

한국의 보건의료부문 공적개발원조 현황과 과제

연세대학교 보건대학원

국제보건학과

박 주 아

한국의 보건의료부문
공적개발원조 현황과 과제

지도 김 한 중 교수

이 논문을 보건학석사 학위논문으로 제출함

2000년 6월 일

연세대학교 보건대학원
국제보건학과
박 주 아

감사의 글

길고도 짧았던 2년반의 대학원 시절은 땀 흘리며, 힘들었던 순간만큼이나 제 인생에서 귀한 시절이었습니다.

1학기 보건학개론 양재모 교수님의 강의시간, 선한 사마리아 사람의 비유를 통해 학문의 길과 예수님을 향한 길이 일치될 수 있는 비전에 감사하였습니다. 그리고 2년의 세월이 흐른 지금, 내가 무엇인가 되고자 하기 보다 예수님의 뜻에 합당하게 자신을 버릴 수 있는 삶에 이름에 더욱 감사드립니다.

직장생활, 먼 통학길, 논문의 과정, 목발을 짚고 나타나 연구 계획서를 제출할 때, 지칠 때마다 짧은 말씀이지만 격려를 해 주신 김한중 교수님, 세미나를 함께 하며, 인생의 대 선배로서 삶에 대한 넓은 안목을 허락해 주신 김모임 교수님, 저보다도 더 제 논문에 애착을 가지고 꼼꼼히 수정해 주시고 힘든 논문의 과정에 격려해주셨던 박종연, 홍정기 교수님께 정말로 감사드립니다.

젊음의 패기, 새로운 인생에 대한 강한 도전 정신으로 삶이 아름다웠던 국제보건학과 선배님, 후배님들, 동기생 공경선, 김기영, 주언영, 정철원 선생님의 격려와 사랑에 감사드립니다. 특히, 선배님답게 늘 국제보건학과의 큰 기둥이 되어주셨던 신미경 선생님의 사랑에 감사드립니다. 한 여름의 세미나와 네팔에서의 경험은 삶이 느슨해질 때마다 활력소가 될 것입니다.

주제 선정에서부터 세부 자료에까지, 관심을 가지고 정성껏 도와주신 한국
국제협력단의 장현식, 윤혜진, 김복희, 이종선, 노영준 선생님과 자료실 선생
님들께 진심으로 감사드립니다.

3월초부터 7월까지 인내하며, 쉬지 않고 중보기도 해주신 이다윗, 이메리
목자님, 사랑하는 화랑센터 동역자님들과 믿음의 친구 현정에게 감사드립니다.

누구보다도 늘 저의 길을 노심초사 걱정하시며, 제 학기에 논문을 끝냈다
며 역시 내 딸이라고 무척 기뻐해 주신 사랑하는 아버지, 어머니, 오빠, 새언
니, 언니, 형부, 조카들의 묵묵히 지켜 봐주시는 사랑과 신뢰에 감사드립니다.

이제 여태까지 동행하신 하나님과 함께, 인생의 제 2국면의 출발선상에 있
습니다. 수많은 연약함에도 때마다 나의 인생을 최상으로 인도해 주신 하나
님께 영광을 돌려 드립니다. 부족하지만 열심히 살고자 하는 달란트로 빌립
보서 3장 12절 말씀 ‘내가 이미 얻었다 함도 아니요 온전히 이루었다 함도
아니라’의 사도 바울의 고백과 같이 오직 그리스도 예수께 잡힌바 된 그것을
잡기 위해 쫓아가겠습니다.

학문의 과정에서 배운 겸손과 사랑 그대로, 잊지 않고 감사하며, 진지하
게 하루하루를 건겠습니다.

2000. 7. 11 박주아

목 차

국문요약	vi
I. 서 론	1
1. 연구의 배경	1
2. 연구의 목적	4
3. 연구 방법	5
II. 국제개발협력과 공적개발원조, 보건의료	8
1. 국제개발협력의 정의와 추이	8
2. 공적개발원조의 분류와 기준	12
3. 보건의료와 공적개발원조	14
III. 외국의 보건의료부문 공적개발원조	17
1. 일본	17
2. 미국	34
IV. 한국의 보건의료부문 공적개발원조 현황	50
1. 공적개발원조정책과 보건의료	50
2. 전달체계	52
3. 보건사업	57
4. 인구보건사업	67
V. 한국의 보건의료부문 공적개발원조의 방향	76
VI. 요약 및 결론	86
참고문헌	88
영문초록	92

표 목 차

표 II-1	공적개발원조의 형태	13
표 III-1	일본의 ODA형태별 담당기관	19
표 III-2	일본 보건의료부문 양자간원조 분포현황	23
표 III-3	1996년 일본 인구 및 에이즈에 관한 직·간접 지출현황	29
표 III-4	JICA 기술협력 형태별 인구·보건사업 수행규모	29
표 III-5	USAID의 보건분야 수행목표 및 성과지표	36
표 III-6	USAID의 PHNC 조직구성	39
표 III-7	USAID의 인구·보건·영양분야 지역별 지원국가	43
표 IV-1	한국의 ODA분류별 담당기관	53
표 IV-2	KOICA 보건의료부분 사업유형별 사업규모추이	58
표 IV-3	KOICA 보건·의료부분프로젝트사업현황	60
표 IV-4	KOICA 프로젝트형 기술협력사업	61
표 IV-5	KOICA 보건·의료부분 연수생초청사업규모추이	63
표 IV-6	KOICA 보건·의료부분 인력파견 사업규모추이	65
표 IV-7	KOICA 보건·의료부분 물자지원 사업규모추이	66
표 IV-8	인구보건사업지표	68
표 V-1	보건협력정책 비교분석	78
표 V-2	보건분야 ODA 우선지역 및 국가	79
표 V-3	보건협력전달체계 비교분석	82
표 V-4	보건협력사업수행 비교분석	85

그림 목차

그림 I-1	연구의 틀	7
그림 III-1	주요 DAC 국가의 ODA 규모 추이	20
그림 III-2	일본의 소득수준국가별 원조현황	22
그림 III-3	일본의 공적개발원조 부문별 분포	23
그림 III-4	일본의 1996년 프로젝트형 무상원조 부문별 분포	24
그림 III-5	인구·HIV/AIDS 분야의 JICA협력예산추이	28
그림 III-6	1997년 JICA 인구·보건 세부분야별 예산분포	28
그림 III-7	USAID의 지역별 PHN 단위수	39
그림 III-8	미국 소득수준별 원조분포	39
그림 III-9	미국 보건·영양 분야 원조 예산 추이	44
그림 III-10	1998년 미국 보건·영양 분야 활동 영역별 예산 분포	44
그림 IV-1	한국 ODA 지역별 분포율	55
그림 IV-2	한국 DAC 사회하부구조내 분포율	55
그림 IV-3	한국 ODA 사회하부구조내 분포율	56
그림 IV-4	한국 사업유형별 원조분포	56
그림 IV-5	한국 보건·의료 ODA 지역별 원조분포	56

BOX 목차

BOX III-1	일본의 인구·보건사업수행의 예	30
BOX III-2	일본의 아동보건사업수행의 예	31
BOX III-3	미국의 HIV/AIDS 예방사업 성공사례	47
BOX IV-1	한국의 보건의료 프로젝트 사업수행의 예	61
BOX IV-2	한국의 보건의료 연수생 초청사업의 예	63
BOX IV-3	한국의 보건의료 전문가 파견사업의 예	65

< ABBREVIATION >

BHN: Basic Human Needs
ECOSOC: United Nations Economic and Social Council
EDCF: Economic Development Cooperation Fund
EU: European Union
DAC: Development Assistance Committee
FPIA: Family Planning International Assistance
GII: Global Issues Initiative for Population and AIDS
GNP: Gross National Product
HN: Office of Health and Nutrition
ILO: International Labor Organization
IMF: International Monetary Fund
IPPF: International Planned Parenthood Federation
JICA: Japan International Cooperation Agency
JOICEP: Japanese Organization for International Cooperation in
Family Planning
JPPC: Joint Programming and Planning Country
KIHASA: Korea Institute for Health and Social Affairs
KNCC: National Council of Churches in Korea
KOICA: Korea International Cooperation Agency
KWDI: Korean Women's Development Institute
LLDC: least less-developed countries
LMI: Lower Middle Income
NGO: Non-Governmental Organization

NPI: New Partnerships Initiative
ODA: Official Development Assistance
OECD: Organization for Economic Cooperation and Development
OECF: Overseas Economic Cooperation Fund
OFPS: Office of Field and Program Support
ORT: Oral Rehydration Therapy
OXFAM: Oxford Committee for Famine Relief
PC: Population Council
PHC: Primary Health Care
PHNC: Center for Population, Health and Nutrition
POP: Office of Population
PPFK: Planned Parenthood Federation of Korea
SIDA: Swedish Agency for Development Cooperation
UNCTAD: United Nations Conference on Trade and
Development
UNDP: United Nations Development Programme
UNESCO: United Nations Educational, Scientific and Cultural
Organization
UNFPA: United Nations Fund for Population
UNICEF: United Nations International Children's Emergency
Fund
USAID: United States Agency for International Development
WHO: World Health Organization
WFP: World Food Program

국문 요약

보건의료는 개발의 핵심적인 요소의 하나로 개별 국가의 경제 사회 발전에 있어서 인간의 인적기본수요를 충족시키는데 매우 중요한 위치를 점하고 있을 뿐 아니라, 그 나라의 빈곤상황, 교육 등 전반적인 발전 수준과 깊은 상관관계를 갖고 있는 것으로서 세계화, 지식정보화 추세 속에서 좁아지고 있는 지구촌 사회의 주요 국제개발과제의 하나로 부각되고 있다. 그러나, 우리 나라는 국제개발협력 차원의 공적개발원조 중 보건의료부분만 특별히 구분되어 연구된 적이 없으며, 인구, HIV/AIDS 등 국제개발협력 분야 중 보건 분야의 중요성이 높아져 가고 있는 시대적 요청에 부응하지 못하고 있는 실정이다. 본 연구에서는 우리 나라 보건 분야 국제개발협력의 실태를 알아보고, 일본, 미국의 경우와 비교를 통하여 우리 나라의 특성에 맞는 국제보건 협력의 방향을 검토해 보고자 하였다.

우리 나라 보건 분야 국제개발협력은 KOICA를 중심으로 1차보건의료서비스를 확충하며, 아프리카 등 의료혜택이 불충분한 개도국에 만연된 질병의 퇴치 등 인도주의에 의한 헌신적인 의료활동을 제공하고 있다. KOICA 설립 후 본격적으로 시작된 활동으로 1991년부터 1997년까지 총 15국 22건 1,453만불의 프로젝트 사업, 232명의 연수생 초청, 737만불의 물자지원, 91명의 봉사단원, 140명의 의료단, 87만불 규모의 비정부기구 지원사업을 실시하여 왔다. 1998년 KOICA내 보건의료 협력원조규모는 인구/가족계획 분야의 0.3%를 포함하여 12.9%로서 630만불의 규모에 해당한다. ODA 형태별로는 양자간 96%, 다자간 4%, 양자간 지원중 프로젝트 30%, 물자지원 8%, 기술협력

58%의 형태로 실시되고 있다.

향후 국제보건협력의 방향 제시로서 먼저 예산 분포를 살펴보면 양자간 지원 예산 중 약 10%를 인구·보건이 담당하고 있지만, 전체 ODA에서 차지하는 비중은 극히 미약하다. 적은 예산 규모로 인하여 DAC 목표에 부합되는 목표, 사업수행, 성과측정의 프로그램 접근 사업수행에는 미흡한 편이다. 적은 예산의 효율적 수행을 위하여, 정책측면에서 USAID의 JPPC와 같이 LLDC, LICs 중심의 집중대상국가를 선정, 재정부 EDCF, NGO, 다자간기구, 각국정부와의 다각적 협력과 다년도 예산제도의 병행을 통해 수혜국 중심의 장기적인 역량 구축을 유도하는 것이 개발협력 자체의 목표에 한층 더 접근할 수 있을 것이다. 이를 위해 조직측면에서 USAID의 PHNC, JICA의 의료협력부와 같이 전문인력을 갖추고, 현장과 본부, 지역사무소를 연결하는 네트워크의 형성이 필요하다. 또한, 1회성 프로젝트형 기술협력 위주에서 강화된 목표, 수행, 성과측정, 사후관리 중심으로 물자, 인력, 건축, 시설을 포함한 프로그램 중심 연합형 프로젝트로의 사업수행 접근이 요구된다.

우리 나라는 인구정책수립, 외원의 관리, 가족계획보급, 피임기술, 홍보교육, 기관설립 및 운영 등 40년간 수혜받은 역사를 토대로 한 인구보건사업의 비교우위를 갖고 있다고 보인다. 이러한 분야에서의 국제협력 경험을 바탕으로 보건의료 부문의 인구사업 기술협력과 프로젝트의 모델을 구축한다면, 우리 나라가 각 개도국의 현실에 부응하는 21세기 개발협력 과제를 개발하고 발전시킬 수 있을 것이다.

핵심어: 국제개발협력, 공적개발원조, 보건의료

I. 서론

1. 연구의 배경

지난 반세기동안 개발도상에 있는 여러 국가들은 선진국의 공적개발원조를 통하여 평균 수명연장, 영아·모성 사망률 감소 등 실질적으로 자국민의 보건수준이 상당한 수준으로 향상되어 왔다. 그럼에도 불구하고 이들 국가의 많은 국민들이 아직도 빈곤에 시달리고 있으며, 적절한 보건의료의 제공을 받고 있지 못하고 있는 실정이다. 현재 보건과 의료서비스 제공에 관해서는 선진국과 개발도상국과는 현저한 차이가 있다. 개도국의 많은 사람들, 특히 아동과 여성들은 폐렴, 결핵, 말라리아 등의 감염성 질환과 임신, 분만 후 합병증 등으로 고통을 받고 있으며, 이로 인하여 종종 목숨을 잃기도 한다. 이러한 질환과 증세들은 적절한 예방이나 치료를 통하여 회복 가능한 것들로서 선진국에서는 이로 인해 목숨을 잃는 경우가 거의 없다고 할 수 있다. 이처럼 적절한 수준의 보건의료의 제공이 이루어지고 있지 않음으로 인하여 많은 수의 개발도상국 국민들이 사망에 이르고 있는 것이 엄연한 현실이다. 이와 더불어 이들 국가들의 불량한 영양 및 위생상태는 이들 주민의 보건수준에도 심각한 위협을 주고 있다.

1995년에는 개도국에 거주하는 9백만 명 이상의 5세 이하 어린이들이 예방가능한 질병으로 사망하였으며, 매해 58만 명의 여성들이 임신과 관련하여 예방 가능한 요인들로 인하여 사망하고 있다(http://www.info.usaid.gov/pop_health/phnabout1.htm). 또한 1981년에 발견된 이후, HIV/AIDS는 국제사

회에서, 특히 개발도상국가들에서 가장 심각한 문제로 부각되고 있다. 이로 인해 1978년 Alma Ata선언¹⁾에서 설정된 2000년까지의 만민을 위한 국제보건개발 목표달성이 매우 어렵게 되었다. 따라서 1995년 코펜하겐에서 열린 사회 개발 세계정상회담에서는 빈곤 등의 사회발달의 과정에서 야기되는 다양한 문제를 대처하는 관점에서 인적기본수요²⁾(BHN: Basic Human Needs) 충족과 경제적 인프라 구축 사이 균형을 유지하는 것을 목표로 접근하기 시작하였다. 1996년 5월 경제협력개발기구(Organization for Economic Cooperation: OECD)의 개발원조위원회³⁾ (the Development Assistance Committee: DAC)는 정부간, 국가간의 원조차원을 넘어서는 인간을 강조하는 인간중심의 개발(people-centered development)을 수행하기 위한 새로운 개발전략을 선언하였다. 이 전략은 21세기 영아·모성 사망률을 낮추기 위한 구체적인 수치적 목표를 제시하며, 공중보건·위생분야의 원조의 중요성을 강조하였다.

보건의료는 개발의 핵심적인 요소의 하나로 개별 국가의 경제 사회 발전에 있어서 인간의 인적기본수요를 충족시키는데 매우 중요한 위치를 점하고 있을 뿐 아니라, 그 나라의 빈곤상황, 교육 등 전반적인 발전 수준과 깊은

1) Alma-Ata 선언: 건강은 단순히 질병과 허약의 해소가 아닌 신체적, 정신적, 사회적으로 완전한 상태를 가리키며, 이는 인간 기본권의 하나로서 가장 중요한 경제, 사회개발목표의 하나이다. 구체적으로 지역수준에서 시민이 직접 이끄는 요구에 부응하는 공중위생, 보건교육, 모성, 아동건강, 가족계획들을 불평등이나 편파적으로 허용되서는 안될 인간의 기본권리로 건강을 주창하고 있다. 이 선언은 선진국과 개도국간에 상존하는 보건상의 총체적 불균형을 인식하고 2000년까지 모든 국가의 국민들이 '사회, 경제적으로 생산적인 삶'을 살 수 있는 수준의 건강수준을 확보한다는 구체적 목표를 설정하였다.

2) 인적기본수요(BHN: Basic Human Needs)란 인간이 생존하는데 있어서 필요로 하는 식량, 주택, 의복 등의 필수 요소는 물론 식수, 위생, 공중 보건 및 의료, 교통, 교육, 문화 등의 생활 기본 서비스를 의미한다.

3) DAC(Development Assistance Committee):OECD는 산하 35개 위원회 중 하나로 개발원조위원회라 함. 21개 국가와 EU가 회원국으로 가입되어 있으며, 회원국간 개발원조관련 정책협의, 각종 통계 발표, 개발원조의 가이드 라인 제시 등의 업무를 시행하고 있다.

상관관계를 갖고 있는 것으로서 세계화, 지식정보화 추세 속에서 좁아지고 있는 지구촌 사회의 주요 국제개발과제의 하나로 부각되고 있다. 최근의 국제 사회의 변화는 정보 통신 혁명 및 개발의 가속화, 산업화의 진전, 지역간 분쟁의 격화 등에 따르는 지구촌 환경의 변화로 인한 국가간 정보지식격차의 확대 및 세계의 빈곤화, 지구온난화 등 환경문제 악화의 보건문제, 산업화 진전과 관련한 산업보건문제, 고령화 사회에 있어서의 노인건강문제, 지역 분쟁으로 발생하는 난민구호 등 새로운 보건의료 과제를 대두시키고 있다. 세계보건기구(WHO)는 1999년의 한 세계보건보고서에서 “보건을 국제개발과제의 핵심에 위치시켜야 한다”고 주장한 바 있다.

또한 1990년대 동서화해와 냉전구조 청산 등의 국제질서의 근본적인 변화로 상호 의존성 심화 및 세계 경제통합 등의 급격한 변화 속에서 새로운 지구적 맥락에서의 국제개발협력⁴⁾ 모색 필요성도 대두되고 있다. 한편으로, 개발원조의 동기에는 선진국이 개발도상국에 개발원조를 공여하는 것은 명목적으로는 이들 국가의 경제사회 발전을 지원하기 위해서라고 하나 실제로는 자국의 이익을 실현시키고자 하는 동기를 갖고 있다는 것은 널리 인정되어온 사실이다.

우리 나라는 1995년 3월 세계은행의 양허성 개발협력 차관 공여대상국으로부터 졸업하기까지 오랫동안 개발협력 수혜국 입장이었지만, 1963년부터 미국국제개발청(USAID)⁵⁾과 협력하여 다른 개도국의 연수생을 초청, 기술교육을 실시한 것으로부터 대외원조의 역사가 시작되었으며, 1987년 대외경제

4) 국제개발협력이란 개발도상국의 경제사회발전 지원을 주목적으로 하여 제공되는 유무상원조로서 현격한 격차가 상존하는 선진국과 개도국간의 개발 불균형, 소위 남북, 남남간의 국제적 노력이라고 볼 수 있다.

5) 미국국제개발협력청(USAID-United States Agency for International Development):1961년 대외원조법에 의해 국무부 산하 반 자치기관으로 설립된 미국대외원조기관

협력기금(EDCF)⁶⁾, 1991년 한국국제협력단(KOICA)을 설치하며 본격적인 국제개발협력에 참여하기 시작하였다. 이러한 짧은 대외원조의 역사와 적은 원조 규모로 인해 비교우위분야를 살려, 효율적인 한국형 원조를 실시하는 것이 요청되고 있다. 이러한 면에서 우리 나라는 과거의 개발도상국 지위의 경험에 비추어 수원국 능력을 배양하기 위한 학교 건설 및 직업훈련 관련분야, 병원 건축 및 의료분야, 인적 자원 개발분야등의 기술/협력 분야가 대외원조의 비교우위분야로 지적되고 있다.

그러나, 우리 나라는 국제개발협력 차원의 공적개발원조⁷⁾(ODA) 중 보건 의료부문만 특별히 구분되어 연구된 적이 없으며, 인구, HIV/AIDS 등 국제개발협력분야 중 보건분야의 중요성이 높아져 가고 있는 시대적 요청에 부응하지 못하고 있는 실정이다.

2. 연구의 목적

본 연구는 우리 나라 보건 분야 국제개발협력의 실태를 알아보고, 일본, 미국의 경우와 비교를 통하여 우리 나라의 특성에 맞는 국제보건협력의 방향을 검토해 보고자 한다.

한국의 ODA 내 보건사업의 실태를 알아보고 미국, 일본과의 비교를 통하여 우리의 비교우위 분야를 살린 한국형 보건국제협력의 의미와 추진방향

6) 대외경제협력기금(EDCF:Economic Development Cooperation Fund): 1987년 한국 수출입 은행에 대개도국 양허성차관(concessional loan)을 지원하고자 정부가 300억원을 출자하여 설치한 기관

7) 공적개발원조(ODA: Official Development Assistance)란 공적 기관이 개발도상국의 경제개발과 복지증진을 위하여 제공하는 원조를 의미한다. 본 논문에서는 이하 ODA라 표기한다.

을 모색하고자 한다. 구체적인 연구 목적은 다음과 같다.

- 1) 최근의 국제개발협력에서 보건의료 부문의 동향을 개념적 수준과 일본과 미국의 사례를 통하여 살펴본다.
- 2) 우리 나라의 보건부문 공적개발원조 현황을 검토하고, 일본, 미국의 경우와 비교한다.
- 3) 한국의 특성에 맞는 ODA내 보건정책, 전달체계, 보건사업 수행의 향후 추진방향을 모색한다.

3. 연구방법

이 연구는 문헌연구를 통한 역사적 접근법을 기본으로 하고 관련 통계자료를 수집분석하였다. 연구 자료로 먼저 1차 자료는 한국, 미국, 일본의 한국국제협력단(KOICA), 일본국제협력단(JICA), 미국국제개발청(USAID)의 연보, 각국 외무부 ODA 연보, 개발원조위원회(DAC) 연보와 WHO, OECD/DAC의 인터넷 자료를 보충적으로 활용하였고. 이차 자료로 논문, 기사 등을 활용하였다.

