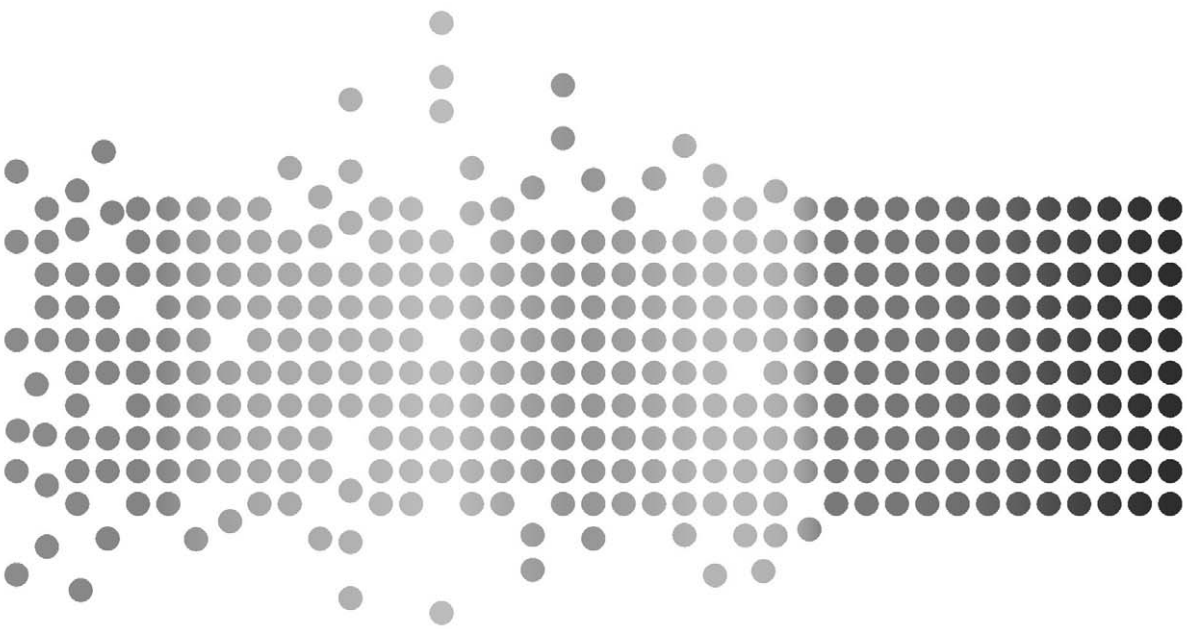
연구보고서 2011-41-2

한국 보건의료분야 공적개발원조(ODA)의 효과적 운영방안 연구

Study on Improving Effectiveness of Korea's Health Field ODA

홍석표 · 조명선 · 장진영



한국보건사회연구원

연구보고서 2011-41-2

한국 보건의료분야 공적개발원조(ODA)의 효과적 운영방안 연구

발 행 일 2011년 12월
저 자 홍 석 표 외
발 행 인 김 용 하
발 행 처 한국보건사회연구원
주 소 서울특별시 은평구 진흥로 235(우: 122-705)
전 화 대표전화: 02) 380-8000
홈페이지 http://www.kihasa.re.kr
등 록 1994년 7월 1일 (제8-142호)
인 쇄 고려문화
가 격 5,000원

ⓒ 한국보건사회연구원 2011

ISBN 978-89-8187-842-9 93330

머리말

한국은 1945년부터 원조를 받기 시작한 수원국에서 1990년대에 들어서면서 개발도상국에 원조를 하는 원조 공여국으로 전환하게 되었다. 수원국에서 공여국으로 전환되는 지위에 오른 것은 한국이 최초였으며, 2009년에는 한국이 OECD 개발원조위원회(DAC)에 회원국으로 정식 가입하면서 미국을 포함한 유럽 복지국가와 함께 선진국 대열에 합류하게 되는 명예를 얻은 바 있다. 우리나라 원조는 상당 부분 아시아 지역의 개도국에 지원되고 있으며 2010년 한국의 공적개발원조 지원 실적표에 따르면 전체 사업분야별 지원액 중에서 보건의료분야가 두 번째로 가장 큰 부분을 차지하고 있음을 알 수 있다.

우리나라 보건의료분야 ODA 사업 대상은 여성과 아동으로 선정되었으며, 여성과 아동을 타겟으로 하는 원조는 실제로 2000년 유엔(United Nations)이 발표한 여덟 가지 새천년개발목표(MDGs)중 보건의료분야에 해당하는 세 가지 목표와도 그 맥락을 같이 한다. 이를 미루어 볼 때 우리나라 보건의료 ODA는 그 목적과 방향성이 국제사회의 동향과 함께 하고 있음을 알 수 있다. 국제사회에서 지향하는 보건의료분야 ODA 이니셔티브에 발맞춰가는 것은 바람직한 움직임이지만 우리나라 내부적으로 원조 방식과 절차에 있어서 지적되고 있는 문제점을 인식하고 이에 대한 효과적인 방안을 강구하는 것이 중요하게 고려되어야 한다.

따라서 본 연구에서는 선진 공여국의 보건의료분야 ODA 진행방식 및 추진체계와 중점적으로 예산 지원에 있어 다양한 접근 방식을 고찰

하여, 우리나라 보건의료분야 ODA에 주는 시사점 및 미래에 대한 제언을 도출하고자 한다. 본 보고서는 홍석표 연구위원의 책임 하에 조명선 한국국제보건의료재단 사업부장, 장진영 연구원의 공동연구로 수행되었다. 연구진은 연구진행과정에서 많은 도움을 주신 관계 전문가 여러분 그리고 본 보고서를 세심히 읽고 많은 조언을 해준 본원의 김수봉 연구위원과 최성은 연구위원, 임은미 이화여대 국제대학원 교수에게 사의를 표한다.

끝으로 본 보고서의 내용은 저자들의 의견이 아니며 본원의 공식적인 견해가 아님을 밝혀둔다.

2011년 12월

한국보건사회연구원장

김 용 하

목 차

Contents

Abstract ····· 1

요 약 ····· 3

제1장 서론 ····· 9

제2장 한국의 공적개발원조(ODA) ····· 17

제1절 한국 공적개발원조 역사 ····· 17

제2절 한국 ODA 기본법령 및 목표 ····· 19

제3절 한국 ODA 지원 방식 및 형태 ····· 20

제3장 주요 선진 공여국의 ····· 27

제1절 일본 ····· 27

제2절 영국 ····· 30

제3절 유럽연합 집행위원회(European Commission) ····· 39

제4절 시사점 ····· 49

제4장 보건의료분야 ····· 55

제1절 일반 예산 지원(GBS: General Budget Support) ····· 55

제2절 국제보건파트너쉽(International Health Partnership) ···· 64

제3절 ODA의 효과성 제고를 위한 고찰 ····· 69

제5장 우리나라 보건의료 ODA 전략의 향후 방향 고찰 ····· 77
제1절 선진원조 사례를 통한 우리나라 보건분야 ODA 시사점 ····· 77
제2절 정책 제언 ····· 87

참고문헌 ····· 91

부록 ····· 99

표 목차

〈표 1-1〉 보건의료분야 한국 ODA Top 3 수원국의 사업 형태 ·····13
〈표 2-1〉 한국 개발협력 연혁 ·····18
〈표 2-2〉 양자간·다자간 공적개발원조(ODA) 지원현황 ·····22
〈표 2-3〉 소득수준별 양자간·다자간 지원현황 ·····22
〈표 2-4〉 한국 ODA 지원 형태 ·····23
〈표 3-1〉 예멘의 보건시스템 강화 사례(800만 유로, 2005~2009) ···40
〈표 3-2〉 EU의 혁신적인 자금지원 및 민간-공공부문 협력(PPP)을 위해 지원금 ·····42
〈표 3-3〉 방글라데시의 모자 보건 계획 지원사례(3100만 달러, 2007~2012) ·····45
〈표 3-4〉 EU의 열대소외 질환 등 전염병 퇴치에 지원금 ·····46
〈표 3-5〉 유럽연합 대표단의 HIV/AIDS 퇴치 네트웤 운영사례(2006~) ···47
〈표 3-6〉 EU의 소아마비 박멸 계획을 위한 지원금 ·····48
〈표 3-7〉 EU의 ITN수 지원 개수 ·····48
〈표 4-1〉 원조액과 국가예산 지출 ·····58
〈표 4-2〉 우간다의 다자간원조를 통한 GBS 지원사례 ·····62
〈표 4-3〉 IHP+ Global Compact 가입 파트너 ·····65
〈표 4-4〉 보건 관련 세부분야 조화를 주도하는 기관(Health-specific Harmonization Initiatives) ·····73

부표 목차

〈부표 1〉 G8 국가 보건의료분야 배정 ODA 총액 ·····100

그림 목차

〔그림 1-1〕 2005~2008 한국 ODA 보건의료분야 사업내역별 예산 비율 구성 ·····11
〔그림 1-2〕 한국ODA 분야별 사업형태별 총괄 ·····12
〔그림 1-3〕 2009년 한국ODA 보건의료분야 아시아지역 원조규모 비율 ·····12
〔그림 2-1〕 한국 ODA 운영 관계부처 ·····21
〔그림 3-1〕 2008년 영국 ODA 예산의 정부부처별 구성 ·····30
〔그림 3-2〕 2008년 DAC 회원국의 보건 분야 원조 ·····32
〔그림 3-3〕 국제 보건 정책 결정과정 ·····34
〔그림 3-4〕 DFID의 정책결정 ·····35
〔그림 4-1〕 개발협력의 주요 수단의 개별적 특성 ·····56
〔그림 4-2〕 IHP파트너 ·····66
〔그림 4-3〕 IHP의 관리구조 ·····67
〔그림 4-4〕 IHP+의 모니터링 프레임워크 ·····69
〔그림 4-5〕 파리선언의 5가지 원칙 ·····70
〔그림 5-1〕 보건 분야 ODA 지원액 및 비율(ODA Statistics, OECD) ·····77
〔그림 5-2〕 보건의료체계의 구성요소(WHO) ·····79

Abstract

Study on Improving Effectiveness of Korea's Health Field ODA

In recent years, through a variety of international organizations and public aid agencies, efforts to strengthen health care systems of underdeveloped countries is being made. By integrating existing vertical health services approach and the horizontal approach through enhancing the health care system, the diagonal approach for the synergistic effect with an integrated approach has been suggested as an alternative. Currently, Korea is providing combination of short-term projects such as hospital ward establishment, equipment supply, a small number of personnel training programs to the recipient countries by their request. Therefore Korea's ODA should improve equity, accessibility and responsiveness in health care systems of the recipient countries by strengthening their health care services, health care workers, health care information systems, pharmaceuticals, vaccines, medical technology, finance, leadership and governance,

요 약

□ 최근에는 국제기구와 다양한 공적 원조기관 및 대형 기금 등을 통해서 보건의료체계 강화에 대한 다양한 논의와 실질적인 사업지원이 이루어지고 있으며, 기존의 수직적 보건사업의 접근(vertical approach)와 단계별 보건의료 체계 강화 등을 통한 수평적 접근(horizontal approach)간의 통합적인 접근을 통하여 통합적인 동반상승효과를 추구하고자 하는 사선적 접근(diagonal approach)이 대안으로 제시되고 있다.

□ 우리나라의 수원국 요청에 의한 병동건립, 장비 보급, 소수의 관련 인력 교육의 조합형태로 진행되는 단기 프로젝트를 보건의료 서비스 제공, 보건의료 인력, 보건의료 정보체계, 의약품, 백신, 의료기술, 재원, 리더십 및 거버넌스 등 각각의 구성요소의 강화를 통해 보건의료의 형평성, 접근성, 반응성을 강화하고 사회적 재정적 보장, 효율성 제고하는 방향으로 개선해야한다. 이러한 접근 방식을 응용하면 특정 질환관리프로그램 추진 시 질환의 예방, 진단 및 치료와 동시에, 예방접종 사업을 추진하는 지역별 질환을 관리하는 인력, 시설, 장비에 대한 투자와 질환 감시, 그리고 진단체계 및 중앙 및 지방정부의 관련 정책 수립 등을 통해 사업의 효과성 및 효율성을 제고할 수 있다.

□ 우리나라가 그동안 수행해온 공적개발원조는「한국국제협력단법」에 따라 해외연수생 초청, 전문 인력 파견, 해외봉사단 파견 등 무상원조사업을 수행하고 있고, 개발도상국에 대한 차관지원 등의 유상원조는 「대외경제협력기금법」에 따라 기획재정부 산하 대외경제협력기금이 설치·운영되고 있어, 공적개발원조업무가 합의된 기본이념이나 원칙 수립이 미흡한 상태에서 부처별로 분산 추진되어 추진기관간 사업 중복 등 비효율을 초래하고, 유·무상 원조간의 연계가 저해되어 공적개발원조의 효율성을 저해해 왔다. 따라서 2011년 ~2015년 국제개발협력 기본계획 → 국별지원계획/분야별지원계획의 순으로 구체화하여공적개발원조가 전세계 건강증진을 위해 효과적으로 집행될 수 있도록 해야 한다. 구체적으로 2011년 ~2015년 국제개발협력 기본계획에 근거하여 보건 분야 ODA지원 액수, 달성 목표, 추진전략, 중점 지원 분야 및 지역, 세부 프로그램 등을 주요 골자로 하는 보건 분야 ODA 지원 전략 및 계획 수립이 필요하다.

□ 국가별 수요에 맞는 체계적 프로그램 및 맞춤형 컨텐츠 개발을 위해 수원국 중심의 체계적, 포괄적 수요조사를 실시하고 사업선정 시행과정에서 기관간/사업간 연계 및 협조를 통해 국제적 수준의 실무경험과 전문지식을 보유한 전문가 및 이들에 대한 유관기관간 정보공유하여 우수 정책과 프로그램을 개발해나가야 한다. 이를 위해 구체적인 세부내용은 알마아타 선언(1978년)에서 언급한 일차보건의료의 주요 우선순위에 근거하여 다음과 같이 제안해 볼 수 있다.

○ 주요 보건문제의 그 예방 및 그 관리방법에 대한 교육: 교육은 건강의 주요한 결정요인이므로 교육과 보건의료 사업이 병행하여 이루어질 경우 좋은 성과를 얻을 수 있다.

○ 식량의 공급과 적절한 영양 공급의 촉진: 문화적으로 적절한 식품의 이용가능성과 접근성제고는 사람들의 건강 증진과 영양실조

예방을 위해 매우 중요하다. 보건의료는 식품생산을 감독, 불균형한 식습관 예, 식품 위생과 생물학적 안전성에 대한 연구를 포함해야 한다.

○ 안전한 식수와 기초 위생의 적절한 공급: 일차보건에 거주지, 식수, 위생 등 환경의 지속가능성을 고려해서 이에 대한 계획을 수립해야 한다. 물의 공급을 활성화하고 안정적 음식의 공급, 위생 및 주거환경을 개선해야 한다.

○ 가족계획을 포함한 모자보건: UN MDG 중간보고에 따르면 모자보건사업은 MDG 달성이 가장 뒤쳐지고 있는 분야로, 제정 지원이 필요하며, 특히 사하라이남 아프리카와 남아시아에 관심을 기울여야 한다.

○ 이 외에도 풍토병을 포함한 주요 전염성 질환에 대한 예방접종, 흔한 질병과 외상의 적절한 치료, 필수의약품의 제공은 일차보건에서 꼭 해결되어야 하는 주요한 분야이므로 이에 대한 고려가 필요하다.

□ 현재 우리나라 중점지원국가인 26개국을 대상으로 국별지원전략이 수립되고 있고, 완료되는 시점인 2012년 이후에는 각 분야별/지역별 예산의 배분을 중심으로 더욱 구체적인 보건의료 ODA전략과 계획 수립이 가능하다고 본다.

□ 우리나라 보건 분야 ODA의 경우 개도국의 질환의 양상과 건강상태는 거의 우리의 과거 경험에 근거한 판단과 가정에 기초하여 이루어지고 있으나 유럽연합, 영국 등 선진 원조 공여국은 예방 가능한 질병을 막기 위해 더 노력하고 있고, 특히 개발도상국의 소외 질병에 대한 의료연구의 질과 양을 확대해나고 있다. 구체적으로 연구예산의 증가, 연구의 질을 관리 체계화, 연구 결과의 소통 확대, 수원국

의 역량 개발을 위한 연구, 소통과 파트너십의 기초가 되는 연구 등에 대한 정책수립과 노력이 필요하다.

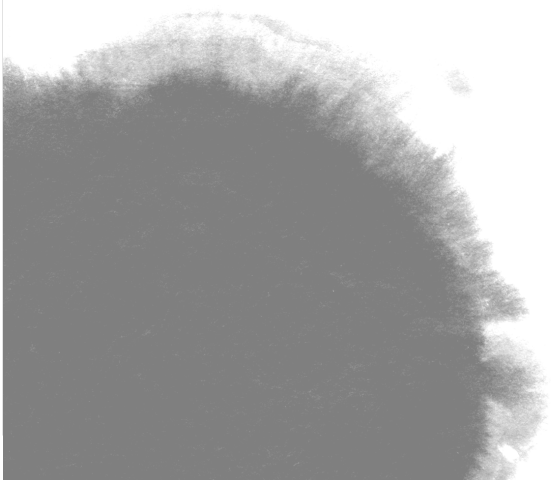
□ 신흥 공여국 네트워크등을 통해 워킹그룹을 구성하여 기존의 원조 규범을 학습하고 적극적으로 정책에 도입함은 물론 새로운 원조 체계, 질서를 갖추도록 해야 한다. 또한 신흥원조국이면서 둥북아에서 지리적으로 가까운 한중일 3국간 모자보건개선 등을 위해 구체적인 네트워크의 설립 및 운영을 생각해 볼 수 있다.

□ 우리나라는 예산지원이 없고 프로젝트 원조의 비중이 높아 수원국 PFM 시스템 사용률이 낮다. 따라서 우리나라의 수원국 PFM 시스템 사용률 제고를 위해서는 예산지원을 포함한 프로그램 기반 원조(Programme Based Approach, PBA)확대가 필요하다. 프로젝트 원조 지원 시 수원국이 원조 자금을 예산에 반영할 수 있도록 원조 재원 흐름의 중장기 예측성 강화된다는 장점이 있다. 이를 위해서는 보건 분야만 아니라 전체 원조의 방식에 대한 논의와 합의가 전제되어야 하겠다.

□ 일차적으로 원조를 수행하는 인력에 대한 기술지원을 통해 단기적인 성과를 도출하고 있는 호주의 사례를 통해서 우리나라 '보건의료분야 원조를 위한 기술지원'의 네트워크의 필요성이 제시되었다. 우리나라도 원조수행기관과 전문부처 간 협력을 통해 보건 분야 사업수행 인력이 다양한 전문가와의 교류를 제공하며, 이를 통해 직원들은 효율적인 원조 프로그램을 계획·관리하고, 정책적 참여에 필요한 지식적 기반과 기술적 지원을 받을 수 있게 해야 할 것이다.

01

서론



제1장 서론

2009년 한국이 OECD 개발원조위원회(DAC)에 정식 회원국으로 가입한 것을 계기로 앞으로 공적개발원조(ODA: Official Development Assistance) 예산이 크게 늘어날 것으로 예상된다. 한국 ODA규모가 2010년 GNI 대비 0.1%(1조 6000여억원) 수준으로 DAC 회원국 평균(0.28%)의 3분의 1 수준밖에 되지 않는 상황이지만 2015년까지 GNI 대비 0.25% 달성을 목표로 하고 있다. 원조 규모 자체가 단순히 증가하는 것뿐만 아니라 우리나라 ODA사업 추진체계와 효과성을 보다 체계적이고 선진화할 필요가 있다.

UN이 발표한 새천년개발목표(MDGs) 총 8가지 목표에는 보건의료 분야 관련 3가지 목표가 포함된다. 2015년 목표달성 시점을 앞두고 세계적으로 빈곤감소 및 삶의 질 향상을 위한 필수 조건인 보건의료 환경 개선을 위해 많은 개발도상국에서 현재 보건의료분야사업이 활발히 진행되고 있는 상황이며, MDGs의 보건관련 총 3가지 목표 중 모성보건 및 아동보건 관련 내용이 2개의 목표로 선정됨과 함께, 점차적으로 확대되고 있는 모자보건향상을 위한 글로벌 이니셔티브에 동참해야 할 의의가 있다.

한국의 공적개발원조 지원 실적 통계표에 따르면 사업 분야별 지원액 중 보건의료분야 원조가 가장 큰 부분을 차지한다. KOICA 통계자료에 따르면 2010년 총 무상원조 지원액 약 5247억원 중에서 보건의료분야 지원이 약 898억원으로 총 ODA규모의 17.1%에 해당한다. 최근 KOICA

의 보건의료분야 타켓 그룹이 여성과 아동으로 선정되었고, 국내외적으로 보건의료분야의 중요성과 관심이 더욱 고조되고 있는 만큼 원조액의 증가뿐만 아니라 효과성과 지속가능성을 고려한 사업 추진 필요성이 제기되는바 실제적이고 포괄적인 연구가 요구된다.

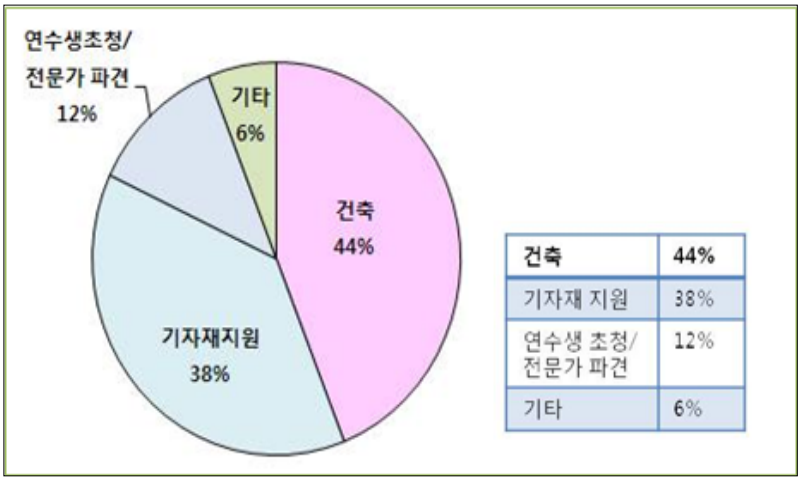
한국 보건의료분야 ODA사업 대부분이 병원·보건소 및 기타 의료시설 건축사업 및 의료장비, 약품·기자재 지원사업과 같은 물적 협력에 치우친 경향이 두드러지며, 한 예로 한국 보건의료분야 원조의 두 번째 최대 수원국인 베트남의 경우 대규모 병원 건립사업 이후 상호협력 계획은 전무하고, 단순히 건물 증여 형태로 사업이 그치는 사례가 많다. 또한 편중된 의료시설 및 장비의 지원은 의료 활동을 왕성하게 하여 약품을 비롯한 소모성 의료용품의 소비를 촉진시켜 원활한 공급이 우려될 수 있다.[1] 대부분의 사업이 하부구조(병원·진료소 건립, 수질개선을 위한 시설 등)를 강화하는 지원에 집중되어 있는 것도 문제지만 시설지원 이외에 기술지원 프로그램(가족계획, 전염병 퇴치 등)의 경우 상위하달식의 수직적인 구조로 이루어져 진행되기 때문에 얼마만큼 수혜자의 필요를 반영하며 수혜범위는 어느 정도인지 파악하기에 어려움이 있다.[2]

현지 여건상 의료시설이나 장비를 유지·보수할 여력이 없을 수 있고, 또한 현지의 교육훈련 수준이 원조 받은 장비를 충분히 이용하지 못할 수 있기 때문에 장기간의 협력 및 교육사업이 함께 추진되어야 할 필요성이 있다. 즉, 단순히 의료장비나 시설을 제공하는데 그치는 1회성 사업이 아닌 원조를 받은 수원국에서 스스로 의료장비를 이용하고 관리해 나갈 수 있도록 수원국과 공여국 간의 인적교류 및 지식과 기술의 전달 등 보다 원조의 내용과 범위를 확대해야 할 필요가 있다. 실제로 한국과 수원국의 인적 교류는 형식적인 1~2주 간의 상호 방문과 단기 연수

1) 장경원(2009), 보건복지의료분야 ODA(공적개발원조)사업의 효율적 추진방안 개발연구, 보건의료 정책보고서(2009년 6월), pp.161.
2) 고경민, 이희진(2008), 한국 공적개발원조(ODA)의 문제점과 혁신방향, 국가전략 제14권 4호(2008년), pp.86~87.

프로그램에 그치기 때문에 실제로 수원국의 입장에서 지식 및 기술을 습득할 만한 충분한 시간과 기회를 갖는데 한계가 있다.[3)]

〔그림 1-1〕 2005~2008 한국 ODA 보건의료분야 사업내역별 예산비율 구성



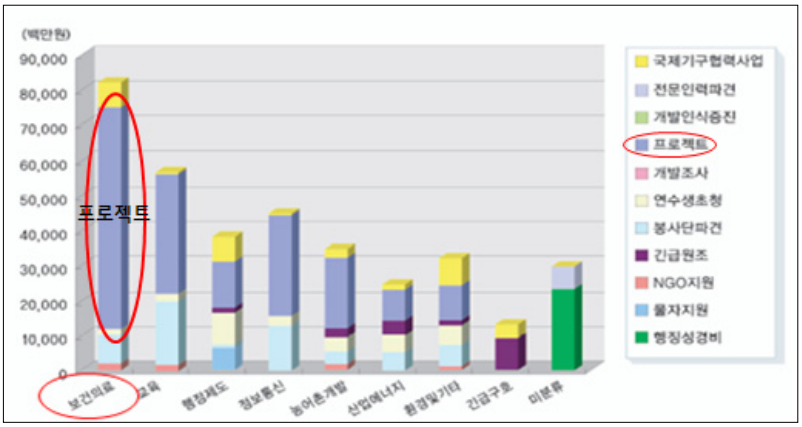
자료: 메디피스(http://www.medipeace.org/)[4)]

보건의료분야에서 하나의 프로젝트 사업이 국가별 보건의료분야 ODA 예산의 평균 30%이상을 차지할 정도로 한 사업의 비중이 매우 크며, 객관적으로 성과 측정이 용이하고 사업의 효과성을 증대시킬 수 있는 프로그램형 사업과는 다르게 목표 달성과 성과 측정이 어려운 프로젝트형 사업을 수행하고 있다. 아래 표에서 보면 보건의료분야로 한국의 ODA지원은 가장 크지만 원조의 많은 부분이 프로젝트형 사업 중심으로 쓰이고 있다.

3) 장경원(2009), 보건복지의료분야 ODA(공적개발원조)사업의 효율적 추진방안 개발연구, 보건의료 정책보고서(2009년 6월), pp.161~162.

4) 메디피스는 Medipeace는 보건의료활동을 통해 세계평화에 기여하고자 2009년 한국에서 시작된 글로벌NGO이며 'Peace Asia'의 의료지원 위원회로 2001년부터 러시아 연해주, 중국 동북3성 등 동북아시아 지역에서 의료지원 및 빈곤감소 활동을 전개하였음.

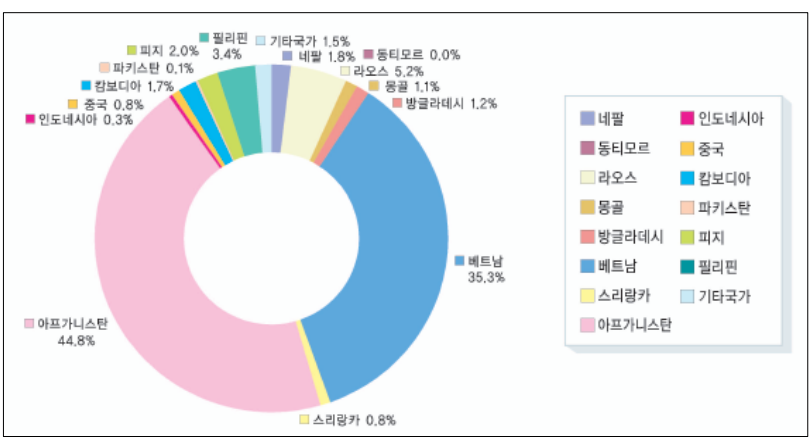
〔그림 1-2〕 한국ODA 분야별 사업형태별 총괄



자료: KOICA(2009), 2009 KOICA 대외무상원조실적 통계, 한국국제협력단(2010년 12월), p.19.

