

네팔 보건의료 정책의 현황과 과제*

– 전문 의료 인력의 지리적 분포와 의료서비스 접근성의 관점에서 –

부혜진** · 김영제***

The Current Situation and Tasks of Public Health Policies in Nepal – Focus on Geographical Distribution of the Health Workforce and Access to Health Services*

Bu, Hyejin** · Kim, Yeongje***

요약: 본 연구의 목적은 네팔 정부의 다양한 보건의료 프로그램 및 제도, 예산편성과 보건의료 시설의 설치 현황을 분석함으로써 무상의료 정책을 포함한 의료 정책과 정책 시행에 있어서의 시사점을 얻고, 특히 농촌지역의 의료서비스 접근성 개선을 위한 방향 제시이다. 네팔의 보건의료 정책은 1차 보건의료 서비스 확충을 통한 인구의 질적 향상을 위해서는 의료서비스의 질뿐만 아니라 서비스 접근성에서도 개선이 시급하다.

주요어: 보건의료 정책, 전문 의료 인력, 지리적 분포, 의료서비스, 접근성, 네팔

Abstract: The aim of the research is to lead to suggestions on public health policy, to suggest the direction of accessibility to public health services in rural area through analyzing various health programs and health service system, health care facilities. Nepal's public health policy needs improvement in the quality of the health services as well as accessibility to the services to improve population quality.

Key Words: public health policy, health workforce, geographical distribution, health services, accessibility, Nepal

1. 문제제기

농촌지역의 전문 의료 인력 부족은 세계적인 문제로 전 세계 공중보건 전문가들의 관심이 집중되고 있다(Ailuogwemhe et al., 2005). 이탈리아나 일본과 같은 선진국에서 뿐만 아니라 멕시코, 르완다 등과 같은 개발도상국과 빈곤국에서도 공통적으로 나타나는 이러한 현상은, 전문 의료 인력수의 절대적 부족으로 발생하기 보다는 불균등한 지리적 분포로 인한 상대적 부족에서 비롯된 것이다(Dussault and Franceschini, 2006; Gupta et al., 2003; Serneels et al., 2010; Zurn et al., 2004). 농촌지역의 보건의료 인력 부족현상으로 인한 지역 보건과 인구로의 영향은 특히 개발도상국과 빈곤국에서 더욱 심각하게 나타난다. 그 이유는 개발도상국과 빈곤국의 경우 농촌지역의 사회간접자

본 시설이 미흡하고 위생상태와 영양상태가 불량하며 빈곤층 또한 더 많이 존재하기 때문이다.

네팔의 보건의료 환경도 이와 대동소이 하다. 네팔 정부는 의료보건 서비스를 통하여 인구의 질을 향상시키려 노력해 왔다. 1991년 이후의 제8차, 제9차 5개년 계획에서도 농촌 인구의 건강상태 증진이 명시되어 있다¹⁾(Ministry of Health and Population, 2010; Baral, 2011). 또한 2007년부터 무상의료 서비스를 단계적으로 실시해 왔고, 이러한 제도 또한 궁극적으로 사회적 취약층, 빈곤층의 건강증진을 목표로 하고 있다. 현재 진행되고 있는 보건의료 프로그램들은 이러한 목적에서 시작된 것들로, 그 수단으로서 필수 보건의료 서비스의 확충을 꾀하고 있다.

그러나 이러한 정책과 제도를 실시하는 가운데 네팔이 안고 있는 경제적 상황, 의료체계 및 보건

* 이 논문은 2010년도 정부재원(교육과학기술부 인문사회연구역량강화사업비)으로 한국연구재단의 지원을 받아 연구되었음(NRF-2010-413-B00024).

** 연세대학교 빈곤문제국제개발연구원 전문연구원(Professional Researcher, Institute for Poverty Alleviation and International Development, Yonsei University)(post_ism@hanmail.net)

*** 연세대학교 빈곤문제국제개발연구원 전문연구원(Professional Researcher, Institute for Poverty Alleviation and International Development, Yonsei University)(kyj9989@yonsei.ac.kr)

의료 시설 부족 등은 앞으로 네팔 정부가 해결해야 할 과제로 남아있는 실정이다. 다양한 국제기구의 보고서와 연구 결과물에서 지적하고 있듯이 네팔은 현재 “최빈국” 중 한 나라로 분류되고 있고, 총인구의 약 31%는 빈곤선 이하의 생활을 하고 있다. 특히 농촌에서의 빈곤선 이하의 생활을 하는 인구는 34%로 전국평균을 웃돈다. 그러한 가운데 네팔의 인구는 2006년까지 2.2%이상의 성장률로 증가해 왔고, 아동 사망률과 산모의 산전관리 비율과 같은 모자보건 부문에서는 도시와 농촌간의 차이가 크다. Nepal Demographic and Health Survey 2011에 따르면, 출생 시 2.5kg미만의 저체중아의 비율은 12.4%로 도·농간의 차이는 거의 보이지 않으나 산간지대(이하, Mountain)와 평원지대(이하, Terai)²⁾로 구분하여 비교하였을 경우 Mountain지대가 14.6%, Terai 지대가 12.1%로 Mountain지대가 높게 나타난다. 5세 이하 어린이 사망률(Under-five mortality)에 있어서도 도·농간의 차이가 보인다. 도시의 경우 1,000명당 45%, 농촌의 경우 64%에 달한다. 한편 전문가에게 산전관리를 받는 산모의 비율은 도시에서 87.9%, 농촌에서는 54.9%를 보인다. 이러한 네팔의 보건 및 인구의 상태는 보건 의료 시설의 유무와 전문 의료 인력의 분포, 의료시설로의 접근성과도 관련되어 있다. 공립병원의 의사 1명당 환자 수는 18,500명, 간호사 1명당 환자 수는 4,000명이며, 준 의료인 1명당 환자 수는 4,500명에 달한다. 뿐만 아니라 빈곤층의 약 29%만이 한 시간 이내에 의료시설에 접근가능 하고, 농촌지역에서는 그것조차도 힘든 상황이며, 장비, 의약품, 전문가 부족으로 진료를 받을 수 있는 과목 또한 매우 한정적이다(Paalman, 2004b). 이와 같은 경제적 여건, 보건 의료 환경에서 시행되고 있는 무상 의료 서비스와 필수 의료 서비스의 확충은 농촌지역, 빈곤층에게 있어서는 의료 서비스로의 접근에 있어서 경제적, 교육적, 질병의 예방과 치료와 같은 실질적 측면에서 의미하는 바가 크다고 사료된다. 그러나 네팔 정부의 재정 상태와 전문 의료 인력의 지리적 불균등 분포 등은 이러한 의료 서비스를 제공하는데 있어서 장애요인으로 작용한다 할 수 있다.

따라서 본 연구에서는 농촌지역에서 의료서비스 접근성에 초점을 두고 네팔 보건 의료 체계를 분석

하고자 한다. 네팔 정부의 다양한 보건 의료 프로그램 및 제도, 예산편성과 보건 의료 시설의 설치 현황을 분석함으로써 무상 의료 정책을 포함한 의료 정책을 시행하는데 시사점을 얻고, 특히 농촌지역의 의료서비스 접근성 개선을 위한 방향 제시를 목적으로 한다. 주요 연구방법으로는 문헌 조사와 각종 통계자료 및 국제기구의 보고서를 분석하였고, 의료시설의 운영 상태에 대한 이해를 돕기 위해 2012년 2월 3일~11일에 걸쳐 현지 조사를 실시하였다. 현지 조사에서는 네팔 보건 인구부, 극서지역(Far-West Region)에 위치한 티카폴 지역의 지역 병원 및 보건 진료소를 방문하여 의료시설의 실태를 파악하는 한편, 보건 인구부의 차관, 티카폴 병원의 의사, 간호사 및 여성 지역사회 의료봉사자(Female community health volunteer)들을 대상으로 면담을 실시하였다.

