one of the fastest growing in the world. The maternal mortality ratio has declined by 36 percent since 1990, but remains high. The Government has made maternal and child health a development priority, and has launched a road map for the reduction of maternal and newborn mortality. Although there is a general shortage of midwifery tutors, more are being trained. The traditional three-year midwifery education programme is no longer offered in many public education institutions. A new course is being designed for a master's of science in nursing and midwifery. Registered midwives are encouraged to participate in continuing education programmes to upgrade their skills.

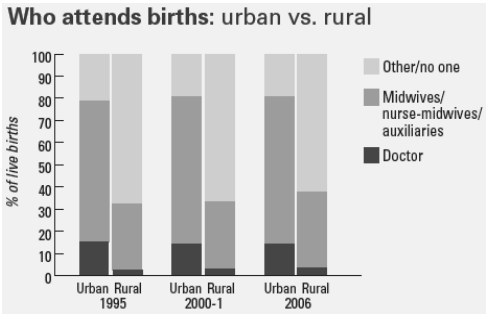
Country indicators	
Total population (000); % urban	33,796; 13
Adolescent population (15–19 yrs)(000); % of total	3,808; 11
Number of women of reproductive age (age 15–49)(000); % of total	7,345; 22
Total fertility rate (children per woman)	6.3
Crude birth rate (per 1,000 population)	46
Births per year (000)	1448
% of all births registered	21
Number of maternal deaths	6300
Neonatal mortality rate (per 1,000 live births)	31
Stillbirth rate (per 1,000 births)	25
Number of pregnant women tested for HIV	968157
Midwives are authorized to administer a core set of life-saving interventions	partial
Density of midwives, nurses and doctors per 1,000 population	1.4
Estimated workforce shortage to attain 95% skilled birth attendance by 2015	2021
Gross secondary school enrolment (male; female) %	27;23
Literacy rate (age 15 and over) (male; female) %	82;67
MDG indicators	
Maternal mortality ratio (per 100,000 live births)	430
Proportion of births attended by skilled health personnel (%)	42
Contraceptive prevalence rate (modern methods) (%)	24
Adolescent birth rate (births per 1,000 women age 15–19)	159

Antenatal care coverage (at least one visit;at least four visits) (%)	94;47
Unmet need for family planning (%)	41
Under-5 mortality rate (per 1,000 live births)	130
MIDWIFERY BAROMETER	
Midwives (including nurse-midwives)	9701
Obstetricians	144
Community health workers with some midwifery training	-
Number of midwifery education institutions (total);number of private	53;38
Number of facilities providing essential childbirth care	2471
Facilities per 1,000 births	2









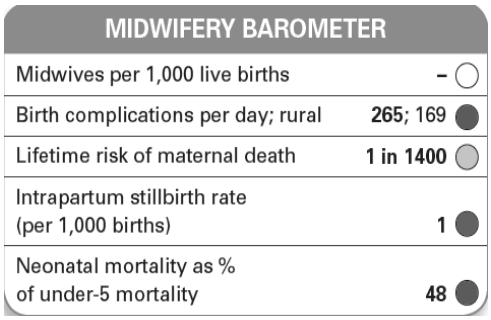
Uzbekistan

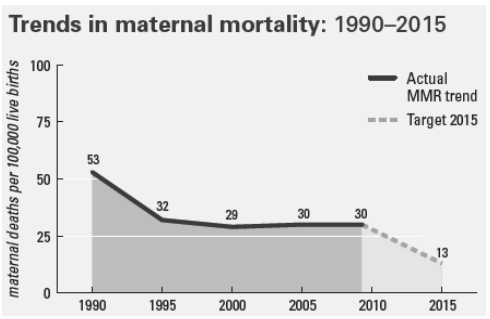


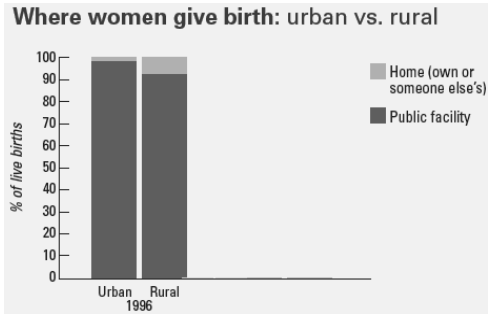
Uzbekistan, the most populous country in Central Asia, faces high levels of unemployment. Forty-six percent of the population lives in poverty, and current concerns include economic stagnation and internal conflicts. Social discontent and large-scale emigration, particularly of young qualified people, are also problematic. There are regional disparities in income and in the use of basic health services. Maternal mortality has not declined significantly since 1995. A national policy for maternal and newborn health services has been developed, and a policy for the provision of free maternal and child health care services is in place. Midwifery is considered as a specialty of nursing. A two-level system for midwifery education has been introduced with the aim of improving the quality of midwifery services, and the new curriculum includes ICM competencies.

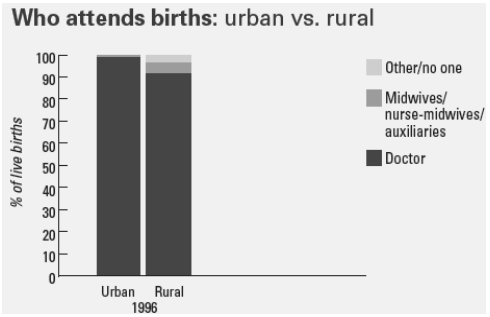
Country indicators	
Total population (000); % urban	27,794; 36
Adolescent population (15–19 yrs)(000); % of total	3,182; 11
Number of women of reproductive age (age 15–49)(000); % of total	7,944; 29
Total fertility rate (children per woman)	2.6
Crude birth rate (per 1,000 population)	22
Births per year (000)	551
% of all births registered	100
Number of maternal deaths	170
Neonatal mortality rate (per 1,000 live births)	17
Stillbirth rate (per 1,000 births)	6
Number of pregnant women tested for HIV	414346
Midwives are authorized to administer a core set of life-saving interventions	–
Density of midwives, nurses and doctors per 1,000 population	13.4
Estimated workforce shortage to attain 95% skilled birth attendance by 2015	–
Gross secondary school enrolment (male; female) %	102;101
Literacy rate (age 15 and over) (male; female) %	100;99
MDG indicators	
Maternal mortality ratio (per 100,000 live births)	30
Proportion of births attended by skilled health personnel (%)	100
Contraceptive prevalence rate (modern methods) (%)	65
Adolescent birth rate (births per 1,000 women age 15–19)	26

Antenatal care coverage (at least one visit;at least four visits) (%)	99;79
Unmet need for family planning (%)	14
Under-5 mortality rate (per 1,000 live births	38
MIDWIFERY BAROMETER	
Midwives (including nurse-midwives)	24100
Obstetricians	5000
Community health workers with some midwifery training	-
Number of midwifery education institutions (total);number of private	96;0
Number of facilities providing essential childbirth care	-
Facilities per 1,000 births	-









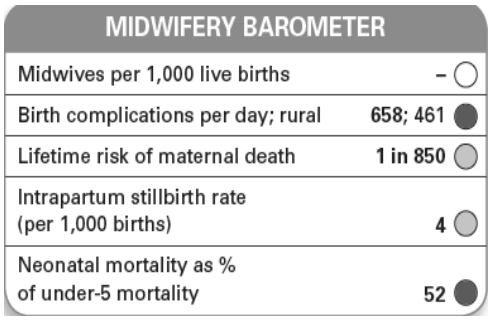
Viet Nam

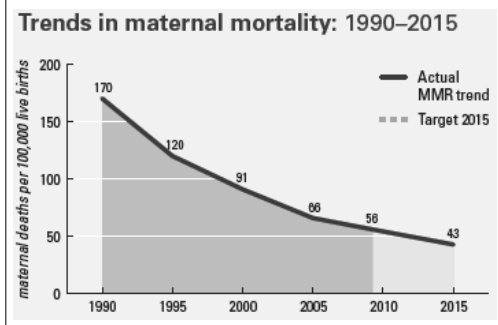


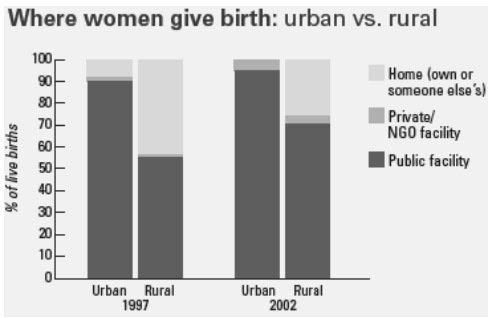
Densely populated, Viet Nam is experiencing rapid economic growth, which has led to higher living standards and significant rural-to-urban migration. A vigorous population policy has led to a significant fertility decline in the past 20 years, accompanied by improvements in health indicators. Maternal mortality has decreased 66 percent since 1990, and the country will meet its MDG 5 target. However, maternal mortality remains significantly higher in remote regions with ethnic minorities. Further progress is expected with full implementation of the maternal and newborn health programme in these areas. The country has several midwifery schools and a strong midwifery workforce. A new three year direct-entry programme was established three years ago. A new decree makes licensing compulsory for all health professionals. Enhanced collaboration between education institutions and training sites and between school faculty