또한 보건의료분야의 ODA사업은 수원국의 상황과 필요를 우선 고려하여 계획되기 보다는 그동안 해오던 사업이나 원조제공 절차가 비교적 단순한 사업을 진행하는 경향이 있는 것을 미루어 볼 때, 사업형태가 제한적이고 선진 공여국에 비해 상대적으로 내부자원 부족과 역량 미흡 등의 문제점이 제기되고 있다.

〔그림 1-3〕 2009년 한국ODA 보건의료분야 아시아지역 원조규모 비율



자료: KOICA(2009), 2009 KOICA 대외무상원조실적 통계, 한국국제협력단(2010년,12월), p.20.

보건의료분야 한국 ODA 수원국 중에서 원조 규모가 가장 큰 3개 국가의 세부 사업 형태를 보면 아래의 표와 같고, 주로 프로젝트, 연수생초청, 봉사단파견의 공통적인 사업 형태를 보이고 있음을 알 수 있는데, 즉 사업분야가 제한적이고 비교적 간접적 지원에 머무르는 것이 문제가 된다.

〈표 1-1〉 보건의료분야 한국 ODA Top 3 수원국의 사업 형태

(단위: 백만원, 천불, %)

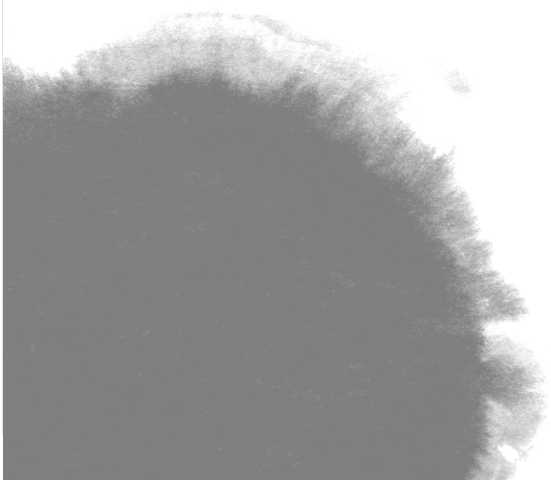
국가	금액		비율	사업형태	세부내역
	원	달러			
아프가니스탄	17,674	13,874	44.8	프로젝트	아프가니스탄 파르완 의료지원(2008~2011/3,030만불)
				연수생 초청	SAARC(South Asian Association for Regional Cooperation) 특별연수 - 인구와 생식보건 2명 - 보건의료정책 및 프로그램관리 2명 - 전염병 관리 2명 - 결핵관리 2명 - 지역의료보건 발전 1명
베트남	13,915	10,923	35.3	프로젝트	베트남 중부지역 종합병원 건립사업, 베트남 끼엔장성 우밍 및 빙빙남지역 식수개발사업(베트남 끼엔장성 식수개발사업)
				연수생 초청	연구와 생식보건 2명, 전통의학 현대화 2명, 베트남 지역의료보건 발전 12명
				봉사단 파견	치과 일반의 1명, 외과 일반의 1명, 임상병리 1명, 물리치료 1명, 간호 6명, 내과 일반의 1명
				NGO 지원	타이빙성/라이처우성 식수공급 및 이동진료사업, 베트남 빈곤층 장애인 재활 및 사회통합지원사업, 베트남 썩션현 빈민 의료 진료소 운영사업
라오스	2,032	1,595	5.2	프로젝트	볼리칸군 7개 마을 식수개발사업(중앙 및 남부지역 식수공급 및 위생분야 타당성조사사업), 라오스 아동병원 건립사업(2009~2011/350만불)
				연수생 초청	인구와 생식보건 1명, 전통의학 현대화 2명, 라오스 병원운영 및 보건정책 12명, 보건의료정책 및 프로그램 관리 1명
				봉사단 파견	정형외과 일반의 1명, 영양 1명, 임상병리 1명, 방사선과 일반의 2명, 소아과 일반의 1명, 간호 10명, 내과 일반의 3명, 보건일반 3명
				NGO 지원	라오스 루앙프라방 기초보건 사업

자료: KOICA(2009), 2009 KOICA 대외무상원조실적 통계, 한국국제협력단(2010년,12월), pp20~21

따라서 보건의료분야 ODA사업에 있어 선진 공여국 중에 벤치마킹할 수 있는 국가를 선정하고, 그 나라의 원조형태와 사업내용을 살펴봄으로써 우리나라 ODA사업의 나아가야 할 방향을 모색하는 것이 본 연구의 목적이다. 본 보고서의 2장에서는 한국의 ODA사업에 대해 전반적으로 살펴보고, 3장에서는 주요 선진 공여국의 최신 ODA사업 동향을 파악하고자 한다. 그리고 4장에서는 보건의료분야의 ODA 전략 및 정책을 살펴보고 5장에서는 향후 우리나라 보건의료 ODA 전략 수립 방안에 대해 고찰해보고자 한다.

02

한국의 공적개발원조(ODA)



제2장 한국의 공적개발원조(ODA)

제1절 한국 공적개발원조 역사

해방 이후 경제발전을 이루는 과정에서 우리나라는 1990년대 후반까지 약 127억 달러의 원조를 받는 원조 수혜국이었으나 1960년대부터 일부 원조를 제공하기 시작하여 1987년 대외경제협력기금(EDCF: Economic Development Cooperation Funds) 창설과 1991년 한국국제협력단(KOICA: Korea International Cooperation Agency) 설립을 바탕으로 본격적인 원조 공여국으로 활동하기 시작 하였다.

한국이 국제사회에서 공여국으로 인정을 받게 된 계기는 2009년 11월 25일 선진 공여국의 모임인 OECD 개발원조위원회(DAC: Development Assistance Committee)[5]에 가입한 이후 공식적으로 원조를 받던 '수혜국'에서 원조를 베푸는 '선진 공여국'으로 주목받게 되었다.

5) 선진국의 개발도상국 원조를 통할하는 OECD(경제협력개발기구) 산하기구로서 개발도상국에 대한 개발원조를 추진하기 위한 정보와 의견 교환, 개발 조정 등을 목적으로 함(자료: DAC, 開發援助委員會, Development Assistance Committee, 네이버 백과사전).

〈표 2-1〉 한국 개발협력 연혁

구분	연도	내용	주관부처
1960년대	1963	미국 AID원조계획 및 자금에 의거 개도국 연수생 초청훈련 최초 실시	외무부, 과학기술처
	1965	정부자금에 의한 연수생초청사업 시작	외무부, 과학기술처
	1967	정부자금에 의한 전문가파견사업 시작	외무부, 과학기술처
		UN 및 기타 국제기구와의 협력 사업으로 외국인 초청 실시	
	1968	정부자금에 의한 기술공여 시작	과학기술처
1970년대	1975	개도국 기능공 초청연수 시작 • 1975~1982년은 과기처에 위탁 실시 • 1983년 이후 노동부 자체 실시	노동부
	1977	UN 및 기타 국제기구와의 협력사업으로 외국인 초청 기자재 등 물자공여 사업 시작	외무부
1980년대	1981	공동 연구사업 시작	KAIST
	1982	국제개발연찬사업(IDEP)시작	KDI
	1983	건설기술자 초청연수 시작	건설부
	1984	무상건설 기술용역사업 시작	건설부
		직업훈련원 설립지원 시작	
	1987	대외경제협력기금(EDCF) 창설	재무부
		과학재단에 대외기술공여사업 업무위탁	외무부, 과학기술처
	1988	대 개도국 통신기술지원 무상용역사업 시작	체신부
	1989	한국청년해외봉사단원(KYV)파견사업 시작	UNESCO
		무상기술용역사업 시작	경제기획원
		대외경제협력기금 최초 자금지출	한국수출입은행
1990년대	1991	한국 무상원조 전담기관 한국국제협력단 설립	
	1992	프로젝트사업 시작	한국국제협력단
	1995	국제협력요원파견사업 시작	한국국제협력단
		민간원조단체(NGO)지원사업 시작	한국국제협력단
	1995	국제협력연수센터(ICTC)개원	한국국제협력단
	1996	대외경제협력기금 누적승인액 10억달러 초과	재경부
2000년대	2000	대외경제협력기금, IDBD와의 최초 협조 융자 승인	재경부
	2002	아프간 지원사업 시작	한국국제협력단
	2003	이라크 지원사업 시작	한국국제협력단
	2004	대외경제협력기금 누적승인액 2조원 초과	재경부
	2005	서남아시아 지진해일복구(스나미)지원사업 시작	한국국제협력단
	2008	대외경제협력기금 연간승인액 1조원 최초 초과	재경부
	2009	대한민국 정부파견 해외봉사단 단일 브랜드 'World Friends Korea'출범	한국국제협력단

자료: 한국국제협력단 홈페이지(http://www.koica.go.kr/)

제2절 한국 ODA 기본법령 및 목표

우리나라는 1990년대 전후로 대외경제협력기금(EDCF: Economic Development Cooperation Fund)과 한국국제협력단(KOICA:Korea International Cooperation Agency)의 설립 이후 본격적인 원조 공여국으로 활동하기 시작하면서 국제사회의 쟁점 현안에 보다 집중하게 되었다. 빈곤퇴치와 원조 효과성 제고는 국제사회의 ODA 지원에 있어 쟁점이 되는 이슈로서 지속적인 논의가 이루어지고 있는 가운데 우리나라는 ODA의 양적·질적 향상에 노력을 기울이고 있다.

공여국으로서 역할을 일관성 있고 투명하게 수행해 나가기 위해 2009년 개발원조위원회(DAC)의 24번째 회원국으로 가입한 후, 그 이듬해 2010년 1월 25일 「국제개발협력기본법」이 제정되었다. 같은 해 7월 26일부터 시행되었고, 국제개발협력기본법은 한국 ODA의 기본정신과 목표에 대한 구체적인 내용을 담고 있다. 기본법 제3조 1항의 내용에 따르면, "국제개발협력은 개발도상국의 빈곤감소, 여성과 아동의 인권향상 및 성평등 실현, 지속가능한 발전 및 인도주의를 실현하고 협력대상국과의 경제협력관계를 증진하며 국제사회의 평화와 번영을 추구하는 것을 기본정신으로 한다."고 밝히고 있다. 이와 더불어 우리나라 국제개발협력 목표를 다섯 가지로 설정하고 있는데 그 내용은 다음과 같다.

첫째, 개발도상국의 빈곤감소 및 삶의 질 향상

둘째, 개발도상국의 발전 및 이를 위한 제반 제도·조건의 개선

셋째, 개발도상국과의 우호협력관계 및 상호교류 증진

넷째, 국제개발협력과 관련된 범지구적 문제해결에 대한 기여

다섯째, 그 밖에 제1항의 기본정신을 달성하기 위하여 필요하다고 인정 되는 사항

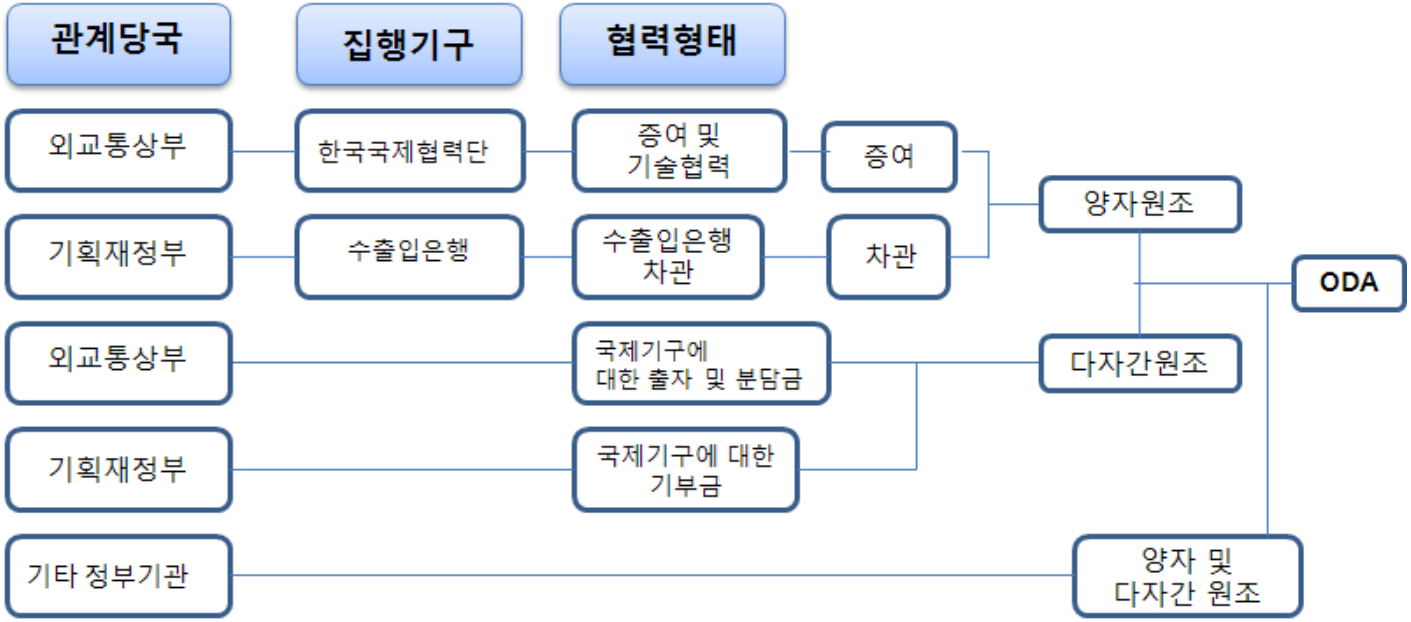
국제개발협력기본법은 언급된 기본정신과 목표의 내용에서도 알 수 있듯이 ODA 사업의 방향과 기본적인 틀을 명시하고 있으며, 현재 한국의 ODA 정책을 규정하는 가장 높은 단계의 법적 규범이기 때문에 그 함의와 영향력은 크다고 할 수 있다. 또한 ODA 지원형태로써 유상, 무상원조 관련법에 대한 내용과 우리나라 무상 원조집행기관인 한국국제협력단의 한국국제협력단법 그리고 유상원조를 담당하는 경제개발협력기금의 대외경제협력기금법의 내용을 구체적으로 설명하고 있다.

제3절 한국 ODA 지원 방식 및 형태

1. 한국 ODA 지원 방식

〔그림 2-1〕에서 알 수 있듯이 우리나라 ODA 지원체계는 상당히 다원화되어 있음을 알 수 있다. ODA사업을 진행하는 주체가 어떠한지에 따라 크게 두 가지 원조 지원방식이 있다. 먼저 양자간(bilateral) 원조는 상환의무가 따르지 않으며, 증여 및 기술협력과 같은 무상원조는 외교통상부 산하의 한국국제협력단(KOICA)에서 담당하고 있다. 반면 다른 나라 혹은 국제기구에 양허적 성격의 공공차관으로 법적 채무를 동반하는 유상원조는 기획재정부 대외경제협력기금(EDCF), 그리고 기타 정부부처 및 기관, 지방자치단체에서 담당하고 있다.

〔그림 2-1〕 한국 ODA 운영 관계부처



자료: DEVELOPMENT OF CO-OPERATION OF THE REPUBLIC OF KOREA(2008), OECD special review

원조 지원방식에 있어서 또 다른 하나는 다자간 원조(multilateral)이다. 국제기구에 대한 출자 및 분담금은 외교통상부를 비롯한 정부부처에서 맡고 있고, IMF, World Bank, UNDP 등 국제개발금융기구에 대한 출연 및 출자금은 기획재정부에서 담당하고 있다.

〈표 2-2〉 양자간·다자간 공적개발원조(ODA) 지원현황

구분	총지원액		비율 (%)	국가수	기구수	사업수 (신규)	인원 (신규)
	금액(₩)	금액($)					
총계	524,731	454,156	100	124	14	345 (238)	6,782 (5,339)
양자간증여	503,286	435,594	95.9	124	0	345 (238)	6,782 (5,339)
다자간증여	21,446	18,561	4.1	0	14	0	0

자료: 2010 KOICA 대외무상원조실적 통계(원 단위: 백만원, 달러 단위: 천달러)

〈표 2-3〉 소득수준별 양자간·다자간 지원현황

사업분류	총지원액		비율(%)	국가수
	금액(₩)	금액($)		
총계(A+B)	524,732	454,155	100.0	124국 14기구
양자간증여(A)	503,286	435,594	96	124국
최빈국(LDCs)	211,974	183,464	40.4	45국
저소득국(LICs)	97,257	84,176	18.5	16국
중저소득국(LMICs)	159,287	137,863	30.4	40국
고중소득국(UMICs)	3,940	3,410	0.8	21국
수원국리스트외 지역	16	13	0.0	2국
미분류	30,812	26,667	5.9	0국
다자간증여(B)	21,446	18,561	4.1	14기구

지료: 1) * 미분류는 행정성경비 및 개발인식증진 비용 포함.
2) 2010 KOICA 대외무상원조실적 통계(원 단위: 백만원, 달러 단위: 천달러)

2. ODA 지원형태

〈표 2-4〉 한국 ODA 지원 형태

주 체	상환의무 유무	원조상태
양자간	무상원조 (증여, Grant): 상환의무 없음	프로젝트 원조 및 프로그램 원조 기술협력 예산지원 개발식량원조 긴급재난구호 채무탕감 NGO에 대한 지원
	유상원조 (비증여, Non-grant): 상환의무 있음	차관 주식취득
다자간	국제기구 출연(분담금) 및 출자 국제기구에 대한 양허성 차관	

자료: 공적개발원조(ODA) 사업 평가(2010), 국회예산처

앞서 언급되었듯이 양자간 원조의 경우 상환조건에 따라, 즉 공여된 원조자금에 대한 수원국의 상환의무의 유무에 따라서 무상원조와 유상원조로 구분된다. 그런데 양자간 원조에 있어서 한 가지 더 살펴보아야 할 것은 지원형태에 있어서 구속성(tied aid) 원조와 비구속성(untied) 원조로 구분된다. 구속성원조는 수원국의 수입물자나 용역의 조달처를 공여국 또는 일부 소수국가에 국한하는 경우를 말하며, 이러한 제한이 없는 경우는 비구속성 원조이다.

03

주요 선진 공여국의 보건분야 원조 동향

제3장 주요 선진 공여국의 보건분야 원조 동향

제1절 일본

일본 ODA 헌장에 의하면 외무성(Ministry of Foreign Affairs)이 일본 개발협력의 중심역할을 하며, 산하기관인 JICA와 함께 실제로 일본 ODA의 약 65% 이상을 담당하고 있다. ODA에 참여하는 다른 부처로는 세계은행, IMG 및 지역개발 은행에 내는 기여금을 담당하는 재무성(Ministry of Fianace)이 있다. 또한, 재무성과 더불어 경제산업성(Ministry of Economy, Trade and Industry)은 JICA의 차관을 승인하는 업무도 맡고 있다. 경제산업성은 일본 ODA 예산의 4% 정도를 가지지만, 공공-민간 파트너쉽에서도 중요한 역할을 담당한다. 전체적으로 보면, 3개 부처(외무성, 재무성, 경제산업성)가 일본 ODA의 92%를 차지하고 있으며 기타 부처는 기술협력 같은 적은 규모의 개발협력 사업에 참여하고 있다[6].

일본의 국제 보건 정책은 한마디로 모자보건에 대한 접근성을 보장(Ensure Mothers and Babies Regular Access to Care)하는 EMBRACE로 표현된다.

6) OECD(2010). Japan: Development Assistance Committee(DAC) Peer Review

1. 비전

일본 외교정책전략의 필수적인 부분 중 하나는 국제보건사업에 기여하는 것이다. 안보실현을 통해 새천년개발목표(Millennium Development Goals)를 달성하고자 하는 일본의 새로운 정책은 MDGs의 진척을 방해하는 병목현상들을 찾아내어서 좀 더 효과적이고 능률적으로 목표를 달성하는 것이다.

2. 목표

일본은 5년간 10억 달러를 투입하여, 국제 파트너십을 구축하고 지속가능한 보건시스템 강화를 보장하기 위해 다음과 같이 노력할 것이다. 이미 과학적으로 증명된 방법들을 통해 모자 생존율을 늘리고 영유아의 건강을 개선시켜 MDGs 4, 5를 보다 빨리 달성 할 것이다. 공여국 간 협력으로 파트너 국가의 신생아 296만명을 포함한 약 1천130만명의 아동을 구한다. 공여국 간 협력으로 파트너 국가의 약 43만명 산모를 구한다. 에이즈·말라리아·결핵 퇴치를 위한 Global Fund를 늘여 에이즈, 결핵, 말라리아 퇴치와 관련된 MDGs 6을 진척시킬 것이다. 이를 위해 Global Fund에 대한 추가적인 재정후원과 일본의 양자원조를 상호보완적으로 활용한다. 공여국간 협력으로 파트너 국가의 에이즈 약 47만 명, 결핵 약99만 명, 말라리아 약 330만 명의 질병으로 인한 사망을 예방한다.

3. 새로운 접근법

양자원조 및 다자기구와 파트너십 원조를 전략적으로 사용하여, 증거에 기초한 접근법의 시행을 통해 보건시스템을 강화한다. UN의 에이전

시, 다자기구, 비정부기구(NGO), 민간부분 단체, 학습기관을 포함한 국내·외 원조 제공자의 전략적인 파트너십 구축, 수원국의 주도와 리더십 촉진, 보건사업에 필요한 재원을 확보하고 일본의 핵심능력을 능률적이고 효과적으로 전달, 달성할 수 있는 목표를 설정하고 이에 적합한 감독 및 평가 방법을 통해 책임성을 강화한다.

또한 원조 효과성에 대한 파리 선언(Paris Declaration on Aid Effectiveness)의 원칙을 지키고 국제적으로 공인된 목표를 달성한다. 국제보건개발에 필요한 역량을 키워 국제보건개발의 구조를 강화한다. 특히 정책입안과 정보통신 인력을 개발하여 국제보건시스템을 강화하고 국제보건정책입안에 앞서 전문성과 투명성을 보장한다.

4. 원조 수단

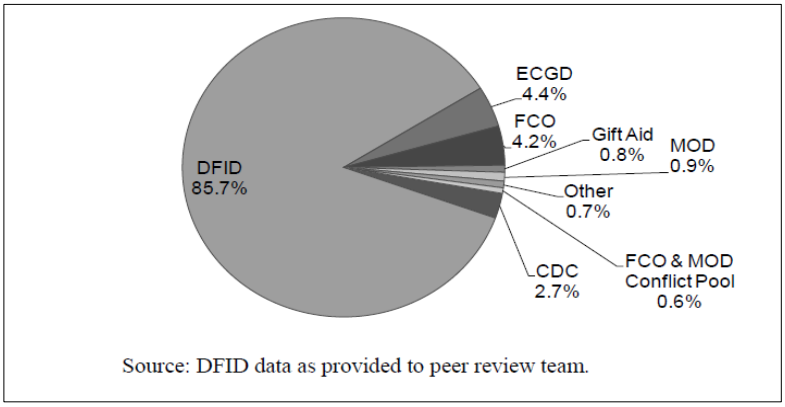
수원국이 주도권을 가지고 성장해야 하므로 이를 위해 파트너국가의 보건시스템 강화하기 위해서 다음과 같이 원조를 제공한다. MDG 4와 5의 달성을 위해 보건사업 강화를 방해하는 병목현상들을 찾아내는데 집중하며, 프로그램 접근법을 기반으로 한 효과적인 예방 및 임상적 개입 패키지를 실행하여 궁극적으로 지역 사회와 의료시설 차원에서 모자생존율을 증진시킨다. 그리고 획기적인 전략들을 사용하여 그 지역 사회와 의료시설의 네트워크를 개발하고, 유아건강 증진에 기여한다. MDG 6인 에이즈, 결핵, 말라리아 확산을 막고 이러한 질병으로 인한 사망을 줄이기 위해서 일본은 국제기금(Global Fund)을 통해 실행되는 효과적인 개입들을 확대할 것이다. 국제기금을 통한 통합적 접근과 동시에 일본의 양자원조를 이용하여 보건 시스템 강화와 모자보건 프로그램을 지원할 것이다.

기타 국제긴급구호가 필요한 상황과 자연재해로 인한 보건위기상황에 적극적으로 지원하여 평화창설과 지역사회의 안정을 도모한다.

제2절 영국

영국은 정부에 DFID(Department for International Development 국제개발부)를 설치하여 정책결정과 원조를 직접 관장하는 체계로, 우리나라와는 많이 다른 구조를 가지고 있다. 2008년 DFID는 영국 ODA의 86%를 담당하였으며, 그 외 ODA는 14개의 정부부처에서 담당하였다. 채무탕감(debt relief)은 수출보증 보험기관(Export Credits Guarantee Department: ECGD), 순투자는 CDC Group plc(CDC)가 담당하였다. 보건부의 ODA 사업의 예산은 공식적으로 할당되어 있지 않은 것으로 나타났다.[7].

〔그림 3-1〕 2008년 영국 ODA 예산의 정부부처별 구성



주: ECGD(Export Credit Guarantee Department), CDC Group plc(formerly Commonwealth Development Corporation), MOD(Ministry of Defence)

영국은 유럽에서 국제보건에 가장 많은 기여를 하고 있는 국가로, 2008년 공적개발원조(ODA, official development assistance)를 위해 115억 달러를 지출했다. 그 중 20%를 차지하고 있는 13억 5천 달러는

7) OECD(2010). The United Kingdom: Development Assistance Committee(DAC) Peer Review

보건 분야에 집행되었다. 영국의 개발원조금은 법적으로 빈곤 퇴치만을 위해 쓰일 수 있으며 영국의 이익을 위해서 쓰일 수 없도록 되어 있다. 영국의 국제 보건을 위한 자금은 DFID를 통해 총괄적으로 지출되며 영국 보건 분야의 우선순위는 말라리아 퇴치와 모자보건증진이다. 또한 영국정부는 2013부터 총국민소득(GNI, gross national income)의 0.7%를 ODA를 위해 사용할 계획이다.

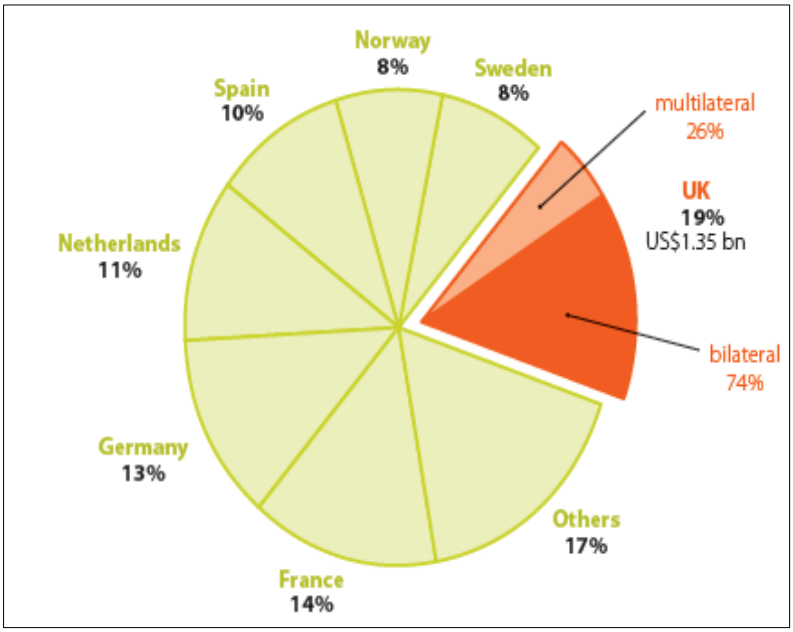
1. 국제 보건의 우선순위와 전략

영국은 국제 보건과 개발에 많은 기여해왔고, 아프리카와 새천년개발목표(MDGs, Millennium Development Goals)의 달성에 많은 관심을 기울여 왔다. 영국의 보건전략과 우선순위는 영국보수당의 '국제개발 녹서(Conservative party's green paper on international development 2009.7)'와 국가개발부 '비즈니스 플랜 2011~2015(DFID's Business Plan 2011–2015)'에 근거하여 우선순위를 6가지 제시하였다. 구체적으로 MDGs를 포함한 국제사회에 내세운 공약을 이행하며 돈의 가치를 중시하고, 지출에 대한 투명성을 높여 부의 창출을 위해 노력한다. 또한 취약하고 갈등을 겪고 있는 국가의 정부 및 안보를 강화하고, 여성의 삶의 질 향상 시키며 기후 변화에 대처한다.