2. 의료 인력 배치에 있어서의 지리적 불균형과 의료서비스 접근성에 관한 논의

인구의 이동과 분포, 서비스의 공급범위 내지 접근성은 지리학에 있어서 핵심적 주제이다. 특히 의료 인력의 분포 상태, 의료서비스 접근성에 관한 논의는 지리학에서 뿐만 아니라 보건행정학과 의학 분야에서 활발히 논의 되어져 왔다. 그 이유는 의료 인력의 분포, 의료서비스 접근성이 공간적 특성에 영향을 받는 동시에 공간적 제약을 넘어서 의료서비스의 질을 좌우하는 요인으로 이해되고 있기 때문이다. Dussault and Franceschini(2006)가 지적하고 있듯이 전문 의료 인력의 배치에 있어서의 지리적 불균등이 의료서비스 개선에 있어서 가장 중요한 요소라 할 수 있다.

이와 같이 전문 의료 인력들의 불균등한 지리적 분포에 관해서는, 지리학적 관점에서 지역의 배출 요인(push factor)과 흡인 요인(pull factor)으로 논의 되어져 왔다. 가령 농촌지역과 도시지역을 비교하였을 경우, 농촌지역의 배출요인으로는 사회간접자본 시설의 부족, 교육기회(의료에 관련한 추가 교육, 자녀교육 등)의 부족, 치안 등을 들 수 있고, 흡인요인으로는 배출요인과 대치되는 특징들을 제시할 수 있다(Ailuogwemhe *et al.*, 2005).

그러나 한 나라의 의료 시스템과 인력 상황을

이해하려할 때 배출-흡인요인으로 설명하기 어려운 부분들이 있다. 각 나라의 의료 시스템과 인력 상황은 특정하고 노동 이슈는 다 측면적이며 서로 연결되어 있어, 맥락적 요인(contextual factors)에 대한 이해가 필요하기 때문이다(Dussault and Franceschini, 2006; Zurn *et al.*, 2004). 즉, 이슈들 간의 복잡성과 연관성에 관련해서는 각 특정 국가의 맥락과 관련지어 고찰할 때 의료 시스템의 전체 도식으로 이해할 수 있다. 이러한 차원에서 접근성(accessibility) 또한 맥락적 요인을 고려하여 이해되어야 할 필요가 있다. 가령 적당한 거리 내에서 의료서비스를 받지 못할 경우 비싼 진료비가 원인이 되어 서비스를 받지 못하는 경우도 있지만, 구조적인 이유 즉, 병원 근무시간이 한정되어 있거나, 병원 이용자에게 대한 불친절, 문화적 장벽, 의료서비스에 대한 이해 부족, 전통 치료사에 대한 맹신(Ansari *et al.*, 2009; Shankar *et al.*, 2006) 등으로 서비스를 받지 못하는 경우도 있다. 따라서 접근성은 지리적, 경제적(affordability), 구조적, 문화적(acceptability) 요소들을 반영한다고 할 수 있다(Dussault and Franceschini, 2006).

이러한 관점에서 본 연구에서는 네팔 정부의 다양한 보건 의료 프로그램 및 제도, 예산편성과 보건 의료 시설의 설치 현황을 분석하고, 그 과정에서는 실시 배경과 프로세스를 제시하며, 재 제도와 프로그램간의 상호관련성을 파악하여, 궁극적으로는 의료 서비스 접근성을 이해할 수 있는 맥락(context)을 제시하는데 중점을 두도록 한다. 이러한 접근으로 앞으로 네팔 정부의 보건 의료 정책 시행에 있어 장애요소와 그에 대한 개선방안의 구체화에 많은 시사점을 얻을 수 있을 것이라 기대된다.

3. 네팔의 의료정책 및 보건 의료 시설 설치 현황

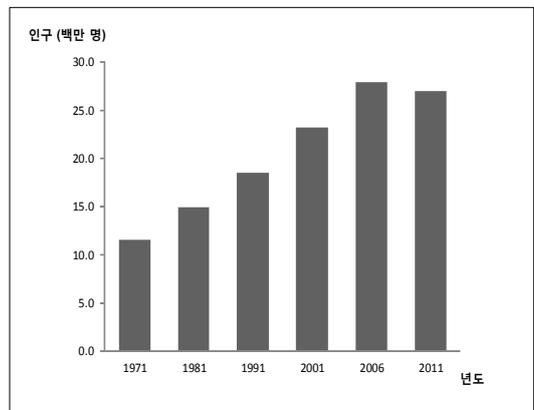
1) 네팔의 의료 정책

네팔의 의료정책은 1991년부터 실시된 국가 보건 의료 정책 1991(National Health Policy 1991)이 그 시초라 할 수 있다. 현재 실시중인 20년 2차 장기 보건 의료 계획(20-year Second Long-Term Health Plan, 이하 SLTHP)³⁾도 이 정책에서 비롯

되었고⁴⁾, 현 보건 의료의 수요 및 필요(needs)가 충족되어 오지 못했던 빈곤층의 건강 개선을 위해 수립되었다. 보건 인구부(Ministry of Health and Population)는 일차적 의료 서비스의 원칙에 기반한 건강 개선과 예방 활동에 중점을 두어, 인구의 가장 필수적인 의료 수요 및 필요성에 맞춰 가장 비용 효율이 높은 필수 의료 서비스(Essential Health Care Service)를 제공하도록 하는 방침을 마련하였다(Nepal Health Economics Association, 2009).

네팔의 현 의료 정책은 사회적 취약계층, 여성, 아이들, 농촌 인구, 빈곤층, 소외 계층과 같은 보건 의료 서비스가 필요하지만 경제적인 이유로 충분한 서비스를 받지 못하는 빈곤층을 목표로 하고 있다. 이와 같은 네팔의 의료 정책은 네팔 사회의 경제와 인구 및 보건 의료 현황(現況)을 반영한 실질적 대응책이라 할 수 있다. 네팔의 인구는 1971년부터 계속적으로 증가하여 현재 약 26.6만 명(2011년)에 이르고 있다(그림 1).

그러나 전체 인구 중 24.1%는 일일 소득이 1달러 미만이고, 31%는 빈곤선(poverty line) 이하의 생활을 하고 있는 실정이다(HMG Nepal, National Planning Commission, United Nations Country Team of Nepal, 2005). 따라서 네팔의 의료 정책 목적은 빈곤층의 건강 상태 개선뿐만 아니라 보건 의료 체계의 구조 개선과 그것을 통한 일차 보건의료 서비스의 확대, 그리고 보건 교육과 보건의식의 증진에 중점을 둔다(NEPAL TREND REPORT,



자료: NEPAL TREND REPORT(2007)와 Nepal Demographic and Health Survey 2011.

그림 1. 네팔의 인구 변화 추이

2007).

이러한 네팔의 국내 상황은 국제연합(이하 UN)의 새천년개발계획(Millennium Development Goals, 이하 MDGs)⁵⁾과도 맞물려 있어(표 1), 네팔 정부는 계층, 지역, 인종, 성별의 차별이 없는 보건의 서비스를 제공하는 것을 목표로 보건부문 최초의 섹터지윈 전략(Sector wide approach: SWAp)을 결정하기에 이르렀다⁶⁾(Ministry of Health and Population, 2010). 이러한 전략으로 네팔 정부는 외부 개발 파트너(External Development Partners)의 재정적 지원의 효율성을 높이는 한편 2015년

MDGs의 보건부문 목표와 SLTHP를 달성할 기반을 마련할 수 있게 되었다.