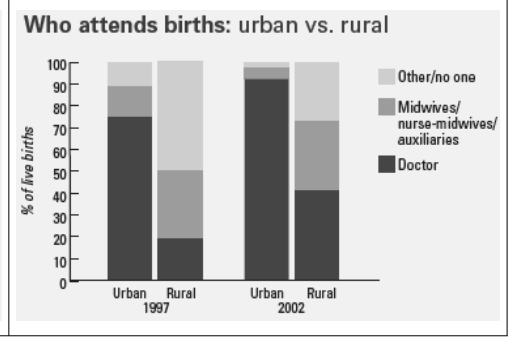
Country indicators	
Total population (000); % urban	89,029; 30
Adolescent population (15–19 yrs)(000); % of total	9,044; 10
Number of women of reproductive age (age 15–49)(000); % of total	25,325; 28
Total fertility rate (children per woman)	2.1
Crude birth rate (per 1,000 population)	17
Births per year (000)	1498
% of all births registered	88
Number of maternal deaths	840
Neonatal mortality rate (per 1,000 live births)	12
Stillbirth rate (per 1,000 births)	14
Number of pregnant women tested for HIV	480814
Midwives are authorized to administer a core set of life-saving interventions	–
Density of midwives, nurses and doctors per 1,000 population	2.2
Estimated workforce shortage to attain 95% skilled birth attendance by 2015	1012
Gross secondary school enrolment (male; female) %	70;64
Literacy rate (age 15 and over) (male; female) %	95;90
MDG indicators	
Maternal mortality ratio (per 100,000 live births)	56
Proportion of births attended by skilled health personnel (%)	88
Contraceptive prevalence rate (modern methods) (%)	80

Adolescent birth rate (births per 1,000 women age 15–19)	35
Antenatal care coverage (at least one visit;at least four visits) (%)	91;29
Unmet need for family planning (%)	5
Under–5 mortality rate (per 1,000 live births)	24
MIDWIFERY BAROMETER	
Midwives (including nurse–midwives)	35162
Obstetricians	5000
Community health workers with some midwifery training	101508
Number of midwifery education institutions (total);number of private	72;0
Number of facilities providing essential childbirth care	11085
Facilities per 1,000 births	7









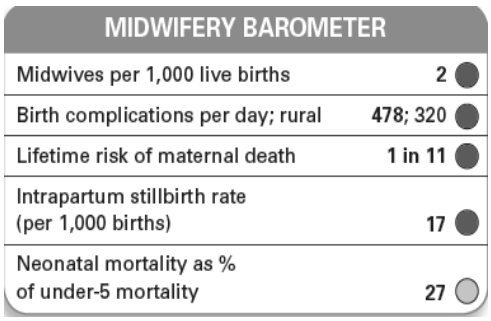
Afghanistan

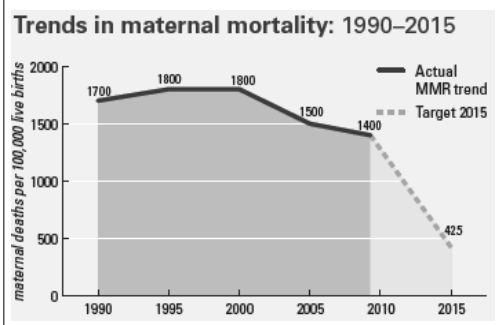


Afghanistan's health status is among the poorest in the world. Maternal mortality continues to be among the highest. Cultural and geographic factors continue to pose barriers for women to access health services. A National Reproductive Health Commodity Security Action Plan is now in place, and a National Human Resource Development Plan for Reproductive Health with a focus on the Safe Motherhood Initiative for 2008-2020 has been launched. A major pre-service midwifery education initiative has been launched by the Ministry of Public Health to train and graduate new midwives. This includes strengthening existing programmes for the placement of graduates in provincial, regional and national hospitals, and establishing Community Midwifery Education programmes for community-based providers. Substantial increases in the number of practising midwives across urban and rural areas, coupled with increases in skilled attendance at birth, attest to the success of these programmes.

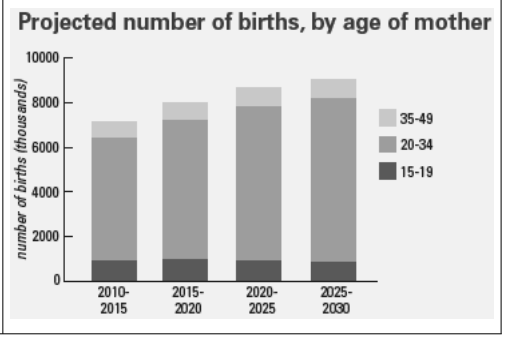
Country indicators	
Total population (000); % urban	29,117; 23
Adolescent population (15–19 yrs)(000); % of total	3,208; 11
Number of women of reproductive age (age 15–49)(000); % of total	6,380; 22
Total fertility rate (children per woman)	6.6
Crude birth rate (per 1,000 population)	47
Births per year (000)	1250
% of all births registered	6
Number of maternal deaths	18000
Neonatal mortality rate (per 1,000 live births)	53
Stillbirth rate (per 1,000 births)	29
Number of pregnant women tested for HIV	–
Midwives are authorized to administer a core set of life-saving interventions	yes
Density of midwives, nurses and doctors per 1,000 population	0.7
Estimated workforce shortage to attain 95% skilled birth attendance by 2015	3983
Gross secondary school enrolment (male; female) %	41;15
Literacy rate (age 15 and over) (male; female) %	–
MDG indicators	
Maternal mortality ratio (per 100,000 live births)	1400
Proportion of births attended by skilled health personnel (%)	14

Contraceptive prevalence rate (modern methods) (%)	19
Adolescent birth rate (births per 1,000 women age 15–19)	151
Antenatal care coverage (at least one visit;at least four visits) (%)	16;–
Unmet need for family planning (%)	–
Under–5 mortality rate (per 1,000 live births	201
MIDWIFERY BAROMETER	
Midwives (including nurse–midwives)	2331
Obstetricians	–
Community health workers with some midwifery training	–
Number of midwifery education institutions (total);number of private	39;5
Number of facilities providing essential childbirth care	–
Facilities per 1,000 births	–