국제보건 개선을 위한 말라리아 퇴치와 모자보건증진을 위해 매년 말리리아 퇴치를 위한 원조기금으로 쓰이는 23천만 달러를 2014년까지 78천만 달러로 늘리고, 여성 삶의 개발을 위해 2015년까지 수혜대상인 산모와, 신생아, 아동의 수를 두 배로 늘릴 것을 2010년 공약하였다. 영국은 개발도상국의 모성보건 계획을 지원하기 위해 미국, 호주, 빌 멜린다 게이츠 재단과 새롭게 동맹을 맺고, 지금까지 집중적으로 진행해 온 보건시스템 강화와 HIV/AIDS 퇴치 분야를 계속 지원하며 영양실조 퇴치와 같은 새로운 부문도 지원 할 것이다. 영국의 예산 계획에 따르

면 총국민소득의 0.7%를 ODA로 사용하는 국제목표를 2013년에는 달성할 것으로 보인다. 유럽연합은 2015년까지 총국민소득의 0.7%를 ODA를 쓰이는 것을 목표로 삼고, 2010년까지 0.51%를 임시 목표로 세웠다. 2010년 영국의 총국민소득의 0.56%가 ODA를 위해 쓰인 것은 그 목표를 달성한 셈이다.

〔그림 3-2〕 2008년 DAC 회원국의 보건 분야 원조



*Others: Austria, Belgium, Denmark, Finland, Greece, Ireland, Luxembourg, Portugal

영국의 2008년 ODA재정의 12%는 보건 분야를 위해 쓰였으며, 이 중 74%는 양자원조로 분류되고, 26%는 다자원조로 경제협력개발기구(OECD) 개발원조위원회(DAC)를 통해 쓰였다. 또한 영국은 개발도상국에 일반예산 지원(General Budget Support)을 하고, 이 중 보건 분야에 쓰이는 부분도 있으나 보건 분야 ODA에 해당되지 않는다.

2. 양자간 원조

영국은 2008년 약 10억 달러를 보건 분야를 위한 양자간 ODA 비용으로 사용했고, 이는 국가 프로그램과(country program) 국제/정책 프로그램(international/policy program)으로 나눠져 사용되었다. 보건 분야의 예산 할당은 다년간 국별 전략(Country Plans)에 기반한 국가 주도의 상향식 접근을 통해 이루어졌다. 양자 간 원조금의 대부분은 국가 프로그램에 사용되고 약 1/4은 특정한 정책이나 지역, 국제기구에 쓰이는 국제/정책 프로그램에 지출되며, 공동 다자 공여국 기금을 위한 원조와 국제 NGO를 위한 핵심 원조, 연구비 원조 등도 국제/정책프로그램에 포함되어 있다.

3. 다자간 원조

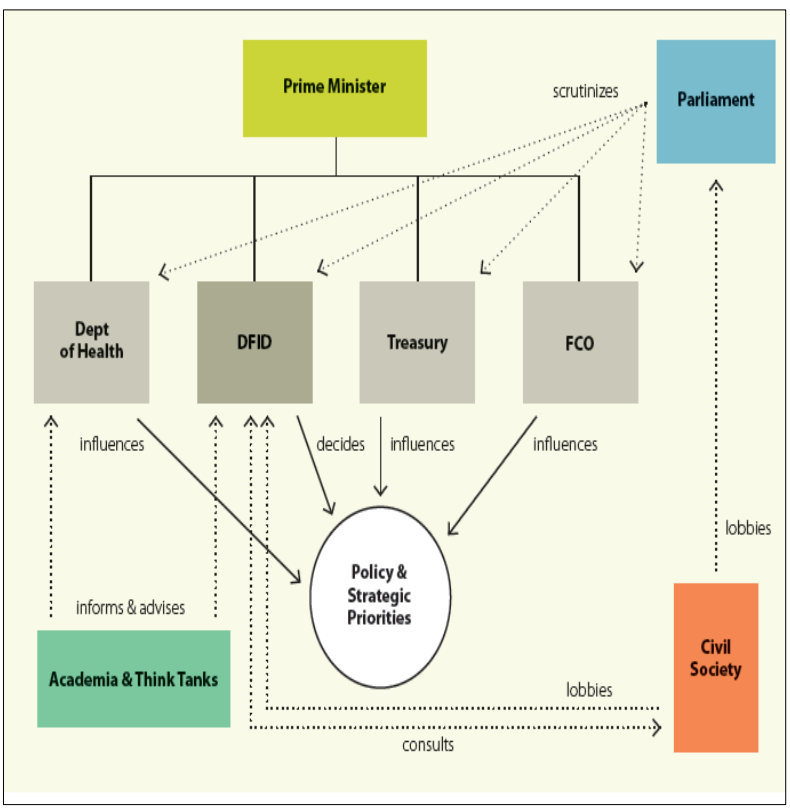
영국은 2008년 다자간 ODA비용으로 3억5천1백만 달러를 지출했고, 유럽연합 집행위원회(European Commission), 세계은행그룹(World Bank Group), 국제기금(Global Fund)과 유엔(UN)등이 지원을 받는 주요 다자간기구이다. 영국은 2010년 3월에 영국은 23천만 달러를 10년에 걸쳐 가비연합(GAVI Alliance)을 지원하기로 했고, 2008년에는 4천만 달러를 국제의약구매기구(UNITAID)에 지원했고, 20년에 걸쳐 25억 8천만 달러를 국제면역 금융기구(IFFIm)에 투자를 약속했다.

4. 국제보건 정책 결정과정

국제보건정책 결정에 중요한 기관들은 다음과 같다. 수상은 영국 국제보건정책에 매우 중요한 역할인 전체적인 정부체계와 장관들의 업무를 결정한다. 재무부는 국가 예산을 관리하고 있어 DFID의 정책과 프

로그램에 영향을 끼쳤다. 외교업무를 수행하고 있는 영국 외무 연방성(FCO, Foreign and Commonwealth Office)은 국제사회와 지역별 다자간 기구를 돕는 일에 영국이 참여하도록 하였다. 국제보건을 위한 영국 외무 연방성의 주 업무는 외교적 차원에서 DFID의 업무를 정치적으로 지원해 주는 것이다. DFID(국제개발부)는 1997년 FCO에서 분리되어 새로운 부서를 구성했다. DFID는 90개국에 원조하고 있으며 40개의 개발도상국에 지사를 두고 있다.

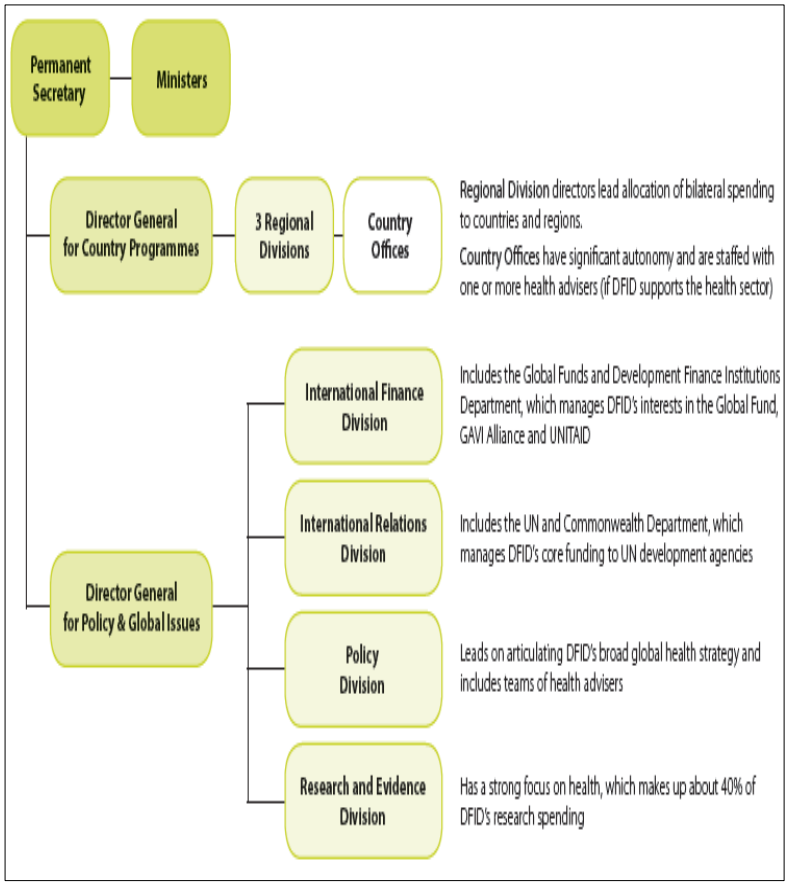
〔그림 3-3〕 국제 보건 정책 결정과정



5. DFID의 정책결정

DFID는 정치적, 공공행정조직 내에서 리더십을 가지고 있다. 부서를 이끌고 있는 리더들은 DFID의 업무와 정책을 설정하고, 부서가 국제보건사회에서 우선순위를 잘 설정할 수 있도록 돕는 역할을 한다. 50명의 보건 전문인 자문위원단은 각자 담당하고 있는 지사와 본부에서 모든 부서의 보건정책에 관한 자문을 담당하고 있다. 국제 보건에 영향을 미치는 정책 결정은 DFID의 여러 부문에서 실행된다(그림 3-4 참조).

〔그림 3-4〕 DFID의 정책결정



보건부(The Department of Health)는 영국 내 보건 시스템을 책임지고 있지만, DFID의 지원과 함께 WHO와 영국의 관계를 이끌어나가는 등 국제 보건에 매우 큰 역할을 맡고 있다. 보건부는 WHO를 통한 원조 등을 하고 있고, 영국의 국제보건 지출의 아주 적은 부분을 담당하고 있으며 주로 전형적인 공공보건 문제들을 다루고 있다.

가. 의회(Parliament-the House of commons and Lords)

의회는 입법기관으로서, 수상과 모든 장관들은 의회의 구성원(Members of Parliament, MPs)이고 입법 과정은 정부의 의해 강력히 관리되고 있다. 국제보건정책과 가장 관계가 깊은 위원회는 국제개발위원회(International Development Committee)이고, 하원들에 의해서 임명된다. 임명된 사람들은 DFID의 지출에 대한 정밀한 검사를 비롯해 기관의 모든 것과 관련된 공공기관들을 조사한다. 위원회는 DFID가 기여하고 있는 다자간 기구와 비정부기구의 정책과 과정에도 관심을 가진다. DFID는 자체 내에서 정책들을 만들며, 이러한 정책은 국제개발의원회의 검토와 조사로 인해 영향을 받을 수 있다. 최근에는 국가별로 이루어지고 있는 DFID의 HIV/AIDS 전략과 프로그램을 조사하고 검토한다.

나. 국제보건사업과 관련된 하원선정위원회는 다음과 같다.

○ 보건위원회(Health Committee): 보건부의 지출, 운영, 정책과 국제보건사회에서 맡는 역할을 조사하고 검토한다.

○ 외무 위원회(Foreign Affairs Committee): 재무부의 지출, 운영과 정책을 조사하고 검토한다.

○ 공공회계위원회(Public Accounts Committee): 정부에 속한 모든

부서의 재정에 대한 감독을 담당하고 있다. DFID가 사용하는 재정의 효율성도 감독한다.

All-Party Parliamentary Groups(APPGs)는 입법기관의 공식석상에 있진 않지만, 특정한 질병에 관한 우려를 나타내고 토의할 수 있다. APPGs는 의회의원, 민간 부문과 비정부기구를 한 자리에 모을 수 있다. 국제보건사업과 과련된 APPGs의 사업은 말라리아, 열대소외질환, 폐결핵, HIV/AIDS 퇴치와 인구, 개발, 생식보건 증진이다. APPG가 개별적으로 영국의 국제보건정책에 미치는 영향은 원조의 양과, 회원이 누구이고, 회의에 참석하는 이가 누구냐에 따라서 달라진다.

다. 시민 사회

영국은 대중매체, 개발협력 비정부기구 커뮤니티가 잘 형성되어있다. 이러한 커뮤니티는 정부와 긴밀히 일하고 있으며, HIV영역에서와 같은 중요한 분야와 관련하여 영국 국제보건정책에 큰 영향을 미친바 있다. 영국에 있는 다수의 비정부기구들은 특정한 문제나 질병에 초점을 맞춘다. 영국의 보건 분야에 있는 비정부기구를 전체적으로 통솔하는 국제기구는 없지만 HIV/AIDS, 생식보건과 권리와 같은 특정한 이슈에 대해 함께 협력하도록 도와주는 NGO 간의 소통망은 매우 잘 형성되어있다. 로비 활동은 크게 비공식적인 네트워크와 이전에 NGO나 학계에서 일한 경력이 있는 DFID 직원, 공공부문에 종사고 있는 사람들의 관계를 기반으로 두고 있다. 개발도상국의 자선기관 외에도 영국의 100개가 넘는 시민사회기관들이 DFID의 재정 지원을 받고 있다. 2009-10년도에 DFID가 영국의 시민사회기관에 지원한 금액은 총 36천 2백만 파운드였고 그 중 매우 작은 부분만 보건 분야로 들어왔다.

라. 학교, 연구후원, 싱크탱크와 미디어

다른 나라에 비해 영국의 학교나 싱크탱크는 국제보건정책에 많은 영향을 끼치며, 국제보건프로그램에 참여하는 학교는 DFID로부터 지원을 받는다. 가장 영향력을 많이 미치는 학교는 런던 위생열대의과대학(The London School of Hygiene and Tropical Medicine) 와 리버풀 열대의과대학(The Liverpool School of Tropical Medicine)이다. 그리고 생물 의학과 국제 보건 수준 향상을 위해 가장 많이 원조하고 있는 비정부 펀더(funder)은 웰컴트러스트(Wellcome Trust)임. 싱크탱크와 자문기관들은 국제보건과 관련된 기술적 전문가의 의견을 제공하기 때문에 DFID의 지원을 받는다. DFID와 학교와 싱크탱크에서 종사하는 사람들 사이에는 "회전문"이 있다고 한다. 영국 의학 잡지들은 보건 분야에서 일어나고 있는 국제적 이슈들을 강조하여 정책대화로 이끌어가고 가끔은 영국신문도 이에 반응하여 국제보건만을 다루는 기사를 내기도 한다.

6. 예산

부처지출한도액(Departmental Expenditure Limits; DEL)은 다년도 지출보고서(Spending Review)에 제일 먼저 제시되고, 이는 매년도 예산안에 따라 변경될 수 있다. DFID의 부처지출한도액은 2012-13년에는 78억에서 88억 파운드, 2013-14년에는 113억으로 늘어날 것이다.

제3절 유럽연합 집행위원회(European Commission)

1. 보건개발 자금 조달과 보건시스템 강화

가. 질병퇴치와 보건시스템 개선

2008년과 2009년에도 강조 되었던 것처럼 EU는 전염병 퇴치와 보건시스템 강화를 위한 600억 달러를 포함한 기존의 약속사항들을 재천명하고 이를 위해 약속한 600억 달러를 제공하도록 노력하고 있다. 유럽연합 집행위원회(The European Commission)은 원조효과성에 대한 파리 선언(Paris Declaration on Aid Effectiveness)과 아크라 행동강령(Accra Agenda for Action)의 원칙에 따라 주로 예산지원을 통해 수원국에 ODA를 제공한다. 유럽연합 집행위원회는 공여국과 개발 협력국을 동원하여 한 국가가 주도하는 보건 전략을 실행함으로 목표를 달성하려고 하는 International Health Partnership(IHP)를 전적으로 지지한다. 2007년 창설된 IHP는 자금지원 공약사항을 더 조화롭게 만들고, 국가 보건 계획을 개발하고 시행하는데 앞서 국제기구, 공여국, 수원국이 잘 협력할 수 있도록 돕는 것을 목표로 한다.

2010년 유럽연합 집행위원회는 '국제보건사회에서 유럽연합의 역할'이라는 국제 전략을 발표했고 목표는 다음과 같다.

- ○ 거버넌스: 유럽연합은 유엔과 세계 보건 기구(World Health Organization)와 함께 현재 대단히 많은 수로 분리되어있는 보건 의료서비스 프로젝트의 숫자를 줄이고, 대신에 더 크고 조직화된 계획을 수립한다.
- ○ 의료서비스 접근성: 개발도상국과의 진솔한 대화와 공정한 원조 분배로 연결되는 신뢰도가 높은 유럽연합의 원조 약속을 통해 수원국 모두가 접근 가능한 보건의료 시스템을 만들도록 돕는다.

○ 정책의 조율과 일관성: 유럽연합은 국제 보건과 관련된 문제를 다루는 개발 정책에 더 많은 관심을 기울인다.

유럽연합 집행위원회는 보건 ODA와 개발도상국과 관련된 연구비로 매년 1억 1천만 유로를 매년 사용하고 있다. 연구는 HIV, 결핵, 말라리아, 소외된 열대질환과 보건 서비스에 대한 조사를 포함한다.

또한 유럽연합 집행위원회는 2004년부터 유럽과 개발도상국의 임상실험 파트너십(EDCTP)에 2억 유로를 지원하였고, 이는 HIV와 결핵, 말라리아 임상실험과 사하라 사막 이남의 역량개발을 위해 쓰이고 있다.

〈표 3-1〉 예멘의 보건시스템 강화 사례(800만 유로, 2005~2009)

예멘의 산모들은 아직도 제대로 된 보건서비스를 받지 못하고 있다. 전체 임산부 중 숙련된 의료진으로부터 진료를 받아 본 여성의 수는 50%도 안됐었다. 지역사회기반 보험(Community Based Heath Financing, CBHF) 기금은 모성 보건에 대한 접근성 강화를 위해 만들어졌다. 이 프로그램은 자발적인 멤버십과 원조로 이루어진다는 원칙으로 사회적으로 가장 혜택을 받지 못하는 사람들을 위해 쓰였다. 이 프로그램에 등록된 가구는 연회비를 내고 계약된 제공자로부터 보건의료 서비스를 받았다. CBHF의 가장 큰 장점은 규모가 작다는 것과 융통성 있게 적용되었다는 것이다. 예멘의 생식 보건 서비스를 개선하였다. 타이즈(Taiz)와 라흐(Lahj) 행정단위에 지속가능한 필수 보건 서비스 패키지를 효과적으로 제공하고 혜택 범위를 넓히는 것을 목표로 했다. 구역 단위와 행정단위의 합리적인 인력관리를 확립하고, 양질의 보건의료 서비스 제공했으며, 보건의료 서비스 기금과 보건의료 분야 재정 관리 합리화하는 성과를 달성했다.

나. 에이즈, 결핵, 말라리아 퇴치 글로벌 펀드(GFATM)를 위한 재원 동원

유럽연합 집행위원회는 2010년에 이루어진 유엔 정상회의와 에이즈, 결핵 말라리아 퇴치 기금(GFATM) 보급 컨퍼런스에서 현재 1억 유로인 연간 원조를 3년간 10%증액, 즉 추가적인 3천만 유로를 약속하였다.

다. 민간-공공부문 협력(Public Private Partnerships, PPPs)[8]과 사전 구매 약정(Advance Purchase Commitments, APC)[9]을 지원

이를 통해 에이즈·말라리아·결핵·열대 소외질환의 백신, 살균제, 의약품의 개발을 장려하였다. 이를 실행하기 위해 기본 연구에 대한 보안으로서 가치 있는 G8 글로벌 HIV/AIDS 백신 엔터프라이즈를 기반으로 두고 직접투자를 늘렸으며, 시장 인센티브에 대한 작업을 진전시켰다.

유럽연합 집행위원회는 획기적인 방법으로 소외질환 퇴치에 힘쓰는 두 기구를 원조하고 있다. 유럽과 개발도상국의 임상실험 파트너십(EDCTP)은 유럽연합에 속한 14개 국가와, 스위스, 노르웨이 그리고 사하라 사막 이남에 위치한 47개국이 협력 파트너십이다. 이들은 HIV/AIDS, 말라리아, 결핵 퇴치를 위한 새로운 의료기술을 개발하고,

8) Public Private Partnerships은 특히 인프라 건설에 정부와 민간사업자가 공동으로 참여함으로써 효율적으로 자원을 활용할 수 있는 혁신적인 대안으로 부각되고 있으나, 적절한 사업자 선정, 정부와 민간사업자간의 리스크 배분, 적절한 계약관계의 설정 등 위험요인도 상존하다. 특히, PPP가 예산상의 제약을 회피하기 위해 활용되는 경우, 대규모 우발채무를 야기함으로써 재정의 위험요인이 됨

9) Advance Market Commitments(AMC)는 빈곤국에서 만연하는 소외질병(neglected diseases)을 치료할 백신이나 의약품이 시장실패로 인해 개발되지 못하는 문제를 해결하기 위한 제도적 장치임. 본래의 개념은 "선행적 시장조성"이나 본 보고서에서는 "사전 구매 약정"이라고 함

사하라 사막 이남에 위치한 국가들이 이러한 역량을 향상하고 지속할 수 있도록 돕는 것을 목표로 삼고 있다. 유럽과 개발도상국의 임상실험 파트너십은 모범적인 파트너십 모델로 알려져 있다. 아프리카와 G8은 EDCTP 파트너십을 통해 다양한 여러 계획들은 실현해 왔다.

〈표 3-2〉 EU의 혁신적인 자금지원 및 민간-공공부문 협력(PPP)을 위해 지원금

(단위: 백만 USD)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
IFFIm						
AMC						
GAIN						
IAVI			1,4	1,5	1,4	
UNITAID						
Others-IPM			1,9	2,1	2,0	
Others-AMANET	1,5	1,5	1,7	1,8	1,7	

그 중 하나가 MEPI(Medical Education Partnership Initiative)로 이는 사하라 사막 이남에 위치한 30개의 연구소 사이에 형성된 네트워크를 지원하고 있는 기관인데, L'Aquila와 Muskoka에서 열린 G8 정상회담 이후 이에 대한 결과물로 미국정부가 만든 보건과 교육부를 MEPI에 포함시켰다.

IMI(Innovative Medicines Initiative)는 유럽연합과 EFPIA 사이에 있는 경쟁 이전 단계의 연구(pre competitive[10] research)' 플랫폼으로 2008년~2017년까지 유럽연합으로부터 총 예산 10억 유로를 약속 받았다. IMI는 유럽에서 가장 큰 민관협력체로 이는 협동 연구 프로젝트와 의료 부문 산업과 학계의 네트워크를 형성해서 더 안전하고 좋은 의료제품이 더 빨리 개발되는 것을 목표로 삼고 있다. IMI와 같은 경쟁

10) Pre-competitive는 신기술 개발을 위한 이종, 비관련 산업 및 기업 간의 제휴를 의미하며, 제휴를 통해 개별적 업체가 독자적으로 보유하고 있는 기술의 융합으로 신기술 신제품 개발을 추구하는 경우임

전 연구 플랫폼은 연구개발의 효율성을 향상시키고, 개발된 성과는 해당 분야의 다양한 보건의료제품을 개발하는데 매우 유용하며 현재 결핵 퇴치를 위한 약품의 개발이 진행 중이다.

유럽연합 집행위원회는 아프리카를 위한 제품 개발을 위한 PPP를 원조하고 있다. 국제 AIDS 백신 계획(International AIDS Vaccine Initiative)은 2006~2009년 까지 300만 유로를 지원받았고, 국제 살균제 파트너십(International Partnership for Microbicides)은 420만 유로를 지원받았다.

라. 방역 활동과 경보 체제가 취약한 국가들의 진단 능력과 바이러스 연구 개선

유럽연합 집행기구는 아프리카의 8개국과 카리브해 연안 2개국에서 WHO와 함께 5년 동안 2천5백만 유로 프로젝트를 통해 국가들의 준비 및 대응능력을 강화해왔다. 구체적인 지원으로 아프리카의 서부와 중앙에서 일어나는 출혈열 통제를 위해 2008년~2010년까지 200억 원을 지원했다.

마. 보건의료 인력 보급(인구 천명당 2.3명. WHO)

G8에 속한 멤버들은 보건의료 인력이 커버할 수 있는 혜택범위를 늘이려 하고 있고, 우선적으로 보건의료인력의 수가 턱없이 부족한 아프리카부터 시작했다.

유럽연합은 개발도상국에 부족한 보건의료 인력을 보충하기 위해 European Programme for Action을 도입하였다(2007~2013). 이 프로그램은 국가적, 지역적, 국제적 차원에서 할 수 있는 행동조치를 다담고 있다. 유럽연합 집행위원회는 또한 의료 분야에 있는 인력의 이주

와 두뇌유출 문제를 다루기 위해 유럽연합 내부 방침을 도입했다. 정책의 일관성을 기하기 위해 유럽연합은 내부 방침을 제정했고 이러한 정책의 근간에는 개도국 보건 분야자체 정책을 상당 부분 고려했다.

2007~2013년까지 이 분야를 위해서 4천만 유로가 배정되어있고, 국제보건인력연합(Global Health Workforce Alliance, GHWA)에 대한 지원을 통해 국가가 보건인력(Human Resources for Health, HRH) 관리를 할 수 있는 능력과 지식을 쌓을 수 있도록 돕고 있다. 2010년에는 보건인력양성과 산모 건강 증진과 관련된 프로그램을 위해 800만 유로가 지원되었다.

유럽연합 집행위원회는 ANDI(African Network for Drugs and Diagnostics Innovation)를 위해 2009년~2012년까지 5백만 유로를 후원하며 이는 WHO의 기술적 지원과 함께 실행되었다. ANDI는 아프리카가 이끄는 제품 연구개발의 혁신을 홍보하고 지속시키는 것을 목표로 하여 전통의료를 기반으로 한 새로운 장비의 발명, 개발, 조달을 한다. ANDI는 진정한 남남혁신 네트워크를 통해 수용력을 제고하고 사회기반을 개발해오고 있다.

2. 모자 보건 증진

유럽연합은 모자 보건과 자발적인 가족계획의 격차를 줄이는데 15억 달러가 소요될 것으로 보고, MDGs의 4, 5를 달성하기 위해 노력하고 있다. 다른 무엇보다도 수원국의 보건 분야 프로그램을 지원하고, GAVI, GFATM, 생식 보건과 권리에 대한 분야별 지원을 통해 두 목표를 달성하고자 한다. 생식 보건 및 권리와 관련된 국가전략개발에 대한 옹호, 기술지원 등과 관련된 국제적인 공감대가 이루어져 HIV/AIDS 케어와 일반적인 모성보건의 관련 홍보 등을 위해 UN 기구들을 통해 900백만 달러의 직접적인 지원을 하고 있다.

유럽연합 집행위원회는 3년(2011~2013) 동안 14억2천 달러를 G8 모자보건을 위한 무스코카 계획(Muskoka Initiative for women's and child's health)을 위해 쓰기로 약속했다. 이 기간 동안 유럽연합 집행위원회와 유럽연합에 속해 있는 27개국이 함께 원조하는 금액을 합하면 약 40억 달러가 될 것이다. 추가적으로 유럽연합 집행위원회는 뉴욕에서 아프리카, 캐리비언, 태평양에 위치한 국가들이 가장 이루지 못하고 있는 목표 달성을 진행시키기 위한 13억2천 달러에 달하는 새로운 MDG 달성계획을 발표하였다. 이것은 MDGs 4, 5가 빨리 달성될 수 있도록 세워진 국가 계획의 실행을 돕는 것도 포함되었다.

〈표 3-3〉 방글라데시의 모자 보건 계획 지원사례(3100만 달러, 2007~2012)

방글라데시 정부는 산모의 건강 증진과 신생아 사망률을 줄이는 것을 최우선 순위에 놓고, 이 두 문제해결을 위해 합동 자금 지원(combined donor support)을 요청하였다. 이 요청에 응하여 유럽연합 집행위원회는 DFID와 UN 에이전시들과 함께 5년간 총 3천1백만 달러를 지원하여 모자 보건 계획(Maternal and Neonatal Health Initiative 2007~2012, MNHI)을 지원한다.