연구내용으로는 먼저 광범위한 보건영역을 개발협력에 관한 세계적 이슈들에 맞추고자 하였다. OECD/DAC는 개발협력분야별로 ODA영역을 분류하였는데, 크게 사회하부구조서비스, 경제하부구조서비스, 생산부문, 프로그램원조, 부채재조정, 식량원조 등으로 나뉜다. 보건은 원조국가의 잠재적 인력 개발을 도모하기 위한 사회하부구조서비스에 교육 및 훈련, 상하수도 및

위생, 인구계획, 공공행정, 개발계획 등과 함께 포함된다. 미국, 일본의 ODA 보건영역의 구체적 사업수행과 세계적인 보건영역의 문제점을 참고하여 인구와 HIV/AIDS를 중점으로 하여 ODA내 보건의료사업을 접근하고자 하였다.

이를 ODA의 형태별 분류틀에 맞추어 재정규모와 협력형태의 분류틀⁸⁾을 설정하였으며, 전체적으로 보면 보건부문 ODA 자체도 하나의 보건서비스 프로그램에 해당되므로, 인구·HIV/AIDS의 영역에 보건서비스 프로그램 평가체계의 틀을 응용하여, 1)보건의료목표·전략 등을 포함한 보건정책, 2)조직·재정을 포함한 투입 차원의 전달체계, 3)과정 차원의 보건사업의 유형, 수행체제로 구분하여 검토하였다(그림 I-1).

수집자료 대상시기는 1991년부터 1998년까지로, 미국, 일본의 경우 1950년대 중반부터 원조가 시작되었으나 한국의 경우 1990년대에 들어와서 본격적으로 원조를 공여하기 시작하였기 때문에 동 기간을 분석대상기간으로 설정하였다.

구체적인 논문의 흐름으로 본론의 시작인 II장에서는 국제개발협력과 ODA의 의미, 시대적 추이, 보건분야가 차지하는 중요성을 기술하였다. III장에서는 미국과 일본의 ODA의 개략과 보건의료의 규모, 조직, 예산, 사업 수행내용, IV장에서는 한국의 ODA내 보건의료의 현황, V장에서는 한국의 보건의료부문 ODA의 현황과 비교내용을 바탕으로 한국형 보건의료 ODA의 정책 방향을 기술하고 VI장에서는 논문 전체의 요약 및 결론으로 구성되어 있다.

8) ODA의 구조상 양자간, 다자간 원조를 모두 포함하며, 양자간 원조는 유상원조와 무상원조, 기술협력을 포함한다. 기술협력에는 전문가 파견, 자원봉사자 파견, 연수생 훈련 등의 인력지원이 해당된다.

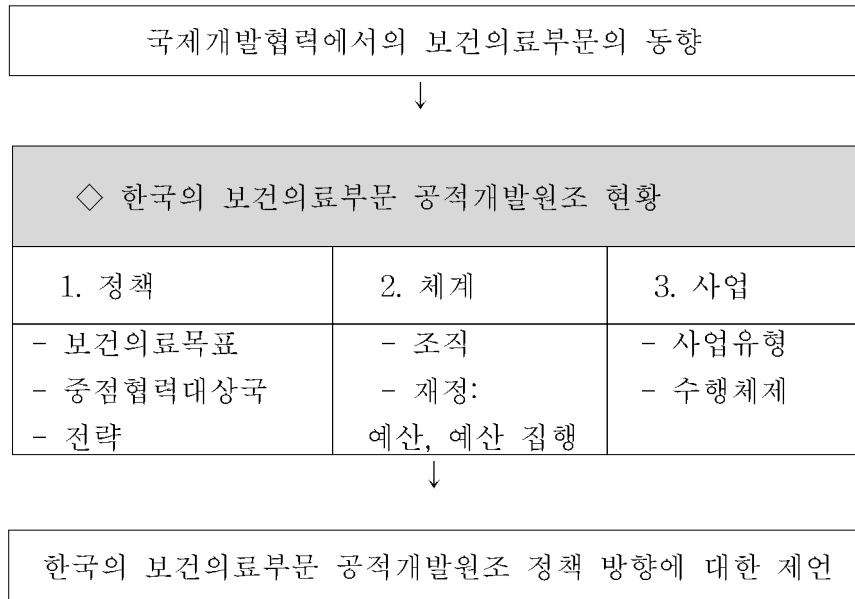


그림 I -1. 연구의 틀

II. 국제개발협력과 공적개발원조, 보건의료

1. 국제개발협력의 정의와 추이

개발원조란 개발도상국의 경제사회발전을 지원하는 것을 주목적으로 하여 제공되는 유·무상원조로서 개발협력(Development Cooperation) 또는 국제협력을 의미한다. 현격한 격차가 상존하는 선진국과 개도국간의 개발 불균형, 소위 “남북문제”의 완화 등 개발촉진을 위한 남북, 남남국가간의 국제적 노력이라고 볼 수 있다.

국제개발협력의 효시는 1945년 후반부터 1950년대까지 미국 주도의 마셜 플랜으로 신생 개발도상국에 대한 구종주국들의 지원이었다. 1960년대는 동서간 이념적 갈등과 제3세계의 출현으로 동서간 주도권 쟁탈을 위한 원조경쟁 속에 제3세계 개발이 본격화되어 “북에서 남으로”의 원조패턴이 성립되었다. 1970년대는 남북문제의 전개 및 신국제경제질서의 구축을 모색하였고, 1980년대는 남북 문제가 다양해지며 오히려 원조의 정체 및 피로현상이 발생하였다. 1990년대는, 동서화해와 냉전구조 청산 등 국제질서의 기본 바탕에 근본적인 변화가 발생하며, 환경, 인구, 식량 및 자원, 개도국의 빈곤등 범지구적 과제가 시급한 국제개발과제로 부각되었다.

전후 반세기간의 개도국의 개발성과는 대다수 국가들이 성급한 의욕을 앞세우고 적절치 못한 정책을 택함으로써 의욕적인 개발노력과 기대에 비해 낭비적이며 부패적인 결과를 양산하며 좌절을 경험하였다. 이를 통하여 개발이 단시간 내에 이룰 수 있는 것이 아니라 오랜 물적 자본축적은 물론 인적

자본 중심의 사회적 자본의 축적을 통해 이루어지는 것임을 인식하고, 개도국의 책임성과 주체성(local ownership), 자조적 능력개발(capacity building)이 확보되지 않는 개발원조는 소기의 성과를 거둘 수 없는 것으로 인식하게 되었다.

선진국의 입장에서는 개발원조의 성과에 대한 회의가 커지면서 원조피로 현상이 대두되기 시작하였는데, 이에 따라 원조에 대한 기여가 감소하게 되었다. 따라서 개발협력에 대한 새로운 현실 인식을 토대로 과거의 시혜자와 수혜자라는 관점에서 개발협력의 동반자 관계로 발전시켜, 수원개도국이 개발의 주체가 되고 국제사회가 그들의 개발노력을 공동 지원하는 관계로 변화되고 있다. 또한, 개도국의 개발지원이 도덕적 책무의 이행이라는 소극적 개념의 개발협력으로부터 개도국의 발전이 선진국의 발전과 이해에 매우 중요하다는 인식 하에 소위 적극적인 개념의 개발협력 모티브가 설정되고 있다.

새로운 개발개념은 정치적 안정, 경제성장, 환경보호, 인권존중, 사회적 정의 등 포괄적 접근을 하며, 인간중심의 개발(People centered development 또는 people-first development)을 통해 인간안보(human security)의 위협요인 제거를 통한 지속가능한 개발(sustainable development)에 초점을 두고 지속적인 인간개발을 위해, 원조보다는 무역과 투자의 자유화, 선진국의 성장위주정책, 대개도국 시장개방이 요구되고 있다. 원조수행시에도 일방적 지원보다는 수혜국의 수요와 요구에 따라 유엔개발계획(UNDP)의 국가전략서(Country Strategy Note), 유엔경제사회이사회(ECOSOC) 제2위원회, UNDP, 세계은행(World Bank) 등 국제기구와 긴밀한 협력을 통해 수혜국 능력을 배양해야 한다는 것이다.

이를 국제개발협력 목표의 변천으로 정리해 보면 다음과 같다.

1960년대에는 남북협력 차원에서 중점적으로 제기되었던 개도국의 경제 성장촉진문제에 중점을 두었으나, 저개발과 빈곤의 악순환으로 큰 성과를 거두지 못하였으며, 1970년대 중반부터는 인적기본수요(BHN)라는 새로운 개발 전략으로 전환하여 기존의 거시지향적, 성장목표적인 원조방식에서 미시지향적 후생목표적 방식을 추구하게 되었다. OECD 개발원조위원회 회원국들도 인적기본수요 접근법을 통해 보건, 위생, 상하수도, 영양개선사업 등에 중점을 두게 되었다. 그러나 80년대에 접어들면서 세계경제의 침체와 개도국 외채누증 문제로 경제불안정이 심화되자 국제통화기금(IMF)을 주도로 국제수지 적자축소 및 경제의 효율성 제고에 초점을 맞춘 시장 지향적 구조조정과 개혁정책에 역점이 두어지게 되었다.

개발원조위원회(DAC)는 1989년에 이러한 제반이슈를 정리하여 ‘1990년대에 있어서 개발협력’이라는 보고서를 발표하였는데, 개도국의 자조노력을 전제로 지속적인 경제성장과 공평한 소득분배, 환경보전과 지속적 개발을 위한 인구증가의 억제가 핵심적 과제임을 밝히고, 1990년대의 개발협력을 위한 중점 방향을 다음과 같이 설정하였다.

첫째, 지속적 구조조정을 통해 생산적 민간부문의 역할이 확대된 광범위한 기반 위의 경제성장에 기여하고,

둘째, 참여적 개발에 의한 최종수요자의 필요에 부응하여 민간부문의 활성화, 인력개발 및 여성의 참여, 지방정부차원의 의견 반영 등 원조사업에 있어서 의사 결정의 분권화에 기여해야 하며,

셋째, 환경보전적이고, 지속적인 개발에 공헌하고, 저개발의 악순환을 단절시키기 위한 인구증가의 억제에 기여해야 함을 설정하였다.

이와 관련하여 DAC는 1996년 5월 개발원조의 유효성과 필요성을 명확히 하기 위하여 새로운 개발전략으로서 ‘21세기를 향하여: 개발협력을 통한 공헌’을 채택하였다(OECD/DAC, 1999). 상기 주요내용을 살펴보면, 개도국 자조노력을 전제로 새로운 글로벌 개발 파트너십(global development partnership)이라는 관점에 기초하여, 빈곤, 교육, 보건, 의료 및 환경분야와 관련하여 2015년까지 달성해야 할 구체적 개발 목표가 다음과 같이 설정되어 있다. 첫째, 절대빈곤계층을 절반수준으로 반감시키고, 둘째, 초등교육의 혜택을 부여하고, 셋째, 초등교육에 있어서 2025년까지 성차별을 없앴으로써 여성의 평등권을 신장시키고, 넷째, 모자보호를 위해 영아 및 모성사망률을 각각 2/3 및 3/4 수준으로 낮추고, 다섯째, 기초적인 보건시설의 확대 등이다.

이러한 목표 설정에는 ‘인간중심의 개발’이라는 이념이 내재되어 있고, 정부 차원의 경제성장 정책보다는 구체적인 후생목표수준을 통해 인도주의의 확대를 의미하는 것이다. 그 동안 강조되었던 활력 있는 민간부문과 모든 주민의 참여확대, 특히 여성의 평등권을 신장시킴으로써 정치적으로는 민주화, 인권보장을 통한 바람직한 통치(good governance)하에 지속 가능한 개발과 환경보전이 이루어질수 있다는 것이다. 또한 지역적인 분쟁요인을 억제할 수 있는 장기적인 화해와 개발의 노력이 필요하고, 이를 위한 공여국과 수원국의 원조정책과 지원 방식에 대한 모니터링을 강화하는 한편 수원국들의 자조노력이 필요함을 역설하고 있다.

2. 공적개발원조의 분류와 기준

공적개발원조(Official Development Assistance, 이하 ODA)란 공적기관이 개발도상국의 경제개발과 복지증진을 위하여 제공하는 원조를 말한다. 이와 관련하여 OECD 개발원조위원회(Development assistance Committee, 이하 DAC)는 ODA에 대해 첫째, 원조의 공여 주체가 공적기관이어야 하며, 둘째, 그 주요목적이 개발도상국의 경제개발과 복지증진에 기여하는 것이어야 하며, 셋째, 양허성을 띠어야 하며 그 증여율⁹⁾이 25% 이상이어야 한다고 규정하고 있다. 이러한 ODA는 크게 양자간(bilateral) ODA와 다자간(multilateral) ODA로 분류할 수 있다(표1). 양자간 ODA는 상대국에 대한 직접적인 형태의 지원으로 상환을 요구하지 않는 무상 ODA와 일정기간이 경과된 후 상환하는 것을 조건으로 하는 유상 ODA로 나뉘어진다. 반면 다자간 ODA는 국제기구에 대한 출자 또는 증여의 형태로 간접적인 지원을 말한다. 무상 양자간 ODA는 다시 무상원조와 기술협력으로 분류할 수 있다. 무상원조는 기자재공여, 프로젝트¹⁰⁾, 재난구호¹¹⁾, 일반무상자금, 식량원조, 긴급원조 등을 포함하고 기술협력은 연수생 수용, 전문가파견, 기술협력 조사단 파견, 청소년 해외협력단 파견 등의 인력교류사업과 개발조사사업¹²⁾이 포함된다.

다른 ODA 공적자금과 구분되는 기준은 증여율이다. 그리고 OECD DAC

9) 자금의 양허성(concessional)을 나타내는 척도로서, 완전한 상업적 거래에는 0%, 무상원조는 100%가 적용된다.

10) 프로젝트는 건물 건축, 물자지원 등 물적 요소와 연수생 초청, 전문가 파견등 인적 요소를 종합하여 하나의 사업으로 지원하는 사업.

11) 재난구호는 지진, 홍수 등 재난시 지원하는 구호품 또는 현금.

12) 개발조사사업은 어떠한 사업의 타당성을 조사하는 사업을 의미한다.

는 공적개발원조에 대한 국제적 가이드라인을 제시하고 있는데 OECD 협정에 의한 강제력이 없는 결의지만, 정치적, 도의적으로 구속력을 가지고 있는 것이 사실이다. 가이드라인에 의하면 국제적으로 합의된 양적 원조목표는 첫째, 원조공여국 GNP의 1%에 해당하는 순자금 이동, 둘째, 공여국 GNP의 0.7%에 해당하는 ODA공여, 셋째, 저개발국(최빈국 포함)에 대한 GNP 대비 0.15%의 ODA 배정이다. 그러나, ODA의 양적 규모에 대한 국제적 합의에도 불구하고, GNP대비 0.7%에 도달한 국가는 북유럽의 몇 나라에 불과한 실정으로 DAC는 원조규모 보다는 공여조건에 대한 권고기준¹³⁾으로 회원국들의 원조정책과 정책방향을 조정해 왔다.

표 II-1. 공적개발원조의 형태

구분	협 력 형 태
양자간	무상원조- 무상원조: 기자재공여 프로젝트 - 기술협력: 재난구호 인력교류사업
	유상 - 차관
다자간	국제기구증여 국제기구출자

13) ODA의 질적 수준을 제고하기 위한 주요 기준은 다음과 같다. 첫째, ODA에서 차지하는 증여 비율이다. 변제 의무가 없는 무상자금협력, 기술협력, 다자간 원조로 구성되는 증여가 ODA에서 차지하는 비율을 가리킨다. 둘째, 양허성 조건을 표시하는 증여율이다.(G.E.) DAC가 권고하는 증여율 수준 86%를 만족하기 위해서는 기본적으로 세계은행의 차관조건인 이자율 0.75%, 만기 50년, 거치기간 10년의 차관으로 구성하는 방법이 있고, 차관과 증여를 중합하여, 50%는 증여로 하고, 나머지 50%는 이자율 1%, 만기 30년, 거치기간 7년인 차관(증여율 72%)으로 구성하는 방법을 생각해 볼 수 있다. 셋째, 비구속성(Untied, 비조건부) 원조비율이다.

3. 보건의료와 공적개발원조

보건의료는 인간의 기본적인 생존은 물론 삶의 질적 향상과 인간적 존재 가치를 구현하는데 있어서 기초가 되는 중요요소로서, 인간의 경제활동 및 개발에 있어서 생산성은 물론 인구문제에 결정적인 영향을 미치며 인간 안보(human security)의 확보와 인적 개발(human development), 인적기본수요 충족의 차원에서 빈곤계층의 생산능력과 자립적 발전잠재력을 발현시키는 필수 개발요소로 인식되고 있다. 따라서, 보건의료는 개발의 보조적인 대용물(substitute)이 아닌 개발의 필수적 구성요소(essential component)라고 할 수 있다.

보건분야의 개발협력에서의 개괄적인 약사를 살펴보면 다음과 같다 (이경구,1999).

1948년 4월 미국 Texas주 Galvestone항에서 1만 9천톤의 구호용
밀을 선적한 SS John H. Quick 호가 유럽을 향해 출항하
는 Marshall Plan에 착수하였고,

1948년 세계보건기구(WHO)가 제네바에 설립

1954년 미국 잉여농산물원조(Public Law 480)착수하였으며,
1955-1980년간 우리 나라는 동 원조를 통해 795.7백만불
상당의 농산물을 제공받았고,

1973년 세계은행 Robert McNamara 총재는 절대 빈곤해소와 인
적기본수요(BHN) 충족에 원조의 우선 순위를 부여할 것
을 주장, 미국, BHN충족에 원조의 새로운 우선 순위 부여

하는 방향으로 대외원조법(*Foreign Assistance Act*)을 개정함

1974년 세계인구회의(*World Population Conference*)를 부카레스트(*Bucharest*)에서 개최하고, 세계인구행동계획(*World Population Plan of Action*)을 채택하였고, 세계식량회의(*World Food Conference*)를 로마(*Rome*)에서 개최하고 세계식량협의회(*World Food Council*)를 창설,

1977년 OECD/DAC에서는 “경제성장을 위한 개발협조 및 기본적 인간 욕구충족에 대한 개발원조위원회 성명 (*DAC Statement on Development Cooperation for Economic Growth and Meeting Basic Human Needs*)” 채택, BHN 충족을 성장과 개발의 필수요소로 정의, 빈곤층의 생산적 소득증대와 장기 자립개발(*long-term self generating development*)의 기초로서 BHN 접근개발전략을 제시함

1978년 1차보건의료에 대한 국제회의(*International Conference on Primary Health Care*)를 개최하여 Alma Ata 선언을 채택

1995년 UN 사회개발정상회의(*UN World Summit for Social Development; WSSD*) 개최시 WSSD 실천계획선언(제6항)을 통해, 인종, 성별 등에 차별 없이 모두가 교육 및 보건의 혜택을 받을 수 있는 개발을 도모해 나갈 것에 합의하였고, UNDP가 제안한 ‘20:20 Initiative’를 수용, 모든 국가가 정부예산의 20% 및 개발 원조의 20%를 기초사회서비스 개발에 투입할 것을 권고함

1995년 OECD/DAC, “21세기 개발협력 비전과 목표(Shaping the 21st Century: The Contribution of Development Cooperation)”를 제시하면서 보건의료와 관련된 사항을 비중 있게 고려하여 특히 보건의 분야중 유아 사망률, 임산부 사망률에 관해 달성해야 할 구체적인 목표를 설정하였다.

유엔개발계획(UNDP)는 1997년 “Human Development Report”에서는 세계 인구의 1/4 이상이 절대빈곤 상태에 있음을 지적하면서 160년 전에 시작되었던 노예해방운동과 유사한 범세계적인 빈곤퇴치운동을 실시해야 한다고 주장하였으며, 이는 빈곤이 무엇보다도 가장 ‘심각한 질병(the World’s deadliest disease)’임을 의미하는 것이다. 그러므로, 특히 열악한 상황에 있는 개도국 빈곤층과 극빈 개도국 주민의 보건문제는 절대빈곤의 해소라는 과제의 해결이 되기 위하여 보다 근본적으로 보건의료개발요소가 충분히 고려된 적극적인 개도국 빈곤퇴치노력이 적극 추진되어야 할 것이다.

이를 위해 빈곤계층 개도국 주민의 최소한의 인간적 삶을 위한 보건의료 수준의 확보를 위해 가장 시급한 1차 보건의료 서비스의 확충을 보건의료 개발의 최우선 과제로 추진하여야 할 것이다. 1차 보건의료 서비스의 주된 공급자가 공공부문이라는 점에서 1차 보건의료사업에 있어서 정부개발원조의 역할을 더욱 확대할 수 있는 여지가 크며, 보건의료교육진흥, 식량, 영양의 개선, 안전한 음용수 공급 및 위생 증진, 전염병 예방, 기초의약품의 제공 등으로 구체적으로 접근할 수 있다.

WHO는 1999년 세계보건 보고서 (‘99 World Health Report)에서 21세기 보건분야의 두 가지 주요 과제로 “비전염성 질병 및 상해의 출현 (emerging

epidemics of noncommunicable disease and injuries)”와 전염병, 영양결핍 등 “Unfinished agenda”를 발표한 바 있다.

실제로 OECD/DAC의 보건분야 원조는 1996년 인구영역을 포함하여 전체 원조의 6%를 차지하고 있으며, 인구·보건영역을 포함한 사회하부구조 서비스의 전체 비율은 30%로 1990년대의 전체추이로는 다소 감소되고 있는 경향이다(Center for Development Informantion and Evaluation, 1998).

Ⅲ. 외국의 보건의료 부문 공적개발원조

1. 일본

가. 공적개발원조 정책과 보건의료

일본의 원조는 외교 정책의 가장 중요한 수단으로써 1994년에 원조액 132억불로 1위를 차지한 후, 매년 세계 제 1위의 원조공여국으로서 국제사회에서 리더십을 발휘하고 있다. 40년의 역사를 지니는 일본의 원조는 아시아 국가들의 사회 경제적 발달을 돕기 위하여 1950년에 조직화된 콜롬보 계획(Colombo Plan)에 참여하게 되는 1954년부터 전후 배상을 목적으로 시작되었다. 이는 1950년 자국경제의 재건을 위해 세계은행에서 원조를 받던 것에서, 개발도상국에 원조하는 과정으로의 변화가 시작된 것이다. 중점 지원분야는 경제구조조정분야, 인구분야 및 인적자원개발분야, 사회간접자본분야, 환경분야등으로 대부분의 사업이 차관 형식으로 지원되고 있다(한국국제협력단, 1998).

최근 일본은 재정상황 악화와 함께 정부가 추진 중인 재정구조개혁 추진에 관한 결정과정에서 ODA를 양적규모의 확대에서 질적향상으로 전환하기로 하고, 어려운 재정상황 속에서 효율적이고 효과적인 ODA실시를 위한 개혁연구를 추진하고 있다. 즉, 개발도상국의 경제성장 후에도 빈부격차 확대, 교육 및 의료분야의 낙후, 공업화에 따른 환경문제 등의 문제의식으로부터 출발, 진정으로 지속가능한 개발을 위해서는 경제성장과 함께 사회개발 수반

되어야 함을 강조하면서 원조의 최종 목표를 인간에 두는 “인간중심의 개발” 이념을 기초로 경제성장을 주 목적으로 한 경제개발과 보건, 의료, 교육 등 사회개발의 적절한 균형을 도모하고 있다.