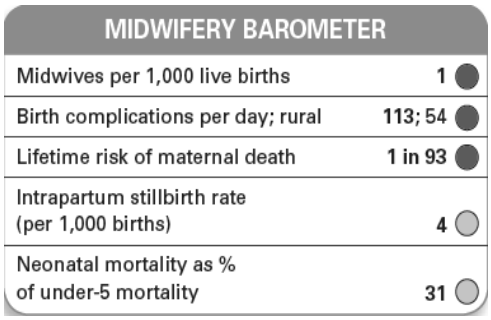
Haiti

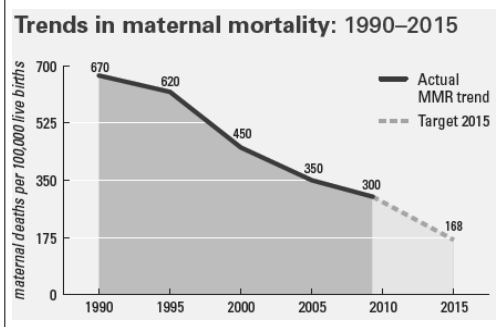


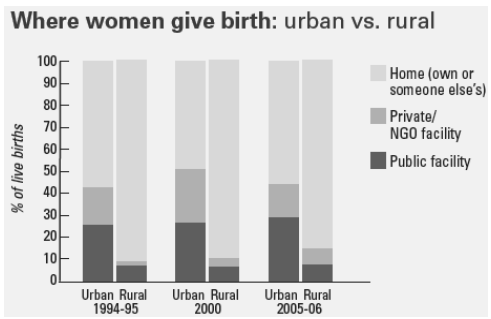
Haiti, the poorest country in the Western Hemisphere, faced many challenges prior to the devastating earthquake of January 2010, including political turmoil, natural disasters and food insecurity. Maternal mortality has declined steadily, especially since 1995, but the ratio remains high. Since 2008, the Ministry of Health and Population, with support from international partners, has implemented a scheme to provide family planning, antenatal, obstetric and neonatal care free of charge in a number of health facilities in the country. Workforce attrition is reportedly high, including migration of qualified nurse-midwives. There is currently one midwifery school, but plans are underway to open new education facilities in the provinces, and to implement a revised curriculum that meets the ICM standards. A scale up of educational institutions with accompanying retention mechanisms is imperative to increase and sustain the midwifery workforce.

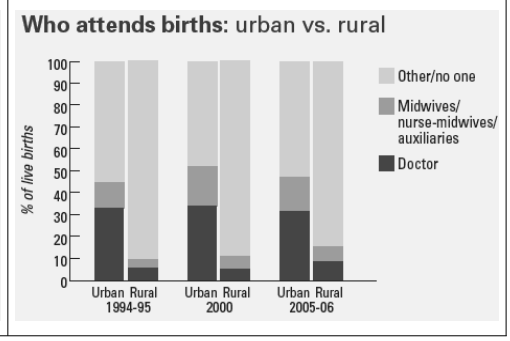
Country indicators	
Total population (000); % urban	10,188; 52
Adolescent population (15–19 yrs)(000); % of total	1,113; 11
Number of women of reproductive age (age 15–49)(000); % of total	2,667; 26
Total fertility rate (children per woman)	3.5
Crude birth rate (per 1,000 population)	28
Births per year (000)	273
% of all births registered	81
Number of maternal deaths	820
Neonatal mortality rate (per 1,000 live births)	27
Stillbirth rate (per 1,000 births)	16
Number of pregnant women tested for HIV	154835
Midwives are authorized to administer a core set of life-saving interventions	no
Density of midwives, nurses and doctors per 1,000 population	0.4
Estimated workforce shortage to attain 95% skilled birth attendance by 2015	563
Gross secondary school enrolment (male; female) %	–
Literacy rate (age 15 and over) (male; female) %	–
MDG indicators	
Maternal mortality ratio (per 100,000 live births)	300
Proportion of births attended by skilled health personnel (%)	26
Contraceptive prevalence rate (modern methods) (%)	32

Adolescent birth rate (births per 1,000 women age 15–19)	69
Antenatal care coverage (at least one visit;at least four visits) (%)	85;54
Unmet need for family planning (%)	38
Under–5 mortality rate (per 1,000 live births	89
MIDWIFERY BAROMETER	
Midwives (including nurse–midwives)	174
Obstetricians	221
Community health workers with some midwifery training	–
Number of midwifery education institutions (total);number of private	1;0
Number of facilities providing essential childbirth care	–
Facilities per 1,000 births	–









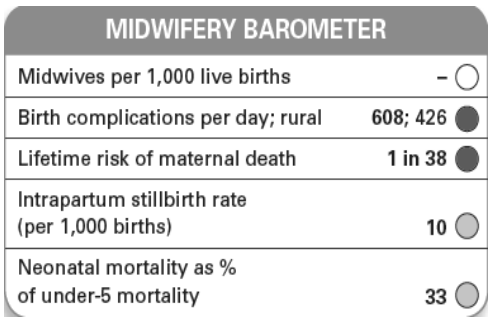
Kenya

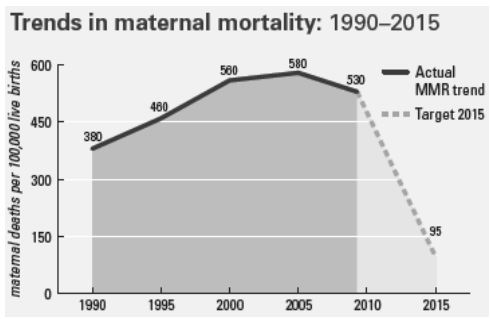


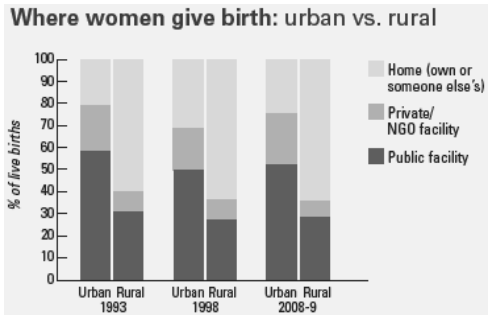
An estimated 50 percent of Kenya's population lives in poverty. High rates of infectious diseases such as HIV and malaria pose a great burden on the health system. An estimated 14 percent of maternal deaths are due to HIV. Maternal health figures improved in the 1990s, but in the past decade no progress has been made in reducing maternal mortality. Disparities of wealth and poverty are a barrier to equitable access to services. The 2007 National Reproductive Health Policy puts a special focus on inclusion of vulnerable and marginalized populations. Set up in 2002, the Kenya Health Workforce Information System allows the Government to determine how best to develop and deploy the health workforce. A midwifery education and training system is in place, and midwives are authorized to practice all essential ICM competencies. However, staff shortages in the public health system are critical, despite the continuing difficulties of newly graduated midwives to secure employment.

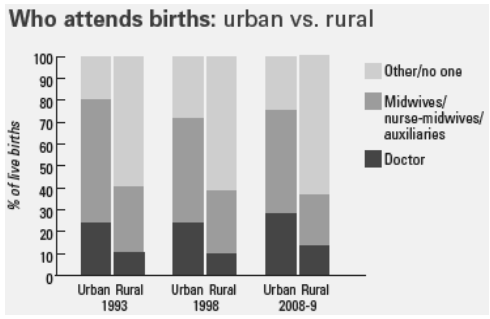
Country indicators	
Total population (000); % urban	40,863; 22
Adolescent population (15–19 yrs)(000); % of total	4,339; 11
Number of women of reproductive age (age 15–49)(000); % of total	9,802; 24
Total fertility rate (children per woman)	4.9
Crude birth rate (per 1,000 population)	39
Births per year (000)	1496
% of all births registered	48
Number of maternal deaths	7900
Neonatal mortality rate (per 1,000 live births)	27
Stillbirth rate (per 1,000 births)	22
Number of pregnant women tested for HIV	961990
Midwives are authorized to administer a core set of life-saving interventions	yes
Density of midwives, nurses and doctors per 1,000 population	1.3
Estimated workforce shortage to attain 95% skilled birth attendance by 2015	1669
Gross secondary school enrolment (male; female) %	61;56
Literacy rate (age 15 and over) (male; female) %	90;83
MDG indicators	
Maternal mortality ratio (per 100,000 live births)	530
Proportion of births attended by skilled health personnel (%)	42

Contraceptive prevalence rate (modern methods) (%)	39
Adolescent birth rate (births per 1,000 women age 15–19)	103
Antenatal care coverage (at least one visit;at least four visits) (%)	88;52
Unmet need for family planning (%)	25
Under–5 mortality rate (per 1,000 live births)	86
MIDWIFERY BAROMETER	
Midwives (including nurse–midwives)	24421
Obstetricians	251
Community health workers with some midwifery training	–
Number of midwifery education institutions (total);number of private	60;27
Number of facilities providing essential childbirth care	–
Facilities per 1,000 births	–