이 계획의 목적은 모자 보건 서비스 접근을 확대하는 것이며, 특히 빈곤층이 더 많은 혜택을 받을 수 있도록 하는 것에 있다. 이 계획은 의료 시설과 지역 사회면에서 여성이 행복한 병원, 젊은이가 행복한 서비스, 낮은 가격의 의료서비스를 확대하는 것을 포함한다.

많은 혁신적인 정책 중에 가장 효과적인 것은 우수한 의료진과 보조스텝들을 지역보건체계와 지방자치가 고용하여 공공의료시설에서 일하게 하고 심각한 의료 인력 부족을 조금이나마 해결한 것이다. MNHI에 관한 중간평가에 의하면 이는 지역 보건의료 개선에 많은 기여를 했으며, 더 많은 빈곤층이 모자 보건서비스를 받았다고 평가된다.

3. 열대소외질환 등 전염병 퇴치(소외 질병)

예방 가능한 질병을 막기 위해 더 노력해야 하고, 특히 개발도상국의 소외 질병에 대한 의료연구의 질과 양을 확대해야 한다. 지원금은 ODA는 포함되지 않고 멀티파트너 프로젝트와 개발도상국의 연구소가 동등하게 참여한 유럽연합 집행위원회의 연구 프로그램에 소비된 총액이다.

〈표 3-4〉 EU의 열대소외 질환 등 전염병 퇴치에 지원금

(단위: 백만 USD)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
소외질환 퇴치에 지원금	15	15	0	33,4	38,8	21,7

2010년에 유럽연합 집행기구는 39천만 유로를 18개의 아프리카를 위한 연구비로 사용하였다. 이러한 지원의 목적은 과학과 기술 분야와 이의 적용에 대한 지역적 역량 향상으로 이 목적을 이루기 위해 필요한 교육과 새로운 직원들의 채용도 이 계획에 포함된다. 다국적·다수파트너 연구 프로젝트는 3~4년 동안 이루어질 것으로 전망된다. 유럽연합 집행위원회는 혁신, 공공보건, 특별한 집중과 연구가 필요한 지적재산, 열대 소외질환과 관련된 의료품을 포함한 아프리카를 위한 글로벌 전략과 계획(Global strategy and plan of action)에 8백만 유로를 지원하고 있다.

4. HIV/AIDS

HIV 예방·치료·케어 패키지 개발하고 시행하며, 2010년까지 HIV/AIDS 치료가 필요한 사람들 대부분이 이 혜택을 받는 것을 목표로 하

고 유럽연합은 장애를 가진 사람들에 대한 어떠한 형태의 낙인, 차별, 인권 침해에 대응할 것이며, HIV/AIDS에 걸린 사람들의 여행 금지를 폐지 할 것을 주장한다. 유럽연합 집행위원회는 HIV 예방·치료·케어를 보건시스템 강화를 통해 이루고자 한다. 이는 양자 간 재정지원과 GFATM에 표적화 된 지원금을 통해 이루어진다. 타당성 있고 비교 가능한 방법론이 제시되어야 한다.

〈표 3-5〉 유럽연합 대표단의 HIV/AIDS 퇴치 네트 운영사례(2006～)

HIV 퇴치를 위한 재정지원을 기반으로 유럽연합 대표단(EU Delegations)는 2006년부터 남아프리카의 10개국[11]에 HIV/AIDS 퇴치를 위한 방법 및 아이디어 회의와, 연합적 접근법을 개발하기 위해 지역별 기술지원 행사를 포함한 네트워크를 운영했다.
주요 목적은 다음과 같다.

1. 특별히 예방을 가장 우선시 하며, AIDS 퇴치에 관련된 유럽연합 대표단의 역량 제고
2. 유럽연합 대표단의 개발 사업 중심에 HIV/AIDS가 있도록 한다.
3. Global Fund's Country Coordinating Mechanisms(CCM)에 관한 유럽연합 대표단의 적극적인 활동을 지지한다.
4. 유럽연합 대표단의 "직장에서의 HIV" 정책 시행을 지지한다.
5. 유럽연합 대표단들 사이에서 HIV/AIDS에 관한 정보를 쉽게 주고받을 수 있도록 한다.
6. 혁신적이고 구체적인 네트워크의 운영을 통해 HIV/AIDS가 EU원조의 중심에 있을 수 있도록 한다.

5. 소아마비

소아마비 박멸 계획(Polio Eradication Initiative) 이후 박멸 계획

11) Angola, Botswana, Lesotho, Malawi, Mozambique, Namibia, South Africa, Swaziland, Zambia and Zimbabwe

(post eradication)을 위해 2006년부터 2008년까지 총 8억 2천 9백만 달러의 원조를 할 수 있도록 원조금을 늘려나갔다.

〈표 3-6〉 EU의 소아마비 박멸 계획을 위한 지원금

(단위: 백만 USD)

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
유럽연합 집행위원회	16,82	67,65	28,18	37,27	8,22	0,9	1,05

지원금을 제외하고 유럽연합 집행위원회는 나이지리아의 소아마비 박멸을 위해 직접적으로 8천 5백만 유로를 2004년~2010년까지 지원했고 2011년~2013년 까지 나이지리아의 소아마비 박멸을 위해 1천 4백만 유로를 지원할 예정이다..

6. 말라리아

말라리아 퇴치에 핵심이 되는 방법을 사용하여, 이 질병에 취약한 인구가 많은 아프리카 국가들의 말라리아 퇴치율을 85%까지 높임으로 2015년까지 60만명의 아이들을 살리고 아프리카의 경제력을 높이는 것을 목표로 한다. 말라리아 퇴치를 위한 약속 조항을 완수하기 위해 오래 사용이 가능한 살충 처리된 모기장을 2010년 말까지 다양자 간 지원과 이해관계자와 파트너십을 통해 매년 1억개 이상 배포할 것이다.

〈표 3-7〉 EU의 ITN수 지원 개수

(단위: 백만개)

	2008	2009	2010
제공된 long-lasting insecticide treated nets의 수	100,000	100,000	150,000

유럽연합 집행위원회는 양자간 예산 지원과 GFATM에 표적화된 자금지원을 통해 말라리아 퇴치를 지원하고 있다. UNICEF와 공동으로 맡고 있는 프로젝트를 통해 콩고 민주공화국, 에티오피아, 모잠비크, 니제르에 살충처리된 모기장 배포를 지원하고 있다.

7. 결핵

유럽연합 집행위원회는 결핵 퇴치를 위한 양자간 예산 지원과 GFATM에 표적화된 자금지원과 연구 자금지원을 통해 결핵 퇴치를 원조하고 있다.

8. 홍역

홍역으로 인한 사망률을 줄이고 홍역의 확산을 막고 최종적으로 완벽한 퇴치를 목표로 한다. 유럽연합 집행위원회는 의료보건 시스템을 강화함으로서 홍역 퇴치를 도우며, 이것은 양자 간 예산 지원과 GFATM에 표적화 된 자금지원을 통해 이루어진다.

제4절 시사점

원조효과성 제고를 위해 수원국이 주인의식(ownership)을 갖는 것에 대한 중요성이 증대되고, 보건과 관련하여 수원국의 주인의식과 책무성을 장려하기 위한 다양한 메커니즘이 존재한다. 원조기관이 계획, 재정지원, 자금조달, 경영관리와 조달, 공공재정관리 등을 포함하는 수원국의 시스템을 사용하는 모범적인 관행의 도입과 실행이 필요하다.

보건 분야 원조는 공여국이 일반적인 자금조달 절차를 취하고 원조에

대한 예측가능성이 높아질수록 더 효과적일 수 있고 이를 위해 수원국, 공여국이 함께 노력해야한다. 또한 각각의 공여국의 예측가능성을 높이는 것도 중요하지만, 공여국 전체의 관행의 변화가 필요하다. 보건을 위한 원조와 공여국의 수는 상당히 증가하였지만 분배가 균형 있게 이루어지지 못하고 있고, 새로운 공여국과 글로벌 프로그램 등 다양한 이해관계자가 등장하고 있기 때문에 이들 간의 협력과 조화를 이루는 것이 매우 중요해졌다.

보건을 위한 혁신적인 자금 조달 방안으로 GBS/SBS가 대두되고 있고 원조의 예측가능성을 높이고 효과성을 제고한다는 장점에도 불구하고 현 단계 우리나라 도입을 위해서는 많은 정책적 준비가 선행되어야 하다.

글로벌 파트너십 프로그램은 오랫동안 개발협력체계의 한 부분을 차지해오고 있었으나 최근 특히 보건과 관련된 파트너쉽은 배로 증가하고 있다. 주로 정부 간에 이루어지던 국제협력이 비영리·영리단체 등을 포함한 3자 협력으로 이어지고 있고, 이러한 파트너십의 증가와 복잡성은 참여하는 파트너 기관이 지속적인 노력을 하게 하는 등 긍정적인 효과를 낳고 있다. 전세계 52개 파트너 기관이 참여하고 있는 대표적인 글로벌 프로그램의 하나인 IHP의 운용방식, 전략 등에 대한 고찰을 통해 양자원조가 야기하는 문제점을 해결할 수 있는 대안을 발견함과 이러한 글로벌 프로그램에 참여하기위해서 현재 우리나라 원조의 관행인 '공여국 중심'에서 정책적 관행적인 부분들이 '수원국'중심으로 바뀌어야 한다.

일본의 국제보건 정책은 모자보건에 대한 접근성을 보장하는 정책으로 표현하면서 MDG 4,5,6에 대해 원조지원액을 공약하고 구체적인 목표를 정하는 등 성과를 측정할 수 있도록 하였다.

영국의 원조는 오랜 민주주의와 합의의 정치가 원조체계에도 배어있

어, 유관 부처 간 역할과 책임을 명확히 하되 협력, 견제할 수 있는 시스템을 만들어서 권한의 과도한 독점을 막고 정권이 교체되어도 일정정도 정책의 일관성을 유지되도록 하고 있다. 또한 시민 사회, 학계, 전문가 집단의 참여를 제도적으로 보장하여 원조의 전문성, 질, 책임성을 높이고 투명성도 제고한다.

유럽연합 집행부는 원조의 목표를 3가지로 구체화하고 세부분야별로 글로벌 프로그램을 활용하고 연구개발에 많은 금액을 지원하는 등 혁신적인 원조 방식과 기존의 전통적인 원조 관행간의 조화를 이뤄나가고 있다.

영국, 일본, 유럽연합은 모두 공통적으로 원조전략에 기반한 보건 분야 원조계획을 수립하고 이에 근거해서 예산배분과 구체적인 성과 관리를 하고 있다. 우리나라도 특히 문제가 되고 있는 원조의 분절화와 중복을 방지하기 위해서는 보건 분야를 포함한 분야별 중장기 지원 전략 및 계획의 수립이 필요하다.

04

보건의료분야 ODA 전략 및 정책

제4장 보건의료분야 ODA 전략 및 정책

제1절 일반 예산 지원(GBS: General Budget Support)

저소득국, 중소득국의 보건부(MoH)가 일반적으로 개발을 하기 위해 가장 많이 의지하는 것은 프로젝트 재정지원이다. 지난 10년간 국제 사회에서는 보건 사업을 위한 원조를 늘려나가기 위해 중요한 조치들을 취했으나 세계은행, 영국, 유럽연합과 같은 주 개발 파트너와 공여국들은 다른 원조 수단인 일반예산지원 General Budget Support(GBS)에 지원을 아끼지 않았다. 이러한 맥락에서 수원국의 보건부는 이와 같은 원조를 충분히 얻기 위해 필요한 기술을 획득하는 것을 점차 중요하게 생각하고 있다.

따라서 본 절에서는 GBS란 무엇이며, 이것은 어떻게 보건 분야에 영향을 끼치고 있으며 왜 보건 분야의 정책 결정자들이 이에 대한 면밀한 이해가 필요한지를 기술토록 한다.

1. 개발 자금조달을 위한 주요 수단(Major Instruments for Development Aid)

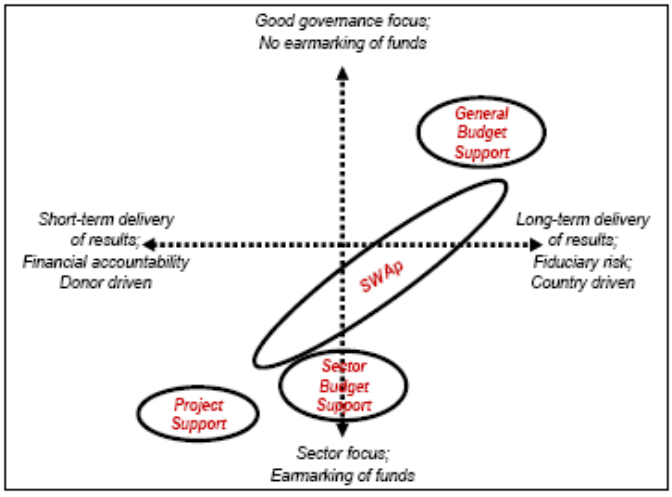
GBS를 이해하기 위해서는 개발 자금조달을 위해 쓰이는 주요 수단을 알아야 한다.

가. Project Support

프로젝트는 주어진 기간 내에 특정한 문제에 대한 해답을 제시하기위해 한정된 양의 산출물(output)을 내기위한 과정과 소요되는 자원을 중요시하므로, 보통 짧은 기간 안에 결과를 낼 것이라고 여겨진다. 개발(사업) 파트너와 공여국들은 대부분 프로젝트를 찾아내어 성사시키며, 계획 및 실시에 매우 적극적으로 참여하기 때문에 프로젝트는 보통 공여국의 의사를 많이 따라가게 되고, 개발(사업) 파트너가 자금후원을 중단하면 활동을 유지 할 수 없다.

하지만 프로젝트는 특정한 문제를 겨냥하여 예측 가능한 아웃풋(output)을 생성할 수 있고, 높은 책무성을 가지고 있다. 또한 재정에 따라 최대 효과를 낼 수 있으며(value-for-money) 그렇게 초점을 맞출 수 있다는 장점이 있다. 그래서 많은 공여국 사이에서 선호되고 있고 부처(line ministries)들 사이에서도 재원이 재정부, 기획부과 같은 중앙 부서로부터 개입이 적고 직접적으로 자원을 받을 수 있기 때문에 선호된다.

〔그림 4-1〕 개발협력의 주요 수단의 개별적 특성



나. Budget Support

Budget Support의 가장 큰 특징은 국고를 통해 받는 후원금이고, 예산의 할당과 자금의 운영 과정에서 국가의 이익과 절차를 최우선시하는 원조라는 것이다. 일반적으로 Budget Support는 프로젝트보다 긴 기간 동안 이루지는 사업들을 대상으로 한다. 지난 10년 이상동안 Budget Support는 지속가능한 개발을 위한 역량을 기르기 위한 굿 거버넌스(good governance)의 중요성을 강조하며 이루어졌다.

프로젝트와 반대로 산출물(outpouts)보다는 결과(outcomes)를 중시하며, 실행된 정책과 프로그램에 대한 수원국의 오너십(ownership)을 강조한다. 공여국과 수원국의 정책대화는 파트너십을 기반으로 하며 이를 강화시켜줘야 한다. Budget Support 프로그램은 다양한 모양과 형태를 지닐 수 있지만 두 주요항목은 일반예산지원 General Budget Support(GBS)와 분야별 예산지원 Sector Budget Support(SBS)이다.

1) General Budget Support

GBS의 가장 큰 특징은 자금이 특정한 분야나 작업에 배정되어지지 않고 수원국이 받은 후원금을 국가의 우선순위에 맞춰 필요한 분야에 임의로 할당하며, 각 부처들은 각 분야별로 필요한 활동 영역에 자금을 할당하는 것이다.

PRSP(Poverty reduction strategies papers 빈곤감축전략 보고서)는 GBS 프로그램 협상에 필요한 대부분의 기반을 제공하다. 지원은 수원국과 공여국 사이에 pro-poor outcomes와, 지출에 관한 대체적 우선사항, 상호간 책무에 대한 협의가 이루어진 후에 제공된다.

실제로 GBS는 물품과 서비스 제공에만 쓰인 것은 아니고 어떤 기금은 해외 대출 기관에 부채를 갚기 위해 사용되거나 준비 통화를 늘려

거시 경제적 안정을 찾기 위해서 쓰이기도 한다. 공여국이 자금의 할당 부문을 선정하는 과정에 정책대화를 통해 어느 정도 영향을 끼칠 수 있지만 얼마큼의 자금이 보건 부문에 공급될지에 대한 최고 지휘권은 수원국 국회가 가지고 있으며, 재정부와 기획부도 GBS 프로그램 협력에 중요한 역할을 하고 있기 때문에 많은 영향을 끼치고 있다.

〈표 4-1〉 원조액과 국가예산 지출

> 인플레 통제와 채무, 원리금 상환의 수준, 외화 준비고는 재정부의 가장 큰 관심사로, 이는 부채가 많고 가난한 나라일수록 특히 더 그러하기 때문에 공여국으로 들어오는 전체원조액이 개발 사업에 쓰이는 것은 아니다. 예를 들어, 1999년에서 2005년 사이에 사하라 사막 이남 나라들로 이전된 해외 원조금 중에서 1달러 당 27센트만 실제 국가 예산의 지출로 편성되었고 남은 금액은 외화 준비이나 해외 대출 부채를 갚기 위해 쓰였다.

2) Sector Budget Support

GBS와는 반대로 SBS는 특정한 부문으로 원조금이 들어가며, 보건과 같은 특정 분야에 예산을 배정하여 관련 부처가 자금을 집행하게 할 수도 있고, 자본 설비와 같은 특정한 예산 항목을 지원하기도 하는 등 원조금이 다양한 방법으로 쓰인다. 원칙적으로 SBS를 통한 원조금은 중앙은행의 준비 통화로 보유되거나 채무 상환으로 쓰이지 않도록 한다. SBS는 다음의 3가지 핵심 요소들을 기반으로 이루어지므로 결과는 중장기적으로 본다.

- ○ 일반분야 정책문서(General sector policy document)
- ○ 중기 지출계획(Medium Term Expenditure Framework, MTEF)
- ○ 정책대화, 합동계획, 모니터링, 평가를 위한 분야별 조정 기전

보건부는 이러한 직접적으로 이루어지므로 SBS를 긍정적으로 보는 반면, 재정부와 기획부는 가끔 보건 분야로 지원되는 재원 때문에 거시경제적 안정을 이루는데 필요한 예산이 줄어들어 SBS가 위협적이라고 생각할 수 있다.

3) 예산지원과 융자 조건(Budget Support and Conditionality)

Budget Support는 일반적으로 처음에 보내지는 기금과 차후의 나가는 기금은 수원국이 여러 가지 조건을 이행하였는지를 가늠하는 '융자조건(Conditionality)를 중요시 한다. 이러한 융자조건에는 여러 가지가 있는데 그 중에 가장 일반적인 것은 재원 활용의 투명성, 책임을 다하는 것, 그리고 굿거버넌스(good governance)와 관련된 것으로, 신용조건(fiduciary conditionality)'이라고 하다. 수원국은 이러한 융자조건에 근거해서 공공자금관리를 책임있게 운영해야 계속적인 지원을 받을 수 있다. Budget Support 프로그램 중심에 융자조건이 있고 이에 대한 만족도 및 효과에 관련된 다양한 논의가 이루어지고 있으나, 일반적으로 이 조건은 공여국과 수원국이 상의를 한 후 만들고, 성과를 측정하는 기준도 외부로부터 도입되기 보다는 원칙적으로 국가 정책과 계획에 기반을 두게 된다.

다. Sector-Wide Approaches

SWAps(Sector-Wide Approaches)는 국가 부문 계획(National Sector Plans)에 쓰이는 정책대화와 원조 조직화가 나아짐으로 인해 특정 분야의 지원이 개선되는 조정기전이다. 개발협력파트너와 수원국은 프로젝트, Budget Support, 공공투자신탁자금, 그리고 기술지원와 같은 여러 가지 개발원조 수단을 통해 특정 분야를 체계적으로 지원하기 위하여

노력하고 SWAps가 시행이 되면 장기간 혹은 단기간 안에 성과를 낼 것으로 예상된다. 가끔 SWAps는 SBS와 혼동이 될 때가 있는데, 이는 대체로 둘 다 전체 기금 협의를 포함하기 때문이다.

2. Budget Support(GBS & SBS)가 활성화되는 이유

Budget Support는 고전적인 프로젝트 지원의 단점에 대한 대응책으로 여겨져 몇몇 개발협력파트너들에 의해 활성화되고 있다. 프로젝트는 보통 이행이 느리고 늦어지며, 거래비용이 높고, 지속가능성이 매우 제한적이며, 국가구조를 약화시킨다. 예를 들면 행정부에 고용된 상당한 인원을 대폭 감축하고 고액 연봉의 공무원을 고용함으로써, 지배적으로 외부 기술지원처에 의지하도록 하는 것을 들 수 있다. 프로젝트 제안은 국가의 우선순위보다는 주로 공여국의 선호를 따르므로 오우너십(ownership)과, 국가를 우선시 하는 환경을 약화시키고, 프로젝트에 따른 결과의 지속가능성을 위태롭게 만든다.

GBS는 원조 효과성에 대한 파리 선언(Paris Declaration on Aid Effectiveness)의 원칙과 다음과 같이 기여한다.

- ○ 원조 자원의 확대: 국가의 리더십이 강화되고 국가 발전 전략과 우선순위를 공식화함으로써 거래비용을 줄이고 원조금의 예측가능성이 제고되면서 수원국이 주도하게 된다.
- ○ 일관된 조율: Budget Support의 목표, 조건과 국가적 전략을 연결시킴으로써 자금의 지원과 전달이 좋은 결과를 낼 수 있게 국가 기관과 운영절차 등 국가 시스템을 강화시켜 국가 공공 재무관리와 조달 시스템을 옹호하고 강화시킨다.
- ○ 원조 당사자 간 조율: 공동의 간이 계획과 공여국의 보고 절차를 따르도록 함으로써 개발협력 파트너들 간 비교 우위와 차후 업무

를 이어갈 부서를 만들어 낸다.

○ 결과 중심: 국가 단위의 감독과 평가 체계를 통해 지원예산을 유연하고 성과중심적으로 운영함으로써 예산 할당을 결과와 성과로 연결시킨다.

○ 상호 책임: Budget Support 프로그램의 종료시까지 적극적인 정책대화와 폭넓은 파트너십을 형성한다.

○ 지난 10년간 Budget Support는 프로젝트 지원보다 수원국 주도, 일관된 조율, 원조 당사자 간의 조율이라는 성과를 남겼음에도 불구하고, 모든 공여국이 이에 참여하려고 하지 않는 이유 중 하나는 신탁 위험[12](fiduciary risk)때문이다. 그러나 프로젝트와 같이 고전적인 원조수단 또한 자원의 누출과 비능률의 가능성은 상존한다.

3. GBS의 성과

최근 이루어진 GBS 프로그램에 대한 몇몇 평가는 체계적으로 Budget Support를 다른 원조 수단 및 접근에 비교하지는 않았으나, 이것이 지속적으로 빈곤퇴치와 성장을 이루는데 있어 효율적, 효과적이라고 한다. 이러한 평가에서는 굿 거버넌스(good governance)를 홍보하려는 시도와 GBS가 연결되어 영향을 주고 있고, 특히 공공 재정 운영과 관리 측면에서 개선되고 있다. 또한 빈곤층에 대한 지출(pro-poor expenditure)을 개선한다.

관료주의적인 절차나 당사국 사이에 의견충돌로 인한 자금 지불의 지연이 아직도 존재하기 때문에, 공여국의 장기적 지원은 Budget Support

12) '신탁위험'은 어떠한 목적을 이루기 위해 할당된 자원의 잘못된 운영 또는 그릇된 처리를 말하다. Budget Support 경우에 우선권에 있지 아니한 분야에 자원이 사용될 가능성과, 잘못된 회계 관리, 그리고 차선의 성과를 낼 것이라는 우려가 있다. 부패는 신탁위험의 한 부분임.

나 프로젝트나 별반 다르지 않았고, Budget Support가 이루어진 나라에서 원조가 계속적으로 공급 될 것인지는 예측할 수 없다. 실제로 종종 융자조건이 언제 다음 후원 자금을 받을 수 있을지에 대해 확신을 가질 수 없는 수원국에 더 많은 불확실성을 부과한다고 주장되기도 한다.

가. 보건 분야와 일반예산지원

Budget Support의 기반인 빈곤감소전략(PRS) 수립 초기에 보건 분야 의사 결정자들이 참여를 통해 보건 분야의 우선순위를 발견하고 재정부가 이에 대한 추가적인 예산 지원을 함으로써 가능하다. 이러한 과정을 통해 Budget Support 프로그램의 정책조건이나 성과지표 개선을 위한 실질적인 기준을 발견할 수 있다. 중앙 부처와 보건부와 개발협력 파트너 사이에 채택된 기준에 의해서 공동책임을 져야한다는 것을 인식하는것은 매우 중요하다.

〈표 4-2〉 우간다의 다자간원조를 통한 GBS 지원사례

우간다에서 다자간 원조 GBS는 상당한 양의 자원이 pro-poor 정책을 위해 정부의 판단에 맞게 쓰일 수 있도록 준비되었다. MoH는 Budget Support 프로그램에 참여하여 매우 중요한 경험을 얻게 되었으며, 현재 차후의 budget 협상과 priority setting에 적극적으로 참여하고 있다. 결과적으로 보건 분야 우선순위는 국가예산과 관련되어 있으며, 이의 자원은 모든 사람들이 의료서비스를 받는 목적을 달성하기 위한 한 단계로서 공공기관의 사용자 부담금을 없애주었다.

보건 분야를 위한 SBS를 보면 자원을 배분하는 것 외에도 다음과 같은 추가적인 의무가 보건부에게 부과되었다. 이러한 기본적인 의무들은 모든 부처(line ministry)가 감당해야 할 부분이고 SBS나 GBS 프

로그램이 성공하기 위한 필수조건일 뿐만 아니라 부처에서의 일상적인 활동에 필요한 것이다.

○ 프로그램 설계와 이행 동안 실행되는 정책대화를 이끌어 간다.

○ 국가계획 개발을 위해 정보와 증거를 수집한다.

○ 성과가 나올 때까지 공동 책임을 진다.

나. pro-poor 프로그램에 재분배를 통한 균형

필요에 따라 Budget Support와 채무 면제의 형태는 흔히 상당한 추가적 자원이 국가예산으로 쓰일 수 있도록 하지만, 이렇게 되었을 때에 따르는 국가 재정 개선은 가끔 빈곤층에게 추가적인 부담을 주는 문제를 야기하기도 하다. 부담을 감소시키기 위해서 반드시 일정 정도의 추가된 자원이 빈곤한 이들의 보건 혜택을 개선하는데 할당되어야 한다.

보건부에서 재정부와 추가적인 예산 지원을 협상을 할 경우, 반드시 보건 서비스를 개선하는 것이 국민들의 삶의 질과 경제적 생산성을 높이는데 매우 중요하다는 것을 주장하고 보건부에서는 GBS 협상 시 신속하고 적극적으로 참여해야 한다.

다. 보건 분야의 특수성을 고려한 공공재정운영 규정과 기준의 도입

공공재정운영 및 행정(Public Financial Management and Administration, PFMA) 개혁은 GBS 프로그램의 융자조건이 되는 경우가 많으며, 더 나은 PFMA는 굿 거버넌스와 공공 서비스 전달에 있어 없어서는 안 될 요소이다. 결과적으로 이 개혁은 재정부, 행정부와 같은 각기 다른 분야에서 적극적으로 쓰이고 있다.

보건부는 GBS 프로그램 협상과 PFMA 개혁을 일찍부터 실행하여, 이행되고 있는 관리제도(management practices)가 병원의 회계업무와

관리, 의료 기기와 의료품 조달과 의료보건 인력의 관리 등 보건 분야의 특수성에 적합한지를 확인해야한다.

명확한 대상이 있는 보건 프로젝트와 프로그램은 보건부의 관점으로 봤을 때 여러 가지의 이유로 더 매력적으로 보일 수 있으나 현재 원조 환경의 구성을 고려하면 GBS의 역할은 상당하고 점차 더 커지고 있다. 따라서 이의 운영 방법을 이해해야 하며, 다른 원조 수단과 마찬가지로 원조에 대한 할당에 어떤 영향을 미칠 수 있는지 알아야 한다.