〈표 1〉에서 보여 지듯 MDGs의 보건부문 목표와 SLTHP의 목표를 달성하기 위해서는 출생률과 사망률을 관리하기 위한 1차 보건의료와 모자보건 서비스가 강화되어야 함은 물론 보건교육도 함께 이루어져야 한다. 따라서 네팔정부가 강조했던 것과 같이 특히 사회적 취약층, 빈곤층이 이용 가능한 의료시설과 의료서비스, 보건교육이 제공되어야 할 것이다.

모두를 위한 보건의료(health for all), 즉 네팔

표 1. MDGs와 SLTHP의 목표 및 목표 지수

구분	구체적 항목	2015년 MDG 목표	2017년 SLTHP 목표
M D G s	아동사망률 감소 (Reduce child mortality)		
	5세 이하 아동 사망률(/1,000명)(Under-five mortality rate)	54	62.5
	유아 사망률(/1,000명) (Infant mortality rate)	34	34.4
	1세 유아의 홍역 예방접종률	90	NA
	모성보건 증진 (Improve maternal health)		
	모성사망률(/1,000명) (Maternal mortality ratio)	213-134	250
	출산 시 훈련된 출산도우미의 참여율 (Birth attended by skilled birth attendant)	60	95
	HIV/AIDS, 말라리아 및 기타 질병		
	피임을 위한 콘돔 사용자율	NA	NA
	HIV/AIDS를 총체적인 지식을 가진 15~24세 인구의 비율	NA	NA
피임률(CPR)	NA	58.2	
S L T H P	총출산률(TFR)(/1,000명)	NA	3.05
	조출생률(CBR)(/1,000명)	NA	26.6
	조사망률(CDR)(/1,000명)	NA	6
	최소 4번 임신부 진료소를 방문하는 임신부의 비율 (Pregnant women with at least 4 ANC visits)	NA	80.0
	임산부의 철 결핍성 빈혈증 (Iron deficiency anemia among pregnant women)	NA	15.0
	파상풍 변독소를 접종한 가임기 여성(15~44세)의 비율 (Child-bearing age women who received tetanus toxoid)	NA	90.0
	2,500g 미만의 신생아 비율	NA	12.0

자료: NEPAL TREND REPORT(2007)와 WHO의 Nepal National Health System Profile (http://www.searo.who.int/en/Section313/Section1523_6866.htm)을 참고하여 제작됨.

의 무상의료 서비스는 이러한 네팔사회의 현상이 반영된 네팔정부의 의료 정책적 맥락에서 실시되었다. 무상의료 서비스를 위한 첫 단계(2007)로는 1차 보건의료 센터(primary health care centers)와 구 병원(district hospital)⁷⁾을 이용하는 모든 빈곤·취약계층의 사람들에게 무상 필수의료서비스를 제공하기로 하였다. 두 번째 단계(2008)에서는 전국적으로 보건소와 보건지소에서 빈곤층뿐만 아니라 모든 사람들에게 차별 없이 필수의료서비스를 제공하기로 하였다. 또한 보건소 단위에서는 32가지의 필수 의약품, 보건지소 단위에서는 22가지의 의약품이 무상으로 지원되고 있다(GTZ and GFA Consulting Group, 2009).

이와 같은 무상의료 서비스의 결과로서는 보건 의료 서비스의 수요가 증가할 것으로 기대된다. 궁극적으로는 보건의료 시설의 확충과 서비스 질의 향상만이 이러한 기대를 충족시킬 수 있다고 할 수 있다.

2) 보건의료 시설 설치 현황

네팔의 행정구역은 “District”, “Zone”, “Development Region”, “Village Development Committee”로 구분된다. 전국을 5개의 Development Region⁸⁾과 14개의 Zone으로 구분하고, 지방행정 조직으로는 District Development Committee와 Village Development Committee가 설치되어 있다⁹⁾(그림 2).

네팔의 보건의료 시설은 중앙 수준에서부터 각 행정단위 별로 설치되어 있다. <그림 3>은 네팔의 보건의료 서비스 체계를 보여주는데, Central과 Regional Hospital은 3차 보건의료 서비스를, Zonal과 District Hospital은 2차 보건의료 서비스를 제공한다. 1차 보건의료 서비스는 보건소(Primary Health Center, Health Center), 보건지소(Health Post), 보건진료소(Sub Health Post)를 통하여 제공된다. 보건인구부 산하 부서인 보건의료 서비스부(Department of Health Service, DoHS)에 따르면 보건진료소는 제도적 관점에서 기초

보건의료 서비스의 제일의 접점(contact point)이다. 특히 보건진료소는 산파(Traditional Birth Attendant, TBA)와 여성 지역사회 의료봉사자(Female Community Health Volunteers, FCHVs)와 같은 봉사단원들의 위탁센터(referral center)인 동시에 1차 보건의료의 확대를 위한 보건의료 시설, 예방접종 확대 프로그램을 위한 센터이기도 하다. 즉, 지역사회에 기반 한 활동을 위한 장소라 할 수 있다. 네팔 정부는 이와 같은 보건지소의 기능을 살리면서 시설·장비를 확충시켜 보건소로 업그레이드시킬 계획을 추진 중 이다. 이러한 계획은 향후 무상의료 서비스 증진을 위한 현실적 대안으로 이해될 수 있다.

한편, 지역별 의료시설의 분포는 다음과 같다(표 2). 시설대비 인구수는 Terai 지대에서 가장 높게 나타나고 있어, Terai 지대에서 인구규모에 비해 의료시설이 상대적으로 부족하다는 것을 알 수 있다. 반면 Hill 지대에는 의료시설이 수적으로 가장 많이 위치해 있다. 이는 네팔의 수도 도시인 카트만두(Kathmandu)와 제 2의 도시인 포카라(Pokhara)가 Hill 지대에 위치해 있고(그림 2), 상대적으로 사회간접자본 시설이 확충되어 있기 때문이라고 이해할 수 있다. 실제로 네팔에서 규모가 가장 큰 병원으로 444개의 병상을 갖춘 트리부반 대학 병원(Tribhuvan University Teaching Hospital)을 비롯하여 5개소의 “Central level hospital”이 카트만두에 위치해 있다는 점에도 유의할 필요가 있다.