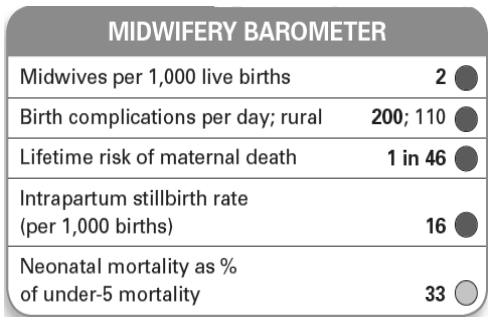
Senegal

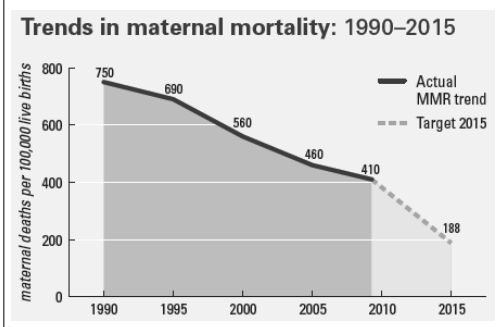


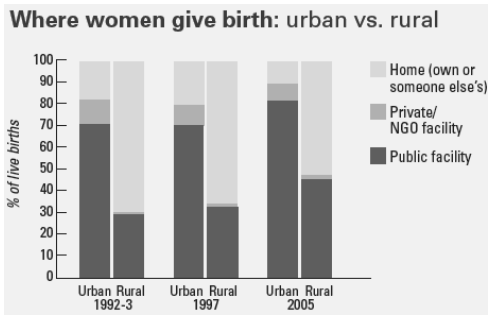
Senegal has made progress in improving access to education and there is greater equity in enrolment between boys and girls. Fertility has declined slowly, but remains high. Contraceptive use is low. Although some villages are abandoning the practice, female genital mutilation/cutting is still widely practised. Maternal mortality has reduced significantly in the past 20 years, but remains high. A national road map to reduce maternal and neonatal mortality and morbidity is in place, and a policy of cost-exemption for institutional birth, including caesarean sections, has increased use of services since 2005. There is a general shortage of skilled health personnel (including midwives, obstetricians, anaesthetists and paediatricians), particularly in the rural areas. The role of midwives has been expanded in order to increase access to emergency obstetric and newborn care and family planning services with a government commitment to increase recruitment of state midwives.

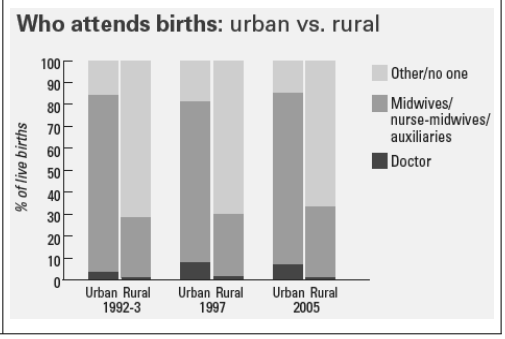
Country indicators	
Total population (000); % urban	12,861; 42
Adolescent population (15–19 yrs)(000); % of total	1,449; 11
Number of women of reproductive age (age 15–49)(000); % of total	3,162; 25
Total fertility rate (children per woman)	4.8
Crude birth rate (per 1,000 population)	38
Births per year (000)	468
% of all births registered	55
Number of maternal deaths	1900
Neonatal mortality rate (per 1,000 live births)	31
Stillbirth rate (per 1,000 births)	34
Number of pregnant women tested for HIV	166830
Midwives are authorized to administer a core set of life-saving interventions	yes
Density of midwives, nurses and doctors per 1,000 population	0.5
Estimated workforce shortage to attain 95% skilled birth attendance by 2015	450
Gross secondary school enrolment (male; female) %	34;27
Literacy rate (age 15 and over) (male; female) %	52;33
MDG indicators	
Maternal mortality ratio (per 100,000 live births)	410
Proportion of births attended by skilled health personnel (%)	52

Contraceptive prevalence rate (modern methods) (%)	12
Adolescent birth rate (births per 1,000 women age 15–19)	96
Antenatal care coverage (at least one visit;at least four visits) (%)	87;40
Unmet need for family planning (%)	32
Under–5 mortality rate (per 1,000 live births	95
MIDWIFERY BAROMETER	
Midwives (including nurse–midwives)	990
Obstetricians	126
Community health workers with some midwifery training	1603
Number of midwifery education institutions (total);number of private	136;126
Number of facilities providing essential childbirth care	2381
Facilities per 1,000 births	5









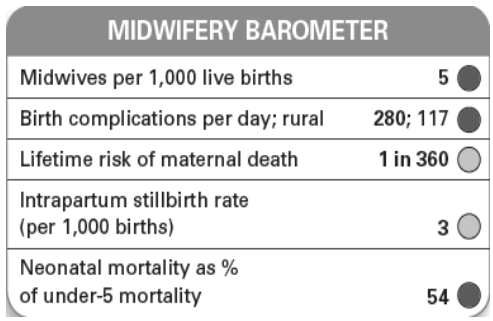
Morocco

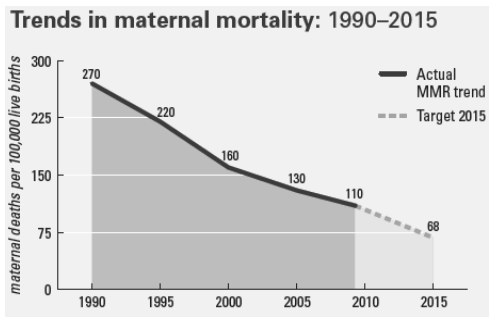


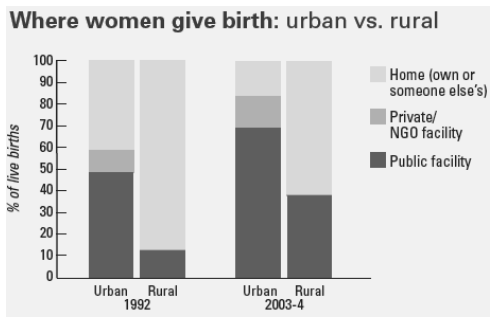
Morocco has nearly completed the transition from high to low fertility. Contraceptive use has increased significantly. Large differences exist between urban and rural access to health care and skilled birth attendants. Gender disparities persist and efforts are in place to improve the status of women. A reduction in the maternal mortality ratio of an estimated 60 percent has been achieved in the past 20 years. The 2008-2012 strategic plan focuses on reproductive health. The policy for maternal and newborn health makes facility-based birth free of charge (including caesareans). The policy aims at strengthening the referral system; improving provision of essential drugs, blood and equipment; and improving access in rural areas. Measures to strengthen the competencies of the midwifery workforce are underway. These include a review of the curriculum and an increase in the hours of classroom instruction in the current education programmes.

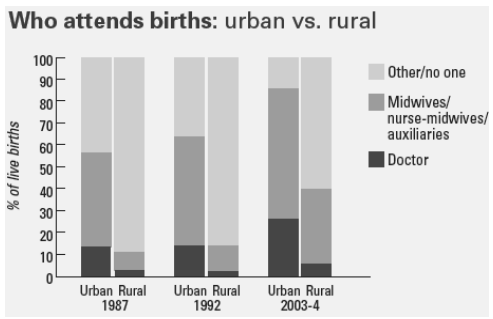
Country indicators	
Total population (000); % urban	32,381; 58
Adolescent population (15–19 yrs)(000); % of total	3,178; 10
Number of women of reproductive age (age 15–49)(000); % of total	9,209; 28
Total fertility rate (children per woman)	2.4
Crude birth rate (per 1,000 population)	20
Births per year (000)	646
% of all births registered	85
Number of maternal deaths	720
Neonatal mortality rate (per 1,000 live births)	20
Stillbirth rate (per 1,000 births)	20
Number of pregnant women tested for HIV	2723
Midwives are authorized to administer a core set of life-saving interventions	–
Density of midwives, nurses and doctors per 1,000 population	1.5
Estimated workforce shortage to attain 95% skilled birth attendance by 2015	586
Gross secondary school enrolment (male; female) %	60;51
Literacy rate (age 15 and over) (male; female) %	69;44
MDG indicators	
Maternal mortality ratio (per 100,000 live births)	110
Proportion of births attended by skilled health personnel (%)	63