제2절 국제보건파트너쉽(International Health Partnership)

2000년 국제사회는 빈곤퇴치와 최빈국의 건강과 복지 향상을 위해 총 8개의 새천년개발목표(MDGs)를 수립하고 2015년까지 이의 달성에 합의했으나 중간평가 결과, 에이즈, 결핵 및 말라리아의 퇴치는 어느 정도 고무적이지만 아동과 모성보건의 달성은 그리 긍정적이지 않은 것으로 나타났다.

- ○ 구체적으로 원조의 분절화 때문에 생기는 수원국의 각종 행정적 부담을 덜고 국가보건 계획의 달성을 위해 공여기관 간 조화를 통해서 자원을 효율적 이용하며, 수원국 보건부 역량을 강화하여 주인의식 제고를 목적으로 한다.
- ○ 이를 위해서 국가 보건계획의 공동 작성, 공동 평가, 국가보건계획을 지원하기 위한 파트너 간 국가별 조약(Country Compact), 단일한 결과 모니터링 시스템을 추구한다.

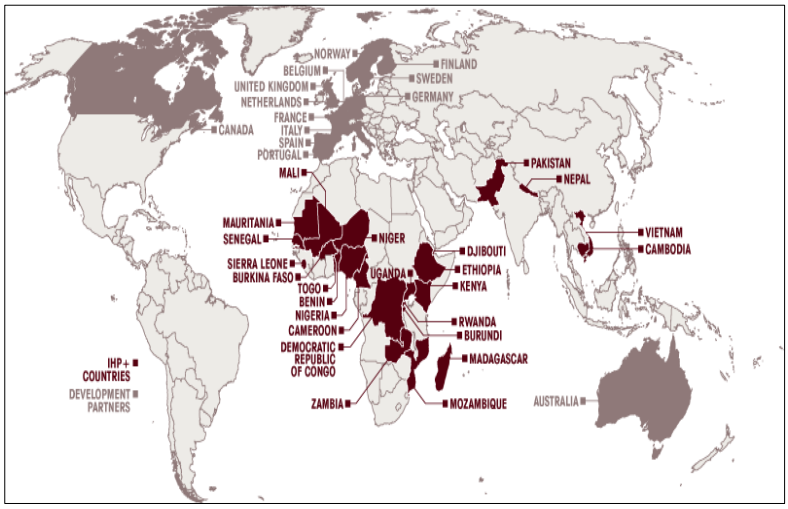
IHP+는 원조의 효과성제고를 위해 파리와 아크라회의 이후 2007년 보건의료서비스와 성과를 개선할 목적으로 설립되어 현재 공여국, 수원

국, NGO, 원조기관 등 52개 회원이 IHP+ Global Compact에 가입되어 있다.

〈표 4-3〉 IHP+ Global Compact 가입 파트너

Partner Countries	Development Partners	
Benin Burkina Faso Burundi Cambodia Cameroon Cape Verde Chad Côte d'Ivoire Democratic Republic of Congo Djibouti El Salvador Ethiopia Guinea Kenya Madagascar Mali Mauritania Mozambique Nepal Niger Nigeria Pakistan Rwanda Senegal Sierra Leone Sudan Togo Uganda Vietnam Zambia	Australia Belgium Canada Finland France Germany Italy Norway Portugal Spain Sweden The Netherlands The United Kingdom	- The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS(UNAIDS) - The United Nations Children's Fund(UNICEF) - The World Bank - United Nations Development Programme(UNDP) - United Nations Population Fund(UNFPA) - World Health Organization(WHO) - African Development Bank(AfDB) - International Labour Organization(ILO) - The Bill and Melinda Gates Foundation - The European Comission - The GAVI Alliance - The Global Fund to fight AIDS, Tuberculosis and Malaria

〔그림 4-2〕 IHP파트너



IHP+는 국가보건계획을 달성하기 위한 개발도상국의 부담을 감소시켜 더 나은 보건 결과를 얻는 것을 목적으로 하고, 이러한 지원을 통해 개도국은 다음과 같은 이점이 있다.

○ 기존 기금의 사용을 통해 결과를 향상시킨다.

○ 원조의 분절화를 감소시키고 행정 비용을 줄이기 위해서 조화와 일치를 개선한다.

○ 개발 파트너 간의 협력을 개선한다.

○ 기존의 국가 계획 및 모니터링절차에 포함된 이해 관계자들 간의 상호 책임과 투명성의 점진적으로 강화한다.

○ 보건 시스템을 강화를 위해 장기적이고 예측 가능한 재정지원을 한다.

○ 분야 조정에 대한 정부의 강력한 리더십.

○ IHP+는 궁극적으로 다음과 같은 성과를 달성할 수 있다.

○ 강점과 약점에 대한 공동평가를 통해 분야별 계획을 지원함으로써 단일한 국가계획의 수립한다.

○ 계획의 달성을 추적할 수 있는 단일한 모니터링 체계의 개발과

강화를 지원하고 단일한 양상을 갖게 한다.

○ 모니터링을 통한 상호책임성 증가시킨다.

○ IHP+는 국가적, 국제적 수준에서 상호책임성을 증진하기 위해 다음과 같이 관리 운영된다.

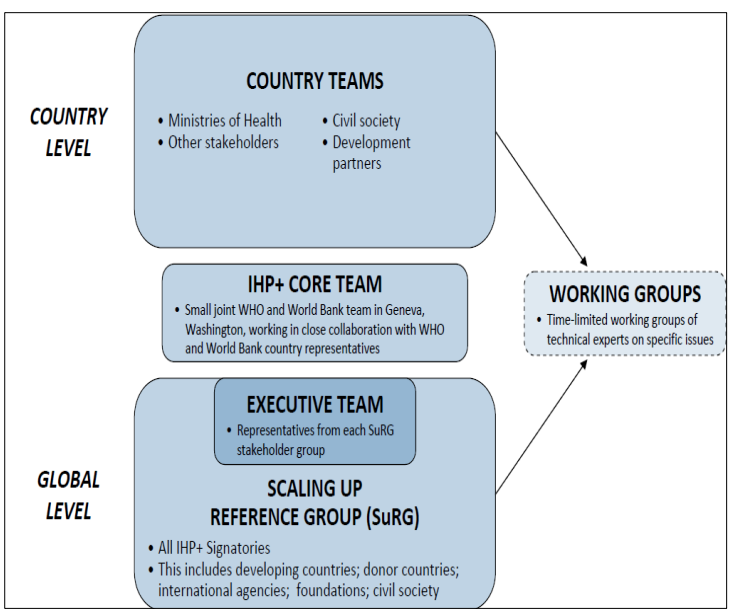
○ 국가적 수준에서 더 포괄적인 정책대화를 통해서 각 분야의 성과를 모니터링 한다.

○ 각 파트너들의 국제적, 국가적 협력차원의 국가별 조약(Country Compact)의 이행여부를 독립적인 모니터링(IHP+ 성과) 한다.

○ Health and Development 포럼과 같은 국제행사를 개최한다.

IHP+는 융통성 있고 종합적인 관리를 위해 국가수준, IHP+ 핵심 조직, 국제수준의 3수준이 협력하여 특정 문제에 대한 시간제한을 둔 실무그룹을 구성하여 관련 사업을 수행하는 체계로 운영된다.

〔그림 4-3〕 IHP의 관리구조

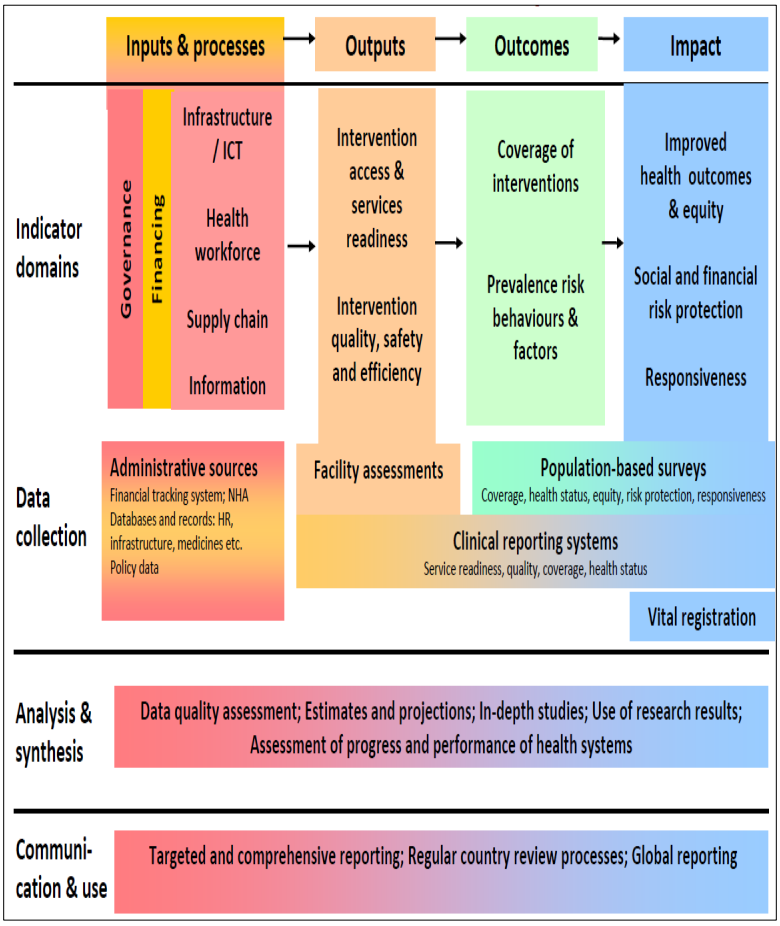


IHP+는 파트너들의 보건에 대한 지원을 기존의 공여국 관점에서 국가별 관점으로 전환하도록 하고, 국가보건 전략에 따라 각 국가별 예산 주기를 맞춰 실시하고 보건의료 전문가가 중심이 아닌 수원국의 주민이 직접 참여함으로써 원조의 책무성을 높일 수 있도록 한다.

에이전시 기반		국가 기반
목적 기반		국가 전략 기반
다양한 기한	⇨	국가 주기에 따라 유동적으로 조정됨.
예산 주기에서 벗어남.		예산 주기에 맞추어 조정됨.
기술관료중심		시민이 책임을 가짐.

IHP+는 지원에 대한 실제적 효과성과 평가 모니터링 강조하지만 과거 국제기구별, 국가별 다양한 모니터링을 지양하고 단일하고 현실적으로 운용이 가능한 모니터링 체계를 제안한다. 투입, 산출, 성과와 효과에 대해 지표와 자료수집 방법을 그림과 같이 단순화하고 데이터 질 평가, 추정과 예상, 철저한 연구, 연구결과의 사용에 대한 분석과 과정평가와 보건시스템 성과에 대한 평가를 통해 결과를 종합한다. 적정하고 종합적인 보고, 정기적 국가별 리뷰, 국제적 보고 등의 의사소통을 통해 결과를 활용한다.

〔그림 4-4〕 IHP+의 모니터링 프레임워크



제3절 ODA의 효과성 제고를 위한 고찰

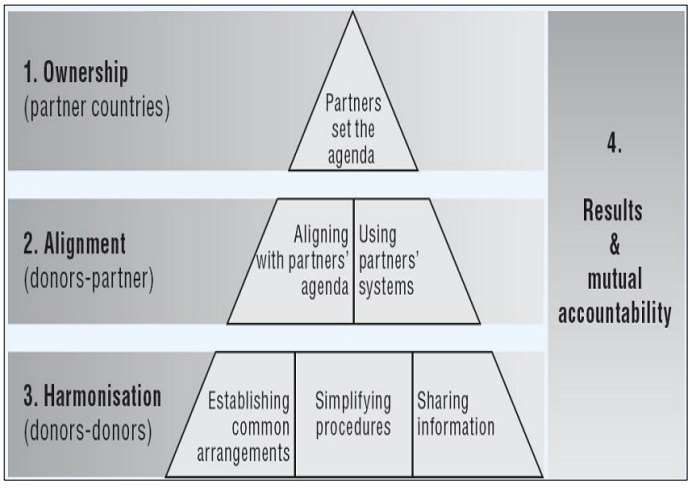
원조효과성에 관한 파리선언[13](Paris Declaration on Aid Effectiveness)은 협력대상국 주도의 개발협력(Ownership), 원조 공여국간 협력관계 수립

13) 파리선언은 OECD 개발원조위원회(DAC) 주관으로 2005년 파리에서 개최된 제2차 원조효과 고위급 포럼에서 채택된 결과문서임

(Harmonisation), 협력대상국의 기관과 제도체계를 이용한 일관된 원조 수행(Alignment), 성과중심 원조관리(Managing for Results), 상호책임(Mutual Accountability) 등 5개 원칙을 통한 원조효과 제고를 목적으로 한다[14]. 이 선언은 원조 공여국과 협력대상국 모두가 참여하는 국제개발협력 파트너십 구축을 위해 50개 구체적인 책무(Partnership Commitments)와 12개 진행지표(Indicators of Progress)를 제시하여 새천년개발목표(MDGs) 달성 및 개도국 역량 강화에 긍정적인 영향을 미쳤다고 볼 수 있다.

이어 130여 개국(기관) 각료급 인사들의 참여 하에 다양한 개발 파트너와의 포괄적 협의과정을 거친 아크라 행동계획(AAA)을 채택함으로써 원조효과 제고를 위한 정치적 리더십을 강화하였다. 이는 개발에 대한 수원국의 오너십 강화, 효과적, 포괄적 개발 파트너십 구축, 개발성과 도출 및 책임강화 등을 핵심 사안으로 함으로써 파리선언을 구체화 하였다.

〔그림 4-5〕 파리선언의 5가지 원칙



14) 권율외(2008). 국제사회의 파리선언 이행 현황과 시사점. 대외경제경제정책연구원

1. 주인의식(ownership)과 책무성

파리선언의 첫 번째 원칙인 수원국의 주인의식(ownership)확보에 대한 중요성이 증대되었다. 보건과 관련하여 수원국의 주인의식과 책무성을 장려하기 위한 다양한 메커니즘이 존재한다. 수원국의 주인의식을 강화하고 원조의 효과를 높이기 위해 프로그램 기반 접근법(Program Based Approaches)이 개발되고 보건 분야도 이러한 시도에 동참해오고 있다. 이는 수원국이 보건 분야에서 주인의식과 책무성을 증대시키기 위한 메커니즘을 설립하는데 기여하였다.

체계적인 시민사회의 참여를 통해 수원국의 주인의식을 증대할 수 있고, 최근 선별된 국가의 국제기금뿐만 아니라 IHP+도 시민사회의 개입을 늘리는데 기여했다는 것을 알 수 있다. 하지만 공여국들은 자체적으로 역량제고 위한 노력을 하지 않으며, 그들의 계획에 민간기관과의 협력 등을 포함하지 않고 있다. 정부, 시민사회, 민간부문을 모두 포함하는 수원국의 국가 시스템을 사용하지 않으면 주인의식이 줄어들고 효과도 기대하기 어렵다. 따라서 원조기관이 계획, 재정지원, 자금조달, 경영관리와 조달, 공공 재정 관리 등을 포함하는 수원국의 시스템을 사용하는 모범적인 관행의 도입과 실행이 필요하다.

2. 책임성 있는 원조: 예측가능성과 조화 개선

보건 분야 원조는 공여국이 일반적인 자금조달 절차를 취하고 원조에 대한 예측가능성이 높아질수록 더 효과적일 수 있다. 보건 분야에서 이를 위해 도구와 접근법이 개발되었으나 이러한 활동이 조직화되고 확장되기 위해서는 수원국 뿐만 아니라 공여국도 함께 더 노력해야하다. 또한 각각의 공여국의 예측가능성을 높이는 것도 중요하지만, 공여국 전체의 관행의 변화가 필요하다.

공여국들이 장기간 원조로 전환하려는 움직임은 보이고 있으나, 많은 공여국들이 1년 이후의 지원을 약속하진 못하고 있고 지원을 약속한다 하더라도 실제로 이루어지는 원조와 약속사항이 다를 때가 많다. 특히 경제적으로 불안정한 시기일 수로 더욱 예측가능성이 높은 자금지원이 필요하다.

3. 구조와 이해관계자

보건을 위한 원조와 공여국의 수는 상당히 증가하였지만, 분배가 균형 있게 이루어지지 못하고 있다. 새로운 공여국이 나타나는 것은 원조활동에 다양성을 가져다주며 원조가 필요한 영역을 채워주기도 하지만, 잘못하면 복잡한 요소들을 만들어내 분열이 일어나거나 비용부담이 커질 수도 있으므로 공여국들 간의 협력과 조화를 이루는 것이 매우 중요하다. 2000년부터 글로벌 프로그램, 접근법, 펀드의 수가 빠르게 늘어났고, 보건을 위한 혁신적인 자금 조달 또한 급속히 증가하였다. 대부분의 펀드는 상대적으로 규모가 작으며, 이를 제공하는 공여국들의 수도 적다.

글로벌 파트너십 프로그램은 오랫동안 개발협력체계의 한 부분을 차지해오고 있었으나 최근에는 특히 보건에 관련된 숫자가 배로 증가하고 있다. 이러한 현상은 주로 정부 간 이루어지던 국제협력이 비영리·영리단체 등을 포함한 3자 협력으로 이어나가고 있기 때문이다. 늘어나는 파트너십과 이들이 가지고 있는 복잡성은 파트너 기관이 긴장을 놓지 못하게 하는 등 긍정적인 효과를 낳고 있다. 글로벌 프로그램에 국제기관의 역할을 평가하는 것은 아직 이루어지지 않고 있다.

〈표 4-4〉 보건 관련 세부분야 조화를 주도하는 기관(Health-specific Harmonization Initiatives)

구분	주도기관 (Initiative)	주요 내용
업무 관행의 조화	Health Eight (H8)	WHO, UNICEF, UNFPA, UNAIDS, GFATM, GAVI, Bill and Melinda Gates Foundation, World Bank 등 8개 국제 기관의 비공식 네트워크로 MDG의 빠른 달성을 촉구하고, 이를 위해 보건의료시스템 강화와 지식경영에 초점을 둔다.
	IHP+	IHP+는 원조의 효과성제고를 위해 파리와 아크라회의이후 2007년 보건의료서비스와 성과를 개선할 목적으로 설립되었으며, 현재 공여국, 수원국, NGO, 원조기관등 52개 회원이 IHP+ Global Compact에 가입되어 있다.
	Harmonizing Health for Africa	보건 관련 MDGs 달성을 위해 수원국의 주인의식과 리더십을 지지하고, 수원국의 조율, 조화, 일치를 위해 설립되었다. HHA는 수원국의 기술적 지원 요청에 따라 기술적 Communities of Practice를 설립하는 과정에 있다.
분업 (Division of Labour)	UNAIDS	UNAIDS와 10개의 공동후원기관은 17개의 광대한 지역의 기술지원에 동의하였고, 각 분야를 위한 'Lead Organization'과 'Main Partners'' 정하였다.
	Health Four(H4)	UNICEF, WHO, UNFPA , World Bank 등 4개 기구로 구성된 공식적 파트너십. 개발도상국의 모자보건을 지원을 강화하기 위해 만들어졌다.
조화된 기술적 전문지식 강화	Global Health Workforce Alliance	중앙정부, 시민사회기관, 국제개발에이전시, 재정기관, 연구원으로 구성된 파트너십. 보건 위기극복을 위한 인력 문제에 해결책을 찾는 것을 목표로 한다. 지역계획과 국가계획으로 연결되어 있다.
	Coordinating Aids Technical Support(CoATS)	조화된 기술지원 제공과 관련됨. 다자간 및 다른 개발 파트너와 함께 국가 HIV/AIDS 프로그램과 국제기금 보조금을 다루고 있다.

남남협력[15](South-South Co-operation)이 'non-DAC donors'와 함께 늘어나고 있으므로 'non-DAC donors[16]'에 대한 깊은 이해와 이들

15) 남남협력(南南協力 South-South Cooperation)이란 기존 경제협력은 선진국의 자본·기술을 통한 개발도상국의 공업화를 꾀하는 형태였으나, 세계불황, 채무문제의 심각성, 공업화 진전, 최신의 자본·지식집약적 기술 등 환경의 변화로 선진국과 개도국간의 협력보다는 개발도상국간의 경제·기술협력을 통해 더 효율성이 높아지는 상황에서 최근 증가하는 추세임.

16) 중국, 브라질, 남아공, 러시아, 인도네시아 등 주요 비회원국임.

과 공동 작업이 필요하다.

4. 성과중심의 개발원조 관리

수원국과 원조 기관들 모두 개발협력의 성과관리를 강화하고, 공여국과 수원국은 점점 더 그들이 실행한 프로그램의 영향을 측정하기 위해 노력하고 있다. 하지만 수원국 내에서 이루어지는 개발성과 관리는 상대적으로 느리게 진행되며 모니터링을 위한 다수의 활동이 짐이 되고 중복되는 경우가 많다. 이러한 문제점들을 극복하기 위해서 해당 국가의 보건부와 공여국이 협의를 통해 함께 움직여야 하다. 또한 단순히 데이터를 만들어내는 것이 아니라 개발성과 관리 결정에 사용될 수 있는 정보 생산이라는 뚜렷한 목표를 가져야 하다. 원조 효과에 대한 약조사항과 개발목표 달성에 대한 모니터링은 긴장감을 유지시키고, 현재까지 이루어진 경험을 통해 배우며, 책무성을 높이기 위해서 꼭 필요하다.

KIHASA

05

우리나라 보건의료 ODA 전략의 향후 방향 고찰

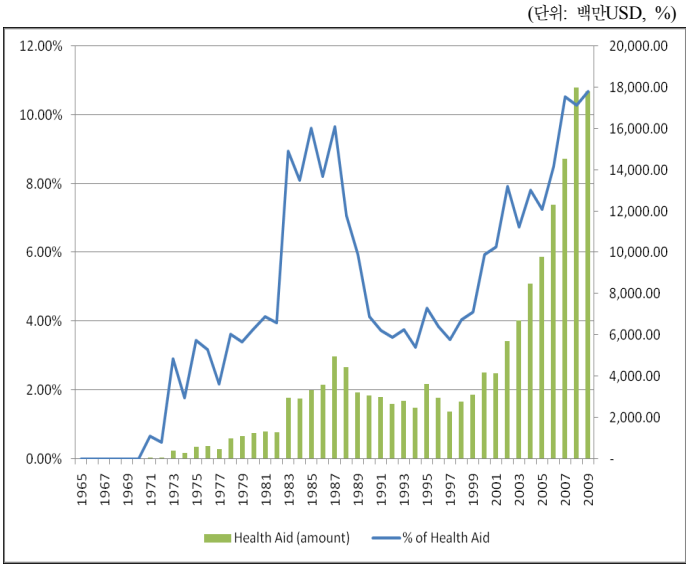
제5장 우리나라 보건의료 ODA 전략의 향후 방향 고찰

제1절 선진원조 사례를 통한 우리나라 보건분야 ODA 시사점

1. 중장기계획수립 및 예산배분

OECD국가의 전체 ODA에서 보건의료분야에 지출되는 비율은 2009년 180억 USD에 달하고 이는 전체 ODA의 11%에 해당한다.

〔그림 5-1〕 보건 분야 ODA 지원액 및 비율(ODA Statistics, OECD)



앞서 살펴본 영국, 일본, 유럽연합은 모두 원조전략에 기반한 보건 분야 원조계획을 수립하고 이에 근거해서 예산배분하고 구체적인 성과를 관리하고 있다. 우리나라도 특히 문제가 되고 있는 원조의 분절화와 중복을 방지하기 위해서는 보건 분야를 포함한 분야별 중장기 지원 전략 및 계획의 수립이 필요하다.

또한 유관기관/부처/이해관계자가 일관된 정책방향 및 사업수행의 원칙을 갖도록 이를 구체화, 명시화하는 노력도 필요하다. 예를 들면 EU는 보건 분야 개발에 대해 구체화된 문서로 원조의 방향성과 전략을 분명히 제시하고 있고 내용은 다음과 같다.

- ○ 거버넌스: 유엔과 세계보건기구(World Health Organization)와 함께 현재 많은 수의 분리된 보건의료 프로젝트의 수를 줄이고, 대신 더 크고 조직화된 계획을 수립한다.
- ○ 의료서비스 접근성: 개발도상국과의 정책대화, 공정한 원조 분배와 연결되는 신뢰도가 높은 원조 약속을 통해 수원국이 모두가 접근 가능한 보건의료 시스템을 만들도록 한다.
- ○ 정책의 조율과 일관성: 국제 보건과 관련된 문제를 다루는 개발정책에 많은 관심을 기울인다.

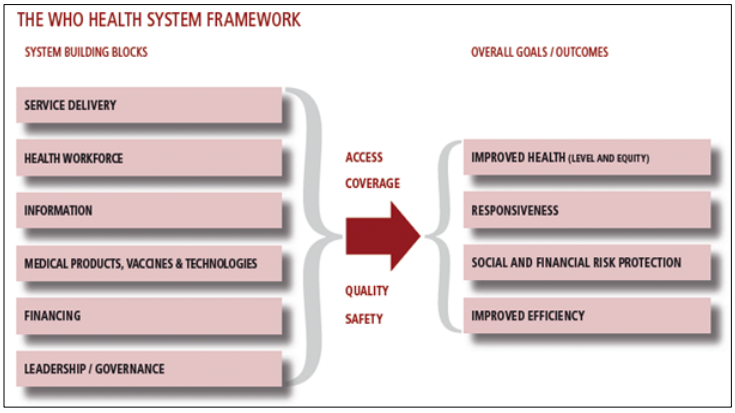
2. 프로그램과 시스템 강화의 통합적 지원

최근에는 국제기구와 다양한 공적 원조기관 및 대형 기금 등을 통해서 보건의료체계 강화에 대한 다양한 논의와 실질적인 사업지원이 이루어지고 있으며, 기존의 수직적 보건사업의 접근(vertical approach)와 단계별 보건의료 체계 강화 등을 통한 수평적 접근(horizontal approach) 간의 통합적인 접근을 통하여 통합적인 동반상승효과를 추구하고자 하는 사선적 접근(diagonal approach)이 대안으로 제시되고 있다.

우리나라의 수원국 요청에 의한 병동건립, 장비 보급, 소수의 관련 인력 교육의 조합형태로 진행되는 단기 프로젝트를 보건의료 서비스 제공, 보건의료 인력, 보건의료 정보체계, 의약품, 백신, 의료기술, 재원, 리더십 및 거버넌스 등 각각의 구성요소의 강화를 통해 보건의료의 형평성, 접근성, 반응성을 강화하고 사회적 재정적 보장, 효율성 제고하는 방향으로 개선해 가야한다. 이러한 접근 방식을 응용하면 특정 질환관리프로그램 추진 시 질환의 예방, 진단 및 치료와 동시에, 예방접종 사업을 추진하는 지역별 질환을 관리하는 인력, 시설, 장비에 대한 투자와 질환 감시, 그리고 진단체계 및 중앙 및 지방정부의 관련 정책 수립 등을 통해 사업의 효과성 및 효율성을 제고할 수 있다.

따라서 WHO 보건의료시스템 프레임웍[17]에 근거하여 보건의료 서비스 제공, 보건의료 인력, 보건의료 정보체계, 의약품, 백신, 의료기술, 재원, 리더십 및 거버넌스 등 각각의 구성요소의 강화를 통해 보건의료의 형평성, 접근성, 질과 안전성 제고하여 궁극적으로 보건의 수준과 형평성 제고, 반응성과 사회적 재정적 보장, 효율성 제고를 달성할 수 있다.