일본은 가난을 근절하고 인적기본수요에 충족되는 프로젝트를 수행하기 위하여 특별히, 인구억제, AIDS, 아동보건과 같은 영역을 강조하면서, 개발도상국에서 공중보건과 위생을 증진하기 위한 적극적인 노력을 하고 있다 (Economic Cooperation Bureau Ministry of Foreign Affairs, 1997).

나. 전달체계

1) 조직

일본의 무상원조는 크게 두가지 형태로 증여, 기술협력으로 나뉘어진다. 증여와 기술협력에 관한 정책은 외무성에서 먼저 수립되어 외무성의 감독을 받는 JICA¹⁴⁾(Japan International Cooperation Agency)가 원조에 관한 기초 타당성 연구 및 증여를 집행하며 사후 관리, 기술원조를 담당하고 있다. 일본의 양자간 무상원조 중 기술협력을 전담하고 있는 집행기관인 JICA에는 의료협력부가 독립적으로 있어, ODA 중 보건부분 기술협력을 전담하고있다.

14) 일본국제협력단(이하, JICA)은 1974년 8월 1일, 해외기술협력사업단 및 해외이주사업단을 통합하여 양자간 증여에 의한 공적개발원조중 기술협력을 중심으로 한 ODA사업 실시 기관으로 개도국의 경제사회 발전에 기여하는 것이 목적이다. 1997년도 JICA예산은 1,570 억엔으로 전체 ODA의 11.1%를 차지하였는데, 1996년 14.7%에 비해 다소 감소된 것이다. 1997년 152개 나라, 6개 지역을 대상으로 11,399명의 기술연수생, 3,050명의 전문가파견, 8,886명의 연구원파견, 58개국 245개의 프로젝트형 기술협력, 1,153명의 자원봉사단, 80개국 296개의 개발연구, 16개국 19개의 응급원조프로젝트를 실시하였다.

표 III-1.

일본의 ODA 형태별 담당기관

구분	협 력 형 태	담당기관
양자간	무상- 무상자금협력: 일반무상자금협력 수산무상자금협력 문화무상자금협력 재해무상자금협력 식량원조/식량증산원조 등 - 기술협력: 연수생초청사업 청년초청사업 전문가파견 기자재공여 프로젝트방식 기술협력 개발조사 청년해외협력대(JOCV) 유학생초청, NGO 지원 등 개발협력	외무성(JICA 위탁) 외무성, 통산성, 농림수산업, 문부성, 자치단체 등 18개 성청 JICA
	유상- 해외경제협력기금의 차관 등 - 수출입은행 융자/기타 투융자 등	OECF, 일본 수출입은행 등
다자간	국제개발금융기관 등 국제기관에 대한 출자 및 분담금 등	대장성, 외무성, 문부성, 후생성, 농림수산업 등

2) 재정

1998년 일본의 ODA는 아시아 금융위기에 타격을 받은 개도국들에 대한 원조용자 증가로 전년대비 13억2000만불 증가한 106억불을 지출하였고, GNP대비 ODA비율은 1997년 0.22%에서 1998년 0.28%로 상승하였다(KOICA, 2000). 규모로 보아서는 전세계 중 최고 원조공여국의 자리를 계속 하여 지키고 있지만, 1995년 140억불에서 1996년 94억불로 크게 감소한 이래, 1998년에는 106억불로 증가하였다. 최근 일본의 재정상황 악화와 함께, 일본정부가 추진 중인 재정구조 개혁 추진에 관한 각의 결정과정에서 ODA를 양적 규모확대에서 질적 향상으로 전환하고자 노력하고 있다.

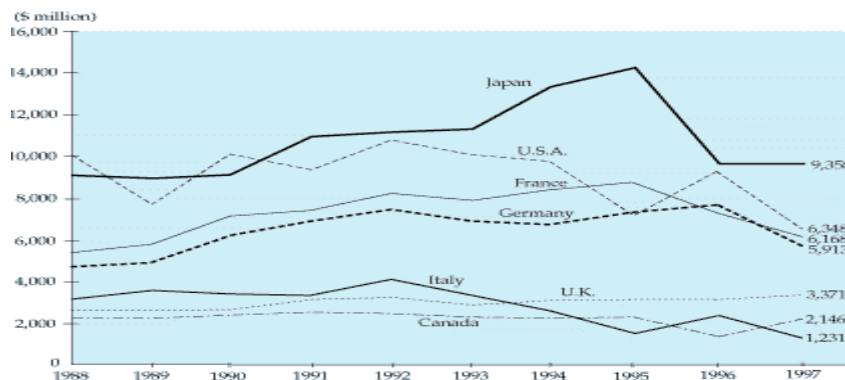


그림 III-1. 주요 DAC국가의 ODA규모 추이

*출처: <http://www.mofa.go.jp/policy>

지역별 원조현황을 살펴보면 아시아 지역이 양자간 원조의 61%를 차지

하는 중점지역으로 10대 원조국 중 6개의 아시아 지역국가(인도네시아, 중국, 필리핀, 태국, 말레이시아, 스리랑카)가 포함되어있다(OECD, 2000). 보건 분야에 대한 지역별 원조현황은 보면, 아시아 50.7%, 아프리카 21.7%, 중앙·남 아메리카가 12.0%, 중동 6.4%, 오세아니아 4%로 약간의 기준차이가 있으나, 보건분야에서도 아시아 지역이 가장 많은 분포를 차지하고 있는 것을 알 수 있다(Economic Cooperation Bureau Ministry of Foreign Affairs, 1995).

소득수준별 원조규모는 개도국 발전단계¹⁵⁾에 맞는 원조공여를 위하여 서남 아시아 및 아프리카 등 최빈국(LLDC)에 대해서 무상자금협력 및 기술협력의 인도적 원조 및 인적기본수요(BHN)에 중점을 둔다. 필리핀, 인도네시아 등 저소득국(LICs)에 대해서는 무상자금협력 및 기술협력에 의한 사회분야 및 인력 자원개발, 엔차관에 의한 경제사회 인프라 협력을 실시하였다. 태국이나 터키등 중하소득국(LMICs)에 대해서는 원칙적으로 무상자금 협력은 실시하지 않으며 경제사회 인프라 정비를 위한 엔차관 및 인력양성을 위한 기술협력을 실시한다. 말레이시아, 멕시코, 브라질 등 중상소득국(UMICs)에 대해서는 민간 자금 활용이 가능함을 고려, 엔차관도 환경 문제등 일정분야로 한정 지원 및 상대국의 기술수준에 따른 기술협력을 실시하고 있다. 1999년 Development Cooperation Report에 따르면, 전체 ODA 규모의 87%를 최빈국, 저소득국, 중하소득국에 지원하고 있음을 알 수 있다(한국국제협

15) DAC는 1인당 국민소득을 기준으로 개발도상국을 세분화시켜 분류하고 있다. ODA에 해당하는 Part I 국가는 최빈국(LLDCs), 기타저소득국(LICs)-GNP \$756이하, 중하소득국(LMICs)-\$776~\$3,035, 중상소득국(UMICs)-\$3,036~\$9,385, 고소득국(HICs)-\$9,386이상이며, OA에 해당하는 Part II 국가는 동구권 및 구소련(CEECs), 고선진개도국(MADCTs)가 해당한다. OECD/DAC. 1999.2 Development Cooperation: *Effort and Policies of the Members of the Development Assistance Committee* 1998 Report. Statistical Annex 98 참조

력단, 1998).

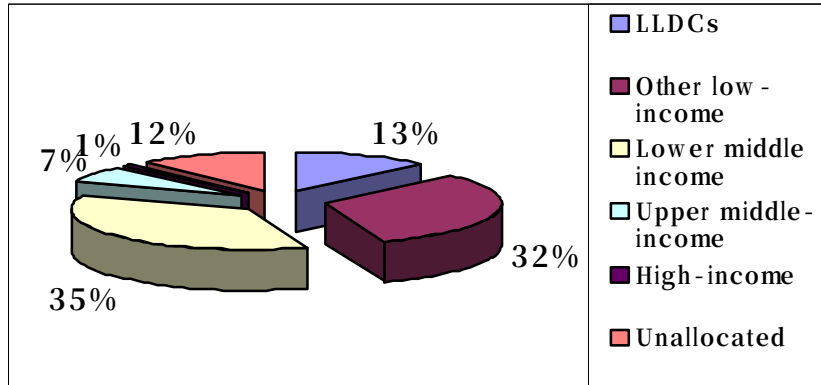


그림 III-2. 일본의 소득수준국가별 원조현황

*출처: The DAC Journal Development Cooperation 1999 Report, OECD

일본의 ODA 중 하부구조¹⁶⁾별 분포율로 볼 때, 1996년 사회하부구조는 전체적으로 21%를 차지하고 있으며, 이 사회하부구조중 보건·인구분야는 2.7%에 해당한다. 1995년 일본은, DAC국가중 미국 다음으로 보건과 의료 영역 양자간 ODA 보건에서 투자비율을 확대한 나라이다. 이 예산을 양자간의 무상원조, 기술협력, 차관의 유형으로 나누어서 보면 1997년도에 무상원조는 232억7천만엔, 기술협력은 182억엔의 예산을 차지하였으며, 차관은 실시되지 않았다. 1997년도 기술협력으로 1,237명의 연수생, 474명의 전문가 파견, 170명의 자원봉사단 파견이 있었으며, 이는 각 부분별 분포로 볼 때 각각 10.9%, 15.5%, 14.7%를 차지한다. 프로젝트형 무상원조 중 의료, 보건은

16) DAC는 협력분야별로 ODA를 분류하였는데, 사회하부구조서비스, 경제하부구조서비스, 생산 부문, 프로그램 원조, 부채재조정, 식량원조, 긴급원조, 행정비용등으로 나뉜다. 보건은 교육 및 훈련, 상하수도 및 위생, 인구계획, 공공행정, 개발계획 등과 함께 사회하부구조서비스로 분류된다.

18%를 차지한다(Economic Cooperation Bureau Ministry of Foreign Affairs, 1997; JICA, 1999).

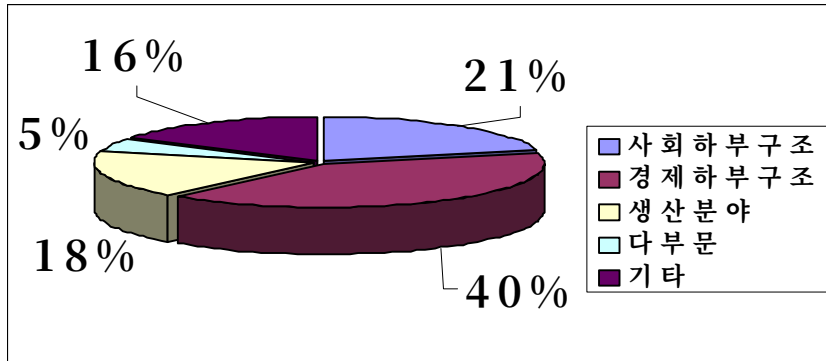


그림 III-3. 일본공적개발원조 부문별 분포

* 출처: <http://www.mofa.go.jp>, 1997 Japan's ODA Report, p146

표 III-2. 일본 보건의료부문 양자간원조 분포현황

FY	Grant Aid (¥100million)	ODA Loans (¥100million)	Technical Cooperation(persons)		
			Trainees Accepted	Experts Dispatched	JOCV
91	166.90 (16.2)	- (-)	787 (9.7)	452 (17.6)	160 (16.4)
93	177.97 (14.0)	124.55 (1.2)	846 (9.6)	496 (16.7)	163 (15.9)
95	150.45 (7.8)	9.69 (0.1)	1,261 (12.2)	478 (15.4)	173 (14.4)
97	232.74 (11.6)	- (-)	1,237 (10.9)	474 (15.5)	170 (14.7)

* 출처: Japan's ODA Report, 1998

* ()는 전체 Grant Aid, ODA Loans, Trainees, Experts, JOCV내 차지하는 백분율

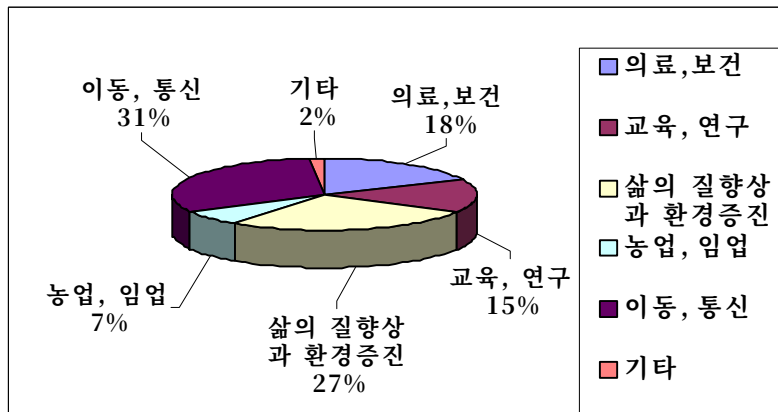


그림 III-4. 일본1996년 프로젝트형 무상원조 부문별 분포

*출처: Economic Cooperation Bureau Ministry of Foreign Affairs, Japan's ODA Report, 1997.

다. 보건사업

1) ODA 형태별 보건사업 수행

아이보리 코스트(Ivory Coast)의 코코디 대학병원의 확장을 위한 프로젝트와 페루 리마의 국립병원내 의료기구 보충, 베트남 하노이시를 증진하기 위한 의료장비와 같은 병원시설과 의료기기를 공급하는 목적으로 1994년에 이어 grass-roots 프로젝트가 무상원조 지원에 의해 실시되어 왔다.

많은 경우 연수생 초청, 전문가 파견, 장비 공급과 같이 연합된 프로젝트형 기술 협력이 공중보건과 의료서비스 체계에 효과적으로 인식되고 있다. 따라서, 의학 실험실, 병원의 건립을 위한 경우 무상원조의 효과성을 증진하고 자국능력의 효율적인 병원경영을 위해 연구가, 간호사, 의사를 훈련할 목

적의 기술협력을 동시에 실시하고 있다. 예를 들어 캄보디아의 모성보건 프로젝트와 브라질 북동부 공중위생 프로젝트, 말레이시아 국립의과대학과 연계한 병원건립 프로젝트, 페루 복지서비스 강화 프로젝트, 인도네시아 공중보건 강화 프로젝트 등을 실시하여 왔다.

일본은 1995년 다자간 협력으로 UNFPA와 7천만불, UNICEF와 3천만불, WHO와 의무분담금 4천8백만불 외에도 2천3백만불의 지원금을 부담하는 등 활발히 협력해 왔다. 뿐만 아니라 국제 설사성 질환 연구소를 방글라데시에 설립하고, Onchocerca 질병을 근절하는 목적으로 서아프리카에 [Onchocerca재단 설립에 기여하였다.](#)

양자간 원조프로젝트는 종종 국제적조직(다자간원조)과 연계로 사업을 수행한다. 이러한 것은 WHO와 UNICEF에 의해 수행된 면역프로그램을 공동 참여하고, 12개 나라에 의학장비보충을 위해 1989년에 시작된 다자간 기술협력프로젝트를 포함한다. 1994년 일본은 예방접종관련협력의 중요성의 차원에서 볼 때, 세 개의 인도지나 국가들을 위하여 UNICEF와 함께 다자-양자간 원조 4억2천만엔을 무상으로 제공하였다

일본은 또한, 아시아와 아프리카 지역에서 NGO와의 연계활동을 확장해 왔으며, 1994년 20개 프로젝트(전체의 40.6%)가 함께 수행되었다(Economic Cooperation Bureau Ministry of Foreign Affairs, 1995).

- 2) ODA 주제별 보건사업수행 (Economic Cooperation Bureau Ministry of Foreign Affairs, 1997)

가) 인구보건 및 HIV/AIDS

일본은 1993년 이후 세계최대 공여국이면서 UNFPA와 IPPF에 대한 최대 지원국이기도 하다. 1993년에 기술 및 해외원조에 대한 협력 메커니즘으로 “미국과 범지구적 이슈에 대한 공동의 장”을 마련하면서 본격적으로 시작된 일본의 인구사업은 이 메커니즘을 통해 1993년부터 2000년간 30억불을 약정하였다(Global Issues Initiative for Population and AIDS:GII).

GII는 인구사업을 직접사업과 간접사업으로 분류하여 가족계획서비스, 모자보건서비스, 인구관련 정보교육통신(IEC), 인구정책 수립 및 분석에 대한 지원 등 직접사업, 기초보건서비스, 기초교육, 여성권한강화, HIV/AIDS 예방 및 관찰에 대한 지원 등 간접사업으로 나누었다(그림 III-5).

1993년부터 1997년까지 JICA의 보건분야원조예산에서 기초보건과 의료분야가 가장 큰 규모이며, AIDS 분야 예산이 새롭게 1995년부터 추가되었다(그림 III-5). 1997년의 인구 및 보건의 세부 예산은 인구직접협력이 17%, 그 외 간접협력으로 기초보건 및 의료가 63%, 기초교육이 9%, 여성의 직업적인 훈련이 8%, AIDS가 3%의 예산 규모를 차지하고 있다(그림 III-6). 실제규모는 직접·간접 인구, AIDS분야의 예산은 인구문제에 대한 직접협력으로 1억천백7십만불, 간접협력으로 7억9백7십만불, AIDS에 대하여 3천3백만불을 지원하였다(표 III-3). 또한, 실제 사업수행형태로 1997년 인구·보건분야에서 1634명의 연수생, 114명의 전문가 파견, 자원봉사단 357명, 44개의 기술협력 과제, 개발조사 등의 형태로 사업을 실시하였다(표 III-4).

일본은 1997/98년 ODA예산이 10% 감소했으나 인구분야 예산은 감소시키지 않고, 인구사업을 중점적으로 추진하고 있다. 그럼에도 불구하고 1995

년 기준을 전체 예산 중 0.65% 지출하고 있으며, 이는 미국의 9%와 비교할 때 경제규모 기준으로 매우 낮은 수준이다. 1995년 GNP 백만불당 인구사업 지출액으로 비교해 볼 경우 일본은 18불, 미국은 92불이다. 그러나, 일본의 다자간 인구사업 지원규모는 세계최대이다. 1995-1998년간 매년 5천만불을 UNFPA에 지원해왔고 IPPF등 인구 NGO에 대한 지원도 강화해 왔다. 1995년 이후 IPPF에 매년 2천만불 이상을 지원해왔는데, 이 금액은 IPPF 전체 예산의 20%에 상당한다(윤해진, 1999). 이 분야에서의 NGO와의 협력은 중요한 역할을 하기 때문에 Japanese Organization for International Cooperation in Family Planning (JOICEP)와 같은 비정부 기구로부터 많은 프로젝트를 협력하여 실시하여 오고 있다. 일본은 국내 및 개도국 NGO지원을 강화하여 개도국 NGO의 경우 1개 NGO당 최대 10만불씩 지원하고 있다. 1997년에는 태국, 방글라데시, 베트남을 포함한 11개국에 NGO와의 협력을 통하여 조사팀을 파견하였다.

1994년부터 1997년까지 4년동안 이러한 노력을 통하여 일본은 12개 우선순위 국가에서 프로젝트를 시작하였으며, 대략 2십억불의 원조를 제공하였고, 거의 7년동안의 목표의 4/5를 도달하였다. 필리핀, 인도네시아, 인도, 파키스탄, 방글라데시, 태국, 케냐, 가나, 탄자니아, 세네갈, 이집트, 멕시코 등을 우선 대상국가로 하여 ODA차관, 무상원조, 기술협력이 하나의 패키지로 통합되어, 적용되었다. 일본은 또한 UNFPA, UNAIDS, WHO와 같은 국제기구들과 협력해 오고 있으며, 공통안전아래 정책 형성 과정에서부터 수행까지 미국과 함께 공동 프로젝트를 조정하였다.

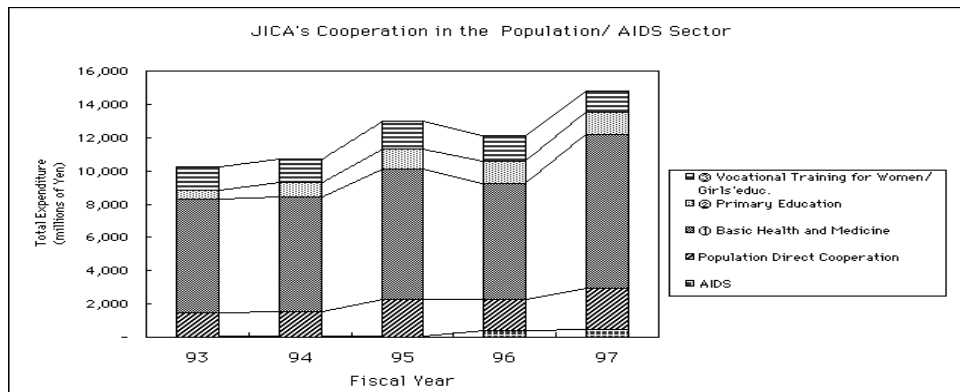


그림 III-5. 인구·HIV/AIDS 분야의 JICA 협력예산추이

*출처: <http://www.jica.go.jp/E-info/E-earth/E-aid/E-aid002.html>

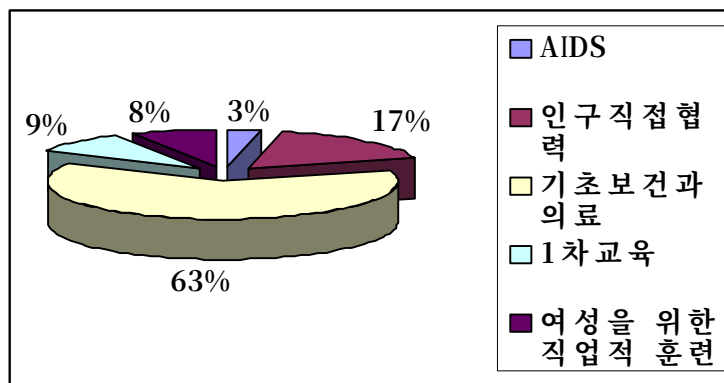


그림 III-6. 1997년 인구·보건 세부분야별 예산분포

*출처: <http://www.jica.go.jp/E-info/E-earth/E-aid/E-aid002.html>

표 Ⅲ-3. '96년 일본 인구 및 에이즈에 관한 직·간접 지출 (환율 : 1\$ = 98엔)

	단위(1억엔)	단위(백만불)	비율(%)
인구문제에 대한 직접협력	114.4	117.8	12.4
인구문제에 대한 간접협력	773.5	797.4	83.7
에이즈	32.7	33.6	3.5
기타	3.7	3.8	0.4
총계	925.0	953.7	100.0

*출처: KOICA, 제 4차 한·일 원조정책 협의회 결과 보고서, 1998. p. 127

표 Ⅲ-4. JICA 기술협력 형태별 인구·보건사업 수행규모

Fiscal Year	Trainees Acceptance	Individual Experts	JOCV	Project-type Technical Cooperation	Development Studies	Project Finding Formulation	Equipment Provision	Expert Training Courses	Total (Thousand yen)
1993	863 1,663,902	57 734,787	488 1,989,576	39 5,056,000	1 4,650	16 90,933	29 710,788		10,250,636
1995	1507 2,385,328	61 309,512	665 3,237,739	46 5,343,559	1 245,748	25 204,847	39 1,248,892	2 17,383	12,993,008
1997	1634 2,797,260	114 986,927	357 1,989,918	44 6,072,837	2 238,129	46 399,526	106 2,274,136	6 23,178	14,781,911

*출처: <http://www.jica.go.jp/E-info/E-earth/E-aid/E-aid001.html>

**사례) Physicians' Team Combats HIV/AIDS and Other Incurable Diseases
(The Research and Control of Infectious Diseases Project)**

케냐의 수도인 나이로비에 위치하며 동부아프리카 지역의 의학연구에 중추적인 역할을 하는 케냐의학연구소(KEMRI: The Kenya Medical Research Institute)는 1982년 일본의 무상원조에 의해 지어졌다. 일본 의사들은 아프리카의 독특한 풍토병과 바이러스에 기인한 질병을 연구하기 위해 전문가로 파견되었다.