Contraceptive prevalence rate (modern methods) (%)	63
Adolescent birth rate (births per 1,000 women age 15–19)	18
Antenatal care coverage (at least one visit;at least four visits) (%)	68;31
Unmet need for family planning (%)	10
Under–5 mortality rate (per 1,000 live births)	39
MIDWIFERY BAROMETER	
Midwives (including nurse–midwives)	2967
Obstetricians	474
Community health workers with some midwifery training	–
Number of midwifery education institutions (total);number of private	71;50
Number of facilities providing essential childbirth care	–
Facilities per 1,000 births	–









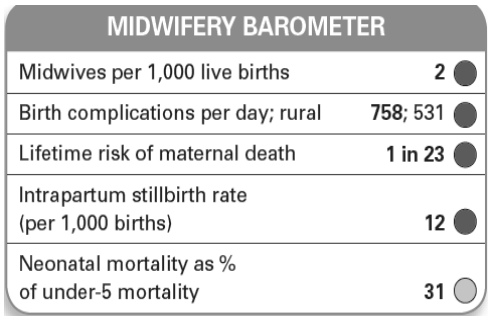
United Republic of Tanzania

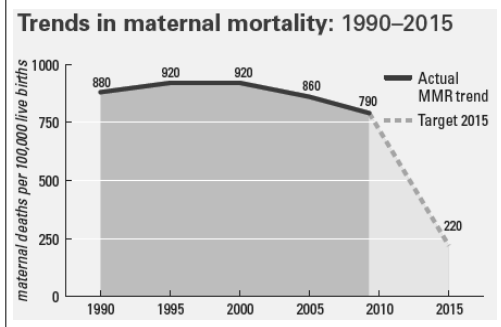


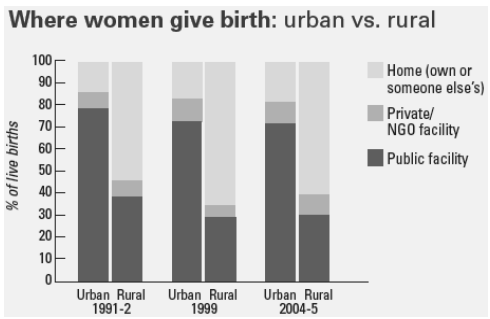
Tanzania's mostly rural and fast growing population registers a high fertility rate and low contraceptive use. Child health in mainland Tanzania and Zanzibar has improved, but maternal mortality remains very high, with only a moderate reduction since 2005. A high prevalence of HIV contributes to this situation. A policy of free access to maternal health services is in place. The health sector strategic plan specifically addresses the midwifery workforce, and priority is given to increasing the number of birth attendants with life saving skills and other competencies. One part of the plan involves establishing incentives to retain midwives, especially those practising in remote areas. The majority of midwives are nurse -midwives by training. The Tanzania 'Nursing and Midwifery Act 2010' has allowed the start of formal licensing of practitioners and accreditation of training institutions.

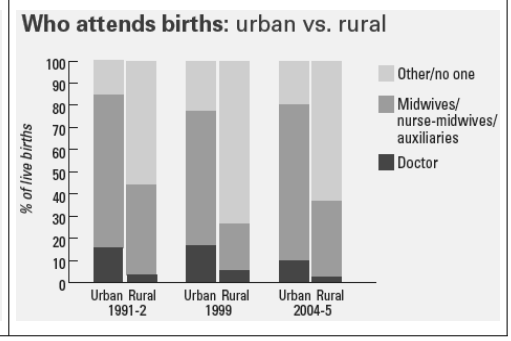
Country indicators	
Total population (000); % urban	45,040; 26
Adolescent population (15–19 yrs)(000); % of total	4,758; 11
Number of women of reproductive age (age 15–49)(000); % of total	10,271; 23
Total fertility rate (children per woman)	5.6
Crude birth rate (per 1,000 population)	42
Births per year (000)	1750
% of all births registered	8
Number of maternal deaths	14000
Neonatal mortality rate (per 1,000 live births)	34
Stillbirth rate (per 1,000 births)	26
Number of pregnant women tested for HIV	1194172
Midwives are authorized to administer a core set of life–saving interventions	yes
Density of midwives, nurses and doctors per 1,000 population	0.2
Estimated workforce shortage to attain 95% skilled birth attendance by 2015	1739
Gross secondary school enrolment (male; female) %	7;5
Literacy rate (age 15 and over) (male; female) %	79;66
MDG indicators	
Maternal mortality ratio (per 100,000 live births)	790
Proportion of births attended by skilled health personnel (%)	43
Contraceptive prevalence rate (modern methods) (%)	26

Adolescent birth rate (births per 1,000 women age 15–19)	139
Antenatal care coverage (at least one visit;at least four visits) (%)	76;62
Unmet need for family planning (%)	22
Under–5 mortality rate (per 1,000 live births	111
MIDWIFERY BAROMETER	
Midwives (including nurse–midwives)	2720
Obstetricians	140
Community health workers with some midwifery training	–
Number of midwifery education institutions (total);number of private	84;46
Number of facilities providing essential childbirth care	–
Facilities per 1,000 births	–









[첨부 4] 모자보건 프로그램의 각종 서식 목차(예시)

□ 모자보건 프로그램 사전 타당성 조사 보고서 목차(안)

목 차	비 고
보고서 요약 - 본문의 주요 목차별 요약내용	5~6page 내외
Ⅰ. 사전 타당성 조사 개요 가. 협력국의 요청사업 개요 나. 사업의 배경 및 경위 다. 타당성조사의 목적 라. 타당성조사 방법	※ 담당자가 작성
Ⅱ. 사업대상국의 보건의료 분야 현황 가. 수원국의 일반 현황분석 - 국가개요 - 정치, 사회적현황 분석 - 문화, 자연적 현황 분석 나. 수원국의 보건의료 분야 현황 분석 - 모자보건 전략 분석 - 보건의료 Annual Review paper 분석 - 보건의료 서비스 제공 현황 분석 (국가/사업지역) - 보건의료 인력 현황 분석(국가/사업지역) - 보건의료 재정 현황 분석(국가/사업지역) - 보건의료 정보 현황 분석(국가/사업지역) - 보건의료 약품 및 기자재 현황 분석 (국가/사업지역) - 보건의료 Governance 현황 분석 (국가/사업지역) - 총괄 요약	※ 타당성 조사 수행 전 문헌조사를 통해 수행 (WHO, USAID, UNICEF, WB 등) 관련 자료를 통해 보건의료 전문가가 미리 수행할 수 있도록 안내 / 관련 체크리스트는 동 보고서 7장 참조
Ⅲ. 사업지역의 모자보건 현황 가. 모자보건 공여자 지도 그리기 나. 사업지역 보건시스템 지도 그리기 다. 기존 KOICA 사업 분석 및 연계 가능성 파악 라. 필수 모자보건 패키지 서비스 제공율 분석 마. 모자보건 서비스 제공자 분석 - 수원국 정부 소속 보건인력 또는 보조인력 - 마을 건강요원 또는 마을 공동체 - 지역 활동 NGO	※ 타당성 조사 수행 전 협력국에 보내는 체크리스트와 현장조사를 통해 현지에서 작성 완료 필요 / 관련 체크리스트는 동 보고서 7장 참조