〔그림 5-2〕 보건의료체계의 구성요소(WHO)



17) EVERYBODY'S BUSINESS STRENGTHENING HEALTH SYSTEMS TO IMPROVE HEALTH OUTCOMES(WHO)

3. 연구 개발

개도국의 건강상태, 접근방식 등 우리나라 보건 분야 ODA의 접근은 거의 우리의 과거 경험에 근거한 판단과 가정에 기초하여 수행되고 있으나, 유럽연합, 영국 등 선진 원조 공여국은 결핵, 말라리아 등 예방 가능한 질병의 확산을 저지하기위해 노력하고 있고, 특히 이를 위해 개발도상국의 소외 질병에 대한 의료연구의 질과 양을 확대해나가고 있다. OECD국가의 전체 보건 분야 ODA에서 연구에 지출하는 비율이 3~8%에 달하고 있고, 유럽연합 집행위원회는 HIV, 결핵, 말라리아, 소외된 열대질환과 보건 서비스에 대한 조사 등 개발도상국과 관련된 보건 분야 ODA 연구비로 매년 1억 1천만 유로를 집행하고 있다. 또한 유럽연합 집행위원회는 2004년부터 유럽과 개발도상국의 임상실험 파트너십(EDCTP)에 2억 유로를 지원하였고, 이는 HIV와 결핵, 말라리아 임상실험과 사하라 사막 이남의 역량개발을 위해 쓰이고 있다.

특히 호주는 사업의 질을 제고하고, 수원국의 사업수행 역량을 제고하기 위한 방법의 하나로서 다양한 분야에서의 체계적인 연구를 적극적으로 지원하며, 연구 결과에 바탕을 두고 소통과 파트너십 구축을 시도하려는 연구개발에 근거한 근거중심의 원조로의 전환을 모색하고 있는 점은 우리나라가 주목해야 하다. 호주가 2007년 연구에 투자한 총액은 45,984(천 호주달러)로 2006년 18,598(천 호주 달러)에서 2.5배 증가했고, 이는 당 해 년도 호주 국제개발청 예산의 1.7%에 해당한다.

연구예산의 증가, 연구의 질을 관리 체계화, 연구 결과의 소통 확대, 수원국의 역량 개발을 위한 연구, 소통과 파트너십의 기초가 되는 연구 등을 골자로 하는 호주의 연구개발 투자 전략을 기초로 구체적인 방안을 모색하면 다음과 같다.

가. 연구 관리 전략 수립 및 추진체계의 구성

ODA 유관기관/부처로 구성된 연구추진위원회와 보건 및 사회보장, 교육, 과학기술, 에너지 자원, 농촌개발 등 분야별 실무위원회를 구성한다. 이러한 체계를 통해 연구 투자의 질, 결과 및 성과를 모니터하고 전반적인 개발원조 전략에 비추어 분야별 연구 전략 아젠다 및 우선순위를 선정하고, 다학제 간 연구 및 cross-cutting issue를 포함하여 시행되어야 하는 연구가 무엇인지를 파악하여 향후 연구 방향을 제시한다.

증거에 기반을 둔 논의는 원조에서의 정부 전반적 접근(whole-government approach)을 위한 부처 간 연계에 도움이 되고, 타 공여국과의 연계를 강화하는데 연구 결과는 도움이 된다. 이러한 논의는 또한 연구 결과에 기반을 두어 타 공여국과 함께 지속적인 협력을 통하여 일관된 정책 수립 및 지원을 가능하도록 한다.

나. 연구 결과 소통 및 활용

정책 담당자에게 실질적이며 정책 함의가 높은 해결방안을 제시하기 위해서는 연구 결과를 적절하게 수요자와 공유하고 소통하는 것이 필요하다. 이를 위하여 연구의 시작 단계에서부터 연구 결과의 소통 전략을 수립하며, 연구의 전 과정에서 지속적인 공유를 하도록 한다. 또한 수원국에서 연구 결과에 바탕을 두고 정책을 수립하고 활용할 수 있는 역량을 제고하기 위하여 연구가 시작 전에 정책 입안자와의 논의가 필요하고, 연구의 주요 발견 내용을 정책입안자가 이해할 수 있는 형태로 재작성하여 공유해야 한다.

연구의 목표를 구체적으로 명확히 제시하고 현실적인 연구의 표준 마련하는 등 장기적인인 투자를 통해 개발도상국 내에서의 연구 역량이 축적되도록 한다.

4. 혁신과 지식경영을 통한 새로운 원조 체계와 질서창출

DAC 중심의 전통적인 공여국 외에 중국, 인도 등 신흥공여국의 역할이 강화되고 있으며, 기존의 원조 규범을 학습하고 적극적으로 정책에 도입함은 물론 남남협력과 삼각협력등 새로운 원조 체계, 질서를 갖추어 나가는 방안도 모색이 가능하다. 최근 글로벌 경제위기로 G8을 비롯한 주요공여국의 원조공약의 이행에 대한 우려가 높아지고 2015년까지 MDG 달성을 위한 신규 재원의 필요성이 심화되고 있다. 이러한 상황에서 새로운 개발재원을 제공할 수 있는 개도국 및 신흥공여국의 참여와 협력에 대한 관심이 높아지고 있다.

HIV 퇴치를 위한 재정지원에 기반하여 유럽연합 대표단(EU Delegations)는 2006년부터남아프리카의 10개국[18]에 HIV/AIDS 퇴치를 위한 방법 및 아이디어 회의와, 연합적 접근법을 개발하기 위해 지역별 기술지원 행사를 포함한 네트워크를 운영해 왔다. AIDS 퇴치에 관련된 유럽연합 대표단의 역량 제고, HIV/AIDS에 관한 정보 교환, 관련 정책의 옹호와 지지를 목적으로 한 네트워크를 운영하여 HIV/AIDS가 EU원조의 중심에 있을 수 있도록 하였다.

이러한 사례를 적극적으로 활용해서 신흥원조국이면서 둥북아에서 지리적으로 가까운 한중일 3국간 모자보건개선, 기후변화로 인한 신종전염성 질환 및 공중보건위기에 대한 공동 대응 등에 대한 구체적인 네트워크의 설립 및 운영을 제안해 볼 수 있다.

5. 선진원조 방식의 도입

OECD의 개발 원조 위원회(DAC)가 작성한 상호검토 보고서는 영국

18) Angola, Botswana, Lesotho, Malawi, Mozambique, Namibia, South Africa, Swaziland, Zambia and Zimbabwe

이 원조 효과성, 취약한 지역에 대한 원조참여가 인도주의적 원조와 국제원조시스템 개선에 큰 영향을 미쳤다고 보고 영국을 국제사회를 이끄는 리더이자 개발협력의 본보기가 되는 공여국으로 평가하고 있다.

○ 영국의 원조체계와 방식을 종합적으로 검토하면 다음과 같은 시사점을 찾을 수 있다.

○ 원조와 성과중심의 원조와 원조의 투명성을 강조하여 새롭게 설립한 '독립 원조효과 위원회(Independent Commission on Aid Impact)'를 통해 모든 정부개발계획에 의해 지출되는 예산의 효율성과 효과성을 평가한다.

○ 근거를 기반으로 한 해결책 확대를 중심으로 한 접근법과 혁신적인 원조 방식을 도입하려는 접근법과 충돌하고 있으나 균형을 이루기 위해 노력하고 있다.

○ 원조 정책의 결정과정을 책임지고 있는 리더들은 말라리아와 모자 사망률 높은 수원국의 해당되는 보건 프로그램에 더 많은 재정 지원을 하도록 지시한다. 현지 사무소가 독립적이라 하지라도 이러한 국가 지침에 의해 결정되고 방법은 현지에서 결정하는 형태이다.

○ 최근 정부개발원조금은 늘어났음에도 불구하고, 다양한 원조 방식의 도입으로 DFID의 행정비용은 감소하고 있고, 증가할 개발원조 예산을 다자간 기관 원조에 쓸 것으로 예측된다.

보건 분야 이외의 성과들을 살펴보면 원조 효과 원칙은 중복되는 점이 있고 상호 보완적이다. 전반적으로 수원국의 주인의식은 성과를 내는데 전제조건이 되고, 강한 책무성은 성공적인 결과에 대한 가능성을 높여준다. 원조 조화는 중요하지만 정치적 지지, 정부의 우선순위, 국가시스템과 가깝게 링크되어 있을 경우 성공률은 높아질 것이다. 수원국

의 시스템을 활용하여 지원이 이루어질 경우 단기적이 효율성은 떨어질 수 있지만, 장기적으로 파트너 국가의 수립정책 이행능력 배양 및 보고체계 강화를 통한 투명성 강화 등 파트너 국가의 역량강화에 기여하여 장기적이고 지속적인 발전을 가능하게 한다.

보건 분야가 초기부터 빈곤 퇴치 전략 논의에 적극적으로 참여하고 GBS 협상을 하는 것은 적절한 원조를 주고받을 수 있는 능력을 길러 줄 것이고, GBS 프로그램을 개선하기위한 융자조건들과 관련해서 보건 분야도 적극적으로 참여하여 이를 현실적이고 보건 분야에 해를 입히지 않도록 관리해야 한다. 이를 위해 보건 분야도 행정, 재무관리, 정책대화의 기술과 능력을 기르고, 보건 분야의 굿 거버넌스에 대한 이슈들을 꼭 다뤄야 한다. 수원국 예산지원의 비중은 공여국과 수원국이 정보를 공유하고 수원국의 우선순위에 부합한 방향으로 원조를 제공해야 함을 강조한다. 한국은 2006년 11%에서 2008년 34%의 증가하고 있으나 파리선언 이행목표인 85%달성을 위해 지속적으로 노력해야 할 것이다.

6. 기관간 역할 분담

원조 효과를 제고하기위해 선진 공여국들은 정부가 주로 정책과 예산 확보를 담당하고 민간이 사업수행, 연구 개발, 자문 등 전문성이 높게 요구되는 부분을 담당하고 있다. 그러나 이러한 역할분담의 기초에는 상호간 영역에 대한 존중과 신뢰가 기본이 되고 이를 법, 제도, 예산, 시민사회의 참여 등을 통해 공공히 하고 있다는 것을 알 수 있다.

민간부문의 역할을 강화하기위해 영국의 DFID는 최근 민간부문을 담당하는 부서의 확대를 계획하고 있으며 영국의 학교나 싱크탱크는 국제보건정책에 많은 영향을 끼친다. 또한 대중매체, 개발협력 비정부기구 커뮤니티가 잘 형성되어있어 HIV/AIDS, 생식보건과 권리 등 보건 분야 세부분야별 지원 및 특정한 이슈에 대한 협력이 잘되고 있다. 우리

나라도 ODA전문성 강화를 위해서는 공공과 산학연 등 민간이 서로간의 장점을 살려 시너지를 낼 수 있도록 하는 제도적인 보완이 선결되어야 한다. 특히 보건 분야는 노동, 교육, 환경, 성 주류화 등과 밀접한 연관이 되어있고 성과에 영향을 미치는 요인이 다양하므로 보건 분야 및 연관분야 전문가들과의 교류 및 다학제적 접근이 선행되어야한다.

7. 원조 역량의 제고

일차적으로 원조를 수행하는 인력에 대한 기술지원을 통해 단기적인 성과를 도출하고 있는 호주의 사례는 우리나라 '보건의료분야 원조를 위한 기술지원'의 가능성을 시사하고 있다. 호주 국제개발청은 사업 수행에서의 전문적인 기술적 지원을 하기 위하여 웹상(www.ausaiderf.com.au)에 교육자원기관(The Education Resource Facility, ERF)을 구축 하여 운영한다. 호주를 비롯하여 세계적으로 확립된 교육 네트워크를 이용하여 AusAID직원들에게 다양한 전문가와의 교류를 제공하며, 이를 통해 직원들은 효율적인 원조 프로그램을 계획, 관리하고 정책적 참여에 필요한 지식적 기반과 기술적 지원을 받을 수 있게 한다.

교육자원제공(ERF) Help Desk를 통해 직원들은 기술 전문가의 자문, 간략한 연구 서비스 등 자신의 업무에 필요한 서비스를 이용할 수 있다. 이와 같이 우리나라도 원조수행기관과 -전문부처 간 협력을 통해 '보건의료분야를 포함한 종합적 기술지원'서비스의 제공을 도입해볼 수 있다.

8. 원조의 효과성 제고를 위한 노력

최근 국제개발지원에서 가장 두드러진 흐름은 2005년 파리선언과 그 뒤를 이는 2008년 아크라 행동 강령에서 합의한 원조효과성에 대한 대

원칙들을 준수하기 위해 시스템을 갖추려고 노력한다는 것이다. 아크라 실행 계획(Accra Agenda for Action)2) 에서 제시한 원조 효과성을 높이기 위하여 필요한 3가지 핵심 도전 과제는 수원국의 주인의식을 높이는 것, 효과적이며 보다 많은 주체가 참여하는 파트너십을 구축하는 것, 개발성과달성 및 투명한 회계구조를 만드는 것이다.

DAC는 최근의 peer review를 통하여 호주의 원조효과성을 제고하기 위한 노력을 긍정적으로 평가했고 우리나라에 적용할 수 있는 바는 다음과 같다.

○ 수원국에 권한을 위임하는 방식으로 전환 : 구체적으로 수원국에 보다 많은 인력을 배치하고, 수원국 담당자의 책임과 권한을 확대한 것으로 수원국 대표가 국별 전략을 수립하며, 그 과정에서 수원국과 본국의 정부 관계자, 호주국제개발청의 해당 국 담당자의 의견을 수렴하는 주체가 되도록 시스템을 변화시킨다.

○ 원조 효과성 원칙의 적용을 위한 실제적인 접근을 우리나라 원조기관 간 공동으로 개발하여 사용하는 방안도 검토가 가능하다.

예를 들면 사업의 질 관리를 보다 효율적으로 하기 위하여 중앙의 인트라넷 시스템을 구축하여 원조기관끼리 공유한다. 또한 사업수행 가이드라인 등 필요한 서식과 도구를 웹상에서 제공함으로써 모든 원조활동 간의 일관성을 유지하고, 최소한의 단계별 요소가 충족되도록 한다. 재정 관리를 비롯하여 질 관리에 관한 모든 것을 입력, 관리하여 정기적으로 국가별, 프로그램별 진행 상황을 점검하여 보고할 수 있도록 활동 관리 데이터베이스 시스템을 개발하여 운영하는 것도 필요하다.

제2절 정책 제언

우리나라가 그동안 수행해온 공적개발원조는「한국국제협력단법」에 따라 해외연수생 초청, 전문 인력 파견, 해외봉사단 파견 등 무상원조사업을 수행하고 있고, 개발도상국에 대한 차관지원 등의 유상원조는「대외경제협력기금법」에 따라 기획재정부 산하 대외경제협력기금이 설치·운영되고 있어, 공적개발원조업무가 합의된 기본이념이나 원칙 수립이 미흡한 상태에서 부처별로 분산 추진되어 추진기관간 사업 중복 등 비효율을 초래하고, 유·무상 원조간의 연계가 저해되어 공적개발원조의 효율성을 저해해 왔다[19]. 따라서 2011년 ~2015년 국제개발협력 기본계획 → 국별지원계획/분야별지원계획의 순으로 구체화하여공적개발원조가 전세계 건강증진을 위해 효과적으로 집행될 수 있도록 해야 한다. 구체적으로 2011년 ~2015년 국제개발협력 기본계획에 근거하여 보건분야 ODA지원 액수, 달성 목표, 추진전략, 중점 지원 분야 및 지역, 세부 프로그램 등을 주요 골자로 하는 보건 분야 ODA 지원 전략 및 계획 수립이 필요하다.

국가별 수요에 맞는 체계적 프로그램 및 맞춤형 컨텐츠 개발을 위해 수원국 중심의 체계적, 포괄적 수요조사를 실시하고 사업선정 시행과정에서 기관간/사업간 연계 및 협조를 통해 국제적 수준의 실무경험과 전문지식을 보유한 전문가 및 이들에 대한 유관기관간 정보공유하여 우수정책과 프로그램을 개발해나가야 한다. 이를 위해 구체적인 세부내용은 알마아타 선언(1978)에서 언급한 일차보건의료의 주요 우선순위에 근거하여 다음과 같이 제안해 볼 수 있다.

1) 주요 보건문제의 그 예방 및 그 관리방법에 대한 교육: 교육은 건강의 주요한 결정요인이므로 교육과 보건의료 사업이 병행하여 이

19) 국제개발협력기본법. 2010, 외교통상부

루어질 경우 좋은 성과를 얻을 수 있다.

2) 식량의 공급과 적절한 영양 공급의 촉진: 문화적으로 적절한 식품의 이용가능성과 접근성제고는 사람들의 건강 증진과 영양실조 예방을 위해 매우 중요하다. 보건의료는 식품생산을 감독, 불균형한 식습관 예, 식품 위생과 생물학적 안전성에 대한 연구를 포함해야 한다.
3) 안전한 식수와 기초 위생의 적절한 공급: 일차보건에 거주지, 식수, 위생 등 환경의 지속가능성을 고려해서 이에 대한 계획을 수립해야 한다. 물의 공급을 활성화하고 안정적 음식의 공급, 위생 및 주거환경을 개선해야 한다.
4) 가족계획을 포함한 모자보건: UN MDG 중간보고에 따르면 모자보건사업은 MDG 달성이 가장 뒤쳐지고 있는 분야로, 제정 지원이 필요하며, 특히 사하라이남 아프리카와 남아시아에 관심을 기울여야 한다.
5) 이외에도 풍토병을 포함한 주요 전염성 질환에 대한 예방접종, 흔한 질병과 외상의 적절한 치료, 필수의약품의 제공은 일차보건에서 꼭 해결되어야 하는 주요한 분야이므로 이에 대한 고려가 필요하다.

현재 우리나라 중점지원국가인 26개국을 대상으로 국별지원전략이 수립되고 있고, 완료되는 시점인 2012년 이후에는 각 분야별/지역별 예산의 배분을 중심으로 더욱 구체적인 보건의료 ODA전략과 계획 수립이 가능하다고 본다.

최근에는 국제기구와 다양한 공적 원조기관 및 대형 기금 등을 통해서 보건의료체계 강화에 대한 다양한 논의와 실질적인 사업지원이 이루어지고 있으며, 기존의 수직적 보건사업의 접근(vertical approach)과

단계별 보건의료체계 강화 등을 통한 수평적 접근(horizontal approach) 간의 통합적인 접근을 통하여 통합적인 동반상승효과를 추구하고자 하는 사선적 접근(diagonal approach)이 대안으로 제시되고 있다. 우리나라의 수원국 요청에 의한 병동건립, 장비 보급, 소수의 관련 인력 교육의 조합 형태로 진행되는 단기 프로젝트를 보건의료 서비스 제공, 보건의료 인력, 보건의료 정보체계, 의약품, 백신, 의료기술, 재원, 리더십 및 거버넌스 등 각각의 구성요소의 강화를 통해 보건의료의 형평성, 접근성, 반응성을 강화하고 사회적 재정적 보장, 효율성 제고하는 방향으로 개선해 가야한다. 이러한 접근 방식을 응용하면 특정 질환관리프로그램 추진 시 질환의 예방, 진단 및 치료와 동시에, 예방접종 사업을 추진하는 지역별 질환을 관리하는 인력, 시설, 장비에 대한 투자와 질환 감시 및 진단체계 및 중앙 및 지방정부의 관련 정책 수립 등을 통해 사업의 효과성 및 효율성을 제고할 수 있다.

우리나라 보건 분야 ODA의 경우 개도국의 질환의 양상과 건강상태는 거의 우리의 과거 경험에 근거한 판단과 가정에 기초하여 이루어지고 있으나 유럽연합, 영국 등 선진 원조 공여국은 예방 가능한 질병을 막기 위해 더 노력하고 있고, 특히 개발도상국의 소외 질병에 대한 의료연구의 질과 양을 확대해나고 있다. 구체적으로 연구예산의 증가, 연구의 질을 관리 체계화, 연구 결과의 소통 확대, 수원국의 역량 개발을 위한 연구, 소통과 파트너십의 기초가 되는 연구 등에 대한 정책수립과 노력이 필요하다.

신흥 공여국 네트워크등을 통해 워킹그룹을 구성하여 기존의 원조 규범을 학습하고 적극적으로 정책에 도입함은 물론 새로운 원조 체계, 질서를 갖추도록 해야 한다. 또한 신흥원조국이면서 둥북아에서 지리적으로 가까운 한중일 3국간 모자보건개선 등을 위해 구체적인 네트워크의 설립 및 운영을 생각해 볼 수 있다.

우리나라는 예산지원이 없고 프로젝트 원조의 비중이 높아 수원국 PFM 시스템 사용률이 낮다. 따라서 우리나라의 수원국 PFM 시스템 사용률 제고를 위해서는 예산지원을 포함한 프로그램 기반 원조(Programme Based Approach, PBA)확대가 필요하다. 프로젝트 원조 지원 시 수원국이 원조 자금을 예산에 반영할 수 있도록 원조 재원 흐름의 중장기 예측성 강화된다는 장점이 있다. 이를 위해서는 보건 분야만 아니라 전체 원조의 방식에 대한 논의와 합의가 전제되어야 하겠다.

일차적으로 원조를 수행하는 인력에 대한 기술지원을 통해 단기적인 성과를 도출하고 있는 호주의 사례를 통해서 우리나라 '보건의료분야 원조를 위한 기술지원'의 네트워크의 필요성이 제시되었다. 우리나라도 원조수행기관과 전문부처 간 협력을 통해 보건 분야 사업수행 인력이 다양한 전문가와의 교류를 제공하며, 이를 통해 직원들은 효율적인 원조 프로그램을 계획·관리하고, 정책적 참여에 필요한 지식적 기반과 기술적 지원을 받을 수 있게 해야 할 것이다.

참고문헌

《국문》

권율 (2006), 『우리나라 대외 원조정책의 선진화 방안』, 대외경제정책연구원

권율 (2008), 『국제사회의 파리선언 이행 현황과 시사점』, 대외경제정책연구원

김달현, 이태주, 이태희, 전승훈, 전은영 (2006), 『우리나라 무상원조사업의 중장기 정책 및 전략』, KOICA.

김용택, 정기환, 허장 (2007), 『대 개도국 농촌개발경험 전수 방안 연구』, 한국농촌경제연구원.

박복영, 이제민, 채욱, (2007), 『한국 경제발전경험의 대 개도국 적용 가능성』, 대외경제정책연구원(KIEP).

손성애, 이경구, 이재홍, 전승훈 (2007), 『한국적 개발협력 프로그램 발전방안 연구』, KOICA.

이경구 (2004). 『한국에 대한 개발원조와 협력: 우리나라의 수원 규모와 분야 효과사례 등에 관한 조사연구』, KOICA.

이태주 (2009), 『원조효과성에서 개발효과성으로-국제사회 논의와 한국의 대응과제』, ODA WATCH 제5회 정책포럼. pp.9~11.

이현주 (2009). 『수원국 공공재정 및 조달 시스템 활용방안』, KOICA.

이현주 (2010). 『프로그램형 접근법(PBA) 도입방안』.

정유아 (2009), 『한국 공적개발원조(ODA)의 '국가지원전략(CAS)' 활

용 현황과 과제』. 국제개발협력. No.2.

조성준, 홍소정 (2007). 『한국형 개발원조 모델: 미니 모자보건소의 설립을 중심으로』, 제 3회 국제개발협력 논문공모 수상 논문집. pp.13~49, KOICA.

_____ (2002), 『원조의 효과성 제고를 위한 OECD 논의』. OECD Focus. 7월호, 대외경제정책연구원.

_____ (2002), 『지속가능발전 세계정상회의의 성과와 과제』. KIEP 세계경제. 제5권. 제9호, 대외경제정책연구원.

_____ (2009), 『경협조사자료 2009P-3』. ODA 동향. pp.2~13.

_____ (2009), 『보건복지 분야 ODA사업의 효율적 추진 방안』, 보건복지부; 한국보건산업진흥원 (공편)

_____ (2010), 『2011년~2015년 국제개발협력 기본계획』, 관계부처 합동

_____ (2010), 『공적개발원조(ODA)사업 평가』, 국회예산처

_____ (2010), 『2010 KOICA 대외무상원조실적 통계』, 한국국제협력단(KOICA)

《영문》

Anne Digby (1999), 『The Evolution of British General Practice』, Oxford University press.

Appleby, J. (1993), 『Financing in Helath Care in 1990s』, Opnen University Press. Buckingham.

AusAID(2009a). 『AusAID Budget 2007~2008』.

AusAID(2009b). 『The Final Report of Research in AusAID 2008』.

AusAID(2009c). 『Annual Review of Development Effectiveness 2008』.

Bill & Melinda Gates Foundation and McKinsey & Company. (2005), 『Global health partnerships: assessing country consequences.』, The Third High-Level Forum on the Health MDGs, Paris.

Caines K et al.(2005), 『Assessing the impact of global health partnerships.』 London, DFID Health Resource Centre.

Caines K. (2005), 『Key evidence from major studies of selected global health partnerships.』, DFID Health Resource Centre.

Gottret P, Schieber G. (2006), 『Health financing revisited; a practitioner''s guide.』, Washington, DC, World Bank.

Guy Carrin and David B. Evans (2008), 『General Budget Support in developing countries: ensuring the health sector's interest Adélio Fernandes Antunes』. WHO/HSS/HSF/PB.

Rebecca Dodd (2007) 『AID EFFECTIVENESS AND HEALTH』, WHO HSS

Yamey G (2010), 『UK announces cash boost for vaccines and free health care in poor countries.』, BMJ

_____ (1993), 『World development report 1993: investing in health.』, Washington, DC, World Bank.

_____ (2000), 『The world health report 2000: health systems: improving performance.』 Geneva, World Health Organization.

_____ (2001) 『Commission on Macroeconomics and Health』 Geneva, World Health Organization.

_____ (2001) 『Macroeconomics and health: investing in health for economic development.』 Geneva, World Health Organization.

_____ (2005) 『Health service delivery in post-conflict states.』, Third High-Level Forum on the Health MDGs, Paris.

_____ (2005) 『Investing in development: a practical plan to achieve the millennium development goals.』, New York, UN Millennium Project.

_____ (2005), 『Why we need to work more effectively in fragile states.』, London, Department for International Development.

_____ (2006), 『Global monitoring report 2006: millennium development goals: strengthening mutual accountability, aid, trade, and governance.』, Washington, DC, World Bank.

_____ (2007), 『Working Together for Better Health』, DFID

_____ (2008), 『Survey on Monitoring the Paris Declaration』, OECD

_____ (2009), 『AID FOR BETTER HEALTH - WHAT ARE WE LEARNING ABOUT WHAT WORKS AND WHAT WE STILL HAVE TO DO?』, OECD DCD/DAC/EFF

_____ (2009), 『One World Conservatism: A Conservative Agenda for International Development』. Policy Green Paper No.11, Conservative Party.

_____ (2009), 『Managing Development Resources: The Use of Country Systems in Public Financial Management』, OECD

_____ (2010), 『DFID : a report card and a reappraisal.』 The Lancet.

_____ (2010), 『Japan's Global Health Policy 2011~2015 EMBRACE - Ensure Mothers and Babies Regular Access to

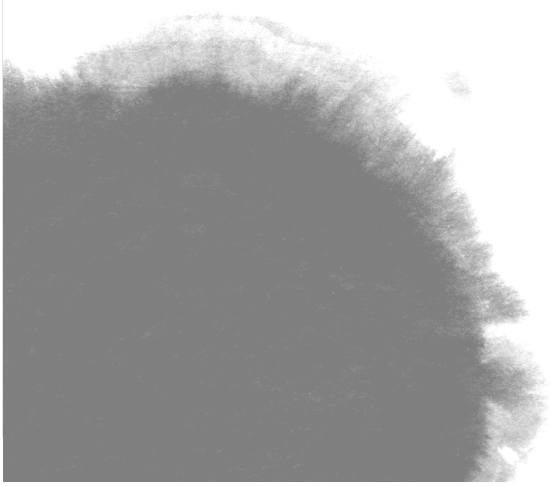
Care-』, JICA

_____ (2010), 『New partnership to support developing countries'maternal health plans.』, OFID press

_____ (2011), 『European commission Health Annex -2011 Accountability Report』, EC.

_____ 『International Development Act 2002』

부 록



부록

G8 국가의 보건의료 분야별 원조 현황

1. 보건 투자

전 국민의 보건 서비스 이용, 에이즈, 말라리아, 결핵 퇴치 새천년 개발 계획 달성, 보건시스템 강화를 위해서는 상당한 자원이 필요하다. G8 국가는 향후 수년간 최소 600억 달러를 제공하기 위해 노력할 것이며 다른 공여국의 지원을 장려할 것이다(Heilingendamm, 2007: 아프리카의 성장 및 책임, 48). 또한 2012년까지 전염성 질환 퇴치 및 보건 시스템 강화를 위해 600억 달러를 투자하는 등 기존 원조 공약을 재 다짐할 것이다(L'Aquila, 2009: 지속가능한 미래를 위한 책임감 있는 리더십, 125).