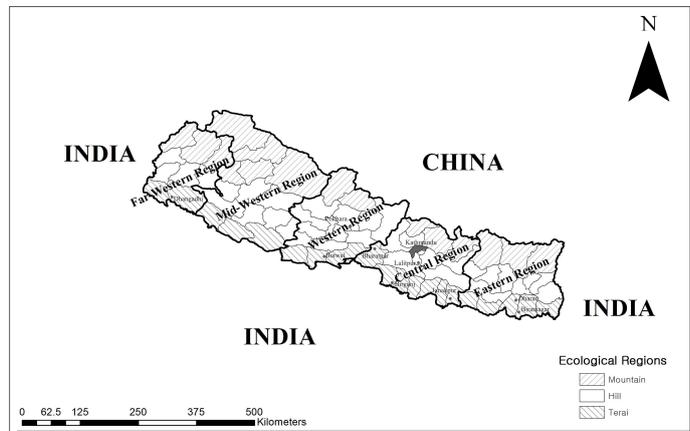
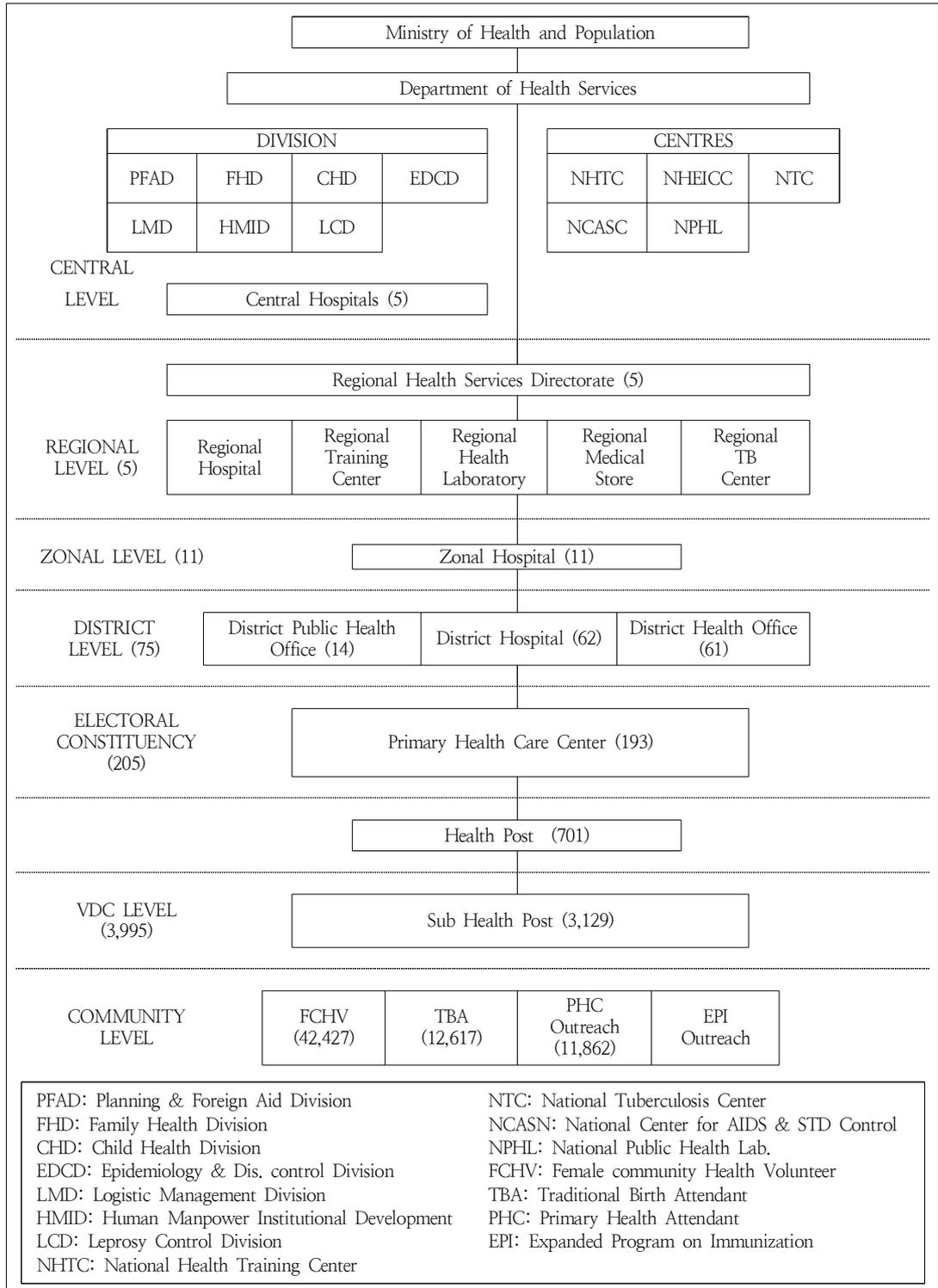


그림 2. 네팔의 위치와 주요 도시의 위치

네팔 보건 의료 정책의 현황과 과제



자료: Ailuogwemhe *et al.*, 2005 및 Rai *et al.*, 2001에 근거하여 재구성.

그림 3. 네팔 보건 의료 서비스 체계도

표 2. 지역별 의료시설 분포

의료시설	Mountain 지대		Hill 지대		Terai 지대		전 국	
	의료시설	인구/시설	의료시설	인구/시설	의료시설	인구/시설	의료시설	인구/시설
공립병원	16	112,893	43	257,153	25	488,804	84	317,519
병상 수	250		2,660		2,115		5,025	
1,000명당 병상	7.23		4.16		5.78		4.99	
보건소 (Health Center)	18	100,349	91	121,512	78	156,668	187	134,139
보건지소 (Health Post)	152	11,883	377	29,330	169	72,308	698	35,937
보건진료소 (Sub-Health Post)	384	4,704	1,600	6,911	1,145	10,673	3,129	8,017
총인구		1,806,288		11,057,588		12,220,112		25,083,988

자료: WHO, 2007.

주: 지역구분은 자연조건에 따른 것으로 <그림 2>를 참조.

4. 네팔의 현 보건의료 체계

네팔 의료정책과 MDGs에서 제시된 목표들을 달성하기 위해서 현 네팔의 보건의료 상태에서는 극복해야할 제약들이 존재하고 있다. 무상의료를 위한 재정과 전문 의료 인력의 확보와 배치, 열악한 의료 환경, 빈곤층의 의료서비스 접근성은 핵심적인 문제점으로 파악되고, 진행과정에서 장애요소로 작용하고 있다. 이 장에서는 각 현안에 관하여 분석하여 그 성격을 규명하고자 한다. 그렇게 함으로써 현안들 간의 상호작용 프로세스를 파악하여 어떻게 의료인력 분포의 지리적 불균형 현상이 계속적으로 발생하는지 규명할 수 있을 것이다.

1) 보건의료 부문 재정과 예산편성

네팔은 최빈국 중 하나로 1인당 국민소득이 400달러정도로 네팔 정부는 기초적인 서비스 제공과 빈곤층 감소에 있어서 많은 어려움을 겪고 있다. 1952년 이래 네팔정부는 많은 나라로부터 원조를 받아왔고, 2000년에는 외국으로부터의 차관과 보조금이 정부의 개발경비의 65%에 달하였다(Fink, 2010). 이러한 경향은 보건의료 부문에 있어서도 동일하게 나타난다.

2003년도 이후로 외부 개발 파트너(External development partner)¹⁰⁾로부터의 원조는 감소경향을 보이나, 2005~2006년도 보건의료 부문 재정에서 약 25%를 차지하고 있어, 여전히 외부 의존도가 높음을 알 수 있다(표 3).

표 3. 네팔 보건의료 재정에서의 자원(sources of public financing)별 금액과 비율

단위: 네팔루피 (백만)

년도 및 금액 재원	2003~04		2004~05		2005~06	
	총금액	퍼센트	총금액	퍼센트	총금액	퍼센트
네팔정부	4,759.91	58.17	5,969.82	64.70	7,693.87	68.44
외부 개발 파트너	2,672.48	32.66	2,099.41	22.75	2,759.25	24.55
국영기업	291.17	3.56	701.41	7.60	393.92	3.50
자치대학	259.84	3.18	214.90	2.33	94.69	0.84
지방단체	198.82	2.43	241.34	2.62	299.36	2.66
총 금액	8,182.22	100.00	9,226.87	100.00	11,241.08	100.00

자료: Nepal Health Economics Association, 2009.