Ⅳ. 모자보건 프로그램의 타당성분석 가. 프로그램의 타당성 분석 – 기술적 타당성 – 경제적 타당성 – 문화적 타당성 – 환경적 타당성 – 젠더적 타당성 – 수원국의 사업추진 의지 – 기타 고려사항 나. 기존 프로그램과의 연계 분석 – 수원국 정부 프로그램과의 연계 – 타공여국과의 모자보건 분야 원조조화 – KOICA 기존 프로그램과의 연계 가능성 다. 유사한 모자보건 프로그램 분석 – KOICA 모자보건 프로그램 교훈 분석 – 타 공여기관 모자보건 프로그램 분석 라. 이해관계자 분석 – 중앙정부 보건부 – 지방 보건청 – 수원 기관 또는 지역사회 협의체 – 사업지역 정부기관 보건서비스 제공자 – 사업지역 보건서비스 수혜자 – 정부 이외의 보건서비스 제공자	※ 프로그램의 타당성 분석은 필요하고 중요한 항목만 분석, 하지만 모자보건 사업 시 젠더적 타당성은 반드시 분석 필요 / 젠더 분석은 KOICA 젠더 가이드라인을 활용 ※ 나, 다, 라 항목은 타당성 조사 수행 전 협력국에 보내는 체크리스트와 현장조사를 통해 현지에서 작성 완료 필요
Ⅴ. 사업내용 기술 가. 논리 모형 만들기 – 기여목표(Goal) – 사업목적(Purpose) 기대효과(Output) – 사업활동(Activity) – 사업활동 별 투입요소 설정 – 모니터링 지표 설정, 지표 중요도 분석 – 성과 관리 방법 및 체계 수립 나. 평가 계획	※ 모자보건 프로그램의 PDM 작성 / 동 보고서 8장 및 모듈 사업 개요서와 PDM을 참고하여 사업담당자와 전문가가 함께 현지조사 시 Ver 1.0 작성 필요
Ⅵ. 사업수행계획 가. 추진전략 나. 사업관리 및 수행체계 다. 사업 수행기관 선정 방안 라. 사업 홍보 방안 마. 일정 및 예산계획 – 인프라 지원방안(필요 시) – 기자재 지원방안(필요 시)	※ PDM에 맞게 사업관리 및 수행체계 작성 / 동 방안은 세부계획이 아닌 기본 아이디어 수준으로 작성하여 보고서 작성 부담을 줄임
Ⅶ. 사후관리 가. 출구 전략 수립 방안 – 재정적 지속가능성 유지 방안 – 인적 자원의 지속가능성 유지 방안 – 인프라 관리의 지속가능성 유지 방안	※ 타당성조사에서 협력국과 반드시 협의하여 확인하고 M/M으로 기록받는 것이 좋음

Ⅷ. 결론 및 제언 - 결론 - 제언 - 사업요청서와 비교 시 변경된 내용	※ 사업요청서와 변경된 내용을 표로 작성
첨부 1. 조사일정 및 주요인사면담내용 2. 현장활동 사진 3. 사업기본계획 4. PDM, R/D(안) 5. 기타 참고자료(현지입수자료 등)	

□ 모자보건 프로그램 실시협의 결과 보고서 목차(안)

목 차	비 고
보고서 요약 - 본문의 주요 목차별 요약내용	5~6 page 내외
Ⅰ. 실시협의 개요 가. 사업 개요 나. 실시협의의 목적 다. 실시협의의 주요 협의 안건	※ 담당자가 작성
Ⅱ. 사전타당성 조사 미조사 항목 추가조사 결과 가. 사업 지역의 모자보건 현황 나. 기존 프로그램과의 연계 분석 다. 유사한 모자보건 프로그램 분석 라. 이해관계자 분석 마. 기타 추가조사 자료 분석	※ 사전조사 시 미조사 항목 추가 조사 하여 분석 필요
Ⅲ. 실행계획 협의 결과 가. 사업의 관리 나. 사업수행 체계 다. 사업 구성 라. 사업내역(양국 분담내역)	※ RD 서명본 요약
Ⅳ. 세부사업 추진계획(안) 가. 기본방향 나. 사업추진 일정 다. 사업 수행기관 선정 계획 라. 사업 홍보 계획 마. 모니터링 및 평가 계획 바. 인프라 지원 계획(필요 시) 사. 기자재 지원 계획(필요 시) 아. 추가사업 제안 자. 출구 전략 - 재정적 지속가능성 유지 계획 - 인적 자원의 지속가능성 유지 계획 - 인프라 관리의 지속가능성 유지 계획	※ PDM 에 맞게 사업관리 및 수행체계 작성 / 동 계획은 세부계획으로 사전조사에서 나온 아이디어를 현지에서 확인하여 구체적인 지원 계획으로 작성하여 실행계획에 반영하는 것이 필요함.
Ⅴ. 종합관찰 및 건의사항 가. 종합관찰 및 건의 나. 기대효과	
첨부 1. 협의일정 및 주요인사 면담내용 2. R/D 원본 3. 사업 실행 계획(안) 4. PDM version 2.0 5. 건축설계 기본도면 및 스페이스 프로그램 6 기타 참고자료(현지입수자료 등)	

□ 모자보건 프로그램 집행계획 목차(안)

목 차	비 고
Ⅰ. 사업 개요 가. 국가 개요(대상지 지도) 나. 사업개요서	
Ⅱ.프로그램 배경 1. 프로그램의 배경 및 경위 2. 수원국의 일반 현황분석 가. 국가개요 나. 정치, 사회적 현황 분석 다. 문화, 자연적 현황 분석 3. 수원국의 보건의료 분야 현황 분석 가. 모자보건 전략 분석 나. 보건의료 Annual Review paper 분석 다. 보건의료 서비스 제공 현황 분석 (국가/사업지역) 라. 보건의료 인력 현황 분석(국가/사업지역) 마. 보건의료 재정 현황 분석(국가/사업지역) 바. 보건의료 정보 현황 분석(국가/사업지역) 사. 보건의료 약품 및 기자재 현황 분석 (국가/사업지역) 아. 보건의료 Governance 현황 분석 (국가/사업지역) 자. 총괄 요약 4. 우리나라와의 관계	※ 사전 타당성 조사 보고서 내용 요약정리
Ⅲ. 사업지역의 모자보건 현황 가. 모자보건 공여자 지도 그리기 나. 사업지역 보건시스템 지도 그리기 다. 기존 KOICA 사업 분석 및 연계 가능성 파악 라. 필수 모자보건 패키지 서비스 제공율 분석 마. 모자보건 서비스 제공자 분석 - 수원국 정부 소속 보건인력 또는 보조인력 - 마을 건강요원 또는 마을 공동체 - 지역 활동 NGO	※ 사전 타당성 조사 보고서 내용 요약정리
Ⅳ. 모자보건 프로그램의 타당성분석 가. 프로그램의 타당성 분석 - 기술적 타당성 - 경제적 타당성 - 문화적 타당성 - 환경적 타당성 - 젠더적 타당성 - 수원국의 사업추진 의지 - 기타 고려사항	※ 사전 타당성 조사 보고서 내용 요약정리

나. 기존 프로그램과의 연계 분석 – 수원국 정부 프로그램과의 연계 – 타공여국과의 모자보건 분야 원조조화 – KOICA 기존 프로그램과의 연계 가능성 다. 유사한 모자보건 프로그램 분석 – KOICA 모자보건 프로그램 교훈 분석 – 타 공여기관 모자보건 프로그램 분석 라. 이해관계자 분석 – 중앙정부 보건부 – 지방 보건청 – 수원 기관 또는 지역사회 협의체 – 사업지역 정부기관 보건서비스 제공자 – 사업지역 보건서비스 수혜자 – 정부 이외의 보건서비스 제공자	
Ⅴ. 유사사업의 교훈 1. 동일 국가 또는 인접 지역의 사업 2. 유사한 모자보건 사업(타 국가 또는 타 지역)	※ 동 보고서 활용
Ⅵ. 지원계획 1. 사업목표와 기대효과 2. 지원방법 및 주요활동계획 3. 사업관리 및 향후 추진계획 가. 기본방향 나. 사업 추진 일정 다. 사업 수행기관 선정 계획 라. 사업 홍보 계획 마. 모니터링 및 평가 계획 바. 인프라 지원 계획(필요 시) 사. 기자재 지원 계획(필요 시) 아. 추가사업 제안 자. 출구 전략 – 재정적 지속가능성 유지 계획 – 인적 자원의 지속가능성 유지 계획 – 인프라 관리의 지속가능성 유지 계획 4. 기타 사업실시 관련 계획 – 사업의 성공적 수행을 위한 중점 관리사항	※ 실시협의 결과보고서 요약정리
첨부 1. R/D(사인본) 2. PDM(국, 영문) 3. Cost estimation	※ PDM ver 3.0 필요

□ 모자보건 프로그램 예산(예시)

예산총괄표 (2years)