1996년 7월 일본의 시가현 지방정부로부터 파견된 일본팀의 리더, 후미히코 카도노의사는 적은 예산 할당에 기본적인 많은 업무와 연구주제의 부담으로 예산 증액이 필요함을 언급하고 있다.

카도노 박사가 이끄는 7명의 전문가는 바이러스성 간염, 호흡기 질환, HIV/AIDS 감염을 치료하고 예방하는데 투자하고 있다. 이 그룹은 HIV 감염을 찾아내기 위한 검진 키트를 개발하여 나눠주고 있다. 또한 빠르게 변화하는 항원, 항체를 검사하고 감염된 산모로부터 영아가 감염되는 것을 예방하기 위한 노력을 하고 있다. 더구나, 미세한 세균 등 여러 원인들로 감염된 질병들과 폐렴 발생의 원인·예방·치료를 연구하기 위해 나이로비 슬럼가의 클리닉에서 영아와 아동 대략 1,000명 조사를 실시하고 있다.

케냐 현지의 일본 전문가들은 현지에서 지방 의사들에게 자체적인- 케냐에 익숙한 허브를 사용한 약물치료발달을 포함한- 활동들이 전수되기를 바라고 있다.

나) 아동보건- 예방접종과 소아마비의 근절

일본은 WHO, UNICEF와 공동으로 아동생활 상태, 건강을 증진하기 위한 국제적 협력지지 활동을 하고 있다. 일본은 수년 동안, 아동 예방접종을 위한 WHO-UNICEF 프로그램에 기금을 제공하고, 소아클리닉, 교실, 학교에 가구제공, 건축에 이르기까지 다양한 원조의 형태로 아동을 돕고 있다. 이러한 활동은 연구협력 뿐 아니라, 예방백신을 이동하는 냉장장비, 백신 자에 이르는 활동을 포함하고 있다. 소아마비를 근절하기 위한 노력의 일환으

로 서태평양지역에 동아시아 지역을 중심으로 시작하여 일본의 노력을 포함한 이러한 국제적 협력은 1988년 35,251건에서 1996년 3,755건의 새로운 소아마비 감염의 급격한 감소를 가져왔다.

일본은 이러한 국제협력의 범위를 아프리카까지로 확장시키기로 하여 1996년 4월 제9차 UNCTAD(United Nations Conference on Trade and Development) 회담에서 아프리카 지역에 건강목표를 달성하기 위하여 일환으로 2000년까지 소아마비를 제거하는 비전을 제시하였다.

BOX III-2. 일본의 아동보건 사업 수행의 예

사례: Toxic Enterohemorrhagic E.Coli0157에 의해 감염된 것을 치료하기 위한 의학 연구

1996년 여름 일본은 상주하는 장기 박테리아의 독성변형인 Enterohemorrhagic E.Coli의 발생으로 위협을 받았다. 이것은 아주 전염성이 강하여 미세한 균만으로도 구강 전파에 의해 감염을 야기시켰고, 쉽게 이차감염을 발생시켰다. 한번 감염이 되면, 콜레라, 이질과 유사한 심한 복부통증, 설사 뿐 아니라 혈변 증상을 일으켰다. 8,700건의 감염이 보고되었고, 7건이 치명적 경우였다.

방글라데시 수도 다카에 위치한 국제 설사성 질환센터는 장기 질환을 야기하는 것을 알아내고, 예방하고, 치료하는 목적으로 있는 국제적 연구소로, 세계 전역 다른 유사한 조직과 행정, 보건, 의학연구소의 의학적 표준을 증진하는데 공헌하였다. 국제센터는 0157감염과 관련된 다른 주제 뿐만 아니라 인과관계를 연구하고 효율적인 약물을 개발하려는 시도를 하고 있다. 일본은 1983년 이후로 이 센터에 재정적인 지원으로 하여 왔으며, 관련된 많은 활동을 전적으로 지지하고 있다.

다) 기생충질환

1997년 6월 덴버 정상회담에서 일본은 기생충 질환 통제의 중요성을 시사하고, 이 분야에서 국제간 협력의 필요성을 강조하였다. 일본보건복지부는

“21세기를 향한 세계적 기생충 통제전략”을 만들어 세계적 기생충통제의 실무진을 구성하는 시도를 하였다. 1998년 5월 하시모토 수상은 브리핑협 정상회담에서 좀더 효과적인 대응방법을 위한 다양한 접근을 제시하였다. 특히, 아시아와 아프리카에 연수, 연구 활동을 위한 센터건립을 건의하고, WHO와 G8의 참여를 요구하였다.

라) 일차보건의료

일본은 일차보건의료의 중요성을 인식하고 네팔 등지에서 PHC관련 Project를 시작하여 PHC관련 프로젝트가 1985년에 8%에서 1990년 13%, 1995년 26%로 성장하며 보건관련 프로젝트에서 점차 높은 분율을 차지하기 시작하였다.

이 영역에서 대부분의 일본의 원조는 PHC서비스, 인력훈련, 전문가 지원과 관련된 보건센터와 지역병원역량을 강화하는데 초점을 두고 지금은 여성개발, 재출현하거나, 새로 시작된 감염성 질환, 가난, 질병을 포함한 새로운 노력의 다양한 일차보건의료 원조 프로젝트를 추구하고 있다.

일차보건의료 증진을 포함하여 일본의 장래의 보건관련 원조의 방향으로 다음과 점들이 지적되고 있다.(Japan's ODA Report, 1997)

첫째, 수많은 사람들에게 접근가능한 고 효율적인 1차보건의료 서비스(필수적 임상 패키지)에 대한 준비가 필수적이다. 특별히, 기초보건의료서비스의 재강화를 위하여, 구태의연한 형태의 보건의료에서 보건의료분야에 집중적으로 투자해 본 적이 없는 최빈국(LLDCs: least less-developed countries)과 다른 나라들을 대상으로 1차서비스로 이동하는 것을 장려하는 것이 필요하

다.

둘째, 지속성의 관점에서 비용배분원칙에 바탕을 둔 체계의 창조가 필수적이다. 비정부기구들과의 더 긴밀한 협력이 요구되는 가운데 일차보건의료와, 인구/AIDS, 아동보건, 전문가 파견등에 초점이 맞추어지고 있다.

셋째, 통신과 이동을 증진하는 수단으로 접근이 어려운 지역에 보건의료 서비스의 차원에서 강화되어야 한다. 충분히 숙련된 인력개발과 조직적인 체계 개발은 지속적인 연구가 필요하며, 기술적 협력의 기초를 지지하기 위한 전문가 지지를 준비하기 위한 연계로 필요하다.

넷째, 효율적인 원조와 지속적인 수혜를 제공하기 위하여, 지역환경상태와 사회적 하부구조, 그들이 할수 있는 의료와 비용수준에 적절한 기술, 지역적으로 가용한 인원과 자원을 이용하는 것이 필수적이다.

2. 미국

가. 공적개발원조정책과 보건의료

미국의 원조역사는 1961년 Marshall Plan으로부터 시작된다. 2차세계대전 후 유럽은 실용재 부족 등으로 신체적, 경제적으로 고통을 받고 있었고, 이를 돕기 위해 국제통화기금(IMF), 세계은행(World Bank)과 함께 1948년 4월 2일 단순한 위급상황의 유럽에 대한 식량원조로 시작되었다. 이후 미국은 빈곤타파, 민주개혁, 재난극복들을 돕기 위해 전 세계적으로 활동을 하고 있다.

미국의 원조이념은 개도국의 경제발전 달성, 환경보호달성, 민주주의 구축, 개도국 주민의 보건 및 인구감축달성에 있다. 미국국제개발청의 전략적 계획으로 세워진 6대 목표는 광범위한 경제성장 및 농업분야발전 촉구, 민주화 및 선정(Good Governance)의 강화, 교육 및 훈련을 통한 인적자원의 개발, 세계 인구의 안정 및 보건문제, 장기적으로 지속적인 세계환경보호, 인명구조, 재난 경감, 정치 및 경제발전에 필요한 조건등이다. 이에 따른 구체적인 AID의 5개의 관리가치는 수원국 중심(customer focus), 결과지향성(results orientation), 책임성(empowerment and accountability), 팀워크(teamwork), 다양성(diversity)이다. 이는 DAC에서 강조하는 동반자 전략과 일치하며, 장기적인 DAC의 목표에 대한 시금석 역할이 될 수 있다. 동반자의식을 강조하기 위해 NPI(New Partnerships Initiative)¹⁷⁾를 실시하고 있

17) NPI는 지역수준에서 집단적인 문제해결을 위한 전략적인 동반을 위한 기술이나 방법임. 여기에는 AID와 동반자인 수원국내의 지역공무원, 시민사회, NGO와의 팀을 구성하여 문제해결을 실시코자 함. 지금까지의 결과로는 이를 통해 좋은 효과가 발생한 것으로 보고되지만 구체적인 결과는 아직까지 나오지 않으나, PVO/NGO(Private Voluntary Organization Non-governmental Organization)의 역할은 아주 큰데, '97년에 받은 기부액

다.(권율, 1999) 중점지원 분야는 농업 및 농촌개발분야, 에너지분야, 인구 및 보건분야, 교육분야이다.

미국원조의 주요 요소 중의 하나는 1999년에 제정된 법안(Government Performance and Results Act of 1993)인데, 이는 모든 미국 정부 조직이 자신의 성과 측정목표를 설정하며, 매년마다 그 결과를 의회에 보고하고 전략적인 계획을 준비하는 것이다. 원조관련 조직들도 연방정부의 결과 중심에 대해 강조점을 부여하고 있고, 연방정부 및 기관간에 전략적 계획을 조화시키려고 하고 있다. 이러한 면에서 원조에 대한 평가, 프로그램의 성과에 대한 측정 및 평가, 이에 대한 정보를 결과지향의 원조로 환류하는 점에 있어서 다른 회원국보다 우위를 보이고 있다. 18)

미국은 대규모 프로그램을 실시한 최초의 국가이지만, 현재 이 프로그램들이 국내의 심각한 비판과 압력에 처해있다. 다시 원조 프로그램에 대한 정치적, 국민적 지지를 강화하기 위하여, AID는 자신들의 프로그램의 결과 영향을 향상시키기 위해 노력하고 있다.

보건 및 인구분야는 미국이 중점지원하며 비교우위를 보이고 있는 분야로 개발도상국에서의 아동생존을 포함한 보건과 영양을 증진시키는 것은 직접적으로 미국의 보건에 영향을 미치며, 세계 도처에서의 불건강한 상태가 미국 시민에게 전염의 위험으로 질병을 증가시킨다고 보고 있다.

따라서, 인구·보건·영양에서의 활동은 USAID의 가장 중요한 분야중의

은 AID의 \$1.4billion보다 4배가 많은 \$6billion으로, 현재 이들을 통해 예산의 30%를 사용하며, 새로운 동반자 의식을 강조하는 신전략 모델에서 역할은 더욱 높아지고 있다.

18) 평가에 대한 교훈은 AID의 CDIE(Center for Development Information and Evaluation)에 집합되는데, CDIE는 다른 부서에서 문의하는 사항에 대해 신속하게 답해주고 있으며, 책임자들에게 가장 최신화된 연구물, 분석 및 경험을 제공하고 있다. AID의 성과측정 체계는 전략적 계획에 의거하여 각 프로그램의 결과에 대한 잣대를 통해 결과를 측정하는데 현재 NMS(New Management System)은 완전히 체계화 된 것은 아니다.

하나로 지속되어 왔다. 광범위한 개발경험을 통해 배운 교훈과 도전들을 바탕으로한 인구·보건·영양 부문에서의 USAID의 목표는 세계 인구를 안정시키고, 인류 건강을 보호하는 것이다. 이러한 목표를 달성하기 위한 수행목표, 성과지표는 다음과 같다.

표 III-5. USAID의 보건분야 수행목표 및 성과지표

수행목표	성과지표
◆ 임신율을 20% 감소	◇ Total Fertility rate
◆ 5세이하 아동과 영아의 사망률을 25%감소	◇ 5세 이하 아동 사망율
◆ 모성사망율을 10% 감소	◇ 초기 신생아 사망률(Early neonatal mortality rate) ◇ 모성사망율 (Maternal mortality rate)
◆ 새로운 HIV 감염율을 감소시키기	◇ 성인인구에 있어서 HIV 유병율 ◇ 콘돔 사용율(Percent condom use during last sexual encounter with a nonregular partner)
◆ 저체중아 비율을 감소시키기	◇ 5세이하 저체중아 아동의 비율

*출처: USAID, USAID Annual Report, 1997, p.170

나. 전달체계

1) 조직

원조업무를 조정하기 위해 국제개발협력청(IDCA), 개발조사위원회(DCC)가 구성되어, 국제개발협력청(IDCA)을 중심으로 통합 조정되고 있으며 농무부, 상무부, 국방부, 국무성 등 총 15개 관련정부 부처 및 기관이 직·간접적으로 원조업무를 수행하고 있다.

재무부는 국제금융기구에 대한 다자간 원조정책을 수립하는 한편, 양자간 경험관련 업무중 수출입 은행의 기본정책에 중요한 역할을 하고 있으며 개도국에 대한 단기자금융자를 제공한다. 농무부는 식량원조 및 개도국 농업기술지원등을 담당하는데, 식량원조는 대부분이 AID를 통해 집행되고, 국방부는 제한된 인도적 원조, 국무성은 UN관련기관을 담당하고 약간의 인도적 및 구호원조를 담당한다. 케네디 대통령시 입안된 대외원조법('61) 이후 USAID는 미국의 양자간 원조의 50%이상을 담당하는 조직으로써 수원국의 지속적 개발, 인도적 원조를 돕고 있다.

USAID는 인구, 보건, 영양분야에서 새로이 개선된 피임방법, 공적·사적 서비스전달체계, 세계적 아동생존 시도, HIV/AIDS에 대한 지역사회 활동지 등에서 세계를 리드하고 있다(http://www.info.usaid.gov/pop_health/phn_about5.htm). 이를 위해, 1994년 카이로 회의를 계기로 인구와 보건분야의 연계를 원활하게 하기 위하여 인구보건영양센터(Center for Population, Health and Nutrition:PHNC)를 설립하여 인구과(Office of Population:POP), 보건영양과(Office of Health and Nutrition:HN)와 지원과(Office of Field

and Program Support:OFPS)의 업무를 일관되게 조정하며, 세 과의 직원들이 함께 일하고 있다.

PHNC는 USAID 필드 임무와 지방 사무국들, 비정부 조직 커뮤니티, 호스트 정부들, 다국간의 조직들을 연결하며, 필드에서 기술 지원과 조사, 평가, 파트너들과의 강한 관계를 만들어 내는 기능들을 실행한다. PHN 기술진이 떠날 것을 감안하여, 네트워크를 통하여 최신 기술의 기술 협력을 제공받는 프로젝트들이 개발되고 있다. 또한 미국내 대학, 연구기관, 민간회사, 국제기관, 비영리기관 등 인구관련 전문기관과의 협력 네트워크를 통해 개도국 정부와 NGO에 대한 기술적 자문 및 훈련 프로그램을 실시하고 있다.

지원과는 현장지원 부서와 프로그램지원 부서로 구분되며, 현장지원부서는 JPPC(Joint Programming and Planning Country) 전략을 위한 국가조정자(Country Coordinator), 자원전문가(Resource Persons)로 구성, Global Bureaus, Regional Bureaus, other donors와 함께 중요한 기술적 투입을 전략적 계획과 실행 모니터링으로 전환하고 있다. Program Support는 센터에서의 예산기획, 프로그램을 계획하고, 인력관리, PHN자원들의 세계적 관리와 관련된 업무들을 하고 있다(http://www.info.usaid.gov/pop_health/phnabout9.htm).

보건·영양 부서는 아동생존, 환경보건, 보건정책, HIV/AIDS, 영양과 모자보건 부서로 구성된다. 인구 부서는 피임과 통계 관리 부서, 통신·관리·훈련 부서, 가족계획서비스 부서, 정책·평가 부서, 연구 부서로 구성되어 있다(http://www.info.usaid.gov/pop_health/phnabout7.htm).

표 III-6.

USAID의 PHNC 조직구성

분		류	
POP:인구과 (the office of population)	HN:보건영양과 (the office of health and nutrition)	OFPS:현장지원과 (the office of field and program support)	
◆연구 부서 ◆피임과 통계 관리 ◆통신·관리 훈련 부서 ◆가족계획서비스 ◆정책·평가부서	◆아동생존 ◆환경보건 ◆보건정책 ◆HIV/AIDS ◆영양 ◆모자보건	Field Support 기술적 투입 →JPPC전략적계획 ◆Country Coordinator ◆Resource Persons	Program Support ◆예산기획 ◆프로그램 계획 ◆인력관리 ◆PHN 자원관리 업무

*출처: http://www.info.usaid.gov/pop_health/phnabout8.htm

다음은 PHN목표를 가진 지역사무소의 지역별 분포율이다. 아프리카, 라틴 아메리카와 카리브해 연안, 동유럽과 신생국가, 아시아와 근동 순으로 아프리카에 주력하고 있음을 알 수 있다.

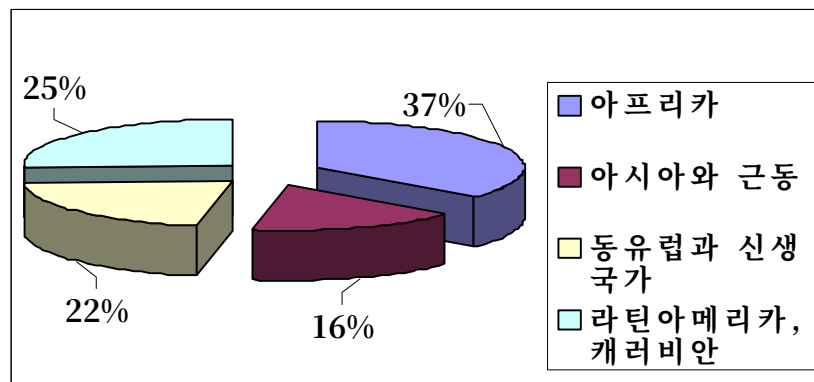


그림 III-7. USAID의 지역별 PHN단위수

*출처: USAID, USAID Annual Report, 1997.

2) 재정

세계에서 두 번째로 큰 규모를 자랑하고 있다. 1998년에 88억불로, 1997년 68억불에서 26.5%가 증가하였지만, ODA/GNP Ratio는 0.1%로 1992년 0.2%이후 급격히 감소되고 있다. 이는 11년째 원조규모면에서나 비율 면에서 계속 감소하고 있는 것을 의미한다. ¹⁹⁾ 1996년, 현재 미국의 경제규모는 DAC회원국 전체의 GNP중 30%를 차지하고 있으나, 원조규모는 17%에 해당한다. 미국의 국민 일인당 원조당당액은 \$31이며, 이것은 DAC회원국 중 상위 4개국의 일인당 \$257의 1/4이며, 회원국 평균인 71\$보다 낮은 수치이다.

중점국가는 아프리카 지역의 보스와나, 카메룬, 도고, 자이레, 아시아지역의 아프가니스탄, 파키스탄, 파푸아 뉴기니아, 태국, 라틴 아메리카 지역의 아르헨티나, 우루과이, 벨리즈, 코스타리카, 카리브해 연안, 중동국가의 오만a 등이다. 수혜우선순위 10국은 이스라엘, 이집트, 러시아, 보스니아, 페루, 인도, 요르단, 볼리비아, 우크라이나, 남아프리카이며, 지역별로는 유럽과 기타 지역이 40%, 남미와 카리브해 연안이 19%로 전 지역이 골고루 분포되어 있다. 소득수준별로는 중하소득국(Lower middle income)이 29%로 가장 많은 부분을 차지하고 있다. 부문별 원조분포율은 1996년 전체 ODA중 사회하부 구조는 31%, 이중 보건·인구는 13.5%이었으며, 이중 인구는 6억 3천만 불로 6.8%를 차지하였다.

19) 더욱이 '95/'96 양자간 원조의 30%를 차지하고 있는 이스라엘(이스라엘은 DAC기준에서 볼 때 수원국의 리스트에 포함되지 않음)에의 원조가 더 이상 '97년부터 ODA로 계산되지 않게 되면 그 비율은 더욱 낮아짐.

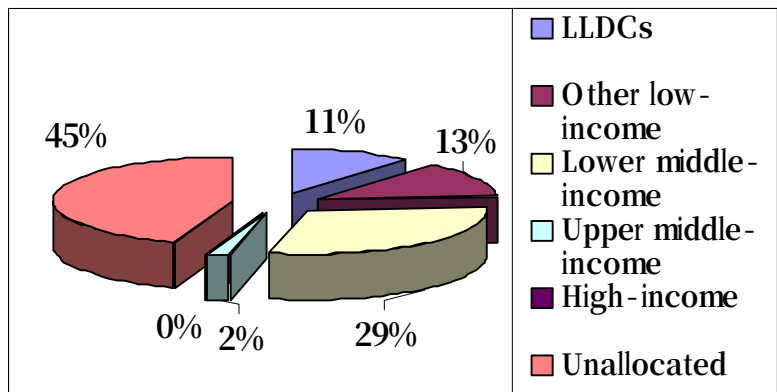


그림 III-8. 미국 소득수준별 원조규모

*출처: USAID 홈페이지

표 III-7은 USAID PHN센터의 프로그램 전략별 대상국가에 관한 것이다. 미국의 공적개발원조 우선 순위 10국중 이스라엘을 제외한 모든 나라가 포함되어 있는 것을 알 수 있다. Jonit Programming Countries는 PHN에 가장 잠재성이 있어 실제 기술인력과 필드지지가 이루어지고 있는 나라이며, Joint Planning Countries는 세계적으로 덜 영향을 미치지만 중요한 PHN 활동들이 있고, Special Circumstances 나라들은 정치적 이해, 위기적 상황 하의 나라들을 의미한다.

USAID는 강력하게 PHN(Population, Health, Nutrition) 활동들을 지원하고 있다. 1985년에서 1997년까지, USAID는 개발도상국들을 대상으로 PHN 원조로서 대략 105억5500만 달러를 제공했다. 이것은 전세계적으로 이 부문에서 가장 큰 규모의 원조에 해당된다. 1998년에는 9억3500만 달러를 합계했다(<http://www.info.usaid.gov/pubs/cp2000/cp00bud.html>). 전체 ODA중 보건·인구분야의 예산의 비중은 1995년 14.0%에서 1999년 13.5%로 약간 감소하

였으나, 많은 비중을 차지하고 있다. 이 중 기초보건(Basic Health)에 해당하는 부분은 전체 ODA중 1995년 5.3%에서 1999년 5.2%로 약간 감소하였다(<http://www.oecd.org//dac/htm/tab19e.htm>).