□ Gleneagles Annex II 원조 공약

AIDS, 말라리아, 결핵 및 기타 소외 질병 치료제, 백신, 살균제 개발을 권장하기 위한 민간 파트너십, 선 구매 원조 공약 등의 메커니즘을 통한 G8 글로벌 HIV/AIDS 백신 제조업체 발전, 직접 투자 증대, 시장 인센티브 강화(Gleneagles, 2005: 아프리카, 18e).

〈부표 1〉 G8 국가 보건의료분야 배정 ODA 총액

G8 DONOR	2007	2008
	(figures in current $US millions, disbursement amount)	
Canada	510.46	630.11
France	684.63	1,046.30
Germany	755.20	956.20
Italy*	819.25	361.69
Japan**	703.6	792.9
Russia	102.18	110.29
UK	1,633.53	1,381.10
U.S.	5,190.76	6,808.58
TOTAL	**$10,399.61**	**$12,087.17**
EC	$ 449.06	$ 531.70

주: 본 표에는 보건에 배정 가능한 일반 예산 지원금이 포함되어 있지 않다. G8 회원국의 유럽 위원회 다자간 지원금을 중복 계산할 수 있기에 유럽 위원회의 지불금도 G8회원국의 지불금에 더할 수 없다.
* 이탈리아는 2008년 글로벌 펀드 지원금을 2007년에 지급할 것으로 예상 되었다. 이로 인해 2007년도와 2008년도 금액 간에 차이가 발생한다.
** 일본의 보건 ODA 데이터는 2007~2008 데이터 변경 작업이 진행 중이며 DAC 데이터베이스가 업데이트 되지 않아서 DAC 온라인 데이터베이스 내용과 차이가 있을 수 있다.
자료: OECD/DAC(Based on OECD/DAC CRS 목적 코드 12110에서 12191, 12220에서 12281, 13010에서 13081)

□ 캐나다

캐나다는 살균제 및 백신 등 신규 HIV 예방 기술 개발의 든든한 지원국이었다. 2005년에서 2009년까지 캐나다는 3,000만 달러를 국제 파트너십 살균제 사업에 지원하였다. 2000년에서 2009년까지 캐나다는 백신 연구 촉진을 위해 국제 에이즈 백신 이니셔티브에 8,200만 달러, 아프리카 에이즈 백신 프로그램에 500만 달러를 지원하였다.

2006년 중·저소득 국가의 연구자 임상실험 역량 강화 및 HIV 백신 임상실험 수행 역량 구축을 목적으로 CIDA는 3년간 300만 달러를 글로벌 보건 연구 이니셔티브에 지원하였다.

2009년 캐나다 HIV 백신 이니셔티브를 통해 CIDA는 추가 1,600만 달러를 5년간 제2차 임상 실험 역량 구축 프로젝트에 지원하였다. 또한 5년간 1,200만 달러를 HIV 백신 관련 발견 및 사회적 연구에 지원하였으며, 중·저소득 국가, 특히 임상실험을 계획 중이거나 진행 중인 국

가의 백신 규제 역량 개선 지원 활동에 200만 달러를 지원하였다.

그리고 캐나다는 개발도상국 수요에 부합하는 폐렴 백신 개발을 위한 사전 구매 약정(Advance market commitments, AMC)의 초기 공여국 중 하나이다. 캐나다는 월드 뱅크와 함께 2억 달러 원조 공약의 일환으로 1억 1,500만 달러를 신탁 기금에 예치하였다.

□ 프랑스

프랑스는 합리적인 비용으로 소외질병을 근절할 수 있다는 신념을 가진 국가이다. 프랑스는 내장 리슈마니아증, 아프리카 트리파노소마증, 샤가스 병 치료를 위한 신약을 개발 중인 소외 질병 치료제 이니셔티브(DNDI)를 지원한다.

2006년 이후 프랑스는 혁신적인 자금지원 방법으로 항공권에 부가세를 적용하였다. 이를 통해 발생한 수익으로 저소득 국가의 HIV/AIDS, 말라리아, 결핵 치료 접근성 확대 활동을 펼치는 UNITAID을 지원한다. 프랑스는 2006년부터 2008년까지 4억 9,287만 달러를 지원했으며, 이는 UNITAID 총 예산의 70% 이상이다.

2006년 프랑스는 IFFIm 지원을 위한 20년 프로그램(16억 달러 규모)을 시작하였다. 2007년과 2008년 프랑스의 지원금은 5,480만 달러였다. 프랑스는 IPM을 통해 살균제 연구 지원비로 25만 달러를 지급하였으며, 현재 IRD와 ANRS를 통해 10년 이상 살균제 연구를 지원중이다. 1994년부터 ANRS, 파스퇴르 연구소, 제약업체를 통해 HIV 백신 연구도 지원하고 있다.

□ 독일

EDCTP: 독일은(교육 연구부를 통해) 2005년 이후 약 50만 달러를 EDCTP(유럽/개발 도상국 임상 실험 파트너십)의 HIV 백신 연구에 지

원하였다. 이 외에도 말라리아 치료제 연구 지원금으로 약 260만 달러를 2005년부터 지원해왔다. 또한 결핵 치료제 연구도 2005년부터 약 33만 달러, 결핵 백신 연구에 2005년부터 약 1,000만 달러를 지원했다. EDCTP는 HIV/AIDS, 결핵, 말라리아의 3대 빈곤 관련 질병으로 인한 전 세계적 보건 위기에 대응하기 위해 2003년에 설립되었다. 14개 EU 회원국, 노르웨이와 스위스, 48개 사하라 이남 아프리카 국가들이 모여 만든 파트너십으로써, EDCTP는 EU 회원국이 국가 연구 및 개발 프로그램을 통합, 조율하고 아프리카 대상국들과 파트너십을 형성하도록 지원한다.

○ IPM: 2007년 이후 독일은(경제 협력 및 개발부를 통해) 국제 살균제 파트너십(IPM)에 279만 달러를 지원하였다.

□ 이탈리아

이탈리아 국가 에이즈 센터는 이탈리아와 남아프리카에서 HIV-1 TAT 예방 및 치료 백신의 2단계 임상 실험 및 연수가 포함된 이니셔티브를 실시 중이다. 총 예산은 2억 7,600만 달러로 5년 동안 지원 예정이다(2008/2012). 이탈리아는 IFFIm 및 사전 구매 약정(Advance market commitments, AMC) 등 혁신적인 자금지원 메커니즘을 지원해 왔으며, 특히 IFFIm에 20년간 6억 달러 지원을 공약하였고(2006년 4억 7,380만 유로에 해당) 2009년 6월 활동을 시작한 사전 구매 약정(AMC)의 폐렴 시범 프로젝트에 6억 3,500만 달러 지원을 공약하였다. 2008년 IFFIm 지원금은 3,580만 달러였으며, 사전 구매 약정(AMC) 지원금은 5200만 달러였다. 2009년 IFFIm 지원금은 3,490만(2,500만 유로 상응)달러였으며 AMC 이니셔티브를 위해 월드 뱅크로 5,560만 달러(3,990만 유로 상응)를 지원하였다.

□ 일본

일본은 전염성 질환 및 비전염성 질환 백신과 치료제 개발을 위해 일본 대학과 연구 기관에 다년간 자금을 지원하고 있다. 일본은 WHO 자율 지원금 형식으로 열대질병 연구 및 연수 특별 프로그램에 연간 자금지원을 제공하고 있다.

□ 러시아

러시아 연방은 전염성 질환 치료제, 백신, 살균제 개발을 위해 노력을 기울여왔으며 인근 지역 CIS 국가에 지원을 제공해왔다. 2008~2010년 HIV 백신 연구 및 CIS 국가의 관련 활동 조율에 3,800만 달러를 배정하였다. 2005~2009년 동안 러시아 연방의 주도로 선진국 및 개발도상국 출신 과학자들이 참여하는 백신/살균제 백신 컨퍼런스를 12회 개최하였으며, 상하이 협력 기구(SCO), Euro AsEC, CIS 등 정부간 기구의 전염성 질환 연구도 추진해왔다.

러시아 연방은 백신 및 치료제 연구 개발을 위해 혁신적 자금 지원 메커니즘에 정치적 지원을 기울여 왔다. G8 파트너 기관과 함께 러시아는 2010~2018 기간 동안 사전 구매 약정(AMC) 이니셔티브 하에서 8,000만 달러 지원을 공약한 바 있다.

□ 영국

○ 백신

영국은 국제 백신 지원 이니셔티브(IAVI)를 1998년부터 지원해왔으며, 2008~2013 기간 동안 4,000만 파운드를 지원할 것이다.

○ 살균제

국제 살균제 파트너십(IPM): 2008~2013 기간 동안 2,000만 파운드를 지원할 예정다. DFID는 영국 의료 연구회와 협력하는 살균제 개발 프로그램(MDP)의 주요 지원기관이며, 영국의 자금 지원은 2002~2009년 기간 동안에 4,000만 파운드였다.

○ 말라리아, 결핵, 기타 소외질병 치료제 개발

- 말라리아 치료제 벤처(MMV): 2010~2015년 1,900만 파운드
- 결핵 약물 개발 국제연맹: 2008~2013년 1,800만 파운드
- 소외 질병 치료제 이니셔티브(DNDi): 본 기관은 말라리아, 리슈마니아증, 수면병, 샤가스 병 등 주요 소외 질병의 치료법 개선 및 치료 접근성 개선 활동을 펼치고 있다. 영국의 자금 지원은 2008~2013년 1,800만 파운드였다.
- WHO 열대 질병 연구 특별 프로그램(TDR): 연구 파트너 기관의 협력 프레임워크 제공, 대상 질병이 풍토병인 국가 출신 과학자 역량 강화, 소외된 우선순위 요구 연구를 지원한다. 또한 아프리카 지역사회의 말라리아 관리를 위한 ACTs의 안전성과 효과성을 입증할 증거를 생산한다. 영국의 자금지원은 2008~2013년 1,200만 달러이다.
- 영국은 UNITAID에 현재까지 1억 300만 파운드를 지원했으며, 2026년까지 매년 6,000만 파운드를 원조하겠다는 공약을 한 바 있다. 2010년도 지원금은 UNITAID 예산의 22%에 달했다.

○ IFFIm

국제백신금융기금(IFFIm)에 20년간 25억 8,000만 달러(13억 8,000

만 파운드) 원조를 공약하였다. 2008년과 2009년 각각 1,700만 파운드, 2500만 파운드를 지급하였다.

○ AMC(Advance market commitments, 사전 구매 약정)

선진 시장 원조 공약(AMC)의 폐렴 백신 시범 사업에 10년간 4억 8,500만 달러를 지원하기로 했다.

□ 미국

미국은 폐렴백신 사전 구매 약정(AMC) 또는 국제백신금융기금 등 자금 지원 메커니즘에 자금을 지원하지는 않지만, 미국은 학계, 산업계, 개발도상국, 제팜 개발 기구 등 다양한 파트너 기관과 함께 전염성 질환의 백신, 살균제, 치료제 개발 가속화에 매진하고 있다. 미국은 현재 HIV, 결핵, 말라리아, 비전염성 질환 백신 관련 연구를 지원하고 있으며, 전 세계 비전염성 질환 퇴치를 위해 대규모 치료제 배포 지원을 위한 제약업체와의 민관 파트너십을 수립했다. 미국의 살균제 전략 계획은 개발도상국 시장의 안전하고 효과적이고, 수용 가능하며 저렴한 가격의 살균제 개발을 지원한다. 미국은 최근 마다가스카르와 협력하여 여성 성매매 종사자에게 살균제 도포 피임기구의 사용 지속성에 대한 무작위 통제 실험을 실시하였다.

□ 유럽 연합

다양한 연구 지원에 더해, 유럽 위원회는 IAVI를 지원해 오고 있다(2006~2009년 300만 유로). 특히 아프리카 국가들의 임상 실험 역량 구축 지원, IPM(420만 유로), 아프리카 말라리아 네트워크의 백신 개발을 지원하고 있다(2004~2009년 700만 유로).

2. 모자보건

격차 보완을 위해 모자보건 서비스 및 자발적 가족계획 활동을 확대할 것이며 해당 지원금은 약 15억 달러로 추산된다(Heiligendamm, 2007: 아프리카의 성장과 책임, 50).

G8 국가는 모자보건 서비스 분야 격차 보완 노력 확대를 목표로 한 원조 공약에 발맞춰, 양자 간 프로그램 활동을 수행해 왔다. 관련 지원으로는 성 및 생식 보건 지원, 자발적 가족계획, 산전 산후 보건 서비스, 심각한 신생아 감염 치료 등이 있다. G8 국가는 개인위생, 영양, 공중위생, 물 공급 개선 등 공통 사안과 예방접종 프로그램 대상자 확대를 위해 노력 중이다.

참고: 모자보건 자금 지원 획득을 위한 공통의 합의된 방법론을 아직 개발하지 못하였다.

□ 캐나다

CIDA는 HIV/AIDS, 결핵, 말라리아, 소아마비, 홍역 등 모자보건에 영향을 주는 질병 치료와 예방을 목표로 하는 프로젝트와 이니셔티브의 핵심 지원기관이다. CIDA의 모자보건 프로그램 대부분은 모성과 아동에 보건 서비스를 제공하는 보건 시스템 강화를 목표로 한다. 이를 위해 2006년 G8 정상회담에서 캐나다는 아프리카 보건 시스템 이니셔티브(AHSI) 설립을 발표하였다. 10년간 4억 5,000만 달러를 사하라이남 아프리카 지역 보건 시스템 강화를 위해서 아프리카 주도 노력에 지원하는 프로그램이다.

모잠비크에서 AHSI는 보건부의 보건 분야 전략 계획을 지원하였다. 통합 아동 질병 관리(IMCI) 제공 보건소 역량 강화, 분만 대기소를 포함하는 구 보건소 비율 확대, 기본 산과 서비스 및 HIV 모자감염 예방

제공 보건소 증대 등이 포함된다.

Catalytic Initiative to Save a Million Lives, 사하라이남 아프리카 지역에 비용 효과적인 모자보건 서비스 제공을 위한 시스템 강화 지원을 위한 다자간 이니셔티브 등이 AHSI에 포함된다. 지난 5년간 캐나다의 1억 500만 달러 지원금은 현재 다른 공여국의 지원을 받아 3억 달러 이상으로 불어났다. CIDA는 기타 지역의 보건 시스템 강화 지원에도 힘쓰고 있다. 볼리비아의 경우 기초 모자보건 서비스 증진에 초점을 둔 역량 구축 및 서비스 강화를 위해 보건부에 1840만 달러를 지원하였다.

캐나다는 오랫동안 개발도상국 미량 영양소 사업의 주도적인 공여국이었다. 2005년부터 미량 영양소 이니셔티브, UNICEF와 국제 헬렌켈러 재단에 3억 달러를 지원하여, 상기 기구의 개발도상국 파트너 기관에 비타민 A와 요오드화 소금을 지속적으로 공급해왔다.

캐나다는 예방 접종 프로그램의 주요 공여국이기도 하다. 1998년 이후 캐나다는 캐나다 국제 예방접종 이니셔티브(CIII)에 1억 4,600만 달러를 지원해왔다. 본 이니셔티브는 국가 예방 접종 시스템 강화 및 전국/구 단위 예방 접종률 개선을 목표로 한다.

캐나다는 세계백신면역연합에도 1억 8,800만 달러를 지원하여 최저소득 국가의 신규 및 저사용 백신 도입을 지원하였다.

2005~2006년 이후, CIDA는 생식보건 및 가족계획 접근성 확대를 위해 UNFPA의 핵심 자금지원으로 6,590만 달러를 지원하였다.

2005년 이후 CIDA는 국제가족계획연맹(IPPF)에 핵심 자금지원으로 2,700만 달러를 지원했다.

양자간 프로그램을 통해 CIDA가 지원한 파트너 기관은 다음과 같다.

○ 플랜 캐나다: 방글라데시 사춘기 생식 보건 전략 이행(500만 달러, 2007~2012)

○ Marie Stopes 탄자니아

- HIV/AIDS, 모성, 아동, 생식 보건 서비스 확대(240만 달러, 2005~2009)

CIDA는 또한 생식보건 개선을 위한 캐나다 기구의 파트너 기관이다. 2006~2011년 동안, CIDA는 캐나다 산부인과 전문의 협회(SOGC)에 260만 달러를 지원하였다. 이는 과테말라, 아이티, 부르키나파소, 우간다의 모성 사망률 및 이환율 감소를 위한 파트너 연합 강화를 위한 것이었다. SOGC와 파트너 기관들은 응급 서비스 접근성 확보를 위해 응급 산과 서비스, 후송시스템, 보건 인력의 출산 지원 등을 제공하였다.

□ 프랑스

프랑스는 HIV/AIDS, SRHR(성/생식 보건 및 권리), 양성 평등, 성 인지적 접근법 증진과 연계된 가족계획, 모성, 신생아, 아동 보건 관련 G8 목표 달성을 위한 활동에 활발히 참여하고 있다.

프랑스 AIDS 연구 기관(ANRS)를 통해, 350명의 여성이 현재 모자감염 예방 조치를 받고 있으며, 100명 이상의 아동이 항 레트로 바이러스 치료 중이다. 프랑스는 영아 사망률 감소를 위해 GAVI/IFFIm에 대한 지원금(20년간 18억 달러)을 통해 예방접종 프로그램에 투자하기로 했다.

프랑스의 UNITAID 지원금 덕에 아동 대상 항 레트로 바이러스 치료법을 개발했으며, 9,000명 이상이 치료를 받았고 모자감염 예방 프로그램이 지원을 받았다.

2007년부터 2008년까지 프랑스는 4,597만 달러를 모성보건 개선에 지원했다. 본 지원금에는 주로 아프리카 지역의 UNFPA, WHO, UNICEF 등 다자간 기구 자금지원 프로그램은 포함하지 않는다. 2008년 프랑스

는 일부 아프리카 국가와 아이티의 아동 및 모성 보건 관행 개선을 위한 교육 프로그램에 432만 달러를 배정하였으며, 본 프로그램은 2012년 까지 진행될 것이다.

□ 독일

보건 분야 독일 양자간 개발 협력은 현재 50개국에서 실시되고 있으며, 이중 24개국은 사하라이남 아프리카 지역 국가이다. 일반적으로 보건시스템 및 사회 서비스 강화는 생식 및 모자 보건 증진에 핵심적인 역할을 한다. 모자보건 중 독일 지원의 주요 분야는 가족계획, 보건 인력의 출산 지원, 성 및 생식 보건 서비스와 HIV/AIDS 통합, 사춘기 생식 보건이다.

2005~2008년 가족계획 및 생식 보건 분야에서 1억 5,000만 달러를 양자 간 지원금으로 지출하였다. 영양, 학교 보건, 물/공중위생, 에너지 분야의 양자 간 사회 보호 및 사회적 마케팅 활동, 프로그램을 통해 아동보건을 직접 지원하였다.

양자 간 지원 외에 독일은 모자보건 활동을 펼치는 WHO, UNFPA, UNICEF 및 GFATM 등의 다자간 기구에도 상당한 자금 지원을 제공하였다.

또한 독일은 모자보건 분야에서 활동 중인 국제 NGO도 지원한다. 2005년 이후 국제가족계획연맹(IPPF)에 2,700만 달러를 지원하였고, 2006~2009년 세계백신면역연합에 총 1,607만 달러를 지원하였다. 독일은 모성, 신생아, 아동 보건을 위해 촉매 역할을 하는 이니셔티브 및 합의 등 정책 과정도 지원한다.

□ 이탈리아

모자보건 및 가족계획에 대한 이탈리아 정부의 일반 정책은 UNICEF와 UNFPA의 정책과 일맥상통하다. 국가 및 구 단위 보건 분야 개발 지원 양자 간 이니셔티브에 기초보건 투자의 50%를 차지하는 모자보건과 가족계획 요소가 포함된다. 여성 인권 증진, 여성 역량 강화, 여성 폭력 방지, 여성 할례 방지를 위한 기타 이니셔티브에는 성/생식 보건 및 권리 요소가 포함된다. 또한 여성 및 아동 보건과 강한 시너지 효과를 갖는다. 2005~2008년 사이 모자보건 및 가족계획 개입에 대해 G8 기준에 따라 계산하고 있다. 2009년 양자간, 다자간 지원금은 3,935만 달러와 1억 4,118만 달러에 달한다. 2009년 다자간 지원금에는 글로벌 펀드, 소아마비 근절 및 WHO 지원금을 포함되지 않았다. 이들 수치는 아직 고려중인 기타 투자를 포함하면 증가할 수 있다.

□ 일본

모성, 신생아, 아동 보건(MNCH)은 MDG 4와 5 달성을 지원하고자 하는 일본 보건 지원 정책의 초점 분야중 하나이다. 2005~2008년 간 일본은 일본 보건 개발 이니셔티브(HDI)에 의거 양자간/다자간 경로를 통해 6억 1400만 달러를 지원하였다. 국가 보건 시스템 강화(HSS)은 모자 사망률 감소의 필수 요소이기도 하다. 같은 기간 동안 일본은 양자간, 다자간 경로를 통해 총 10억 3,000만 달러를 HSS 프로젝트와 프로그램에 지원하였다.

JICA를 통한 모자보건 양자 간 지원은 다음 원칙을 바탕으로 하고 있다.

1) 지속적인 케어: 임산부의 산전/산후 보건 서비스 지속성 개선 및 신생아, 영아 대상 의 모자보건 서비스를 지속성으로 개선한다.

(예방접종 확대 프로그램(EPI), 영양, 성장 모니터링 등)

2) 공중 보건과 지역사회 간 협업: 공중 보건 서비스 품질 및 지역사회 주민 대상 서비스 접근성을 개선한다.
3) 지역사회 단위에서 출산 전문 보건 인력의 지원을 받는 분만: 분만시 출산 전문 보건 인력이 지원하도록 하고, 이들 보건 인력, 전통산파, 기타 핵심 관계자들의 협력 환경을 조성한다.
4) 학교 보건: 취학 연령 아동의 보건 및 영양 상태 개선을 위한 학교 보건 활동을 지원한다.

□ 영국

2007년 영국은 Countdown to 2015에서 수립한 방법론에 따라 모성, 신생아, 아동 보건에 다자간 원조 제외하고 양자간 지원금으로 3억 4,800만 달러를 지원하다. 영국은 또한 모자보건 ODA 추적을 위한 통합 접근법 개발을 지원하고 있다. 또한 영국은 2015년까지 보건 시스템 및 서비스 강화에 60억 파운드를 지원할 계획이다.

다음과 같은 분야를 예로 들 수 있다.

○ 에티오피아: 지역사회 보건인력 수를 10배 증가시키기 위해 4년간 2,500만 파운드 원조를 공약하였다.
○ 파키스탄: DFID는 5년간 9,100만 파운드를 제공하고 있다. 이를 통해 12,000명 이상의 산파를 교육시키고 지역사회에서 활동하게 할 것이다.
○ 네팔: 지난 10년간 모성 안전을 지원해왔으며, 이를 통해 모성 사망을 크게 감소시켰다.

DFID는 안전한 인공유산의 자금 지원처로써 아프리카 지역에 1,100만 파운드를 지원하였다. DFID는 모자보건 제공을 위해 UNFPA에

2,500만 파운드, 2006년 WHO에 6,000만 파운드, UNICEF에 9,700만 파운드 등 다자간 시스템과 협력해 왔다.

2007년 DFID는 추가로 UNFPA에 1억 파운드를 지원하여, 남성용 여성용 콘돔 및 기타 생식 보건 용품을 제공하기로 했다.

□ 미국

글로벌 보건 이니셔티브의 일환으로, 효과가 크고 증거에 기반 한 개입 활용을 증가시킴으로써 모성, 신생아, 아동 사망률을 감소시키고자 고위험 국가에서 미국은 활동하고 있다. 이러한 개입으로는 가족계획, 산전 보건 서비스, 출산 전문 보건 인력의 지원을 받는 분만, 심각한 신생아 감염 치료, 개인위생, 공중위생, 물 공급 개선, 폐렴과 설사의 예방 및 치료, 예방접종이 포함된다. 수요가 큰 국가에서 미국은 모성 사망률 감시 이행을 위한 기술 지원 및 모성 사망률 측정 기술 지원을 제공한다. 또한 국가 수준 인구학적 보건 조사 및 생식 보건 조사의 설계, 이행, 분석 기술 지원을 제공하여 파트너 국가와 미국이 국가 모자보건과 가족계획 프로그램의 격차를 파악하고 개선하고자 한다. 지역사회, 민관, 양자/다자간 접근법을 통해 해결책을 도출해야 하므로, 미국은 아프가니스탄 등 일부 파트너 국가와 직접 협력하여 모성 및 신생아 보건 결과를 개선하기 위해 지역사회 보건 인력 역량을 증진하고 기초 보건 시설 및 후송 병원을 개선하고자 한다. 미국은 또한 증거 기반 글로벌 가족계획/모자보건 가이드라인, 최적 관행을 개발 및 이행하고자 UNICEF, UNFPA, WHO 및 World Bank 와 협력하고 있다. 이를 통해 핵심 보건 서비스의 접근성과 활용을 최대화하고자 한다.

2007년에서 2009년 까지 미국은 생식보건 서비스 및 자발적인 가족계획에 56억을 집행하였다.

□ 유럽 연합

유럽연합은 MDG 달성을 위한 EU 행동 아젠다를 통해 모자보건 원조 공약을 재다짐 하였다. 또한 유럽연합은 양성 평등 지원, 아동의 보건 및 권리 증진, 다양한 국제 포럼에서 여성과 소녀의 보건 및 권리 증진에 대한 지원 결의를 재확인하였다.

EU의 모자보건 지원금은 가장 먼저 일반예산, 분야예산 및 국가 단위 보건 시스템 강화, 기초보건 서비스 및 생식보건 서비스의 전 국민 제공 지원 프로그램에 사용된다. 그 본성상 동 지원은 수량화 할 수 없다. 또한 평균 매년 3,000만 유로에 달하는 테마 지원을 모성 보건에 제공하여 가족계획 등 성 및 생식 보건 격차 감소를 지원하고 있다. 2009년 10월, EU, 아프리카, 캐리비안, 태평양 국가는 국제 워크숍을 개최하여 빈곤감소, 성/생식 보건 관련 경험 공유 및 발전을 위한 장으로 삼았다. 모자보건은 EU 인도주의 지원의 중요한 요소이기도 하다.

3. 보건 인력

G8 회원국은 인구 1,000 명당 2.3명의 보건인력 이라는 WHO의 목표 달성을 위해 보건인력 양성에 힘쓰고 있다. 해당 활동은 극심한 보건 인력 부족을 겪고 있는 아프리카 국가와의 파트너십을 통해 진행 된다.(Hokkaido Toyako, 2008: 개발과 아프리카, 46b)

□ 캐나다

아프리카 보건 시스템 이니셔티브(AHSI)는 현장 보건 인력 동원 및 연수를 우선시하고 있다. AHSI를 통해 모잠비크 에서는 모잠비크 보건부와 파트너십을 통해 Saskatchewan 대학이 이행하는 프로젝트를 시행

중이며, Massinga 보건 교육원을 지원하고 있다(2009~2013, 820만 달러). 또한 공식/비공식 보건 인력 연수, 보건 인력 재교육 등 연구 결과 적용 등의 활동도 펼치고 있다.

잠비아에서 캐나다는 잠비아 정부의 국가 인적자원 전략 이행을 돕고 있다. 약 1500명의 보건 인력이 현재 잠비아 보건 인력 연수 프로그램에 참여하고 있으며, 2007년부터 26개의 공립학교를 대상으로 개보수, 확장 및 설비 확충에 힘쓰고 있다.

캐나다는 5개 년 간 Catalytic 이니셔티브에 1억 500만 달러를 지원하고 있다. 본 지원활동의 일환으로 지역사회 단위의 현장 보건 인력이 기본적인 아동 및 모성 질환을 예방, 치료 가능하도록 연수하고 있다. 본 활동에는 보건 서비스 제공에 필요한 의료용품 및 기본기기 제공, 인력에 대한 인센티브 제공, 적절한 감독 지원 등이 포함된다. 현재까지 약 4만 명의 현장 보건 인력 중 2만 명이 CIDA 지원을 통해 연수를 받고 파견되었다.