			비율
총 계		2,978,907,160	%
예비비		213,160,960	
인건비	인건비	266,200,000	8.9
기술료		41,261,000	
제경비		146,410,000	4.9
직접경비	직접경비	2,311,875,200	77.6
	전문가 파견비	310,286,000	10.4
	건축비	750,000,000	25.2
	기자재	180,128,000	6.0
	차량구입비	123,000,000	4.1
	인력훈련	204,998,400	6.9
	주민교육	224,100,000	7.5
	프로그램 및 매뉴얼 개발	53,842,600	1.8
	지역 경연대회	19,800,000	0.7
	사무소운영비	243,384,000	8.2
	모니터링 및 서베이	202,336,200	6.8

PMC 예산 (2years)

총 계		1,712,618,200	%
인건비	인건비	266,200,000	14.4
기술료		41,261,000	
제경비		146,410,000	7.9
직접경비	직접경비	1,258,747,200	68.2
	전문가 파견비	310,286,000	16.8
	인력훈련	204,998,400	11.1
	주민교육	224,100,000	12.1
	프로그램 및 매뉴얼 개발	53,842,600	2.9
	지역 경연대회	19,800,000	1.1
	사무소운영비	243,384,000	13.2
	모니터링 및 서베이	202,336,200	11.0

모자보건 프로그램 예산표 예시(25개월)							
총 계							환율 $1 = ? 원 적용
구분			인원	월/주/일	단가	금액	
인건비							
		연구원(1급)	1	25	270,000		연구원(교수, 1급) 1명 x 1일/월 x 25개월: 사업총괄, 연구 설계, 도구개발, 자료분서, 보고서 작성 등
		연구원(2급)	1	75	210,000		연구원(교수, 2급) 1명 x 3일/월 x 25개월: 사업총괄, 연구 설계, 도구개발, 자료분서, 보고서 작성 등
		연구원(4급)	2	25	2,500,000		PMC 연구원(4급) 2명 x 25개월 x ₩2,500,000/월: 석사급 이상 전임, 사업 운영 관리
		연구원(파견)	2	22	3,300,000		현지 파견PM 연구원 2명(4급) x 22개월 x ₩3,300,000/월
제경비							(직접인건비 x 30%)
기술료							(직접인건비 + 제경비) x 10%
전문가 파견비	전문가 파견비	소계				310,286,000	
		항공료				2,000,000	
			2	7	3,000,000		PMC 연구원 2명 x 7회
			3	2	3,000,000		연구원 3명 x 2회: 워크숍 참석
			2	2	3,000,000		현지 파견PM 2명 x 2회: 국내 운영위원회 참석
		체재비					
			2	98	198,000	38,808,000	PMC 2명 x 14일/회 x 7회 x $200/일
			3	14	198,000	8,316,000	연구원 3명 x 7일/회 x 2회 x $200
			2	22	2,178,000	95,832,000	현지 파견PM 2명 x 22개월 x $2200/월
		보험료				1,800,000	
			2	7	50,000		PMC 연구원 2명 x 7회 x ₩50,000
			3	2	50,000		연구원 3명 x 2회
			2	2	200,000		현지 파견PM 2명 x 22개월 x 장기여행자보험

전문가 파견비	전문가 파견비	파견 전문가 자문료				47,600,000	
			2	98	200,000		PMC 연구원 2명 x ₩200,000/일 x 98일
			3	14	200,000		연구원 3명 x ₩200,000/일 x 14일
		활동지원비				5,930,000	
			2	7	990,000		PMC 전문가 2명 x 7회 x $1000/명/회: 활동지원비(물품, 교통비, 회의비 등)
			3	2	495,000		연구원 3명 x 2회 x $500/명/회: 활동지원비(물품, 교통비, 회의비 등)
			2	12	600,000		장기 자원봉사전문가: 활동지원비(물품, 교통비, 회의비 등)
			5	42	70,000		단기 자원봉사전문가: 활동지원비(물품, 교통비, 회의비 등)
인력훈련		소계					
	연수생 경비 (위탁훈련)					1,172,000	
		위탁연수생 체재비	82	4	99,000		82명, $20/일 x 5일 x 4주
		위탁훈련비	82	1	350,000		4주 FP course
	연수생 교통비 (훈련센터)						
		위탁연수생 교통비	82	20	20,000		
		HEW	80	9	13,000		
		HEW	10	5	13,000		
		CBRHA	100	9	13,000		
		CBRHA	5	5	13,000		
		주민/ 청소년 지도자	200	5	13,000		
		운영인력	7	1	13,000		
	연수생 식비					56,446,000	
		위탁연수생	82	20	13,000		
		HEW	80	9	13,000		
		HEW	10	5	13,000		

인력훈련	연수생 식비	CBRHA	100	9	13,000		
		CBRHA	5	5	13,000		
		주민/청소년 지도자	200	5	13,000		
		운영인력	7	1	13,000		
	운영비					9,000,000	
		자료 및 기념품	450	1	20,000	9,000,000	훈련생 전원 자료, 문구류, 기념품
	강사료						
		강사료 (외부강사)	1	264	39,600	10,454,400	$40/시간 x 264시간(4시간/일 x 66일)
주민교육		소계				24,100,000	
	Outreach 운영비					54,000,000	
		Marketplace 운영비(1지역)	600	18	3,000		600명/월 x 18개월 x ₩3,000: 홍보, 교육자료배포, 행사보조 인건비 등
		Marketplace 운영비(2지역)	600	12	3,000		200명/월 x 3woreda x 12개월 x ₩3,000: 홍보, 교육자료배포, 행사보조 인건비 등
	주민센터 교육 운영비					68,400,000	
		그룹별 교육 (1지역)	600	12	3,000		월 평균 150명/그룹 x 4그룹(남성, 여성, 아동, 청소년) x 12개월 x ₩3,000/월
		전 주민 이벤트 행사(1지역)	400	12	3,000		월 평균 400명 x 12개월 x ₩3,000/월
		그룹별 교육 (2지역)	1200	9	3,000		월 평균 100명/그룹 x 4그룹(남성, 여성, 아동, 청소년) x 3woreda x 12개월 x ₩3,000/월
	수입창출						
		각 위원회별 수입창출 활동 지원	10	18	50,000		수입창출프로그램 실시

주민교육	지역사회 위원회 운영비						
		위원회 운영비 (1지역)	100	18	10,000		10개 committee x 10명/committee x 18개월 x ₩10,000/명
		전체 위원회 모임 (1지역)	100	6	20,000		10개의 community committee 연합 x 6회 x ₩20,000/명 (3개월마다 1회, 총6회)
		위원회 운영비 (2지역)	300	12	10,000		10개 committee x 10명/committee x 3woredax 12개월 x ₩10,000/명
		전체 위원회 모임 (2지역)	300	4	20,000		10개의 community committee 연합 x 3woredas x ₩20,000/명(3개월마다 1회, 총 4회)
	홍보비					2,700,000	
		라디오 홍보	1	36	75,000	2,700,000	평균 ₩75,000/30초(Prime time ₩90,000/30초, Normal time ₩60,000/30초) x 2회/월 x 18개월
프로그램 및 매뉴얼 개발		소계				3,842,600	
	인력훈련					22,900,000	
		개발비	1	1	3,000,000		교재, 실습매뉴얼, 클리닉 매뉴얼, 주민 mobilization매뉴얼
		인쇄비	500	1	10,000		500명 x ₩10,000/명: 보건인력, 주민지도자
		번역비	200	1	10,000		200페이지 x ₩10,000/페이지
		Pamphlet	4	1	2,500,000		(5types x 500sheets x 1000)
		Poster	4	1	600,000		(3types x 20sheets)
		Video tapes	1	1	500,000		(3types)
	서비스 제공					8,000,000	
		개발비	1	1	3,000,000		FP, MCH, 서비스 관리
		인쇄비	300	1	10,000		보건인력 300명 x ₩10,000/명
		번역비	200	1	10,000		200페이지 x ₩10,000/페이지