또한, 미국은 전통적으로 최대 공여국이면서 인구사업에 대한 지원비중도 가장 높은 국가로 알려져 왔다. 특히, 카이로 회의를 계기로 인구사업에 예산을 크게 확대하였는데, 1993년 367백만불에서 1995년 667백만불로 크게 증액하였고 1996년에는 638백만불로 다소 감소되었다. 미국은 UNFPA 지원 등의 다자간 지원보다는 양자간 인구사업에 중점을 두어왔다. 1996년 기준 인구사업 예산 중 다자간으로 지불된 비중은 7%에 불과하다. 네덜란드의 78%에 비하면 현저히 낮은 수준이다. 양자간 직접 인구사업의 비중은 37%이고 약 70개국의 인구사업을 지원하고 있다. 직접사업이란 원조기관이 직접 실시하는 사업을 의미한다. 미국 인구사업의 가장 큰 특징은 NGO를 통한 인구사업이 매우 큰 비중(50%이상)을 차지한다는 점이다. USAID는 1997년에 인구 NGO에 229백만불을 지원하였다. 90년대 이후 약 50% 이상의 인구사업예산이 NGO를 통해 지출되고 있을 정도로 인구사업에 있어서 NGO의 역할을 중시하고 있다(Population Action International, 1998).

1985년부터 1998년 소요예산 추계를 보면 아동생존과 HIV/AIDS가 현저히 증가하고, 새롭게 감염성 질환에 대한 예산이 추가 되었다(그림 III-9). 1998년 USAID의 funding에 의하면 PHNC에서 DAC 목표에 따라 세운 보건전략 분야별로 아동생존은 50%, HIV는 21%, 감염성 질환은 10%, 모자보건은 10%, 기타가 3%로 소요되었다(그림 III-10).

표 III-7. USAID의 인구·보건·영양분야 지역별 원조국가

Region	Joint Programming Countries	Special Circumstance Countries	Joint Planning Countries
Africa	Ethiopia/Ghana/Kenya/ Nigeria/South Africa/ Tanzania/Uganda	Congo(Kinshasa)/Rwanda/ Zambia/Zimbabwe	Angola/Benin/ Eritrea/Guinea/ Madagascar/Malawi/ Mali/Mozambique/ Senegal
Asia and the Near East	Bangladesh/Egypt/India/ Indonesia/Morocco/Nepal / Philippines	Cambodia/Pakistan	Vietnam/Jordan/ West Bank/Gaza/ Yemen
Europe and the Near East		Russia/Turkey	Albania/Armenia/ Azerbaijan/Belarus/ Bulgaria/Croatia/ Georgia/Kazakhstan/ Moldova/Romania/ Slovakia/Tajikistan/ Turkmenistan/Ukraine/ Uzbekistan
Latin America and the Caribbean	Peru	Brazil/Haiti/Mexico	Bolivia/Dominican Republic Ecuador/ El Salvador/ Guatemala/Honduras/ Jamaica/Nicaragua/ Paraguay

*출처: http://info.usaid.gov/pop_health/phnjpct.htm

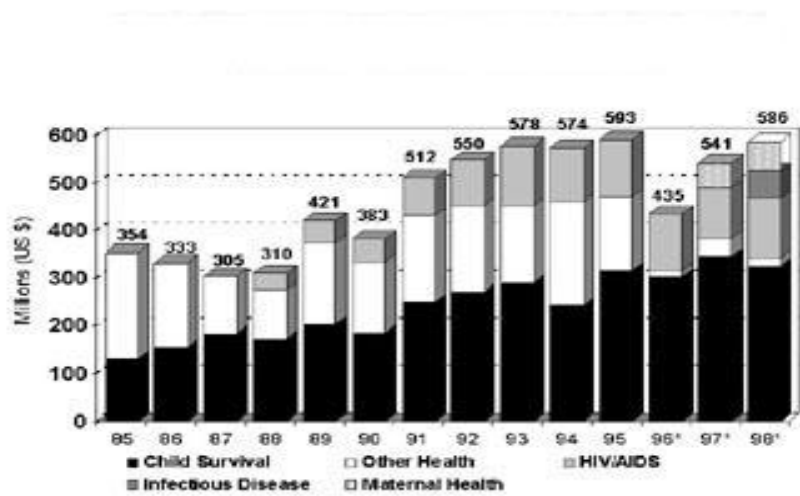


그림 III-9. 1985년부터 1998년까지 미국 보건·영양 분야 예산추이

* 출처: USAID 회계청

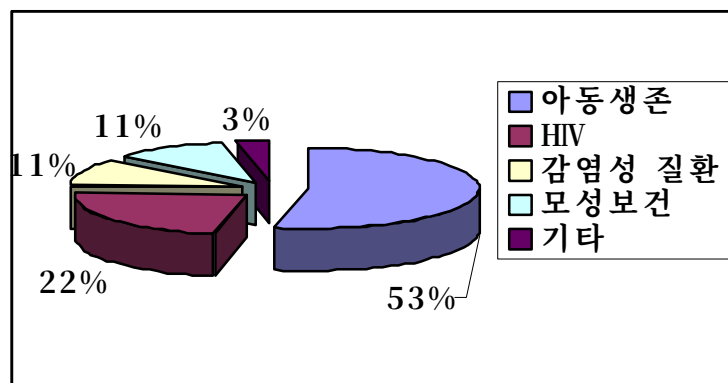


그림 III-10. 1998년 미국 보건과 영양 분야의 활동영역별 예산 분포

*출처:USAID 관리청

다. 보건사업

보건전략을 수행하기 위해, 가족계획, 생식보건, 아동생존, HIV/AIDS, 감염성질환과 같은 구체적인 서비스를 시행하고 있다(http://www.info.usaid.gov/pop_health/phnabout2.htm).

1) 인구보건 및 HIV/AIDS

미국국제개발청(USAID)은 과거 10년동안 8억달러 이상을 국제 기구, 기증자, 중앙 정부들과 비정부 조직들(NGOs)과 협력, HIV/AIDS 방지에의 혁신적인 방안 개발, 전염병의 만연을 늦추는 지역사회 능력개발등의 HIV/AIDS 계획들에 투입했다. 특히, HIV 감염에 있어서 약 80퍼센트의 책임이 있는 성적 전달을 막는 것, 생물 의학적인 조사와 정책 공식화에 투자하며, 백신을 개발하여 사용가능할때까지, HIV/AIDS 방지 전략을 개발하는 것이 USAID의 우선적 과제이며 이를 위해 75개 나라의 파트너들이 공동으로 노력하고 있다.

10년동안(1987-1997)의 AID HIV/에이즈의 주요활동은 42개 나라들의 확립된 540개 HIV/에이즈 프로젝트, 22개 나라에서 감염 관리, 600개 이상의 기술적인 재정상의 지지, HIV 방지 프로그램을 실현하는 비정부 조직들과 교육자들, 상담역들과 의료진으로서의 150,000명 정도의 훈련프로그램, 개발도상국에서 배포하거나 팔은 4억 이상의 콘돔, 1996년에, 2억7500만 이상의 콘돔들이 팔렸던 브라질, 카메룬, 하이티, 자메이카, 모잠비크, 네팔, 르완다, 남아프리카와 탄자니아 등지에서의 마케팅 프로그램의 후원, 라틴 아메리카,

아시아와 지중해 연안을 포함한 에이즈 감시 데이터 베이스 구축, 여성 콘돔들, STI 진단법에 관한 계속되었던 연구 개발 등이다.

미국은 의회 및 국민들이 ‘급속한 개도국의 경제 사회적 진전을 저해하는 심각한 요인’이라는 공통된 인식과 지지에 힘입어 1965년부터 정부차원에서 국제인구프로그램을 본격화하였고 UNFPA의 창설을 주도하는 등 세계인구 문제에 선도적 역할을 하여왔다. 1980년대에 유산서비스에 대한 인구지원사업을 반대하는 유산반대론자 등의 로비로 인구사업의 확대에 다소 어려움이 있었으나 세계인구사업에 미국은 가장 적극적으로 참여하여 왔다고 할 수 있다.

미국인구사업의 특징은 오랜 인구사업을 통해 축적된 기술과 전문성을 갖고 있으며 인구전문가에 의하여 추진되고 있다는 점이다. USAID는 워싱턴 본부와 지역사무소 및 현장을 연결하는 인구사업 네트워크를 잘 갖추고 있다. 워싱턴 본부에만 80여명의 인구전문가가 근무하고 있다. 1996년 인구와 보건 분야에서의 성과로서 33개국에서 5백만 아동의 생명을 살리는데 공헌하였다. 가족계획으로 36개국에서 8백만 이상의 부부들을 도왔다. 가족계획을 지속함으로써 수많은 사람들을 교육하고 있다.

사례) HIV/AIDS 방지의 타이의 성공담 1988년에, 많은 인구에게 광범위하게 영향을 미치는 섹스 산업으로, 타이는 폭발적으로 유행하는 HIV에 직면했다. 1년 후에, 20개 이상의 센터(정부와 민간 포함)는 HIV/에이즈 방지와 제어 프로그램의 전파에 착수했으며, 이중 몇 활동들을 USAID가 재정 지원하였다. 수혜국의 자발적 노력에 콘돔을 배포하고, 성접촉성 감염을 홍보하며, 기존의 공중위생조직과 함께 펼쳐졌다. 특히, 국가가 콘돔 프로그램을 모든 상업상의 성 체제들에서 100% 수용하고자 하였는데, 이는 이 프로그램은 정책에 의한 STI의 HIV전달 감소와 개개의 행동 변화의 가능성을 발견케 하였다. 프로그램의 장기적인, 예방 노력들을 지원하기 위해 국내 하부 구조-상업상의 매춘노동자들, 그들의 의뢰인들, 가정들-를 개선하려고 했다. 타이 HIV 전달의 가장 민감한 집단인 군정집병들의 감염율이 1993년에 떨어지기 시작했다. 1989년에서 1995년까지, 성접촉감염자들이 치료를 위해 정부병원에서 가는 남성들의 숫자가 90%이상 감소되었다. USAID 자금 제공 후 지역에서 지속 가능한 방지 프로그램의 확립은 1996년에 종결되었으며, HIV/에이즈 방지를 위해 3개의 우수 지역 센터들을 개발했다. • 에이즈 정책 훈련: 인구를 위한 학회와 Mahidol 대학의 사회적인 조사 • 여성들과 에이즈: Chiang Mai 대학의 여성학 중심 • 통신과 훈련 기술 발전: Dhurakijpundit 대학의 아시아태평양의 발전 통신 센터(ADCC) 각 센터는 군대가 HIV/에이즈 방지 프로그램의 승패를 좌우하는 단체로 보고 조직적이고 제도적인 능력들을 개발하고 있다. 1996년까지, AIDSCAP와 ADCC는 아시아에서 HIV/에이즈 커뮤니케이터들과 훈련사들의 강하고 발전하는 네트워크를 확립했다.
--

2) 아동보건

USAID는 25년 동안 아이 건강 프로그램들을 지원하여 왔으며, 1985년에 그 노력들을 강화했다. USAID지원, 국제기구와의 협력, 그 나라정부의 솔선

으로 수행된 나라들에서는 10%의 유아 사망률의 쇠퇴를 가져왔다. 이는 이로 인해 매년 400만 명의 유아들이 죽음에서 구출되고 있는 것이다.

가) 예방접종

20년 전, 개발도상국들의 아이들 중 5%만이 홍역, 디프테리아, 백일해, 소아마비, 결핵 예방접종을 할 수 있었다. 그러나, 오늘날 80%(저개발국에서는 60%)이상의 아이들이 예방 가능한 질병으로부터 보호되고 있다. 예방접종 프로그램으로 매년 200만 명의 홍역, 신생아시 tetanus, 결핵들이 예방되고 있다. USAID는 호흡기계통의 질환, 설사성 질환, 말라리아에 대한 새로운 백신들의 적절한 소개를 지원하고 있다.

소아마비는 1988년에서 1998년에 이르는 동안 85%의 저하가 보고되며, 서쪽의 반구로부터 성공적으로 근절되었다. 이를 위해, USAID는 세계적 예방접종 전달 시스템 구축 위해 세계보건기구, 유니세프, 세계 은행, 쌍방의 기증자들, 시민의 조직들, 개인, 비정부 조직들(NGOs)과 협조하고 있다.

1967년와 1977년 사이에서, 미국은 8400만 달러를 세계적인 천연두 근절 노력에 기부했다. 미국이 약1억5000만 달러의 적극적인 예방접종으로 우리 아이들에 천연두가 마침내 근절될 때 매해마다 3억달러의 이익도 얻을 것이다.

나) 비타민 A

USAID가 지원한 조사에서 비타민 A가 부족한 인구에 대한 비타민 A

지원 프로그램은 아이 사망률의 23-34%를 줄일 수 있다고 보고되었다. 이 비타민 A 지원 프로그램들은 지금 50개 나라들에서 진행중이다.

비타민 A 부족은 보충체계와 영양 교육에 기반을 둔 방법들을 조화시키는 것이 실질적으로 필요하다. USAID는 또한 민간 부문, NGOs, 개인의 자발적인 조직들(PVOs)과 시민의 조직들과 함께 다양한 연대 접근을 하고 있다.

특히 아시아와 아프리카에서는, 비타민 A를 젊은 아이들과 엄마들에게 제공하고, 식단 경영 다각화를 통하여 비타민 A의 풍부한 음식들의 규칙적인 소비를 늘리고, 일반적으로 설탕, 소맥분 등의 소비를 격려한다.

다) Oral Dehydration Therapy(ORT)

설사로 유발된 탈수시의 단순한 처치는 매년 100만 명의 아이들의 목숨들을 구조하며, 이는 중요한 의학의 전진 중의 1개이다. USAID는 ORT에 관한 기초적인 과학적인 연구에 용자하고, 광범위하고 정확하게 이용할 수 있는 ORT에 대하여 세계적으로 투자하였다. 이의 적절한 사용은 이 10년에 걸쳐서 대략 35%에서 60%까지 증가했다. 망명자의 전염병들을 다루는 르완다와 콩고의 야영장, 라틴 아메리카, 아시아와 아프리카에서의 최근의 콜레라 전염병들에서 ORT는 성공적으로 사용되었으며 상당한 비용효과도 나타내고 있다.

IV. 한국의 보건 의료 부문 공적개발원조 현황

1. 공적개발원조 정책과 보건 의료

한국은 1945년 해방이후 1995년 3월 세계은행의 양허성 개발협력 차관 공여 대상국으로부터 졸업하기까지 오랜동안 개발협력 수혜국 입장이었다. 1963년 USAID와 협력하여 다른 개도국의 연수생을 초청, 기술교육한 것을 시초로 원조의 역사가 시작되었으며, 1987년, 한국 수출입 은행에 개도국에 대한 양허성 차관(Concessional loan)을 지원하고자 정부가 300억원을 출연하여 대외경제협력기금(EDCF), 1991년 외무부, 노동부, 과학기술처, 건설부 총무처 등 여러부서에서 담당하던 대개도국 기술협력과 무상원조 사업을 통합하여, 외무부 산하 한국국제협력단(KOICA; Korea International Cooperation Agency)을 설치하며 본격적인 공적개발원조의 기틀이 잡히기 시작하였다(한국국제협력단,1998).

우리 정부는 '90년대에 들어와 국제협력의 중요성을 인지하고 대외원조의 기본목표를 설정하였는데 첫째, 국제사회의 평화, 안정 및 번영추구, 둘째, 우리나라가 비교 우위를 지니고 있는 인적자원개발에 중점을 두어 개발도상국의 자조노력을 지원하며, 셋째, 인도주의적 측면에서 최빈국의 기근과 빈곤경감을 위해 노력하며, 마지막으로 환경, 여성개발 등의 범세계적 기본 목표를 설정하였다.

우리의 비교우위 분야를 세분화 하면 크게 4가지 방향으로 첫째, 수원국 주민들의 인적자원개발을 위한 직업훈련 관련분야, 둘째, 기본욕구 충족 및

사회개발 인프라를 위한 기초 교육, 의료, 인구, 상수도 개발분야, 셋째, 빈곤 퇴치 및 참가형 원조로써의 지역개발 및 새마을 운동 분야, 넷째, 수원국의 경제발전을 위한 분야로써 우리의 경제발전 경험, 국가발전전략, 중·소 기업 육성, 무역, 투자 진흥, 금융위기 극복 전략등이다.

비교우위 분야를 실시하기 위한 적절한 협력수단인 기술/인력 협력은, 첫째, 우리가 쌓은 수많은 경험 및 전문성의 축적, 둘째, 작은 투자로 높은 효과 기대, 셋째, 개발도상국이 필요로 하는 중·저급의 다양한 기술의 보유, 넷째, 우리가 보유하고 있는 우수한 인적자원의 동원 가능성, 마지막으로 OECD/DAC의 “21세기 전략”에서 강조하는 수원국의 능력배양 정신과 일치하고 있다는 측면에서 우리가 추구해야할 가장 적절한 방향이라 볼수 있다 (장현식,1999).

특히, 보건·의료 관련 협력 사업은 적은 예산 규모에 효율성을 살리기 위한 비교우위중점 협력분야중의 하나로 인적기본수요 충족 및 주민들의 인적자원개발에 효과적이다. 소규모 지원사업중심으로 이루어지고 있으나, 프로젝트(병원시설등 건축), 물자지원(의약품, 의료기기등), 봉사단(협력의사, 간호사)파견, 의료단 파견 등의 비교적 다양한 유형의 사업을 실시중이며 아프리카 등 의료혜택이 불충분한 개도국에 만연된 질병의 퇴치등을 위해 인도주의에 기초한 헌신적인 의료활동 제공하고, 주요협력대상 개도국의 1차보건의료서비스를 확충하기 위하여 지원사업을 중점 추진하고 있다. 또한, 수출전략사업으로 유망한 보건의료사업을 육성하기 위해 관민합동으로 추진하고 있는 해외의료보건사업협의회에 참여하여 우리 나라가 지원하는 의료 시설에 국산의료기자재, 의약품 등을 제공하여 국산 의료물자의 이미지 제고를 도모하고자 한다(이경구, 1999).

그러나, DAC전체 목표에 부합되는 Programme 중심의 사업계획을 세우고 성과를 측정하기에는 예산 규모나, 역사, 조직면에서 미흡한 편이다.

2. 전달체계

1) 조직

현재 우리나라는 원조정책은 외교부, 재정부에서 수립하고, 한국국제협력단(KOICA; Korea International Cooperation Agency), 재정경제부 수출입은행에서 원조를 집행하는 이원체계를 가지고 있다.

외교부의 정책수립분야로는 원조의 대강 및 중·장기 원조계획의 수립, 국별배분의 기준마련, 정책대화 등이 포함될수 있으며, 집행기관인 KOICA는 원조효과를 최대로 하기 위해 원조관련 기본정책이 수립되면 이를 기초로 하여 관련 수원국이 가장 필요로 하는 분야에 대한 연구, 공여기관이 제공할수 있는 비교우위 분야에 대한 체계적인 연구, 공여할수 있는 인적, 물적재원에 대한 객관적인 측정을 통해 원조집행에 관련된 정책을 수립하여 실시하는 하고자 모색하고 있다(권율, 1999).

KOICA는 한국국제협력단법에 따라 '91.4.1에 정부출연특수법인으로 한국 해외개발공사의 자산, 인력등을 포괄승계하여 발족한 정부차원의 대개도국 대외무상협력사업 전담 실시 기관으로, ODA 실시체계중 수원국에 변제 의무를 부여하지 않는 무상자금협력과 기술협력의 양자간 원조를 실시하고 있다.

우리나라의 무상기술협력의 대부분을 차지하고 있는 한국국제협력단의 사

업은 사업유형별(프로젝트사업, 물자지원, 연수생초청, 전문가파견, 해외봉사단 파견, NGO 지원, 국제기구지원)로 실시되고 있어, 보건분야만 집중적으로 전담하고 있는 부서의 지원체계는 확립되어 있지 않다.

표 IV-1. 한국의 ODA분류별 담당기관

공 적 개 발 원 조 O D A	구분	협 력 형 태	담 당 기 관
	양 자 간	무상 - 무상원조 : 기자재공여 프로젝트 - 기술협력 : 재난구호 인력교류사업 개발조사	KOICA(외교통상부) KOICA(외교통상부)
		유상- 차관(loan)	수출입은행(재정경제부)
	다 자 간	국제기구중여 국제기구출자	재정경제부

2) 재정

1998년 현재 한국의 ODA 규모는 1억 8천만불, ODA/GNP ratio 0.058%로서 세계 제 1위인 일본의 106억 4천만불(1998), 0.28%, DAC 평균 510억8천만불(1998), 0.24%와 상당한 차이를 보이고 있으며, 현재 수준으로 원조한다면 100년이 지나서야 수원원조를 되갚을수 있을것으로 보인다. (임홍재, 1999) 97년 현재 ODA중 무상형태의 원조 비율은 49.2%로 96년 3월 EDCF

차관 지원조건과 절차가 개선됨에 따라, EDCF의 인출이 증가되어 당분간 무상의 비율이 크게 증대되는 것을 기대하기는 어려운 실정이다. EDCF차관의 양허율은 96년 3월의 지원조건과 절차개선 조치로 OECD 회원국 수준(62.4%)인 57.9%로 개선되었다.

많은 국가는 GNP를 기준의 DAC에서 제정한 수원국 list(가장 최근의 list는 '97년에 발표됨)를 중심으로 원조 전략을 실시하고 있는데 특히, LLDC, LIC 국가를 최우선국가로 지정하여 이들에 대한 원조를 집중화 하고 있다. 그러나, 실제의 국별 배분양태를 살펴보면 대부분 기존의 정치, 경제, 사회 및 역사적 유대관계가 있는 국가에 최우선 지원을 실시하고 있는 경향을 보이며, 일반적으로 DAC 회원국들은 가능한 많은 국가에 작은 규모로 원조를 제공하는 분산화 정책이 원조 효과에 부정적인 영향을 미치고 있다는 사실을 경험을 통해 잘 인식하고 있다.

현재 우리 나라의 경우 요청주의를 선택하고 있으며, 사업규모에 비해 원조실시분야도 많으나 EU국가들이 나가는 방향처럼 비교우위분야를 중심으로 우리의 경험이 많이 축적되어 있고 효과적인 측면에서도 검증이 된 “학교 건설 및 직업훈련 관련분야”, “병원건축 및 의료분야”, “인적자원 개발분야”를 우리의중점 협력 분야로 정하고, 이를 모델화하는 작업으로 타 공여국과의 선별성을 부각시키는 것이 요구된다. 또 현재 우리나라는 국별 계획을 수립하여 중, 장기적으로 관련 수원국을 지원하는 것은 현재적으로 이루어지지 않고 있으나, 단기적으로는 각 중점 협력 국가에 대한 경제 및 사회적인 분석을 통해 우리의 나아갈 방향에 대한 정립이 요구된다(권율, 1999).