국가 단위 프로그램을 강화하기 위해 AHSI 및 IDRC의 연구를 통해 캐나다는 아프리카 기반 연구 파트너십을 지원하기 위해 글로벌 보건 연구 이니셔티브에 590만 달러(2008~2013)를 지원하고 있다. 해당 지원의 목적은 보건인력이 가장 필요한 곳에 보건인력을 채용, 연수, 유지하는 방법을 모색하는 것이다.

또한 캐나다는 글로벌 보건 인력 연합(GHWA) 활동을 지원하기 위해 WHO에 500만 달러(2005~2010)을 지원해왔다. 캐나다는 캄팔라, 우간다의 보건 인적 자원 글로벌 포럼에서 제시된 행동 계획을 지원했다. 본 포럼에서는 아프리카의 보건 인적 자원 위기를 해결하기 위한 핵심 행동을 파악하였다.

□ 프랑스

프랑스는 글로벌 보건 인력 연합(GHWA)에서 활발히 활동 중인 파트너 국가이며, 70만 달러를 지원하였다. 2008년 캄팔라 선언 작성 및 보건 인적 자원 포럼 조직에도 활발히 참여했다.

또한 프랑스는 WHO의 보건인력 채용 관행 코드 작성을 지원 및 협력하였다. 전문가 파견을 통해 프랑스는 또한 아프리카 농촌 지역에서 보건인력이 머무르도록 권장하는 프로그램을 지원하였다.

이에 더해 ESTHER을 통한 양자간 협력을 기반으로 프랑스 대학 병원과 18개 개발도상국 병원(아프리카 15개국, 아시아 3개국)이 167개 지역에서 자매결연을 맺고 있다.

□ 독일

독일은 보건 시스템 강화(HSS)에 초점을 두고 16개국(아프리카 7개국)의 보건 분야 개혁을 지원해왔다. 보건인력 양성 방안이 HSS의 핵심 요소로 간주되며, 독일 지원의 필수적인 부분이다. 또한 독일에서 연수를 받은 파트너 국가 보건 전문 인력에게 재통합 지원을 재공하고 있다. 보건 인적자원 위기에 대한 논의 보고서를 2009년에 작성하였으며, 이를 독일 개발 협력의 운영 도구로 삼을 것이다.

독일은 보건 인력 위기 해결을 위한 유럽 행동 프로그램 개발을 지원했으며, 유럽 연합의 MS 보고서 작성에 기여하였다. 2009년 이후 독일은 WHO 글로벌 보건 인력 연합(GHWA)와 협력해왔다. 독일의 지원금은 파트너 국가 활동 이행시 직원 지원, 프로그램 자금 지원 및 협력활동에 사용될 것이다.

□ 이탈리아

글로벌 보건인력 연합 및 WHO가 강조하였듯 아프리카 보건인력 부족 위기에 따라, 거의 모든 국가 및 현지 단위 보건 시스템 간화 이니셔티브는 보건 전문 인력 교육 및 연수 요소를 포함하고 있다. 전 분야 접근법 하에서 이행된 일부 이니셔티브(모잠비크, 이디오피아)에는 인적 자원 계획수립, 취업 전 연수 및 현지 연수 기관 지원, 고용 기회 공급, 보건 인력의 파견 및 유지 인센티브 등이 포함된다. 이탈리아는 니제르 보건 전문 인력의 연수를 통해 니제르-튀니지 남-남 협력을 지원하고 있다. 이탈리아의 개발도상국 보건 인력 강화를 위한 양자 간 지원금은 2005~2009년간 1,245만 달러에 달했다.

□ 일본

일본은 2008~2013년간 아프리카 지역에서 10만명의 보건인력에게 연수를 제공하고자 노력중이다. 일본의 보건 시스템 강화 주요 전략은 현직 연수를 통해 파트너 국가의 보건 인력 역량 구축을 지원하는 것이며, 또한 취업 전 연수를 강화하고 지속가능한 인적 자원 개발을 달성하기 위해 계획수립 역량을 강화하는 것이다.

일본은 보건 인프라, 기기 구축 및 재설치를 위한 무상원조 지원을 제공하였다. 2008년에만 보건 시설 무상 원조 지원 금액은 3770만달러였다.

일본은 캄보디아, 우즈베키스탄, 모잠비크, 중미 지역 등 일부 국가의 보건 인적 자원 사전 교육을 지원하고 있다. 15개 아프리카 국가에서 병원관리 개선을 위한 5S-TQM(품질 관리) 접근법을 도입했으며, 일본 산업계에서 개발 및 사용 중인 품질 통제 기법을 적용하였다. 2009년 9,000개 아프리카 보건 서비스 제공업체를 대상으로 5S-TQM에 대해

연수하였다. 대상 국가 내 병원은 보건 서비스 품질 및 안전성 개선을 위해 5S-TQM을 이행 중이다.

□ 러시아

러시아 연방은 개발 중이거나 국제 보건 프로그램 및 이니셔티브 지원 시 이행된 모든 프로젝트에 보건 인력 연수 요소를 포함시킨다. 2006년 이후 CIS 국가 출신 보건 인력 200명 이상을 러시아에 초청하여 전염성 질환 통제 및 감시 중·단기 과정을 연수하였다.

2008~2009년 WHO 글로벌 말라리아 프로그램의 일환으로, 러시아 연방은 아프리카 및 중동 지역에서 7개 연수 과정을 조직하였다. 동 연수 과정을 통해 161명의 보건 전문 인력(관리자, 연수자)이 연수를 받았다.

연수를 이수한 보건 인력들은 아프리카 및 중동 지역에서 국가, 도, 구 단위 말라리아 통제 프로그램에 참여하였다.

□ 영국

영국은 전 세계, 지역, 국가 활동을 통해 개발도상국 보건 인력 강화를 지원한다. 영국의 양자/다자간 지원은 국가 보건 계획의 이행 및 개발을 지원하는 국제 보건 파트너십과 관련 이니셔티브(IHP+) 원칙에 부합한다. 영국의 보건 지원 중 약 25%가량은 보건 인력 양성을 직접 또는 간접적으로 지원한다. 또한 인력 감시, 증거 기반 의사 결정 지원을 위한 전략적 정보 수집에 초점을 맞추고 있다.

일부 사례는 다음과 같다.

시에라리온에서 영국은 보건부를 지원하여 인력 급여를 검토하고, 국가 보건 인력에 대한 전략적 정보 수집을 개선하였으며, 여성 및 아동

의 의료비 감면으로 인한 수요 증가에 부합하도록 공급을 강화하기 위해 1000명의 신규 보건 인력을 채용하였다.

영국은 영국 왕립 산부인과 대학에 양자 간 지원을 제공하여, 아프리카 3개국의 모성 및 신생아 보건 서비스를 위한 숙련된 보건 전문 인력을 양성하고자 한다.

2007~2009년간 글로벌 보건 인력 연합(GHWA)에 200만 달러의 자금 및 기술 지원을 제공했으며, 보건 인력 양성에 대한 글로벌 행동 어젠다와 캄팔라 선언 이행을 지원하였다.

2007~2013 유럽 연합 '개발도상국 보건 인력 부족 해결을 위한 행동 프로그램'의 개발 및 이행을 지원하였다.

남반구-북반구 자매결연 및 지식 교류를 촉진하기 위한 보건 시스템 파트너십을 지원하기 위해 750만 달러를 새로 투자할 것이다. 이를 통해 영국 보건 인력들이 연수 및 지원을 통해 개발도상국의 산파, 간호사, 의사들에게 기술을 공유하게 될 것이다.

□ 미국

Hyde-Lantos법에 따라 2013년까지 미국은 신규 보건 인력, 보조 인력, 지역사회 보건인력 14만명을 연수 및 유지해야 한다. 필수적으로 필요한 의사, 간호사를 대상으로 연수를 실시하고 국내에 파견하며, 기초보건 서비스 제공을 위해 개발도상국 내 역량을 강화하고자 한다. 이를 통해 인구 1,000명당 의사, 간호사, 산파 수가 최소 2.3명이 될 수 있도록 인력 충원을 지원하고자 한다.

미국은 국가 파트너 기관 및 다자간 기구와 협업하여 검사실, 시설, 보건 정보 시스템을 강화하기 위해 공중 보건 인력 및 보건 시스템 역량을 개발하고 있다. 또한 증거 기반 임상 및 공중 보건 관행 활용을 지원하는 규제 기관을 지원함으로써 보건 서비스 제공자의 성과를 개선

하고, 환자의 보건 서비스 이용을 개선하고자 한다.

보건 관련 부처, 아프리카 대학, 평생 교육 프로그램과의 파트너십을 통해 미국은 보건 인력을 양성하고 숙소, 컴퓨터 검사실, 개인 교습 등 학생들에게 더 많은 자원을 제공하고 있다.

미국은 현지 역학(및 검사실) 연수 프로그램과 리더십/관리자 양성 프로그램을 통해 보츠와나, 이디오피아, 가나, 케냐, 말라위, 나이지리아, 르완다, 남아프리카, 탄자니아의 공중 보건 인력에게 직접 연수를 제공하고 있다. 미국은 파트너 국가들이 인력 정책, 계획 수립, 관리 역량을 개선할 수 있도록 지원함으로써 보건 인력 양성을 위해 일하고 있다. 이를 통해 보건 인력들이 적합한 기술, 인센티브, 기기 의료용품을 갖추고 효과적으로 업무를 수행하도록 한다.

□ 유럽 연합

2006년 12월 유럽 연합은 개발도상국 보건 인력 부족 문제 해결을 위한 유럽 행동 프로그램(PfA, 2007~2013)를 채택하였다. 본 프로그램은 국가, 지역, 전 세계 단위에서 실행해야 할 행동을 명확히 규정하고 있다.

이에 더해 유럽 위원회는 유럽 연합 내부 정책을 통해 보건 분야 인력 이주 및 두뇌 유출 해결을 위해 노력하고 있다. 2007년부터 2013년까지 해당 분야 활동 지원에 4,000만 유로를 투입하였다. 보건 인력 관리 역량 및 지식 개발을 위한 국가 지원에 초점을 맞춘 아프리카 내 WHO 활동에 대한 지원(600만 유로)도 진행 중이다. 또한 동일한 주제에 대해 비국가 기관의 제안서 공개 모집(1,300만 유로)도 최근 시작하였다. 유럽 위원회는 현재 보건 인력 양성 및 모성보건 연계 프로그램을 설계하고 있다(올해 내 프로그램에 800만 유로를 투입 예정).

간행물회원제 안내

▶ 회원에 대한 특전

- 본 연구원이 발행하는 판매용 보고서는 물론 「보건복지포럼」, 「보건사회연구」도 무료로 받아보실 수 있으며 일반 서점에서 구입할 수 없는 비매용 간행물은 실비로 제공합니다.
- 가입기간 중 회비가 인상되는 경우라도 추가 부담이 없습니다.

▶ 회비

- 전체간행물회원 : 120,000원
- 보건분야 간행물회원 : 75,000원
- 사회분야 간행물회원 : 75,000원

▶ 가입방법

- 홈페이지 - 발간자료 - 간행물회원등록을 통해 가입
- 유선 및 이메일을 통해 가입

▶ 회비납부

- 신용카드 결재
- 온라인 입금 : 우리은행(019-219956-01-014) 예금주 : 한국보건사회연구원

▶ 문의처

- (122-705) 서울특별시 은평구 진흥로 268 한국보건사회연구원 국제협력홍보팀 간행물 담당자 (Tel: 02-380-8303)

Kihasa 도서 판매처

- 한국경제서적(총판) 737-7498
- 영풍문고(종로점) 399-5600
- Yes24 http://www.yes24.com
- 교보문고(광화문점) 1544-1900
- 서울문고(종로점) 2198-2307
- 알라딘 http://www.aladdin.co.kr

KIHASA 연구보고서 발간목록

■ 2011년	11-01	u-Health 현황과 정책과제	송태민	9,000원
	11-02	보건의료분야 여건변화에 따른 의료기관의 지출 및 수입구조에 대한 분석	조재국	미정
	11-03	친서민 건강관리서비스 확충을 위한 건강관리서비스제도 활성화 방안	이상영	6,000원
	11-04	약제비 지출의 효율화를 위한 고비용 의약품 관리방안	박실비아	5,000원
	11-05	식품안전 환경변화에 대응하기 위한 국가아젠다 개발 등 추진전략 수립	정기혜	7,000원
	11-06	소비자 중심의 유기식품의 관리체계 및 개선방안 -유기가공식품 표시제 중심으로-	곽노성	7,000원
	11-07	저소득층 아동비만 및 저체중문제의 진단과 대응방안	김혜련	6,000원
	11-08	치료에서 예방으로의 패러다임전환에 따른 건강증진정책 개선방안에 관한 연구	최은진	6,000원
	11-09	인구집단 의료이용 형평성 현황 및 형평성에 영향을 미치는 요인 분해	김동진	6,000원
	11-10	통일대비 북한 위기상황에 따른 보건복지 대응 방안	황나미	미정
	11-11	건강보험 보험료 부담의 공정성 제고방안	신영석	7,000원
	11-12	노후준비 실태를 반영한 노후소득보장체계 구축방안: 노후소득보장 제도와 관련 복지제도간 연관성을 중심으로	윤석명	미정
	11-13	사회보장재정과 재원조달에 관한 연구	최성은	5,000원
	11-14	보편적복지와 선별적복지의 조화적 발전방안에 관한 연구	유근춘	미정
	11-15	장애연금제도 발전방안 연구 -장애·장해·장애인 연금간 효과적인 역할정립 중심으로	신화연	6,000원
	비발간	해외사회보장제도 정보서비스 재공	강유구	미정
	11-16-1	선진국의 아동사례관리체계비교연구: 영국, 미국, 뉴질랜드를 중심으로	김미숙	미정
	11-16-2	호주 사회보장체계 연구	여유진	6,000원
	11-17-1	정부의 복지재정지출 DB구축방안에 관한 연구(5차년도): 복지수요와 사회복지재정 수준에 관한 연구	고경환	6,000원
	11-17-2	노인복지서비스 공급방식의 변화와 복지경영 -지방정부를 중심으로-	고경환	8,000원
	11-17-3	2011 사회예산분석	최성은	7,000원
	11-17-4	2011 보건복지 재정의 정책과제	유근춘	미정
	11-17-5	공적연금 재정평가 및 정책현안 분석	윤석명	미정
	11-17-6	사회복지재정 추계모형개발	원종욱	8,000원
	11-17-7	건강친화적 재정정책 구축을 위한 연구	정영호	5,000원
	11-18	공정사회를 위한 친서민 정책 개선 방안	이태진	미정
	11-19	한국인의 복지의식에 대한 연구: 사회통합을 위한 정책과제	노대명	7,000원
	11-20	계층구조 및 사회이동성 연구	여유진	6,000원
	11-21	탈수급 제고를 위한 기초보장 패널구축: 역동성 평가를 위한 양적·질적 패널 구축 및 기초연구	최현수	미정
	11-22	기초생활보장제도 재정평가 및 재정추계 기본모형 개발연구	김태완	6,000원
	11-23	공공부조 정책 내용과 집행의 상호조응성 분석 -TANF의 배경과 그 집행의 특징-	이현주	7,000원
	11-24	2011 빈곤연계연보	김문길	8,000원
	비발간	2011 기초보장평가 및 정책대안 모색	이태진	미정
	비발간	2011 기초보장모니터링 및 현장보고	최현수	미정
	11-25	사회복지제도운영체계 국제비교연구: 정부효율성이 높은 국가의 복지서비스행정을 중심으로	강혜규	미정
	11-26	중산층가족의 복지체감도 증진방안 연구	김유경	미정

	11-27	다문화가족아동의 사회적응실태 및 아동복지서비스 지원방안 연구	김미숙	미정
	11-28	지역별 건강수명의 형평성 분석과 정책과제	변용찬	5,000원
	11-29	장애노인 서비스 연계방안 연구	김성희	7,000원
	11-30	장애인 복지지표를 통해 살펴 본 OECD 국가의 장애인정책 비교 연구	김성희	6,000원
	11-31	사회적기업의 사회복지서비스제공 실태 및 운영구조 연구	강혜규	미정
	11-32	저출산·고령사회에서 외국인 유입의 파급효과분석	이삼식	미정
	11-33	건강지표 산출을 위한 보건기관통합정보시스템 활용 및 제고방안	정영철	5,000원
	11-34	보건복지통계의 품질관리표준화 방안 연구	손창균	6,000원
	11-35	사회복지 통계생산 효율화방안 연구	도세록	미정
	11-36	한국의 보건복지동향 2011	장영식	미정
	11-37-1	출산율 예측 모형 개발	이삼식	6,000원
	11-37-2	저출산에 대한 만혼의 영향과 정책과제	김태홍 (외부)	미정
	11-37-3	출산관련 행태 변화에 따른 신생아 건강 동향과 정책과제	최정수	7,000원
	11-37-4	소득계층별 출산 양육 행태 분석 및 정책방안	김은정	6,000원
	11-37-5	보육의 공공성 강화를 위한 정책방안	백선희 (외부)	미정
	11-37-6	일가정양립정책과 보육정책간 연계방안 연구	이삼식	7,000원
	11-37-7	지방자치단체 저출산 대책의 효율적인 운영방안 연구	박종서	미정
	11-37-8	외국의 이민정책변천과 사회경제적 영향	임정덕 (외부)	미정
	11-37-9	베이비 부머의 삶의 다양성에 관한 연구	정경희	미정
	11-37-10	저출산고령화 시대의 노인인력 활용 패러다임모색: OECD 국가별 비교를 중심으로	이소정	미정
	11-37-11	노인장기요양보험제도의 형평성 평가	이윤경	미정
	11-37-12	노인장기요양보험의 재정지출 분석 및 정책방안	선우 덕	8,000원
	11-37-13	예방적 관점에서의 효과적인 노인건강관리서비스의 개발 연구-M시 종적연구기반(1)	오영희	6,000원
	11-37-14	고령친화여가 산업활성화 방안	김수봉	미정
	11-37-15	저출산·고령사회 대응 국민인식 연구	오영희	8,000원
	11-37-16	저출산대책 관련 국제동향 분석 -스페인·폴란드 편-	이삼식	5,000원
	11-37-17	선진국 고령사회 대응정책 동향	정경희	미정
	11-37-18	저출산고령사회 대응 관련 쟁점연구	이소정	미정
	11-37-19	출산관련 조사자료DB구축	신창우	10,000원
	비발간	국제심포지움	이삼식	미정
	비발간	저출산고령사회연구관련 학술대회	이삼식	미정
	11-37-20	결혼이주여성의 성공적 정착과 농촌사회 유지방안에 관한 연구	김기홍 (외부)	미정
	11-37-21	북한인구의 동태적 및 정태적 특징과 사회경제적 함의	이삼식	미정
	비발간	저출산고령화와 사회갈등	이삼식	미정
	11-37-22	저출산 시대 아동의 안전한 사회환경 조성방안	(미정) (외부)	미정
	11-37-23	저출산고령화대응영세자영업자생활실태연구	박종서	미정
	11-38	보건의료자원배분의 효율성 증대를 위한 모니터링시스템 구축 및 운영 -2006~2010년 결과 보고서-	오영호	8,000원
	11-39-1	건강영향평가의 제도화방안 연구	이상영	10,000원
	11-39-2	건강도시산업의 건강영향평가 및 기술 지원	김동진	11,000원
	11-39-3	아태 지역 유럽 지역의 건강영향평가의 정책동향	최은진	10,000원

	11-39-4	건강영향평가 DB구축	김동진	10,000원
	11-40-1	기후변화 관련 건강문제 적응대책에 대한 평가체계 개발	김남순	9,000원
	11-40-2	기후변화에 따른 식품안전사고 위기대응방안 연구	김정선	8,000원
	11-41-1	아시아 국가의 사회보장제도	홍석표	8,000원
	11-41-2	한국 보건의료분야 공적개발원조(ODA)의 효과적 운영방안 연구	홍석표	5,000원
	11-42	취약·위기 및 다문화가족의 예방맞춤형 복지체계 구축 및 통합사례 관리 연구(2차년도)	김승권	11,000원
	11-43	친서민정책으로서의 사회서비스일자리 확충 전략 I: 아동분야 사회서비스 중심으로	김미숙	13,000원
	11-44-1	한국의 복지실태	남상호	미정
	11-44-2	2011년 한국복지패널 자료를 통해 본 한국의 사회지표	강신욱	8,000원
	비발간	한국의 사회복지분석	남상호	미정
	11-45	2009년 한국의료패널 기초분석보고서(Ⅱ)	정영호	7,000원
	비발간	한국의료패널을 활용한 보건의료정책방향 모색	박실비아	미정
	비발간	한국의료패널을 활용한 보건의료분석	조재국	미정
	11-46	2011년 인터넷 건강정 게이트웨이 시스템 구축 및 운영	송태민	7,000원
	11-47	2011년 보건복지통계정보시스템구축 및 운영(3년차)	이연희	6,000원
■ 2010년	10-01	지역보건의료정책의 현황과 개선방안	이상영	5,000원
	10-02	희귀난치성질환자의 의약품 접근성 제고 방안	박실비아	5,000원
	10-03	해외의료시장 개척의 투자효과 분석과 중장기 발전 전략	조재국	7,000원
	10-04	식품안전분야의 사회적 위험 요인 중장기 관리전략 수립	정기혜	6,000원
	10-05	단체급식의 영양관리 개선을 통한 국민식생활 향상 방안	김혜련	7,000원
	10-06	식품안전 규제영향분석의 실효성 제고 방안	곽노성	7,000원
	10-07	식품위해물질 모니터링 중장기 추진 계획 수립	김정선	5,000원
	10-08	건강보험 정책현황과 과제	신영석	7,000원
	10-09	의료비 과부담이 빈곤에 미치는 영향	신현웅	5,000원
	10-10	국민연금기금 해외투자 환경 분석을 위한 주요 해외금융시장 비교 연구	원종욱	5,000원
	10-11	사회통합을 위한 복지정책의 기본방향	이태진	5,000원
	10-12	한국 제3섹터 육성방안에 대한 연구	노대명	8,000원
	10-13	기초보장제도 생계보장 평가와 정책방향	김태완	7,000원
	10-14	주거복지정책의 평가 및 개편방안 연구 : -기초보장제도 시행 10년: 주거급여를 중심으로-	이태진	7,000원
	10-15	자활정책에 대한 평가 및 발전방향	노대명	7,000원
	10-16	2010년도 빈곤통계연보	김문길	8,000원
	10-17	OECD 국가 빈곤정책 동향분석: 복지자본주의 체제 변화에 따른 공공부조제도의 조응성 분석	여유진	7,000원
	10-18	근로장려세제(EITC) 확대 개편방안의 효과성 분석 및 소득보장체계 연계방안 연구	최현수	8,000원
	10-19	아동복지정책 유형과 효과성 국제비교	김미숙	6,000원
	10-20	공공 사회복지서비스 최저수준 설정을 위한 연구: 돌봄서비스를 중심으로	윤상용	8,000원
	10-21	사회복지서비스의 이용자중심 제도 운영에 관한 연구	강혜규	8,000원
	10-22	장애인의 통합사회 구현을 위한 복지정책 연구: 장애인정책발전5개년계획 복지분야 중간점검	김성희	8,000원
	10-23	민간 복지자원 확충을 위한 자원봉사 활성화 방안의 모색	박세경	7,000원
	10-24	자살의 원인과 대책연구: 정신의학적 접근을 넘어서	강은정	5,000원
	10-25	한국 노인의 삶의 변화 분석 및 전망을 통한 노인복지정책 개발	이윤경	7,000원
	10-26	보건복지통계 발전방안 연구	송태민	7,000원
	10-27	보건복지통계 생산 표준화 방안 연구: 메타정보관리를 중심으로	손창균	6,000원
	10-28	한국의 보건복지 동향: 2010	장영식	10,000원
	10-29	지역별 보건통계 생산방안	도세록	6,000원

	10-30-1	저출산 원인과 파급효과 및 정책방안	이삼식	17,000원
	10-30-2	생애주기 변화와 출산수준 간의 상관성에 관한 연구: 교육, 경제활동 및 결혼을 중심으로	이삼식	5,000원
	10-30-3	결혼행태 변화와 출산율의 상관성 연구	변용찬	5,000원
	10-30-4	출산관련 의식변화와 출산율간 인과관계 연구	김나영	6,000원
	10-30-5	평균수명 연장에 따른 자녀가치와 출산율 관계 연구	김은정	5,000원
	10-30-6	저출산의 거시경제적 효과분석	남상호	6,000원
	10-30-7	저출산·고령화가 가족형태 및 개인의 삶의 질에 미치는 영향	김은지 (외부)	6,000원
	10-30-8	자녀 양육비용 추계와 정책방안 연구	신윤정	6,000원
	10-30-9	저출산고령화에 따른 사회보험 개편방안	윤석명	7,000원
	10-30-10	한국의 인구정책 동향과 전망	장영식	6,000원
	10-30-11	입양실태와 정책방안	김유경	10,000원
	10-30-12	인공임신중절 실태와 정책과제	최정수	6,000원
	10-30-13	저출산 극복을 위한 불임부부 지원사업 현황과 정책과제	황나미	6,000원
	10-30-14	저출산·고령화시대 노동력 부족과 인력활용 방안	염지혜	5,000원
	10-30-15	저출산정책 효과성 평가 연구	이삼식	5,000원
	10-30-16	저출산·고령사회 정보관리체계 및 통계DB 구축방안 연구	송태민	7,000원
	10-30-17	신노년층의 특징과 정책과제	정경희	6,000원
	10-30-18	베이비 부머의 생활실태 및 복지욕구	정경희	10,000원
	10-30-19	예비노년층의 일과 여가에 대한 욕구와 정책적 함의	이소정	6,000원
	10-30-20	신노년층(베이비붐세대)의 건강실태 및 장기요양 이용욕구 분석과 정책과제	선우덕	5,000원
	10-30-21	신노년층의 소비행태 특성과 고령친화산업적 함의	김수봉	7,000원
	10-31-1	2010 사회예산 분석	최성은	8,000원
	10-31-2	2010 보건복지재정의 정책과제	유근춘	9,000원
	10-31-3	정부의 사회복지재정 DB구축에 관한 연구(4차년도): DB의 활용성 측면을 중심으로	고경환	7,000원
	10-31-4	사회복지 재정지출과 지방재정 부담에 관한 연구	최성은	6,000원
	10-31-5	복지경영의 이론적 논의와 과제	고경환	6,000원
	10-31-6	공적연금 재정평가 및 정책현안 분석	윤석명	7,000원
	10-31-7	건강보험 재정평가	신영석	5,000원
	10-32-1-1	건강도시 건강영향평가 사업 및 기술 지원 제1권	김동진	8,000원
	10-32-1-2	건강도시 건강영향평가 사업 및 기술 지원 제2권	김동진	11,000원
	10-32-2	건강영향평가 DB 구축	서미경	5,000원
	10-32-3	건강마을의 건강영향평가	최은진	5,000원
	10-33	보건의료자원배분의 효율성 증대를 위한 모니터링시스템 구축 및 운영(3년차)	오영호	9,000원
	10-34	보건사회 기후변화 모니터링센터 운영 (1년차)	신호성	14,000원
	10-35	취약위기 및 다문화가족의 예방맞춤형 복지체계 구축 및 통합사례 관리 (1년차)	김승권	10,000원
	10-36	아시아 복지국가 자료 및 전략센터 구축 (1년차): 아시아 국가의 사회안전망	홍석표	8,000원
	10-37-1	2010년 한국복지패널 기초분석 보고서	강신욱	14,000원
	10-37-2	2009년 한국복지패널 심층분석 보고서: 한국복지패널을 활용한 사회지표 분석	김미곤	6,000원
	10-38-1	2008년 한국의료패널 기초분석 보고서(Ⅱ)	정영호	11,000원
	10-38-2	2009년 한국의료패널 기초분석 보고서(I)	정영호	7,000원
	10-39	인터넷 건강정보 평가시스템 구축 및 운영 (10년차)	정영철	7,000원
	10-40	보건복지통계정보시스템 구축 및 운영 (2년차)	이연희	5,000원