프로그램 및 매뉴얼 개발	주민교육					5,000,000	
		개발비	1	1	5,000,000		센터교육 프로그램, outreach, income generation, 라디오 홍보, 체험관 프로그램
		인쇄비	4	1	2,000,000		
		번역비	200	1	10,000		200페이지 x ₩10,000/페이지
지역 경연대회	지역 경연대회					19,800,000	
		프로그램 진행비	4	2	1,980,000		4 woredas x 2회 x $2,000/woreda
		우수 지역 상금	20	2	99,000		5 Kebeles/woreda x 4 woredas x $100/woreda x 2회
운영비		소계				43,384,000	
	운영비 (아디스)					9,204,000	
		인건비 (현지인)	1	24	1,485,000		현지인 연구원 (석사급 이상) 1명 x 24개월 x $1500/월
		현지 Consultant	3	12	99,000		현지 전문가 3명 x 12일 x $100/일
	운영비 (1차 지역)					96,400,000	
		인건비 (센터운영 보조요원)	7	12	100,000		10명 x 12개월 x ₩100,000/월/명: 행정, 경비, 교육센터 등
		인건비 (운전기사)	2	22	200,000		2명 x 22개월 x ₩200,000/월
		차량유지비	2	22	800,000		2대 x 22개월 x ₩800,000/월/대: 가스 및 유지비, 필요시 렌트비 포함
		운영비	1	22	2,000,000		22개월 x ₩2,000,000/월: 교통통신비, 사무용품, 자료복사, 회의제경비, 건물 유지 관리비 등
	운영비 (2차 지역)					32,400,000	
		인건비 (주민교육 센터 운영)	6	12	200,000		주민교육센터 운영요원(HEW) 2명/woreda x 3woreda x 12개월

운영비	운영비 (2차 지역	운영비	3	12	500,000		12개월 x ₩500,000/월/woreda x 3woreda: 교통 통신비, 사무용품, 자료복사, 회의제경비, 건물 유지 관리비 등
	운영비 (서울)	소계				5,380,000	
		문헌복사비	1	24	500,000		24개월: 문헌고찰, 프로그램, 도구 복사 등
		사무용품 / 인쇄비	1	24	500,000		24개월
		보고서 인쇄비	1	3	700,000		3회
		교통통신비	1	24	200,000		24개월: 택배, 전화, 우편료 등
		자문비	7	12	270,000		7명 x 12회
		회의비	10	48	20,000		10명 x 48회(2회/월): 교통비, 다과, 자료복사 등
		홈페이지 개발비	1	1	3,000,000		
		홈페이지 운영비	1	1	800,000		
		현지 파견 자원봉사자 훈련	30	1	80,000		교재, 장소사용, 점심, 스낵 등
		강사료	2	6	500,000		2명 x 6회(년 3회 x 2년)
모니터링 및 서베이							

〈 표 2 〉 모니터링 및 서베이

TOTAL						$204,380	
			Person /Number	Days / Months	Unit Price	Amount	
Household survey		Subtotal				$92,060	
	Local Data Collection					$43,140	
		Interviewer fee	24	38	$30	$27,360	24 persons x 38days(19days x 2times) x $30/day
		Car rental	3	38	$120	$13,680	3cars x 38days(19days x 2times) x $120/day
		Data entry	1	3	$500	$1,500	
		Miscellaneous	1	3	$200	$600	pre testing, photo copying, hall rental, refreshments

Household survey	TA					$48,920	
		Air ticket	2	2	$3,000	$12,000	
		Hotel/meal	2	38	$200	$15,200	Hotel/meal/perdiem $200/day x 38days(19days x 2times)
		Miscellaneous	2	3	$200	$1,200	taxis, internet use, cell phone rental, laptop rental
		Consultant fee	2	38	$270	$20,520	38days(19days x 2times)
Provider KAP		Subtotal				$112,320	
	Local Data Collection					$32,580	
		Interviewer fee	18	48	$30	$25,920	18persons x 48days(16days x 3times) x $30/day
		Car rental (local taxi)	2	36	$40	$2,880	local taxi rental: 2cars x 36days(12days x 3times) x $40/day
		Car rental	1	9	$120	$1,080	car rental for preparation meeting with providers: 9days(3days x 3times) x $120
		Meeting with providers	10	24	$5	$1,200	preparation meeting with providers: 10persons x 24meetings(8meetings x 3times) x $5
		Data entry fee	1	3	$300	$900	data entry fee x 3times
		Miscellaneous	1	3	$200	$600	miscellaneous(pre testing, photo copying, hall rental, refreshments) x 3times
	TA					$79,740	
		Air ticket	2	3	$3,000	$18,000	
		Hotel/meal	2	42	$200	$16,800	Hotel/meal perdiem $200/day x 42days (14days x 3times) in Ethiopia
		Miscellaneous	2	3	$200	$1,200	$ 200(miscellaneous such as taxis, internet use, cell phone rental, laptop rental) x 3times
		Consultant fee	2	81	$270	$43,740	consultant fee: 81days(27days x 3times)

참고 문헌

국내문헌

박명지 (2011), 한국 무상 ODA의 파트너십 제고 방안 연구 – 정부, 공공기관의 협력체계 구축을 중심으로, KOICA

오은정 (2011), KOICA 성주류화 가이드라인, KOICA

오충현 (2011), 잠비아 루사카주 총궤군 모자보건 사업 종료평가 보고서, KOICA

최재봉 (2010), ODA 건축 매뉴얼 – 보건의료사업을 중심으로, KOICA

KOICA (2008), 에티오피아 아르시 가족계획 및 모자보건 사업 타당성 조사 보고서, KOICA

송용근 (2007), 한국의 개도국 인구·생식보건 지원전략 개발, 경희대학교 NGO대학원 석사 논문

모자보건법. 법률 제9932호(정부조직법) 일부개정 2010. 01. 18.

국외 문헌

UNFPA 2011, “The state of the world's midwifery 2011: delivery health, saving lives” UNFPA (http://www.unfpa.org/sowmy/resources/docs/main_report/en_SOWMR_Full.pdf)

UNFPA. 2010, “How Universal is Access to Reproductive Health? A review of the evidence” UNFPA (http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2010/universal_rh.pdf)

WHO. 2010, “Unsafe abortion in 2008” (http://www.who.int/reproductivehealth/topics/unsafe_abortion/poster_unsafe_abortion.pdf)

WHO & UNICEF. 2010, "Countdown to 2015 decade report – taking stock of maternal, newborn and child survival", WHO & UNICEF (http://www.countdown2015mnch.org/documents/2010report/CountdownReportAndProfiles.pdf)

WHO 2010, "trends in maternal mortality 1990 to 2008", WHO (http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241500265_eng.pdf)

WHO. 2010, "Making Pregnancy Safer – Maternal and newborn health topics–MDG5" (www.who.int/making_pregnancy_safer/topics/mdg/en/index.html)

WHO. 2009, "The Partnership for Maternal, Newborn & Child Health, Strategy and Workplan 2009 to 2011", WHO

WHO, 2009, "Maximizing positive synergies between health systems and Global Health Initiatives", WHO

WHO. 2009, "Managing programs to improves child health–Planning & Implementation", WHO

WHO, 2000, "The world health report 2000 – Health systems: improving performance", WHO

UN. 2010, "Millenium Development Goals Report 2010", New york, United Nation (http://www.un.org/en/mdg/summit2010/pdf/MDG%20Report%202010%20En%20r15%20-low%20res%2020100615%20-.pdf)

UN. 1994, "Programme of Action adopted at the International Conference on Population and Development", Cairo, United Nation.

PMNCH.2009, "strategy and workplan 2009 to 2011", PMNCH (http://www.who.int/pmnch/topics/part_publications/pmnchstrategy2009_2011.pdf)

Cousens S, Blencowe H, Stanton C, et al. 2011, "National, regional, and worldwide estimates of stillbirth rates in 2009 with trends since 1995: A systematic analysis", Lancet

Carine Ronsmans, Wendy J Graham. 2006, "Maternal mortality: who, when, where, and why", Lancet

Thaddeus S, Maine D. 1994, "Too far to walk: maternal mortality in context.", Soc Sci Med.

연구자료 사회개발 2011-04-198

모자보건 ODA 프로그램 모델 연구

발 행 2011년 9월
발 행 인 박 대 원
발 행 처 한국국제협력단
편 집 인 사회개발팀
주 소 경기도 성남시 수정구 대왕판교로 825 (우 : 461-833)
전 화 031) 740-0233
팩 스 031) 740-0698
홈 페 이 지 http://www.koica.go.kr
인 쇄 동화인쇄

[무단 복제를 금함]

ISBN 978-89-6469-041-3 13320