한편 보건의료 부문에 있어서의 정부 지출은 MDGs의 보건부문 목표와 SLTHP의 목표를 달성하기 위한 다양한 프로그램을 시행하는데서 현저하게 나타난다. 총지출의 45%는 Priority-I programme에, 49%는 Priority-III programme에 투입이 된 것이다(WHO, 2007). 이는 네팔 정부가 섹터지원 전략을 추진하게 된 배경이 되었던 보건 섹터 전략(Health Sector Strategy)이 필수의료서비스(essential health care service)의 강화를 목적으로 고안된 것으로 프로그램 중심의 전략(Paalman, 2004a)이고, 동시에 외부 개발 파트너들로 부터의 요구를 반영하고 있기 때문이다. 즉, 외부 개발 파트너들의 지원금 중 약 92%는 프로그램을 지원하기 위한 것이기 때문이다¹¹⁾(WHO, 2007). 그러나 프로그램의 주요내용이 보건부문 관리, 재정 관리와 자원 분배, 보건의료 시설물 관리, 인력관리, 관련 제도 마련 등으로 질병의 예방과 치료에 관한 것이 아닌, 보건의료 서비스 관리를 위한 토대 마련에 초점을 두고 있다는 것에 주의할 필요가 있다. 바꾸어 말하자면, 프로그램들이 모자보건, 질병관리, 출생률 및 사망률 관리 등에 우선순위를 두고는 있지만 이를 위한 구체적인 활동과 내용을 포함하고 있지 않다는 것이다(Paalman, 2004a). 이와 같은 정부의 해외 의존도와 예산편성은 무상 의료 시행으로 무상진료와 의약품 제공에서의 수요증가를 어떻게 충족시킬 것인가에 대한 논의로도 이어지고 있다(GTZ and GFA Consulting Group, 2009). 예산이 충분하지 못할 경우 병원 시설과

의료인력 등으로 서비스 이용수준에 있어 상한선이 설정 되고, 총체적으로 무상의료 서비스의 질은 하향 평준화되기 때문이다. 즉, 의료 서비스의 질을 결정짓는 병원 시설과 의료 인력은 정부의 예산에 영향을 받고 연쇄적으로 무상의료 시행에 영향을 주게 된다. 따라서 MDGs의 보건부문 목표와 SLTHP의 목표를 달성하기 위해서는 보건의료 서비스를 제공하는 실무자이기도 한 병원, 보건소와 같은 의료 시설의 질적, 양적 확충과 의료인력 육성 및 배치에도 충분한 지원이 시급하다고 할 수 있다.

2) 전문 의료 인력의 확보와 배치

네팔의 전문 의료 인력에 있어서 가장 큰 특징은 의학전문대학에서 정규과정을 마친 의사와 간호사뿐만 아니라 다양한 종류의 의료 관련 인력이 존재한다는 점이다. 표 4는 네팔의 보건의료 인력의 종류와 그 수를 보여준다. 전문 보건의료 인력의 종류는 크게 의사와 간호사, आयुर्बेदिक 의사(Ayurvedic physician), 준 의료인(paramedic or health assistant)로 분류된다. 이 중 आयुर्बेदिक 의사는 “Kabiraj”와 “Baidya”를 지칭하는 것으로, 이들은 영약(elixirs)과 약초로 병을 고치는 의술사이다. 네팔에서는 전통 의료서비스 제공자(Traditional health care provider)를 크게 신앙 요법사(faith healer)와 의술사(medical provider)로 구분할 수 있다(Shankar *et al.*, 2006). 보건의료에 관련한 기타 인

표 4. 네팔의 보건의료 인력의 변화 추이(1996~2002)

(단위: 명)

분류 \ 시기	1996~97년도	1999~2000년도	2001~2002년도
의사	894	1,159	3,944
간호사	4,706	4,655	4,315
아유르베딕 의사	290	211	387
준 의료인	5,152	5,295	5,295
마을 건강 관리원	—	4,015	3,985
모자보건 관리원	3,187	3,190	3,190
여성 지역사회 의료봉사자	42,427	46,737	62,546
전통산파	12,682	14,951	—

자료: WHO, Country Health System Profile. (http://www.searo.who.int/en/Section313/Section1523_6866.htm)

주: (-)는 데이터 없음.

력으로는 마을 건강 관리원(Village Health Worker)과 모자보건 관리원(Maternal and Child Health Worker), 여성 지역사회 의료봉사자(Female community health volunteer), 전통산파(Traditional birth attendant)¹²⁾가 있다. 이들은 특히 커뮤니티 단위의 보건지소를 거점으로 모자보건과 보건교육, 피임교육, 경구용 피임약 보급 등의 활동을 담당한다.

네팔의 의료 인력에 관해서는 의학전문대학에서 정규과정을 마친 의사와 간호사가 절대적으로 부족하다는 것과 지리적 분포가 불균등하다는 것에서 그 문제점이 여실히 드러난다. 네팔에서는 15개의 의학전문대학이 설치되어 있고 연간 1,000명의 졸업생이 배출되고 있다. 그러나 네팔의 보건 인구부에 따르면 의사 1인당 인구가 18,500명이고, 간호사 1인당 인구가 4,000명으로 보건의료 인력은 부족한 상태이다. 더욱이 인구 2,400만명에 대한 공공병상의 수는 5,435명 당 1개꼴로 매우 부족한 상태이다. 또한 의사와 간호사와 같은 전문 의료 인력들이 도시에 집중하여 있다(Shankar, 2010; Simkhada *et al.*, 2006; Ailuogwemhe *et al.*, 2005)는 점에도 주목할 필요가 있다. 가령 수도 카트만두의 의사와 인구비율이 1:850인 반면 수도를 벗어나 외곽으로 가면 1:30,000으로 큰 차이를 보인다(Ailuogwemhe *et al.*, 2005). 뿐만 아니라, 도시 여성 중 출산 전 관리를 받는 사람은 88%인데 비해 농촌지역에 거주하는 여성의 경우 오직 55%만이 출산 전 관리를 받는다. 더욱이 뿐만 시 도시 여성의 72.7%가 의료 전문가의 도움을 받지만, 농촌지역에서는 단지 32.3%만이 도움을 받을 수 있다(Nepal Demographic and Health Survey 2011 Preliminary Report, 2011).

이와 같은 농촌지역에서의 전문 의료 인력 부족 문제를 해결하기 위한 대책으로 네팔 정부는 의대생들을 대상으로 전액 장학금 제도를 실시하고 있다¹³⁾. 전액 장학생은 졸업 후 2년간 농촌지역의 병원에서 의무적으로 근무하도록 하는 제도이다. 의대과정 이수에 필요한 금액은 약 25,000~55,000달러로 일반 학생들에게는 상당한 부담이 되고 있어 이를 경감시키는 동시에 농촌지역의 전문 의료 인력을 확보하기 위한 대책으로 실시되고 있다. 이러한 제도를 통하여 농촌지역에서의 일정기간