한국은 1998년에 베트남, 팔레스타인, 인도네시아, 중국, 튀지니, 페루, 네팔,태국, 카자흐스탄, 이집트의 순서로 원조를 실시하였다. 지역별로 아시아

41%, 중동 18%의 분포를 나타낸다(그림 IV-1). 보건의료를 포함한 사회하부 구조는 전체 ODA규모중 52.3%를 차지하였다(그림 IV-2). 사회하부구조중 보건의료는 24%를 차지한다(그림 IV-3). 인구·가족계획의 0.3%와 합계시약 13%에 달한다. 사업유형별로 양자간 96%, 다자간 4%를 차지하고 있다. 프로젝트 유형이 35%로 가장 많은 부분을 차지하고, NGO에 대한 지원은 1%에 불과하다(그림 IV-4). 지역별로는 아시아, 아프리카가 각각 27,26%의 규모를 차지하며, 예산의 50%이상이 두 지역에 분포되어 있는 것을 알수 있다.

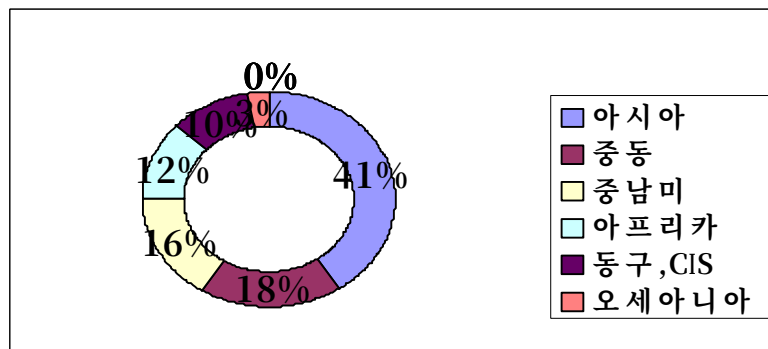


그림 IV-1. 한국 ODA 지역별 분포율

*출처: <http://koica.co.kr>

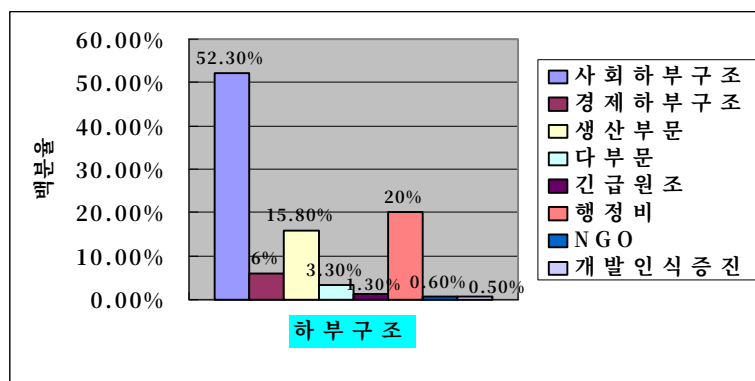


그림 IV-2. 한국 DAC 사회하부구조 내 분포율

*출처: <http://koica.co.kr>

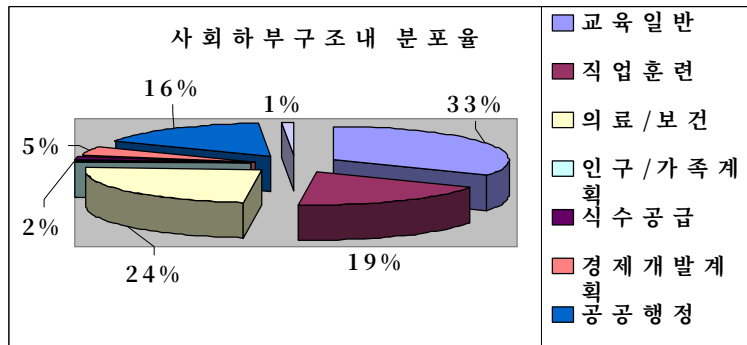


그림 IV-3. 한국 ODA 사회하부구조내 분포율

* 출처: <http://koica.co.kr>

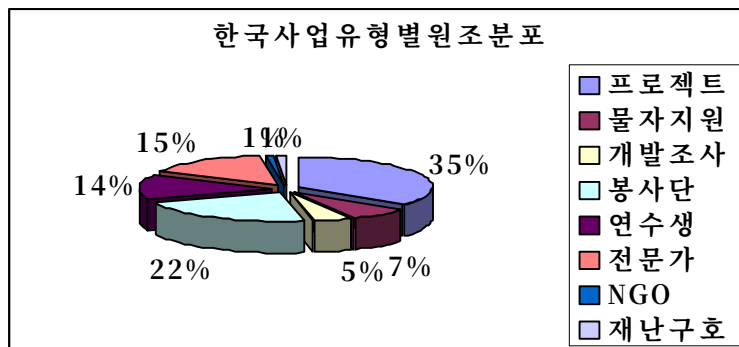


그림 IV-4. 한국사업유형별 원조분포

* 출처: KOICA, 국제협력단 연보, 1998. P.140

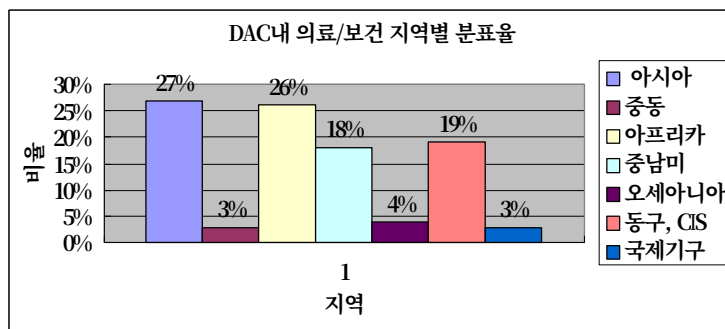


그림 IV-5. 한국 보건·의료 ODA 지역별 원조분포

* 출처: <http://www.koica.co.kr>

3. 보건사업

보건사업 유형별로 보면, 프로젝트·물자지원사업은 병원, 보건소, 심장센터 등 보건의료관련 시설물 건축 등 인적기본수요(BHN) 사업 적극 발굴 및 파견의료 인력과 연계 지원하여 우리 나라 지원 의료 시설물에 국산 의료기자재, 의약품 등을 제공, 국산의료 물자의 이미지를 제고하며 보건의료산업의 해외시장 개척지원을 하고 있다. 기술협력사업은 개도국의 보건의료관련 정부관리, 정책담당자등의 초청연수를 실시하여 우리 나라 보건의료 분야에 대한 이미지 제고한다. 인력파견사업은 봉사정신이 투철한 의료인력을 파견하여 개도국 주민에게 실질적인 의료혜택 부여함으로써 호응이 좋은 사업이다. NGO협력사업은 개도국의 열악한 의료, 보건 상황을 고려한 최빈 개도국 협력 NGO사업 지원('95'년부터 NGO협력 실시)으로 소규모 프로젝트 지원으로 현지활동성과 제고를 유도하고 있다.

실제, 1991년부터 1998년까지 프로젝트 사업으로 한·방글라데시 우정병원건립등 14국 23개 사업에 1,105만불이 지원되었고, 물자지원은 혈액약품냉장고, 구급차, 살균세척기, 피임기구 등 의료장비, 의약품 지원 777만불, 가족계획등 17개과정 연수생 257명초청, 정부파견의사로 151명 파견, 국제협력의사등 보건의료분야 봉사단원 103명, 1995년부터 시작된 비정부기구지원사업으로는 14개 단체 34건 102만불 지원, 국제기구지원으로는 세계보건기구 소아마비 퇴치사업에 18.5만불 지원하였다.

표 IV-2. KOICA 보건·의료 부문 사업유형별 사업규모 추이

구 분	'91-98년(실적)	'99년(계획)
프로젝트	한,방글라 우정병원건립 등 14국 23개 사업 1,105만불지원	한비의료센터건설사업 등 4개 사업 87만불 지원
물자지원	혈액약품냉장고, 구급차, 살균세 척기, 피임기구등 의료장비, 의약 품 지원 777만불	'99,8월말까지 39만불 지원
연수생초청	가족계획 등 17개 과정 연수생 257명 초청연수	가족계획과 생식보건과정 연수 등 4개 과정 63명 초청연수
의료전문 인력파견	정부파견의사 연인원 151명과견	정부파견의사 16국 18명 계속 파견
해 외 봉 사 단 파견	국제협력의사 등 보건의료분야 봉사단원 연 103명 파견	국제협력의사 5명, 보건의료분야 봉사단원 15명등 20명 파견
NGO지원	'95-98년간 14개 단체 34건 102 만불 지원	8개단체 8개 사업 12만불 지원
국제기구지원	세계보건기구(WHO)소아마비 퇴 치사업18.5만불 지원	세계보건기구 소아마비 퇴치 사업 15만불 지원

*출처: KOICA, 보건의료국제개발협력사업, 1999.

다음은 각 사업유형별 사업 규모 및 사업사례에 관한 것이다.

가. 프로젝트 사업

개도국의 경제, 사회발전을 위한 시설물 건축, 기자재 공여 등 물적협력
수단과 consulting, 전문가 파견, 연수생초청 등 인적협력수단을 연계한 종합
적인 원조방식으로서,

- 건축, 시설지원- 프로젝트 수행에 필요한 건물 및 시설물의 건설, 확
충, 개보수 지원

- 건축, 시설지원과 물자(각종 기자재 장비등) 또는 인력(전문가 파견, 연수생초청등) 연계지원
 - 물자와 인력 연계지원
 - 시설, 건축, 물자, 인력을 종합 지원
- 등, 여러 형태로 지원될 수 있다.

프로젝트사업 발굴 형성 및 사업확정 절차는 매년 국별배분계획 및 협력 실시지침에 의거 프로젝트 사업대상국을 선정하여 해당국가의 재외공관장과 중앙행정기관의 장에게 수요조사(정상간 및 정부간 합의사업 등 우량사업이 충분히 확보된 국가에 대해서는 수요조사를 생략)를 실시토록 요청한후 재외 공관장(해외사무소)이 수원국이 요청한 사업에 대해 지원분야 및 사업규모의 적정성과 사업추진 가능성 등을 고려하여 요청사업의 적격여부를 판단, 본부에 통보한후 협력단 사업부서 및 외교통상부의 사업성 검토에 대한 의견을 수렴, 우량후보사업을 선정하여, 사업의 실행가능성, 사업수행의 적정성 및 협력 사업과의 연계성, 아국과의 관계등 사업효과분석을 통한 기술적, 경제적 사업성을 검토하여 국별배정가능 예산과 계속사업유무등을 고려하여 적격사업을 선정한다.

사업실적으로 '91년 8건에서 '98년 현재 43건(신규 및 계속 포함)으로 증가, 1992년부터 1998년까지 1,105만불, 1998년 186만불을 지원하며 '91년 4.7%에서 '98년 32.2%를 차지하는 등 대개도국에 대한 주력 협력사업으로서 확대 발전시켜 나가고 있다. 전체 프로젝트형 사업중 보건은 19.1%에 해당한다. '91-'98년간 지원된 총 131건의 프로젝트 중 74건(56.5%)이 물자지원과 인력(연수생초청, 전문가파견)을 연계하여 지원하였으며, 물자, 건축, 시설 및

인력을 종합지원하는 형태는 25건(19.1%)를 차지하였다 (표 III-3). 지역별로 아시아, 태평양 지역이 6개국 12건으로 가장 많은 비중을 차지한다.

표 IV-3. KOICA 보건·의료 부문 프로젝트 사업현황

국가명	사업명	사업기간	규모	주요 사업내역	비고
중 국	마을파현모자 보건원 건립	'96	25	건축자재구입(24.0)/사전 조사(1.0)	종료
파 나 마	보건소 건립	'96-'97 (2년)	50	보건소건축(30.0)/기자재 공여(18.2)/사전조사(1.8)	종료
네 팔	보건대 건립	'96-'97 (2년)	39	시설개보수(22.0)/기자재 공여(17.0)	종료
몽 골	국립피부진균 센터지원	'97 (1년)	20	기자재공여(15.7)/전문가 파견(0.8)/연수생초청(3.5)	종료
휘 지	Vatulele Health Center 건립	'97 (1년)	11	건물 증·개축(10.9)/사전 조사(0.1)	종료
불가리아	장애인의료 복지센터건립	'97-'98 (2년)	50	시설건축(43.0)/기자재공 여(14.8)/사전조사(1.0)	계속
페 루	제4 한·페 의료센터건립	'97-'98 (2년)	55	병원건축(33.0)/기자재공 여(6.0)/사전조사(0.9)/사 업현장관리자파견(6.3)	계속
베 트 남	득포지역병원 개보수	'97-'99 (3년)	50	병원건축(33.0)/기자재공 여(9.5)/연수생초청(5.0)/ 사전조사(0.7)/예비비(2.0)	계속
카자흐스탄	한·카 우정 병원건립	'97-'2000 (4년)	120	건물개보수(10.0)/기자재 공여(68.5)/연수생초청(24 .0)/사전조사(0.7)/사후관 리평가(16.8) 25.0/사전조사(2.0)	계속
베 트 남	한·베 우정병원건립	'98-'2000 (3년)	25	○기자재공여(15.0) ○전문가파견(5.0) ○연수생초청(5.0)	계속

* 출처: KOICA, 보건의료국제개발협력사업, 1999.

표 IV-4.

KOICA 프로젝트형 기술협력사업

합계	물자 + 인력	건축/시설+ 인력+물자	건축/시설 +물자	건축,시설	건축시설+ 인력	사전 조사
131건	74건	25건	14건	17건	0건	1건
100%	56.5%	19.1%	10.7%	13.0%	0.0%	0.7%

* 출처: KOICA 내부자료, 1999.

BOX IV-1.

한국의 보건의료 프로젝트 사업수행의 예

1. 사업개념/ Project Concept

남미지역 주요협력대상국 중 중저소득국(LMICs)의 하나로서 보건의료 여건이 열악하고 공공의료수준이 크게 낙후되어 있는 페루 소외지역에 대한 1차 보건의료시설 확충 지원하고, Local Level의 소규모 의료시설을 설립 지원하되 우리나라의 물적, 인적 사업요소를 최대한 투입한 취약계층에 대한 의료서비스를 중점 제공하고 있다.

2. 사업추진경과/Project Chronology

'92.7.11 사업지원신청 접수로서 페루정부가 주페루 한국대사관을 통해 공식지원을 요청하였다. 그 내용으로는 건물구입 20만불, 의료장비제공 20만불, 의사 및 간호사 파견, 운영유지비 등 50만불 규모지원이다. '92년 11월 7일 프로젝트 사전조사(Preliminary Survey)를 실시하여 의료관리 연구원 전문가 등 3명 파견, 사업의 타당성 및 가능성, 요청국의 준비상태, 구체적 사업소요 등 조사검토 실시하였는데, 검토결과 사업시행추진을 건의하였다. 92.12.4 프로젝트 사업계획(Project Design)을 수립하여 사업추진 방향, 사업규모 및 내용, 추진일정, 사후관리 방안 등을 구체화하였다. '92. 12. 4 사업자 선정 및 물품, 기자재 공급 계약 체결, '93.3-5 우리건축 전문가 파견 및 현지시설물 구축, 국산건축기자재를 운송하여 조립식 건물건축 실시, '93. 6 국산의료기자재 및 의약품 송부, '93. 7. 22 한페의료센터사업개원 및 인도식 거행, 의료단원파견을 위한 한페 정부간 의료협정 체결, '93.10.6 우리의료전문인력 파견(2년활동기한으로 비뇨기과 전문의 1명 파견), '94. 4. 22 2차 의료장비를 제공하였다.

3. 사업실시내용/Project Design

총 지원규모 46만불, 사업기간 '92-'93, 사업실시지역은 Lima서부지역 Callao시 Bellavista지역(Callao시에서 약 30Km 거리에 위치)이며, 지원내역으로는 보건소

건축(조립식 106평 건물), 의료장비, 기자재 및 의약품(23만불), 사전조사 및 Consulting(1.5만불) 등이며, 관련사업과의 연계추진차원에서 의료전문인력을 파견하고, 사후관리 지원측면에서 진료실, 약품 저장실등의 시설을 추가지원하고 있다.

4. 사업성과 및 효과/Results and Effects

'93년 개원이후 좋은 운영 성과를 보이면서 지역의 1차 보건의료기관으로 긴요한 역할을 수행하고 있다. 일반내과, 소아과, 산부인과, 비뇨기과, 치과, 임상병리과, 방사선과, 응급실 등의 1차 진료기능 이외에도 예방접종, 결핵 관리, 가족계획, 공중위생, 심리치료, 약제실 등 지역보건기능을 폭넓게 수행하는 주요 의료기관으로 발전, 현재, 의사 11명등 33명이 환자진료 및 지원 업무를 담당하고 있으며 일평균 80-90명, 연간 약 24,000여명의 외래환자를 진료하고 있다. 의료시설은 작지만 깨끗하고 훌륭한 의료장비와 인력을 갖춘 보건의료기관으로써 한국정부의 협력노력이 수원국 주민에게 직접 전

5. 사업평가 및 환류

KOICA 설립초기에 실시된 소규모 지원사업임에도 불구하고 사업성과가 매우 큰 것으로 평가되고 있으며, 이러한 긍정적 평가에 힘입어 동분야, 동유형의 사업이 꾸준히 추진됨에 따라 보건의료분야에 대한 협력이 대 페루 협력사업의 중점 분야로 자리잡게 되었다. 사업이 완료된 후 5년여만에 실시된 '99. 8의 사후평가 결과 사업의 목표 달성도, 사업효과, 효율성, 계획의 타당성, 자립발전 가능성 등 5개 평가 항목 전반에 걸쳐 긍정적인 평가를 받았다.

나. 연수생 초청사업

개도국의 공무원, 전문가, 기술자 등 관련인사를 대상으로 한 초청훈련을 실시하여, 우리나라의 개발경험을 공유, 전수하고 개도국의 정책개발 능력의 향상 및 인적자원개발에 기여하고 있다. 방한 체류기간동안 초청인사가 우리의 문화와 사회에 자연스럽게 친숙해지도록 도와줌으로써 이한 이후에도 우리의 가까운 이웃이 될 수 있는 계기를 마련 해주고 있다. 보건·의료 협력

사업의 4%에 해당하는 연수생 초청사업은 1991년부터 1997년 까지 15과정 232명이 초청되었고, 1998년 한해만 21만9천만불의 규모로 실시되었다.

표 IV-5. KOICA 보건·의료부문 연수생초청사업규모추이

구분	'91	'92	'93	'94	'95	'96	'97	계
과정수/ 인원	2과정/ 15명	3과정/ 35명	1과정/ 17명	1과정/ 20명	1과정/ 18명	4과정/ 69명	3과정/ 58명	232 명
과정명	혈청 검사 (8) 광선 치료 요법 및 광선 검사 (7)	혈 청 검 사 (9) 광 선 치 료 요법 (5) 가 족 계 획 (21)	가족계획 (17)	가족계획 (20)	가족계획 (18)	가족계획 (15) 여 성 과 보건(18) 가 족 계 획 사 후 관 리 워크샵 (18) 결핵퇴치(18)	결핵퇴치(7) 여성과보건(17) 가족계획(14)	

*출처: KOICA 내부자료, 1999

BOX III-2 한국의 보건의료 연수생 초청사업의 예

결핵관리 연수생 초청사업(Trainee Invitation Program on Tuberculosis Control) 1. 사업개념/ Project Concept 연수생 초청사업지원 요청국등을 대상으로 20명 내외의 단기 연수프로그램을 개발하여, 우리나라의 개발경험을 토대로 결핵퇴치 분야에 대한 이론 교육, 우리의 국가적 결핵 퇴치 사업실시 경험, 결핵 퇴치를 위한 유용한 현장 실습, 한국의 경제와 사회의 이해 제고를 위한 Field Trip등으로 연수교과를 구성하였다. 동분야에 전문성과 능력을 갖추고 국내 전문기관의 참여하에 세부연수 프로그램을 수립하고 동 전문기관에 교육 훈련부문의 사업실시 위탁하여 사업실시하였다. 2. '99년도 연수프로그램에 실시 개요/1999 Training Program 연수기관은 결핵연구원(Korean Institute of Tuberculosis)으로, '99.6.8-6.28 (21간)의 연수기간중에 9개국 18명(라트비아-2, 필리핀-2, 파키스탄-1, 네팔-2, 중국-2, 방글라데시-2, 몽골-2, 스리랑카-2, 페루-3)의 연수인원이 참가하였다. 연수내용으로는 국내적응과정(Orientation, 시내관광, 기초한국어교육) 이론교육(결핵의
--

역학, 발병, 화학치료 등 결핵기초, 결핵세균학, 결핵예방 의학등), 결핵관리(한국이 보건의료전달체계 및 국가결핵관리체계 운영성과 등), 실습 및 현장교육(결핵균검사, 결핵반응검사, 보건소 방문 등), 기타(경주 문화유적지 답사, 수원, 포항지역 산업시설 견학 등)를 실시하였다.

3. 사업성과 및 효과/ Results and Effects

연수 종료시 연수참여자 설문조사를 통한 평가결과, 연수과정의 구성 및 내용, 기간, 숙박 및 교통 등 전반적인 사항에서 만족이상의 응답을 받았는데, 연수실시 본래의 목적달성은 물론 연수생들의 한국에 대한 이해 및 친숙, 우호도를 높이는 효과를 거두었다.

4. 사업평가 및 환류/ Evaluation and Feedback

결핵관리 연수과정은 '96년 이후 매년 정규연수과정의 하나로써 매년 실시된 과정인데 금년의 사업종료 직후 실시된 사업종료평가(On-completion Evaluation) 결과, 사업효과가 큰 사업으로 평가되었고, 동분야 연수사업은 향후에도 매년 정규연수과정의 하나로 지속적으로 실시추진할 예정이다.

*출처: KOICA,보건의료국제개발협력사업, 1999.

다. 인력파견사업

보건의료여건이 크게 열악한 빈곤개도국 현지주민들의 질병치료, 위생의 증진 등 인도적 지원차원에서의 의료봉사활동을 목적으로 하는 의료전문인력을 파견하는 것이다.

1991년부터 1997년까지 의료단, 해외봉사단을 포함하여 230명의 인력을 파견하였다. 1998년 봉사요원, 봉사단, 협력의사, 연수생, 의료단을 포함한 규모는 전체의 47%로서, 360만불의 규모에 해당한다.

표 IV-6.

KOICA 보건·의료부문 인력파견사업추이

구분	'91	'92	'93	'94	'95	'96	'97	계
해외봉사단 ※협력의사 (포함)	11명 (‘90 실적 포함)	8명	9명	7명	16명	23명	17명	91명
의료단	11국 17명	13국 16명	15국 20명	18국 19명	19국 22명	20국 24명	18국 22명	140명

*출처: KOICA, 보건의료국제개발협력사업, 1999.

BOX IV-3.

한국의 보건의료 전문가 파견사업의 예

1. 사업개념/Program Concept

서아프리카지역의 저소득국(LICs)의 하나인 코트디부와르의 현지의료서비스 제공을 위해 우리나라 의사파견하였는데, 여건이 허락하는 한 장기간의 파견 활동을 지원함으로써 지속적인 사업효과의 달성을 도모할 예정이다.