근무를 강제화 시키고 있음에도 불구하고, 2년간의 임기이후에 농촌지역에 남는 의사는 찾아보기 힘들다. 더욱이 졸업 후 농촌지역으로 배치를 받고서도 도시에 남는 의사들, 장기무단결근도 흔하여 실제로 공식적인 자리의 85%만이 채워진 상태이다(Shankar, 2010). 네팔의 농촌지역의 경우에도 다른 개발도상국들과 마찬가지로 도시지역에 비해 뒤쳐진 농촌지역의 사회간접자본 시설과 전문 의료 인력들과 그들의 가족을 위한 교육의 기회, 문화혜택 기회의 부족 등과 같은 조건들이 배출요인으로 작용한다. 그러나 동시에 네팔의 특수한 상황이 이 문제를 심각화 시키고 있는 실정이다. 가령 네팔의 극서지역에 속해 있는 티카폴(Tikapur)시의 가장 큰 병원인 티카폴 병원에는 공식적으로 내과 의사와 외과 의사가 각각 2명, 1명씩 배치되었지만, 외과 의사 자리는 2년째 비어있는 상태이다. 그 이유는 외과진료에 필요한 장비가 전무한 상태이기 때문에 외과 의사가 근무를 하더라도 현실적으로 진료가 불가능하기 때문이다. 현재 그 외과 의는 타도시의 병원으로 전근을 가 있는 상태이다¹⁴⁾. 이 외에 급료가 원인이 되어 농촌지역을 기피하는 경우도 빈번하다. 1차 보건의료 시설에서 근무하는 의사들은 정부로부터 월 20,000루피 정도(300달러미만)의 급료를 받는다(Shankar, 2010). 이러한 급료수준으로 농촌지역의 의사들은 병원근무 외에 개인 클리닉을 개원하여 부업을 행하는 경우도 상당히 많고¹⁵⁾, 농촌지역을 기피하거나 2년이라는 임기가 끝나면 대도시로 떠나는 경우가 빈번하다. 이러한 현상들을 고려해 볼 때 낮은 급료는 그들에게 있어 농촌지역에서 근무하려하는 동기로 이어지기 어렵다고 이해할 수 있다.

네팔의 병원시설 및 장비의 설치, 의료 인력들의 급료가 정부예산만으로 충당된다는 사실을 고려해 볼 때, 이상의 열악한 병원 시설과 낮은 급료는 부족한 정부의 지원에서 그 원인을 찾아볼 수 있다. 또한 이러한 문제점은 전문 의료 인력의 지리적 불균형 문제를 해결하기 위한 정부의 노력에도 영향을 끼치고 있다. 즉, 전문 의료 인력의 지리적 불균형 문제를 해결하기 위해 전문 인력의 육성과 배치가 동시에 이루어지고 있으나, 농촌지역 근무자의 동기부여가 될 수 있을 만한 사회, 경제적 조건이 결핍되어 있기 때문에, 제도를 통

하여 전문 의료 인력을 농촌지역에 배치할 수 있으나 그 기간은 2년으로 한계가 있다는 것이다.

5. 농촌지역에서의 의료서비스 접근성

의료서비스로의 접근성에 있어서도 경제적, 지역적 차이가 보인다. <표 5>는 지역별 빈곤의 정도를 제시하고, <표 6>은 소득수준에 따른 의료서비스 접근성을 나타낸다. 농촌지역에서가 더 많은 빈곤층이 존재하고 있고, 소득수준별로는 빈곤층일수록 발병 시에도 진료를 받지 않는 경우가 더 많이 나타난다. 또한 진료 시에도 빈곤층일수록 의료인에게 진료를 받는 경우가 많고, 민간요법 시술자를 찾아가는 경우도 6.5%에 달한다.

지역 간의 사회간접자본 시설과 위생시설의 확충 정도는 질병의 발병률과 치료방법에도 영향을 끼친다. 인구 보건 조사 경향 보고서(NEPAL TREND REPORT, 2007)에 따르면, 2006년 현재 수도보급에 있어서 도시와 농촌에서 각각 51%, 39%를 보이고, 화장실보급에 있어서는 도시와 농촌에서 각각 85%, 43%를 보인다. 그러한 가운데, 매년 45,000명의 어린이들이 이질과 콜레라와 같은 수인성 질병으로 사망하고, 농촌지역 어린이들의 수

인성질병의 발병률이 도시보다 13%가 높다는 것 (Ansari *et al.*, 2009)은 농촌지역의 사회간접자본 시설 부족과 불량한 위생 상태로 인한 필연적 결과임을 단적으로 보여준다. 특히, 수인성 질병의 치료가 전문 의료기관에서의 약물치료 없이 가정에서 이루어지고 있다는 사실에도 주목할 필요가 있다. 많은 사람들이 시설까지의 거리, 검사 비용, 진료를 해준 상담자를 이유로 전문 의료시설을 찾지 않기 때문이다(Ansari *et al.*, 2009).

이러한 현상은 네팔 의료서비스 체계와도 무관하지 않다고 파악된다. 즉, 농촌지역에 설치된 대부분의 보건의료 시설이 1차 의료서비스를 제공하는 보건진료소이고, 이곳에서 근무하는 사람들은 준 의료인 및 의료관련 자원봉사자들이 대부분이기 때문이다. 더군다나 거리적 요인과 교통비¹⁶⁾ 및 부차적 검사비 등의 경제적 요인은 전문적인 의료 시설의 이용을 주저하게 하는 주요 원인이라 할 수 있다.

일반적 의미로 무상의료 서비스는 모든 국민에게 공평하게 제공되지만, 보건의료 시설까지의 거리, 이동에 드는 교통비, 무료 서비스에 대한 인식과 지식의 부족으로 무상의료 서비스로의 접근이 힘들고, 그러한 의미에서 서비스 접근성은 차별적

표 5. 지역별 빈곤의 정도

(단위: %)

지역	빈곤선 이하의 생활을 하는 인구		빈곤갭(Poverty Gap)	
	1995~96년도	2003~04년도	1995~96년도	2003~04년도
도시	21.55	9.55	6.54	2.18
농촌	43.27	34.6	12.14	8.5
전국	41.76	30.9	11.75	7.55

자료: Nepal Health Economics Association, 2009.

표 6. 소득수준에 따른 의료 서비스로의 접근도

(단위: %)

소비 5분위 수 (Consumption quintile)	진료 받음			진료 받지 않음
	의사	준 의료인	전통적/ Kabiraj/Baidya	
최빈층(Poorest)	8.1	42.4	6.5	43.1
제 2 빈곤층(Second)	16.6	40.1	3.1	40.3
제 3 빈곤층(Third)	20.6	42.4	2.7	34.4
제 4 빈곤층(Fourth)	30.9	34.3	5.5	29.3
최부유층(Richest)	45.7	25.2	2.4	26.8

자료: Nepal Health Economics Association, 2009.

이다(GTZ and GFA Consulting Group, 2009). 도시지역의 경우 보건의료 서비스를 제공하는 시설들이 더 많이 위치해 있어 무상의료 서비스를 받을 수 있는 기회에도 더 많이 노출되어 있다. 때문에 의료서비스에 대한 의식도 도시 거주민의 경우가 더 높다(Gurung, 2009). 이에 반해 농촌지역에는 더 많은 빈곤층이 존재하고, 이러한 점을 고려할 때 농촌지역에서 의료서비스 접근성이 떨어진다는 사실은 단순히 지리적 특징만이 반영된 현상이 아니라, 지리적 차이, 경제적 격차와 지역적 격차가 융합되어 빚어진 복합적 현상이라고 할 수 있다.

6. 요약 및 결론

본 연구는 네팔의 의료정책과 무상의료 서비스 실시라는 맥락 속에서 의료 인력의 분포에 있어서의 지리적 불균형 현상과 그로인한 농촌지역에서의 의료서비스 접근성을 분석·고찰하였다.

네팔의 의료정책은 사회적으로 취약하고 빈곤한 계층을 목표로, 1차 보건의료 서비스의 확대와 보건교육과 보건의식의 증진에 그 목표를 두고 있다. 이러한 네팔 국내에서의 필요와 함께 국제연합이 제시한 새천년개발계획이라는 국외로부터의 요구로 빈곤층이 이용 가능한 의료시설 및 의료서비스의 강화 정책으로 이어지게 되었다. 네팔의 무상 의료서비스는 바로 이러한 국내외적 요구에서 시작되었고, 보건소에서의 무상 의약품 제공은 현 무상의료 서비스 내용의 핵심이다. 그러나 1차 보건의료 서비스의 확대와 무상의료 서비스 제공이라는 정책의 배후에는 지역별 의료시설의 분포와 보건의료 부문 예산편성, 보건의료 인력 배치에 있어서의 지리적 불균형이 자리 잡고 있고, 이러한 요인들은 농촌지역에서, 특히 빈곤층의 의료서비스 접근성에 큰 영향을 끼치고 있다.

의료시설의 지역별 분포는, 지역을 자연적 조건에 따라 구분한 경우와 도시와 농촌으로 구분한 경우로 나누어 볼 수 있다. 네팔은 자연적 조건에 따라 Mountain 지대, Hill 지대, Terai 지대로 구분가능하다. 의료시설은 특히 Hill지대에 수적으로 가장 많이 설치되어 있다. 인구규모로 보았을 때 Terai 지대의 인구가 더 많은 편이지만, 인구대비

의료시설은 Hill 지대에 더 많이 분포하고 있는 것이다. 반면, 도시와 농촌으로 구분하였을 때 도시부에는 병상수가 많고 다양한 진료과목이 제공되는 종합병원이 설치되어 있고, 네팔에서 규모가 가장 큰 병원과 중앙수준의 병원들이 수도인 카트만두에 위치해 있다. 반면 농촌의 경우 보건소 및 보건지소들 중심으로 설치되어 있고, 이곳에서는 주로 여성 지역사회 의료봉사자, 모자보건 관리원가 보건교육과 피임법을 보급하는 등 치료보다는 질병예방을 위한 활동이 중점적으로 실시되고 있다.

보건의료 부문 재정에 있어서는 외부 의존도가 여전히 높다. 또한 예산편성에 있어서는 주로 보건의료 프로그램 지원에 중점을 두고 있다. 그러나 현재 네팔 정부가 지원하는 프로그램들은 정부가 우선순위를 두고 있는 모자보건, 질병관리, 출생률 및 사망률 관리를 위한 구체적인 활동과 내용을 포함하고 있지 않고 있고, 지나친 해외 의존도와 편중된 예산편성은 무상의료 서비스의 확대와 강화와는 상충되는 것이라고 지적할 수 있다.

전문 의료 인력의 배치에 있어서도 의사와 간호사와 같은 전문 의료 인력들이 도시에 집중해 있어 지리적으로 불균형한 상태이다. 농촌지역의 전문 의료 인력 부족문제를 해결하기 위해 시행되고 있는 제도는 전액장학금을 수급한 의대생들이 졸업 후 농촌지역에서 2년간 근무하는 것을 의무화한다. 그러나 열악한 병원시설과 낮은 급여는 전문의들이 농촌지역에서 개인 클리닉을 개원하게 하여 부업을 부추기는 원인이 되고 있고, 동기부여가 될 수 있을 만한 경제적, 환경적, 사회적 조건이 부족하기 때문에 제도를 통하여 전문 의료 인력을 농촌지역에 배치할 수는 있으나 그 기간은 2년 이하로 한계가 있다고 할 수 있다.

의료서비스 접근성에 있어서도 경제적, 지역적 차이가 나타난다. 농촌지역에서가 더 많은 빈곤층이 존재하고 있고, 소득수준별로는 빈곤층일수록 발병 시에도 진료를 받지 않는 경우가 더 많이 나타난다. 또한 진료를 받을 시에도 빈곤층일수록 준 의료인이나 민간요법 시술자를 찾아가는 경우가 많다. 아직까지 농촌지역 거주자, 빈곤층의 많은 사람들에게 있어서 거리적 요인과 교통비, 부차적 검사비와 같은 경제적 요인은 전문적인 의료

시설의 이용을 주저하게 하는 주요 원인이 되고 있기 때문이다.

이상에서 제시된 보건의료 프로그램을 위한 재정의 높은 외부의존도, 병원 시설 및 장비 부족, 전문 의료 인력들의 농촌지역 기피는 그 양상을 달리하지만, 서로 연결되어 있어 상호작용하고 있다. 그리고 궁극적으로는 이러한 구조가 의료서비스 접근성에도 상당히 영향을 끼치고 있다. 따라서 네팔의 의료정책은, 그 목적을 사회적 취약층과 빈곤층을 대상으로 한 1차 보건의료의 증진과 궁극적으로 인구의 질을 향상시키는데 두고 있지만, 목적이 달성되기 위해서는 서비스의 질뿐만 아니라 서비스 접근성에서도 개선이 시급하다. 농촌지역에서 활동할 전문 의료 인력의 확보와 농촌지역의 의료시설의 확충을 통한 무상의료 서비스 범위의 확대와 질적 향상이 하나의 대안이 될 수 있을 것이다.

주

- 1) Ministry of Health and Population(2010)에 따르면, 네팔의 인구 및 보건 정책과 프로그램은 제3차 개발계획(1965~1970년)에서 다루어지고 있고, 주로 가족계획(Family Planning)과 모자보건(Maternal and Child Health)에 중점을 두고 있다. 이후의 네팔의 개발 계획에서는 계속적으로 가족계획과 모자보건을 중점적으로 다루어 왔고 제9차 개발계획(1997~2002년)에서 비로소 인구 증가율 감소와 보건 및 인구 교육을 다루기 시작했다.
- 2) 타라이의 영어 표기는 Tarai 혹은 Terai이고, 본고에서는 Terai라고 통일하여 사용하기로 한다. 동서로 긴 형태를 띠는 네팔은 북쪽의 히말라야 산맥과 남쪽의 로 구성되어 있어, 북고남저의 형상을 이룬다. 특히 힌두스탄평원에 접한 남쪽의 평원지대를 타라이라고 부르며, 이곳은 농경지 개간이 활발하여 인구가 밀집한 지역이기도 하다.
- 3) SLTHP는 인구의 보건상태를 개선을 위해 보건 부문 개발을 안내하기 위해 제정된 정책으로, 성차별 없이 지역 공동체들이 동등하게 질 높은 의료서비스로 접근할 수 있도록 하며 의료서비스의 격차에 대한 대응 등을 내용으로 하고 있다.
- 4) 네팔의 보건의료 정책(National Health Policy: NHP)은 총체적인 정책으로 이후의 8차 보건의료 계획(Eighth Health Plan, 1992~1997), 9차 보건의료 계획(Ninth Health Plan, 1997~2000), 2차 장기 보건의료계획(Second Long Term Health Plan, 1997~2017)은 이것에 바탕하고 있다(NEPAL TREND REPORT, 2007).
- 5) UN의 MDGs는 ① Eradicate extreme poverty and hunger, ② Achieve universal primary education, ③ Promote gender equality and empower women, ④ Reduce child mortality, ⑤ Improve maternal health, ⑥ Combat HIV/AIDS, Malaria and other diseases, ⑦ Ensure environmental sustainability의 일곱 개의 목표로 구성되어 있고, 이중 네 번째, 다섯 번째, 여섯 번째 목표가 보건부문에 해당된다.
- 6) 네팔 보건인구부는 섣겨지된 전략으로써 “Nepal Health Sector Program Implementation Plan(2004~2010)”과 “Nepal Health Sector Program-II(2011~2015)”을 채택 하였다.
- 7) 병상 25개 정도의 규모의 병원이다.
- 8) Development Region은 그 위치에 따라 Eastern, Central, Western, Mid-Western, Far-Western이라는 지명을 갖는다.
- 9) 네팔의 행정구역은 5개의 Development Region으로 구분하고, 그 밑으로 14개의 Zone, 75개의 District 및 3,913개의 Village Development Committee(이하, VDC)가 존재한다(외교통상부 Web 자료). Zone은 우리나라의 도, District는 군에 해당하고, VDC는 말단행정 단위이다. District에는 행정기관으로서 District Development Committee가 설치되어 있고, VDC에는 행정기관으로서 VDC가 있다. 약 500~700가구로 구성되는 VDC는(Rai et al., 2001), 그 밑으로는 9개의 Ward(자연촌)가 존재한다(清沢, 2008).
- 10) 외부 개발 파트너(External development partners, EDPs)는 쌍무·다자간 협력 기관으로 UNDP, USAID, JAICA, KOICA 등을 통틀어 일컫는다.
- 11) WHO(2007)보고서에 따르면 외부 개발 파트너들은 priority-I programme에 우선권을 두어 지원금의 92%를 투자하려 하였다.
- 12) WHO에 따르면, Traditional birth attendant는 산모의 출산을 돕는 보조자를 의미하고, 주요 역할은 출산과 관련된 모든 활동을 담당하고 출산 시 모든 활동을 관리하고 통제할 권한을 갖는다. 보통 전통 산파는 여성들이고, 활동범위는 당사자가 거주하는 마을로 국한되지만, 경우에 따라서는 조절가능하다(Verderese and Turnbull, 1975).
- 13) Shankar(2010)에 따르면, 네팔 정부의 전액장학금은 의과전문대학의 전체 학생수의 10%에게만 주어진다.
- 14) 티카폴 병원 내과의사와의 인터뷰.
- 15) 보건인구부 차관 및 티카폴 병원 내과의사와의 인터뷰에 따르면, “부업”으로 개원한 개인 클리닉은 주로 검사를 하는 곳으로 치료는 의사가 “본업”으로 근무하는 병원에서 이루어진다.
- 16) 가령 티카폴 병원의 경우, 응급차 이용료는 편도 4,000루피(약 50달러)이다.