2. 사업개요/Program Contents

‘69.1 코트디부와르 정부의 요청에 따라 안순구의사(내과 일반의)를 정부 파견 의사로 현지에 파견, 현재까지 31년간 Hospital Tiassale에 근무하면서 내과진료 뿐 아니라 모자보건등 기초보건분야활동 등 다양한 지원활동 전개하고 있다. 현지의 심각한 의약품 부족실정을 고려하여 매년 필수 의약품을 제고함으로써 파견의사의 활동을 측면지원하고 있다.

3. 사업성과 및 효과/Results and Effects

파견의사는 인구 3만명의 도시의 유일한 병원의 원장으로서 간호사 5명, 산과 4명, 보조간호사 7명의 현지의료인력과 함께 현지주민에 대한 1, 2차 의료서비스를 제공하고 있다. 그간의 공로로 파견의사는 현지주민의 존경받는 의료인으로서 뿐 아니라 지역사회의 유지로서 사업실시 소기의 성과를 달성하고 있다. ‘81년 현지주민들은 파견의사를 Tassale시 두 부족중의 하나인 바우레족 명예추장으로 추대되었으며 ‘93년에는 나머지 아베족 명예 추장까지를 겸하고 있다.

4. 사업평가 및 환류/Evaluation and Feedback

인도적 견지에서 파견되는 의사파견사업은 현지 주민에 대한 의료서비스의 제공은 물론 어려운 세계 이웃국가와의 우호를 증진한다는 측면에서 상징적인 의미가 큰 사업으로 경제사회개발이 정체되고 있는 빈곤개도국에 대해서는 동 유형의 협력사업을 지속적으로 추진해 나가는 것이 바람직한 것으로 보인다.

라. 물자지원사업

전체 보건·의료 사업의 8%에 해당하는 물자지원사업은 1991년부터 1997년 까지 730만불 정도 실시되어왔으며, 1998년 한해동안 약 50만불(한화 55억천7백만원)의 물자지원을 실시하였다.

표 IV-7. KOICA 보건·의료부문 물자지원사업규모추이

구분	'91	'92	'93	'94	'95	'96	'97	계
금액(만불)	13.2	106.1	133.5	111.6	171.8	125.8	75.5	737.5
내역	구급차, 치과재료, 엑스레이, 혈액약품냉장고,살균세척기,피임기구,의약품등							

*출처: KOICA,보건의료국제협력사업, 1999.

4. 인구보건사업

가. 정책

우리 나라는 경제발전과 인구문제와의 관계를 깊게 인식하여 1962년 제1차 5개년 경제개발계획부터 가족계획을 중심으로 한 인구억제 정책을 포함시켜 추진하여 온 결과 세계에서 가장 모범적인 경제성장뿐만 아니라 가족계획에도 성공한 국가로 알려졌다.

그러나, 인구증가억제라는 목표를 달성했으나 인구구조의 변화와 사회경제적 여건의 변화 등으로 새로운 인구문제에 직면하고 있다. 인구노령화 및 노인인구 증가, 여성차별 및 성폭력, 청소년 성문제 심화, 가족해체, 성비불균형, 인공임신중절 증가를 예를 들 수 있다.

이러한 새로운 인구문제는 단지 우리나라만이 겪는 문제가 아니라 대부분 국가의 공통문제이기도 하다. 그러나 개도국은 인구의 양적 문제와 더불어 위와 같은 새로운 문제를 동시에 겪고 있기 때문에 세계인구문제 접근에 있어서 카이로 행동계획과 같은 다양하고 포괄적인 접근 방법이 모색되고 있는 것이다.

우리나라도 카이로 회의 직후인 1994년 말에 인구정책심의회를 구성하여 카이로 행동계획에 입각한 신인구정책을 준비하여 1996년 7월 국무회의 승인을 받아 추진하고 있다. 신인구정책은 카이로 행동계획에 따라 인구의 질과 복지 향상에 초점을 맞추고 있으며 추진사업으로 지속가능한 사회경제 발전을 위한 저출산 유지, 사망률 개선, 인공임신중절 방지, 청소년 성활동 예방, 인구분포 균형, 출생성비 균형, 여성지위향상, AIDS 및 성병 예방, 취약

계층 복지 증진, 가족보건 향상을 명시하고 있다.

표 IV-8. 인구보건사업지표

구분	세계	선진국	개도국	최빈국	한국	비고
인구성장 율(%)	1.6	0.7	1.8	2.6	1.1	1980-96년 평균
평균수명 (남/여)	63.4/67.7	70.6/78.4	62.1/65.2	50.9/53.0	68.8/76.0	
영아사망 율	57	9	62	100	9	1,000명당
피임보급 율(%)	57	70	53	20	79	

출처: 인구성장율: World Development Indicators 1988, World Bank

기타지표: 세계의 인구현황 1988, 대한가족계획협회

나. 재정, 조직 및 사업수행

1) 수혜

특히 1961년 4월에 발족한 민간단체 대한가족계획협회는 정부로 하여금 가족계획사업을 국가지원하에 추진하게 함에 크게 기여하였고, 재건국민운동과 해외원조단체(IPPF, SIDA, Population Council, OXFAM, UNFPA)들의 재정적 및 기술적 지원 얻어내어 세계에서 가장 활발한 가족계획사업을 전개하여 불과 25년만에 우리 나라 인구증가율은 년 3% 수준으로부터 1%미만으로 감소시킴에 성공하였고 모성 연령은 저위험(20-34)연령으로 집중시킴으로써 모자보건 향상에도 크게 이바지하게 되었다.

우리나라의 성공적인 인구억제라는 양적 목표 달성에는 우리의 노력도

켰지만 선진국 및 국제기구의 도움을 많이 받았다. 외국의 우리나라에 대한 인구사업은 기술지원, 재정지원, 물자지원 등 다양하고 정부에 직접지원뿐만 아니라 민간기관을 통한 간접지원도 많았다. 가족계획 사업 초창기인 1960년대 초에는 IPPF와 미국인구협회(PC: Population Council) 등 민간기구(NGO)가 먼저 지원을 시작하였는데, 이들이 제공한 기술적, 재정적 원조는 사업기반을 구축하는데 지대한 역할을 하였다. USAID, SIDA 등 외국정부의 원조기관뿐만 아니라 UNFPA 등 국제기구의 지원 역시 우리나라의 인구사업에 기여한 바가 크다.

가) 민간기관의 지원

IPPF 총재 대표는 1960년 11월에 한국을 방문하여 보건사회부, 대학, 지역유지를 만나 가족계획사업 착수를 조성하는데 앞장섰으며 1961년 4월 대한가족계획협회를 창설하는데 조력하였을 뿐만 아니라 창설 전부터 현재까지 PPFK에 기술 및 재정지원을 하여 왔다. 1960년대에 2억5천8백만불, 1970년대에는 38억불, 그리고 1980년대에는 매년 백만불씩 그리고 현재까지 지원하고 있는데, 갯죽계획 홍보물 제작 및 시술용 차량 등 사업에 필요한 물자 및 기술지원도 많았으나 대부분 PPFK의 인건비 등 운영비에 충당하였다.²⁰⁾ 국제 NGO가 우리나라의 NGO의 창립부터 운영비까지 지원하여 왔다는 점은 많은 시사점을 준다.

PC는 1961년부터 연세대학교 의과대학팀을 지원하여 고양시에 인구시범

20) IPPF는 KPPF에 대한 지원을 현재까지도 하고 있는데 지원규모는 계속 감소추세에 있다. 1999년 기준 IPPF는 KPPF에 50만불을 지원한 반면 우리나라는 IPPF에 연회비로 5만불을 지불하고 있다.

사업을 2년간 실시하였고 여기서 나온 기초자료 및 기술이전은 향후 우리나라 가족계획사업의 정책 및 시행에 초석을 이루었다. 실제로 PC는 우리나라의 보건사회부의 요청으로 4명의 인구정책전문가를 1962.11-1963.3까지 파견하여 현장조사 후, 가족계획사업의 조직, 홍보, 교육, 인력훈련, 피임방법 및 보급방안, 재정 그리고 PC의 향후 지원내용들을 포함하는 보고서를 제출하였는데 이것이 우리나라의 인구정책 수립과 추진의 근간을 이루었다고 할 수 있다. PC는 자문관을 1963년말부터 한국에 상주시켰으며 1964년부터 매년 20만불씩 지원하였고 USAID, SIDA등 정부원조기관의 한국인구사업지원에 촉매 역할을 하기도 하였다.

이외에도 우리나라의 가족계획사업을 지원한 외국의 주요 NGO는 다음과 같다. 가족계획국제원조(FPIA: Family Planning International Assistance)가 한국기독교협의회(KNCC), 한국여의사협의회 등 38개 기관을 통하여 1970년대에 92만불 상당을 지원하였다. 국제불임시술협회는 한국불임시술협회를 중심으로 지원하였는데, 1975-1984년까지 총 150만불을 지원하였다. 일본가족계획국제협력기구(JOICEP: Japanese Organization for International Cooperation in Family Planning)는 1976-1986년까지 경기도 화성군, 용인군, 평택군 3개 지역사업으로 70만불을 지원하였다. 이외에도 국제통계학회, 미국가정경제학회, 스미소니안 연구소, 미국 동서문화센터 등 학술 기관에서도 인구와 관련한 연구지원 등을 하였고 포드재단, 록펠러 재단, 아시아 재단, 옥스팜 재단, 브러쉬 재단, 패스파인더 재단, 미국가족계획협회 등의 민간재단 등에서도 우리나라의 가족계획사업을 지원하였다.

나) 외국정부 원조기관의 지원

외국 정부의 우리나라 인구사업에 대한 공적 지원은 1960년대 후반부터 본격적으로 시작되었는데, 가장 지원을 많이 한 국가는 미국과 스웨덴이다. 미국은 USAID를 통하여 1960년대 초반에는 소규모의 연구비와 보건용 차량 지원 등에 국한하여 지원하였으나 1965년에 미국이 대 개도국 인구사업 확대를 선포하고 나서부터 한국에 대한 지원도 1980년대 초까지 차량 및 보건소 장비 지원, 해외연수, 연구비 지원, 자문관 파견 등 다양한 형태로 지원하였다. 스웨덴은 한국전쟁후 스칸디나비아 병원(현 국립의료원) 등 보건 의료 분야에 집중하여 지원한데 이어 SIDA를 통하여 1968년부터 인구사업을 위해 많은 양의 기자재와 재정지원을 하였다. 특히, 1970년에 준공된 국립가족계획연구소(현 보건사회연구원)의 건축비 90%(25만불) 지원에 이어 회의실 및 강당의 증축공사비로 1971년에 50만불을 추가 지원하였을 뿐만 아니라 국립가족계획연구소의 운영비로 1971-75년간 12만불을 지원하기도 하였다.

다) 국제기구의 지원

1970년대에 들어와서는 UNFPA를 비롯한 세계은행, WFP(World Food Program:세계식량사업), ILO(Interantional Labor Organization:국제노동기구), WHO등 국제기구의 지원도 많이 받았다. UNFPA는 1974년에 우리나라 정부와 제1차 인구 및 가족계획사업 강화를 위한 협정을 체결하였다. 사업내용은 3-5년간에 걸쳐 총 6백만불의 예산으로 인구기초자료수집, 인구정책, 인구동태, 가족계획, 홍보교육, 다부문 연계사업의 6개 분야를 지원하는 것이

었다. 1978년에 제2차 협정을 체결하고 3년간 226만불을 추가 지원하기로 하였으며 이 사업에 ILO, UNESCO, WFP 등이 참여하였다. 1980년에 동 사업을 재검토한후 사업기간을 2년 연장하여 250만불을 추가 지원하였다. UNFPA가 1974년부터 1991년까지 한국에 실제적으로 지원한 금액(지출기준)은 1,300만불에 이르는 반면 우리나라는 UNFPA 분담금으로 1972-97년간 230만불을 지불하였으며 현재는 매년 50만불씩 분담금을 내고 있다.

UNFPA 한국사업은 지역접근보다는 특정집단별 사업을 실시하였다는 점이 특색이다. 예를 들어 ‘도시 저소득층을 위한 가족계획사업’, ‘중산층 가족계획 자비실천 보급을 위한 병원가족계획사업’, ‘산업장 가족계획사업’ 이다. ‘산업장 가족계획사업’을 위해 ILO는 기술지원을 하였다. 홍보사업도 ‘정부가족계획 홍보교육사업’뿐만 아니라 ‘부녀회를 통한 도시영세민 사업’, ‘어린이 시설장소를 통한 가족계획사업’등 민간부문의 마케팅 전략에 가까운 전략을 수립하여 추진함으로써 큰 성과를 거두었다. UNFPA 사업중 가장 특기할 만한 일은 ‘초중고교 정규교육과정에서의 인구교육사업’이다. 1974년에 한국 교육개발원에 ‘문교부 인구교육중앙본부’를 설치 운영토록 지원함으로써 우리나라의 정규교육 과정에 인구교육을 포함시킬 수 있었다. 1980년대에 들어와 한국의 가족계획사업은 완전히 궤도에 오르고 기술적 재정적인 측면에서 자체적으로 추진할 수 있을 뿐만 아니라 개도국에 기술전수 능력이 있음을 확인한 UNFPA는 점차적으로 지원액을 줄여나가는 대신 1986년부터 PPFK와 인구보건연구원에게 재정 지원하여 개도국 연수생을 한국에 초청하여 기술 연수 시키는 사업으로 전환하였다. 특히, PPFK의 연수사업은 1991년부터 KOICA와 1997년까지 공동지원하였고 그 이후는 KOICA가 이 사업에 대한 재정지원을 하여왔다.

세계은행은 1980년부터 인구사업을 위한 차관을 제공하여 전국의료취약 지역에 91개 모자보건센터, PPFK 11개 부속병원, 68개 유아원, 가족계획연구원 시설확장, 13개 이동시술반, 시청각 기자재, IEC를 위한 PPFK의 스튜디오 건립과 인력지원 및 10개 병원에 종합모자보건센터 건립 등 다양한 지원을 하였다. WFP는 1973-1979년간 보건사회부 및 PPFK를 통해 ‘어린이 집을 통한 가족계획 및 영양사업’으로 590만불을 지원하였으며 WHO는 가족계획 연구사업을 중심으로 1972-80년간 225만불을 지원하였다.

라) 인구사업에서의 외원의 비중

우리나라가 1962-89년의 약 30년간 가족계획사업에 투입한 총예산은 지방비, 외원, 민간부문을 포함하여 2,757억원(경상가격)으로 이중 외원은 146억원으로 약 5.3%를 차지한다. 그러나 통계에 잡히지 않은 외원을 고려할 때 더 큰 것으로 추정된다. 146억원은 PPFK, 보건사회연구원(구 가족계획연구원), 한국불임협회에서 수원한 금액을 포함하고 있으나 각 기관이 자체적으로 집계한 외원금액을 보면 PPFK가 1961-90년간 147억원, 보건사회연구원이 1971-1990까지 10억원 그리고 한국불임협회가 1975-90년간 11억원으로 이 3개 기관이 받은 외원이 168억원이나 되고 PPFK는 현재까지도 IPPF의 지원을 받고 있다.

편의상 1960-80년대의 30년간 우리나라가 인구사업을 위해 외국으로부터 지원받은 금액을 146억원으로 가정하여 동기간의 총 정부 예산에서 차지하는 비율을 계산해보면 0.0043%가 된다. 이것을 현재의 정부예산을 100조원으로 가정하면 우리나라는 30년간 인구사업을 위해 외국으로부터 매년 430

억원을 지원받아 왔다고 할 수 있다. 이금액은 KOICA의 1년 예산에 버금가는 금액으로 우리나라가 개도국의 인구사업을 위하여 불변가격으로 매년 430억원씩 30년간 외국에 지원한다면 우리나라가 외국에서 인구사업을 위해 받은 원조를 갚는다고 할 수 있으며, 그후부터의 지원이 순수공여에 해당된다고 할 수 있다.

2. 원조

KOICA는 인구사업과 관련한 발전경험과 기술 전수를 위하여 국내의 대한가족보건복지협회(PPFK), 한국여성개발원(KWDI) 및 한국보건사회연구원(KIHASA)과 같은 인구 문제 관련기관과 협력하여 연수사업을 실시하고 있다.

대한가족보건복지협회와의 협력사업으로는 “가족계획과 생식보건” 훈련사업은 1991년에서 1998년까지 19개국 129명을 대상으로 실시하였다. 이 훈련사업은 1987년부터 1997년까지는 유엔인구기금과 공동으로 추진하기도 하였다. 한국여성개발원의 “여성과 보건” 훈련과정이 1996년부터 1998년까지 14개국 52명의 참석자를 대상으로 실시되었다.

그리고 1999년부터는 여성 경제활동과 보건관리정책의 두 개 연수과정을 신규로 실시하고 있다. 첫 번째는 한국여성개발원의 “전문경영에서의 여성과 기업개발”에 관한 훈련과정으로 여성의 기업활동 촉진을 목적으로 주 내용은 중소기업 설립에 필요한 실질적 지식과 기술의 제공이다. 이 사업은 카이로 행동계획의 “여성의 경제적 자립과 동등한 경제행위”에 부합하고 있으며 금년에 20명을 초청 훈련시켰다. 두 번째 사업은 한국보건사회연구원이 기획

한 “보건관리와 사회정책”에 관한 훈련사업으로 공중보건 및 사회정책에 대한 개발도상국의 추진능력(capacity building)을 향상시키는데 목적을 두고 있다.

V. 한국의 보건의료부문 공적개발원조의 방향

1. 정책

1960년대 대개도국 경제성장 중심 원조정책이 경제수준 향상을 가져왔음에도, 절대빈곤인구는 1995년 13억명으로 증가, 심각한 빈부의 차이로 인한 인적기본수요 부족을 가져왔다. 이같은 상황하에 1996년 OECD/DAC는 정부간, 나라간의 구조를 넘어선 인간중심의 개발을 위한 전략을 선언하였다. 2015년까지 유아 및 5세 미만 어린이의 사망률을 1990년의 2/3로 감축, 영아 1,000명당 사망률 35명 이하, 어린이 1,000명당 사망률 45명 이하, 임산부 사망률 3/4감소, 기초보건의료를 통한 생식보건제공 등의 인간중심의 개발전략은 전세계 보건협력분야의 기준 목표가 되었다.

DAC가 제시한 목표를 기준으로 미국은 임신율 20% 감소, 5세 이하 아동과 영아의 사망률 25% 감소, HIV감염율 감소, 저체중아 비율 감소 등의 실천적 목표를 제시, 이를 기준으로 한 목표·관리·성과측정·평가 중심의 프로그램을 JPPC(Joint Programming and Planning Country) 전략으로 접근하고 있다. 1998년 미국의 ODA는 이스라엘, 이집트, 러시아, 보스니아, 페루를 가장 우선순위로 하여 실시되었는데, 지역별로는 유럽과 기타지역이 39.7%, 라틴 아메리카와 카리브해 연안이 19.4%를 차지하였다. 아시아와 아프리카는 약 12% 정도를 차지한다. PHNC가 실제 우선순위로 사업으로 실시하고 있는 Joint Programming 나라는 아프리카에 에티오피아, 가나를 포함한 7개국, 아시아와 근동 지역에 방글라데시, 이집트를 포함한 7개국, 라틴

아메리카의 페루가 해당된다.

DAC 목표를 기본으로 가난근절, 인적기본수요 충족을 위한 프로젝트를 통하여 개도국의 공중보건과 위생증진을 수행하고자 하는 일본은 사업유형별로 프로그램을 실시하고 있다. 1998년 원조우선순위국은 중국, 인도네시아, 태국, 인도, 필리핀, 지역별로 아시아에 60% 이상, 유럽과 기타지역 12.1%, 아프리카는 9.1%로 분포하며, 보건분야 개발협력도 이의 분포와 유사하다.

우리 나라의 경우 가시적 성과측정 목표가 제시되어 있지 않으나, 기본적으로 일차보건의료서비스를 확충하며, 아프리카등 의료혜택이 불충분한 개도국에 만성된 질병의 퇴치등 헌신적인 의료활동을 제공하고 있다. 1회성 프로젝트형 기술협력 위주로 사업유형별 접근을 하고 있다. 원조우선순위국은 베트남, 팔레스타인, 인도네시아, 중국, 튀니지 등이며, 아시아와 아프리카 지역에 각각 27%, 26%로서 가장 많은 부분을 차지하였다. 프로젝트형 보건협력 실시 대상국은 중국, 파나마, 네팔, 몽고, 튀지, 불가리아, 페루, 베트남, 카자흐스탄, 코스타리카 등이 포함되어 있다.

인도주의 목적의 ODA이나 실상 자국의 경제이익과 관련되어 일본과 우리 나라의 경우 아시아와 아프리카 지역이 주 원조 대상국임을 알 수 있다.

점차적으로 대외원조정책을 바탕으로 최빈국 중심의 소수 주요 협력국을 전략적으로 선정하여, DAC 목표에 부응하는 가시적 성과 목표를 기준으로 한 성과중심적 전략적 접근으로 보건의료부문 원조정책의 기틀이 세워져야 할 것이다.

표 V-1.

보건협력정책비교분석

DAC	◆OECD/DAC의 보건의료목표 -2015년까지 유아 및 5세 미만의 어린이의 사망률을 1990년의 2/3으로 감축, 영아 1,000명당 사망률 35명 이하, 어린이 1,000명당 사망률 45명 이하, 임산부 사망률 3/4감소 -기초보건의료제도를 통해 생식보건제공		
국 가	미 국	일 본	한 국
보건협력목표	-임신율 20%↓ -5세 이하 아동과 영아의 사망률 25%↓ -모성사망율 25%↓ -새로운 HIV감염↓ -저체중아 비율감소	-DAC목표를 기본으로 가난근절, BHN충족되는 프로젝트를 개발도상국에 공중보건과 위생증진을 위하여 수행하고자 함.	-가시적 성과측정적 목표가 제시되어 있지 않으나 기본적으로 1차보건의료서비스를 확충하며,아프리카등 의료혜택이 불충분한 개도국에 만연된 질병의 퇴치등 인도주의에 의한 헌신적인 의료활동을 제공하고자 함
접근	<목표-관리-성과측정-평가 중심> <프로그램접근> <전략:JPPC>	<프로그램 접근>+ <사업유형별접근> -연합형프로젝트	<사업유형별 접근> -1회성프로젝트형기술협력위주

표 V-2. 보건분야 ODA 우선지역 및 국가

항 목	미 국	일 본	한 국
원조우선순위국(1998)	이스라엘, 이집트, 러시아, 보스니아, 페루	중국, 인도네시아, 태국, 인도, 필리핀	베트남, 팔레스타인, 인도네시아, 중국, 튀니지
지역별			
-Sub-Saharan Africa	12.1%	9.1%	아프리카 26%
-South and Central Asia	6.4%	19.3%	아시아 27%
-Other Asia and Oceania	6.5%	46%	오세아니아 4%
-Middle East and North Africa	15.8%	5.3%	중동 3%
-Latin America and Caribbean	19.4%	8.3%	중앙, 남아메리카 18%
-Europe and Unspecified	39.7%	12.1%	동구 19%
보건분야 지역, 대상국가	◇ Joint Programming 국가 -아프리카: 에티오피아, 가나 포함 7국 -아시아, 근동: 방글라데시, 이집트 포함 7국 -라틴아메리카: 페루	◇ 인구보건-필리핀, 인도네시아, 인도, 파키스탄, 방글라데시 ◇ 활동분포-아시아 50.7%, 아프리카 21.7%, 중앙·남아메리카 12%, 오세아니아 4%)	◇ 보건분야협력 프로젝트사업실시 주요대상국: 중국, 파나마, 네팔, 몽골, 튀니지, 불가리아, 페루, 베트남, 카자흐스탄, 코스타리카

2. 전달체계

OECD/DAC의 1998년 ODA 통계는 518억불로서 질적으로 볼 때 ODA/GNP ratio는 UN이 제시한 0.7%에 많이 미치지 못하는 0.24%로, 국민 1인당 원조부담금은 71불이다. 이중 사회하부구조는 30%, 보건·인구분야의 원조는 ODA의 6%에 해당하는 약 31억불의 규모로서 1990년대 소폭의 감소 경향을 보이고 있다.