문헌

清沢 洋, 2008, *네팔-루마니아의暮らしと国際協力*, 社会評論社, 東京.

- Ailuogwemhe, J., Rajbhandari, R., Iliaki, E., Villar, M., Dieterich, M., 2005, Tackling shortages of Health Care Workers in Rural Nepal: "Train to Retain" Harvard School of Public Health Student Project, Harvard School of Public Health.
- Anjushree Pradhan and Prakash Dev Pant New ERA, Nepal and Pav Govindasamy Macro International Inc., 2007, NEPAL TREND REPORT: Trends in Demographic and Reproductive Health Indicators in Nepal, USAID.
- Ansari, M., Palaian, S., Izham, M., and Ibrahim, M., 2009, The role of mothers in the management of childhood diarrhoea in Nepal, *Australasian Medical Journal*, 1(14), 235-238.
- Baral, Y.R., 2011, *Health and Medical Research in Nepal: A Brief Review Health and Medical Research in Nepal: A Bibliometric Review*, LAMBERT Academic Publishing, Germany.
- Dussault, G. and Franceschini, M.C., 2006, Not enough there, too many here: understanding geographical imbalances in the distribution of the health workforce, *Human Resources for Health*, 4(12), 1-16.
- Fink, S.M., 2010, *Medicines Issues in Nepal Similarities and Differences to Austria and New Zealand*, VDM Publishing House Ltd, Germany.
- Gurung, G., 2009, Free Health Care Policy in Nepal: Recent Trend and Challenges, *Journal of Nepal Health Research Council*, 7(15), 138-9.
- GTZ and GFA Consulting Group, 2009, *Report Free Health Care in Nepal Findings of a Rapid Assessment*, GTZ.
- Gupta, N., Zurn, P., Diallo, K., and Poz, M.R.D., 2003, Uses of population census data for monitoring geographical imbalance in the health workforce: snapshots from three developing countries, *International Journal for Equity in Health*, 2(11), 1-12.
- HMG Nepal, National Planning Commission, United Nations Country Team of Nepal, 2005, *Nepal Millennium Development Goals Progress Report 2005*, United Nations Country Team of Nepal.
- Ministry of Health and Population, 2010, *NEPAL HEALTH SECTOR PROGRAMME-IMPLEMENTATION PLAN II (NHSP-IP 2) 2010-2015*, Government of Nepal.
- Paalman, M., 2004a, *Macroeconomics and Health Nepal Situational analysis*, Royal Tropical Institute Amsterdam.
- Paalman, M., 2004b, *Towards Pro-Poor Health Planning, in the context of Macroeconomics and Health*, Country Case Study Nepal, World Health Organization.
- Nepal Health Economics Association, 2009, *Public Expenditure Review on Health Sector 2003/04 to 2005/06*, Health Economics and Financing Unit, Ministry of Health and Population, Government of Nepal.
- Population Division Ministry of Health and Population and New ERA, ICF International, 2011, *NEPAL DEMOGRAPHIC AND HEALTH SURVEY 2011*, USAID.
- Population Division, Ministry of Health and Population and New ERA, MEASURE DHS, ICF Macro and U.S. Agency for International Development, 2011, *Nepal Demographic and Health Survey 2011 Preliminary Report*, USAID.
- Rai, S.K., Rai, G., Hirai, K., Abe, A. and Ohno, Y., 2001, The Health System in Nepal-An Introduction, *Environmental Health and Preventive Medicine*, 6, 1-8.
- Serneels, P., Montalvo, J.G., Pettersson, G., Lievens, T., Butera, J.D., & Kidanu, A., 2010, Who wants to work in a rural health post? The role of intrinsic motivation, rural background and faith-based institutions in Ethiopia and Rwanda, *Bull World Health Organ*, 88 (5), 342-349.
- Shankar, P.R., Paudel, R., Giri, B.R., 2006, Healing

- traditions in Nepal, *The online journal for the American Association of Integrative Medicine*, September, 1-17.
- Shankar, P.R., 2010, Attracting and retaining doctors in rural Nepal, *Rural and Remote Health*, 10, 1-7.
- Simkhada, B., van Teijlingen, E., Porter, M., and Simkhada, P., 2006, Major Problems and Key Issues in Maternal Health in Nepal, *Kathmandu University Medical Journal*, 4(2), 253-263.
- The World Bank, 2011, Nepal Economic Update, The World Bank.
- Verderese, M.D.L. and Turnbull, L.M., 1975, *THE TRADITIONAL BIRTH ATTENDANT IN MATERNAL AND CHILD HEALTH AND FAMILY PLANNING a guide to her training and utilization*, WHO.
- World Health Organization, 2007, *Health System in Nepal Challenges and Strategic Options*, World Health Organization Country Office for Nepal.
- Zurn, P., Poz, M.R.D., Stilwell, B., Adams, O., 2004, Imbalance in the health workforce, *Human Resources for Health*, 2(13), 1-12.
- [Web 자료]
외교통상부/네팔개황
http://www.mofat.go.kr/countries/southasia/countries/20110805/1_22795.jsp?menu=m_40_20_20
World Health Organization/Nepal National Health System Profile
http://www.searo.who.int/en/Section313/Section1523_6866.htm
- 교신 : 김영제(220-710 강원도 원주시 연세대길 1 연세대학교 빈곤문제국제개발연구원, post_ism@hanmail.net, 033-760-2534)
- Correspondence : Kim, YeongJe(1 Yonseidae-gil, Wonju, Gangwon-do 220-710, Institute for Poverty Alleviation and International Development, Yonsei University, post_ism@hanmail.net, 82-33-760-2534)
- (접수: 2012.3.27, 수정: 2012.4.30, 채택: 2012.5.16)