미국의 1998년 ODA규모는 88억불로서, 일본에 이어 세계 제2위의 원조 국가이다. 사회하부구조는 31%, 6.8%의 인구보건사업을 포함한 보건·인구 영역은 약 12억불의 규모인 13.5%로서 전체 ODA 규모는 DAC 중 17%이지만, 보건·인구 영역에서 전세계 38%의 가장 많은 원조를 차지한다.

실제 미국의 대외 원조기관인 USAID는 국무성 산하 독립관청으로 정책 수립과 수행을 병행하며 양자간 원조의 50%를 담당하고 있다. USAID내 PHNC는 인구·보건·영양을 담당하는 센터로서 전세계에 위치하며, 현장지원과, 인구과, 보건·영양과로 구성되어 수혜국 중심, NGO, 다자간 기구, 각국 정부와의 협력을 유도하며 개도국 현장에서 보건프로그램을 수행하고 있다. 1998년 PHNC의 예산은 9억3,500만불로 세계 1위의 규모이다. 프로그램 수행시 당해연도 예산제도와 다년도 예산제도를 병행, 운용하므로 큰 규모의 장기적인 보건사업수행의 융통성과 융이성을 뒷받침하고 있다.

일본은 1998년 106억불의 ODA규모로 1994년 이후 세계 1위의 원고규모를 자랑하고 있다. 그러나, 전체 규모에 비해 사회하부구조는 21%, 0.65%의 인구보건사업을 포함한 보건·인구는 2.7%로서 약 2억 8천불의 규모이다.

일본의 ODA중 기술협력중심사업의 실시기관인 JICA내 의료협력부가 있

어 무상원조, 차관과는 별도로 보건분야 기술협력사업을 전담하고 있다. 당해연도 예산제도를 사용하고 있다.

우리 나라는 1998년도 1억8천만불의 ODA 규모로 KOICA 사업규모 내 사회하부구조는 52%, 보건·인구 협력은 13%로서 비율로서는 미국과 유사하며, DAC 평균을 능가하나, 실규모는 약 630만불 정도이다. KOICA내 인구보건사업 예산은 0.3%로 10만8천불에 해당한다. 외교통상부 산하 무상원조, 기술협력전담실시 기관인 KOICA는 사업유형별로 조직되어 있어 보건분야 협력 또한 각각 유형별로 실시하며 일본과 같이 단년도 예산제도를 사용하고 있다. 원조의 역사는 길지만, 실제 1990년대 한국국제협력단 설립이후부터 본격적인 원조가 시작되어 적은 규모에 맞는 조직의 운용으로, 선진국의 세계 수준에는 미흡함을 알 수 있다.

그러나, 현행 비교우위 분야로 격려되고 있는 보건분야 협력을 원조 예산의 지속적 증가와 현행의 단년도 예산제도에 다년도 예산제도의 병행, 보건분야 전담기관 설립으로 지속 장려하여, 과거 수원의 경험을 살린 효율적인 보건분야 원조를 발전시켜 나갈 수 있을 것이다.

표 V-3.

보건협력 전달체계 비교분석

항목	미 국	일 본	한 국
규모	◇ 1998년전체ODA- 88억불 ◇ ODA 중 사회하부구조-31% ◇ ODA 중 보건·인구-13.5%(약12억불) ◇ ODA 중 인구-6.8%(약6억3천만불) ◇ PHNC예산(보건·인구·영양)-9억3천5백만불	◇ 1998년도전체ODA-106억불 ◇ ODA중사회하부구조-21% ◇ ODA중보건·인구-2.7%(약2억8천불) ◇ ODA중인구-0.65%(6천8백만불)	◇ 1998년도전체ODA-1억8천만불 ◇ KOICA중사회하부구조-52% ◇ KOICA중 보건·인구-13%(630만불) ◇ KOICA 중 인구-0.3%(십만8천불)
예산제도	당해년도+다년도	당해년도	당해년도
조직	◇ USAID(1961) -국무성산하독립관청 -양자간원조의50%담당(정책+수행) ◇ USAID의 PHNC-OFPS (Contry Coordinator, Resource Persons),POP,HN	◇ JICA(1974) ODA중 기술협력중심사업실시기관(수행) ◇ JICA내 의료협력부	◇ KOICA(1991) 외교통상부산하무상원조,기술협력전담실시기관 ◇사업유형별 KOICA조직, 프로젝트1부에서 보건분야프로젝트전담

3. 사업

전 세계적으로 DAC가 제시한 바와 같이 아동보건, 모성보건, 일차보건의료, 생식보건 중심으로 보건협력의 수행이 이루어지고 있으며, HIV/AIDS, 감염성 질환은 1990년대 이후 새롭게 중요성이 부각된 분야이다.

1998년 미국 PHNC의 9억3,500만불의 예산은 아동생존 56%, HIV 21%, 감염성 질환과 모성보건의 각각 10%, 기타가 3%를 차지하였다. 1987년부터 1997년까지 실시된 HIV원조는 42개 나라에서 540개 프로젝트 실시, 150,000명을 훈련하고 감시 데이터베이스를 구축하였다. 1998년 인구보건사업은 다자간 7%, 양자간 93%의 6억3,000만불의 규모로 직접협력사업에 37%, 간접협력사업에 63%가 소요되었다. 성과중심의 미국의 일례로 아동보건 중 Oral Hydration Therapy를 통하여 10년에 걸쳐 35%에서 60%까지 수행이 증가하였다.

일본의 경우 ODA차관, 무상원조, 기술협력 패키지를 통합한 직접적인 인구보건 분야로 17%, 1억1,170만불, 기초보건 및 의료 63%, 기초교육 9%, 직업훈련 8%, AIDS 3%의 분포로 보건협력사업이 실시되었다. 형태별로 UNFPA, UNICEF, WHO등의 국제기구와 함께 의학장비보충 등 다자간 기술프로그램, 40.6%에 달하는 NGO와의 협력등을 하고 있다. 1988년에 1,214명의 연수생, 464명의 전문가 파견, 54개국 228명의 프로젝트형 기술협력사업, 170명의 봉사단원, 23개국에 24개의 응급원조프로젝트를 실시하였다. 프로젝트형 사업중 의료보건은 18%이며, 이중 일차보건의료는 26%에 달한다. 각 유형 뿐 아니라, 양자간, 다자간의 병행이나, NGO와의 연계활동 등 연계성있는 사업추진에 주력하고 있다.

KOICA는 1991년부터 1998년까지 14국을 대상 23개의 사업, 1,105만불의 프로젝트사업, 777만불의 물자지원, 17개 과정·257명 초청의 연수생초청, 151명의 정부파견의사, 103명의 봉사단원, 14개단체 34건 102만불의 NGO지원사업, WHO소아마비 퇴치 사업에 18만5,000불의 원조등의 규모로 보건협력사업이 실시되었으나 최근 경제적 상황으로 다소 감소되고 있는 추세이다. 적은 예산과 사업유형별 접근으로 미국, 일본과 같은 성과중심, 프로그램 중심의 사업접근을 실시하지 못하고 있으나 페루 병원 건립사업과 같이 초기 소규모의 지원사업에도 효율적 성과를 보이며 원조 비교우위분야로 효과를 검증받고 있다.

선진국의 수준에 비하면 인력이나, 재원면에서 적은 규모이나 과거 개발도상국으로서의 수원의 경험을 살린 인구보건 분야의 새로운 모델 개발을 통하여 현 개발도상국에 실질적인 도움을 줄 수 있는 보건협력 우위분야로 자리잡을 수 있을 것이다. 또한, 비정부 기구, 다자간 기구, 수원국, 정부간의 협력을 통하여 원조의 효율성을 도모하는 방향을 다각적으로 접근하는 것이 요구된다.

표 V-4.

보건협력사업수행비교

미 국	일 본	한 국
<보건> ◇ 아동생존 50% -예방접종, ORT, Vita ◇ HIV 21%-1987~1997년 42개 나라, 540개 프로젝트, 실제 훈련프로그램15,000명, 감시데이터 베이스구축 ◇ 감염성질환 10% - 22개나라 ◇ 모자보건 10% <인구보건> ◇ 6억3천만불(1998) ◇ 다자간-7% ◇ 양자간-93% ◇ 직접-37% ◇ 간접-63%	<형태별> ◇ 프로젝트형 중 의료보건은 18%,이중 PHC 26% ◇ 다자간-UNFPA, UNICEF,WHO의 학장비보충 다자간기술협력 ◇ 양자+다자-WHO, UNICEF와 번역프로그램 ◇ NGO와의 연계활동 - 40.6% ◇ 보건기술협력- 1214명의 연수생, 464명의 전문가 파견, 54개국 228명의 프로젝트 기술협력사업, 봉사단원 170명, 응급원조 프로젝트 23개국 24개 <주제별보건> ◇ 기초보건 및 의료63% ◇ 기초교육 9% ◇ 직업훈련 8% ◇ AIDS 3% (여기까지 7억9백칠십만불) ◇ 인구직접훈련17%: 1억천백7십만불-12개국 ODA차관+무상원조+기술 협력패키지:1994-1997	<1998년> ◇ 물자지원사업:8%,50만불 ◇ 인력파견사업:47%,360만불 ◇ 연수생초청사업:4%,21만9천불, 3과정58명 ◇ 프로젝트형사업:전체 프로젝트사업 중19.1%, 보건 중 32.2%, 186만불 <1991-1998> ◇ 프로젝트:14국23사업 1,105만불 ◇ 물자지원:777만불 ◇ 연수생:17개과정,257명초청 ◇ 정부파견의사:151명 ◇ 봉사단원 103명 ◇ NGO지원사업:14개단체34건102만불 ◇ 국제기구지원WHO소아마비퇴치사업 18.5만불 <인구보건> ◇ KOICA + 대한가족보건복지협회 + 유엔인구기금 :가족계획과 생식보건훈련사업 1991-1998년 19개국 129명 ◇ KOICA +한국여성개발원 :여성과 보건,1996-1998년, 14개국 52명 ◇ KOICA+한국보건사회연구원: 보건관리사회정책(공중보건 및 사회정책에 대한 개발도상국의 추진능력향상 1999)

VI. 요약 및 결론

보건의료는 개발의 핵심적인 요소의 하나로 개별 국가의 경제 사회 발전에 있어서 인간의 인적기본수요를 충족시키는데 매우 중요한 위치를 점하고 있을 뿐 아니라, 그 나라의 빈곤상황, 교육 등 전반적인 발전 수준과 깊은 상관관계를 갖고 있는 것으로서 세계화, 지식정보화 추세 속에서 좁아지고 있는 지구촌 사회의 주요 국제개발과제의 하나로 부각되고 있다.

실제로, OECD/DAC의 보건분야 원조는 1996년 인구영역을 포함하여 전체 원조의 6%를 차지하고 있으며, 인구·보건영역을 포함한 사회하부구조 서비스의 전체 비율은 30%정도이다. 전 세계적으로 빈곤계층 개도국 주민의 최소한의 인간적 삶을 위해 1차보건의료서비스의 확충이 보건의료개발의 최우선 과제로 추진되어야 하며, 인구·HIV/AIDS 등이 아동보건, 모성보건과 함께 새롭게 중요한 국제보건협력 사업의 패러다임으로 등장하고 있다.

그러나, 우리 나라는 국제개발협력 차원의 공적개발원조 중 보건의료부문만 특별히 구분되어 연구된 적이 없으며, 인구·HIV/AIDS 등 국제개발협력 분야 중 보건분야의 중요성이 높아져 가고 있는 시대적 요청에 부응하지 못하고 있는 실정이다.

본 연구에서는 문헌연구 및 관련통계 자료를 수집분석하여, 우리 나라 보건 분야 국제개발협력의 실태를 알아보고, 일본, 미국의 경우와 비교를 통하여 우리 나라의 특성에 맞는 국제보건협력의 방향을 검토해 보고자 하였다. 분석의 틀은 보건서비스 프로그램 평가체계의 틀을 응용하여 1) 보건의료 목표·전략 등을 포함한 보건정책, 2) 조직·재정을 포함한 투입차원의 전달체계, 3) 과정차원의 보건사업의 유형, 수행체제틀을 사용하였다. 또한, ODA

형태별, 주제별 분류 개념을 적용하였다.

첫째, 우리 나라의 국제보건협력의 대부분을 수행하고 있는 KOICA의 보건협력사업을 살펴보면, 1998년 보건·인구사업이 차지하는 예산은 13%로서 선진국 수준이나, 실제 630만불의 예산 규모는 상당한 차이가 있음을 보여준다. 이의 예산 규모로서 당해연도 예산제도를 시행하며 성과측정적 목표, 이에 준하는 행동전략의 수준에 미치지 못하지만, 기본적으로 1차 보건의료서비스를 확충하며, 아프리카 등 의료혜택이 불충분한 개도국에 만연된 질병의 퇴치 등 인도주의에 의한 헌신적인 의료활동을 제공하고자 하고 있다. 1회성 프로젝트형 기술협력 사업을 위주로 하되 물자지원사업, 인력파견사업, 연수생 초청사업 등 다양한 형태로 협력사업을 수행하고 있다. 1991년부터 1998년까지 14국 23개 사업, 1,105만불 지원의 프로젝트 사업, 777만불의 물자지원, 17개 과정, 257명의 연수생, 151명의 정부파견의사, 103명의 봉사단원, 14개 단체, 34건, 102만불의 NGO 지원사업, 18.5만불의 국제기구 지원사업을 수행하였다.

둘째, 일본, 미국의 경우와 비교하여 제시한 우리 나라 국제보건협력의 방향은 다음과 같다.

먼저, 정책면에서 DAC가 제시한 세계적 수준의 구체적인 목표 설정하에 이에 상응하는 최빈국 중심의 소수 중점 협력 대상국 선정, 미국의 JPPC 전략과 같은 국별, 수준별 구체적 전략 설정이 필요하다.

다음, 전달체계 측면에서 예산의 확충이 요구되며, 현재 단년도 예산 제도를 다년도 예산 제도와의 병행하여 장기적이고, 융통성 있는 국제보건협력의 제도적 기틀이 마련되어야 할 것이다. 또한, JICA의 의료협력부, USAID의 PHNC와 같은 전문조직, 전문인력 체계 구축으로 보건의 가지는 특성이 살

려져야 할 것이다.

마지막으로, 현재 1차보건의료 위주 사업을 지속 격려하되, 1회성 사업 위주에서 인구·HIV/AIDS 등과 같이 프로그램 중심의 연합형 프로젝트 접근이 장기적으로 수혜국 입장에서 도움이 되는 국제보건협력의 바람직한 방향이 될 수 있을 것이다.

이를 위해 무엇보다도 예산의 확충이 절실한데, 적은 예산의 효율적 사용을 위해 우리 나라의 실정에 맞는 비교우위 보건협력사업을 설정하여, 각국 정부, 수혜국, 비정부기구, 다자간 기구 등과의 다각적 협력을 통해 효과적인 원조가 이루어지도록 노력해야 할 것이다.

적은 예산 규모의 효율적인 국제보건협력 사업을 위해서는 우리 나라의 특성을 살린 비교우위 국제보건협력 사업을 발전시켜 나가는 것이 필요하다. 우리 나라는 1960년의 6.0에서 1995년도의 1.7로 대폭 낮아진 총출산력과 1960년의 60불에서 1995년도의 10,037만불의 GNP로 인구보건사업 분야에서 큰 성장을 이뤘는데, 이러한 발전의 단면은 인구정책 수립, 외원의 관리, 가족계획 보급, 피임기술, 홍보교육, 기관 설립 및 운영 등에서 40년간 수혜 받은 역사를 토대로 한 인구보건사업의 비교우위 분야를 의미한다. 인구보건사업 분야에서의 수혜, 원조 경험을 바탕으로 보건의료 부문의 기술협력과 프로젝트의 모델을 구축한다면, 우리 나라가 각 개도국의 현실에 부응하는 21세기 개발협력 과제를 개발하고 발전시켜 나갈 수 있을 것이다.

참 고 문 헌

< 국 내 문 헌 >

- 권영복. “우리나라의 ODA에 관한 정책 연구”. 성균관대학교 국제협력대학원, 1997.
- 권 율. 「OECD/DAC의 공적개발원조 논의와 동향-우리나라 ODA정책의 개선과제와 정책적 시사점」. 대외경제정책연구원, 1999.
- 윤해진. 「세계인구문제와 국제협력」. 한국국제협력단, 1999.
- 유승흠. 「양질의 의료관리」. 수문사, 1993.
- 유승흠. 「보건기획과 관리」. 수문사, 1995.
- 이보연. “일본의 ODA 정책에 대한 연구: 타일랜드의 사례를 중심으로”. 이화여자대학교대학원, 1999.
- 임홍재. “21세기 대개도국 기술협력: 과제와 대응방안”. 한국국제협력단, 1999.
- 이경구. “보건의료국제개발협력사업(무상기술협력 사업을 중심으로)”. 한국국제협력단, 1999.
- 장현식. “OECD/DAC 회원국의 원조체제 비교분석 및 우리의 국제협력 방향”. 한국국제협력단, 1999.
- 정준희. “한국과 일본의 대동남아 공적개발원조(ODA) 비교분석”. 고려대학교 국제대학원 석사논문, 2000.
- UNDP. 「한국에 있어서 빈곤퇴치전략」. UNDP한국대표부, 1998.
- 최민석. “보건의료분야 비정부조직의 활성화 방안”. 연세대학교 보건대학원, 1999.
- 한국국제협력단. 「1998년도 한국국제협력단 연보(Annual Report 1998)」, 1999.
- _____. 「제 4차 한,일 원조정책 협의회 결과 보고서」. 1998.
- _____. 「외국국제협력기관연수보고서」. 1992.
- 한국의료관리연구원. 「각국 의료제도비교연구」. 1994.
- 한국국제협력단예산팀. 「국제협력사업수행안내」. 한국국제협력단, 1998.
- 한국해외개발공사. 「세계의 국제협력개요」. 1990.

< 해 외 문 헌 >

- Economic Cooperation Bureau Ministry of Foreign Affairs. *Japan's ODA Annual REPORT 1995*, JAPAN's Association for Promotion of International Cooperation, 1995.
-
- _____, *Japan's ODA Annual REPORT 1997*, Japan's Association for Promotion of International Cooperation, 1997.
- Center for Development Information and Evaluation, *1997 Agency Performance Report*, U.S. Agency for International Development, 1998.
- Chang, HS, Fell, AM, and Laird, M. A Comparison of Management Systems for Development Cooperation in OECD/DAC Members. OECD, 1999.
- Japan's Ministry of Foreign Affairs, *Japan's Global Issues Initiative (GII) on Population and AIDS*, Japan's Ministry of Foreign Affairs, 1999.
- JICA. *JICA Annual Report*, 1998.
- _____. *JICA Annual Report*, 1999.
- Medical Cooperation Department Japan International Cooperation Agency. *Project Activities for Population and Health Development*. JICA, 1999.
- OECD. *The DAC Journal Development Cooperation 1999 REPORT*. 2000.
- Population Action International. *Paying Their Fair Share?*. 1998.
- USAID. *USAID Annual Report*. 1997.

참 고 Web Site

<http://www.oecd.org/dac>
<http://www.koica.or.kr>

<http://www.jica.go.jp>

<http://www.mofa.go.jp>

<http://www.mohw.go.jp>

<http://www.info.usaid.gov>

DAC thematic websites:

Aid evaluation: www.oecd.org/dac/evaluation

Development Indicators: www.oecd.org/dac/indicators

Development Statistics: www.oecd.org/dac/htm/dcdrsd-e.htm

Institution and Capacity Development: www.oecd.org/dac/tcnet

ABSTRACT

A Study on Present Status and Future Directions of the Official Development Assistance in Health Care Field of Korea

Park, Ju Ah

Graduate School of

Health Science and Management

Yonsei University

(Directed by Professor Han Joong Kim, M.D., Ph.D.)

Health care has been playing an important role to satisfy with the basic human needs which has a close relationship between social and economic development in each country. However, international cooperation in official development assistance(ODA) especially in the health care field in Korea has not been sufficiently studied. Although the significance of the international cooperation in health care field has been recognized more than ever before, health care issues including population, HIV/AIDS and many more issues have not been properly raised.

The purpose of this study is to review the present status of international cooperation in health care field of Korea and to propose future directions for 21st century after thorough analysis of that of Japan and the U. S.

First of all, Korean international cooperation in health care, carrying out by KOICA, consists of the activities for primary health care and the eradication of diseases in some developing countries where don't have available benefits for health care. From 1991 to 1997, KOICA had spent 14.53 million dollars for 22 projects in 15 different countries, invited 232 trainees, offered equipment supplies in the amount of 7.37 million dollars, sent 91 volunteers and medical experts, and had voluntary NGO projects with 87 million dollars. In 1998, KOICA's expenditure for international cooperation in health care field had allocated 6.3million dollars, which portioned 12.9%, including 0.3% in population and family planning programs. By the types of ODA, bilateral and multilateral assistance have been consisting of 96% and 4% respectively. In the bilateral assistance, the ODA allocated to the project assistance 30%, equipment supply 8% and technical cooperation 58% respectively.

This study is also proposing the future directions of international cooperation in health care field. The proportion of health care international cooperation in health care field in bilateral ODA is 10%, which is quite small portion for international development and this budget is too small to select the proper target for the programs and to execute the health care programme for international development and to assess the performance of the programs. Thus, in order for the effective operation with small budget, in the policy wise, it is necessary for reach the ultimate goal in the international cooperation 1) by selecting countries

concentrated in point of LLDC, LICs like JPPC of USAID, 2) by pursuing the multi-focused cooperation between Ministry of Finance, EDCF, NGO, International Organizations, and governments benefited and 3) by parallelling multi-years based budget system with the present of one-year based budget system for the establishment of long term target. In the aspect of organization, it is needed for experts and network system to connect the center and with regional offices, like the examples of medical cooperation by JICA and PHNC of USAID. And it is also desirable to change the approach for the policy implementation from the one-time project types of technical cooperation to multi-year composite projects combined with the target setting, policy assessment, ex post facto management including personnel, supplies, facilities management.

Korea has been acquired plenty of experiences in the field of population, due to implement population policies and family planning programs including the education and diffusion of contraception technique and information, and the establishment of the operation body.

In conclusion, it can be suggested that Korea be able to further develop the future, especially 21st century, international cooperation models and projects corresponded with the needs of developing countries based upon population health field experience.

Key Words: Interanational Development cooperation, Official Development Assistance, Health Care