

보건복지 ISSUE & FOCUS

KIHASA
한국보건사회연구원
Korea Institute for
Health and Social Affairs
www.kihasa.re.kr

제 307호 (2016-07)
발행일 2016. 03. 7.
ISSN 2092-7117

발행인 김상호 발행처 한국보건사회연구원 (30147)세종시 시청대로 370 세종국책연구단지 사회정책동(1층~5층) TEL 044)287-8000 FAX 044)287-8052

보건복지 분야 국제개발협력(ODA)¹⁾ 활성화 방안



김현경
기초보장연구실 부연구위원

- 우리나라의 보건복지 분야 국제개발협력을 활성화하기 위해서 다음과 같은 방안을 제안함.
- 첫째, 우리나라의 보건복지 정책경험을 토대로 정책생산과 교육을 중심으로 한 정책자문형 컨설팅 사업 개발이 필요함.
- 둘째, 보건복지 분야 ODA 사업의 아카데미 파트너들이 한국의 정책경험을 공유할 프로그램을 운영하고, 수원국 맞춤형 원조 제공을 위한 지역연구를 수행할 필요가 있음.
- 셋째, WHO와 ILO 등 보건복지 분야 국제기구 및 국제사회와의 다자간 협력 사업을 강화해야 함.
- 넷째, ODA 사업평가 강화를 위해 독립성을 갖춘 평가기관을 마련하고 평가기법의 전문성을 갖춘 역량을 강화할 필요가 있음.

1. 국제개발협력의 흐름

■ 국제사회가 추구해온 새천년개발목표(MDGs: Millennium Development Goals 2001-2015)가 종료되고, 2016년부터는 그를 잇는 새로운 목표인 Post-2015체제가 시작됨.

○ UN의 MDGs는 빈곤, 교육, 양성평등, 보건, 질병, 환경, 개발협력 등 8가지 분야에 대해 2015년까지 달성해야 할 구체적이고 계량적인 목표를 제시하고 국제사회의 노력을 집중함으로써, 빈곤퇴치, 아동사망률 감소, 질병퇴치 등에서 큰 성과를 거둔 것으로 평가됨.

1) 공적개발원조(ODA: Official Development Assistance)란 한 국가의 중앙 또는 지방정부 등 공공기관이나 원조집행기관이 개발도상국의 경제개발과 복지향상을 위해 개발도상국이나 국제기구에 제공하는 자금의 흐름을 말함.

2) DAC 국가란 OECD가 구성한 개발원조위원회(DAC: Development Assistance Committee)에 가입한 국가들을 지칭하는 것임.

- 2015년 9월 UN 개발정상회의에서 2030 지속가능개발의제(2030 Agenda for Sustainable Development, SDGs)가 공식 채택되었는데, SDGs의 목표는 <표 1>과 같이 크게 사회개발, 경제개발, 지속가능환경의 세 축으로 구성됨.
- 최근 국제사회에서 지속가능하고 포용적인 성장을 지향하는 목소리가 커짐에 따라 사회안전망 확대를 지원하는 ODA 사업의 중요성이 커지고 있음.
- OECD DAC는 빈곤감축을 위한 가이드라인(the DAC Guidelines, 2001: Poverty Reduction)을 통해 사회적 기회와 안전망 확대가 경제위기, 식량, 에너지, 기후변화 등 글로벌 차원에서 출현하는 다양한 위기 상황과 도전 과제에 대응하는 효과적인 도구일 수 있음을 강조함.

<표 1> 지속가능개발목표(SDG)의 내용

분야		SDG 목표
빈곤퇴치 (2목표, 15세부목표)		1. 모든 형태의 빈곤 퇴치(7) 2. 기아 해소와 식량안보 달성(8)
사회개발 (5목표, 54세부목표)	보건	3. 건강한 삶의 확보(13)
	교육	4. 양질의 교육 확보와 평생학습 촉진 (10)
	여성	5. 성평등 달성과 여성역량 강화 (9)
	사회 및 안보	10. 불평등 축소 (10) 16. 평화사회 및 포용적 제도 구축(12)
지속가능 환경 (7목표, 61세부목표)	자연·자원 환경	7. 에너지 접근성 확보 (5) 13. 기후변화 적응 대응 (5) 14. 해양자원의 보호 (10) 15. 육상생태계, 산림, 토양, 생물다양성 확보 (12)
	사회 환경	6. 지속가능한 물과 위생 관리 (8) 11. 지속가능한 도시 및 주거환경 달성(10) 12. 지속가능한 소비 및 생산패턴 확보 (11)
재정 재원마련은 어떻게 할 것인가?		8. 포용적 지속가능 경제성장과 일자리 확보(12) 9. 인프라 구축과 산업화 및 혁신 촉진 (8)
글로벌 파트너십 (1목표, 19세부목표)		17. 이행수단과 글로벌 파트너십 (19)

※ 자료: UN (2015), "Transforming our world: The 2030 agenda for sustainable development"를 이용하여 재구성함.

- 또한 2008년 세계경제 위기를 통해 사회보장 제도 확충 또는 사회안전망의 확대가 저발전국 국민들의 경제적, 사회적 삶을 안정시키는 강력한 효과를 갖는다는 점을 확인하였음.
 - 2008년 사회보장부문에 대한 개발협력 사업의 규모가 크게 증가한 데는 사회안전망 확충이 경제위기에 대한 대응수단으로 역할을 한 것으로 판단됨.
- 세계은행(World Bank)과 국제노동기구(International Labour Organization: ILO) 또한 저발전국에서 모든 사람들이 생애주기 전반에 걸쳐 최소한의 사회보장 혜택을 받을 수 있도록 사회보장체계를 구축하는 문제의 중요성을 강조해 왔음.

- 핀란드와 OECD는 2015년부터 2018년까지 베트남, 인도네시아 등의 저소득 및 중소득 10개 국가를 협력국으로 선정하고 지속적이고 포용적인 사회안전시스템을 구축하기 위한 EU 사회보장프로그램(EU-SPS: The European Union Social Protection Systems)을 운영함.³⁾
- 호주정부도 수원국 정부의 사회보장 프로그램을 개혁하여 보다 효율적인 시스템을 구축하고 포용적 성장 전략을 지원하기 위해 방글라데시, 필리핀, 라오스 등 협력국과 보건복지 정책개발 지원 프로그램을 운영하고 있음.⁴⁾

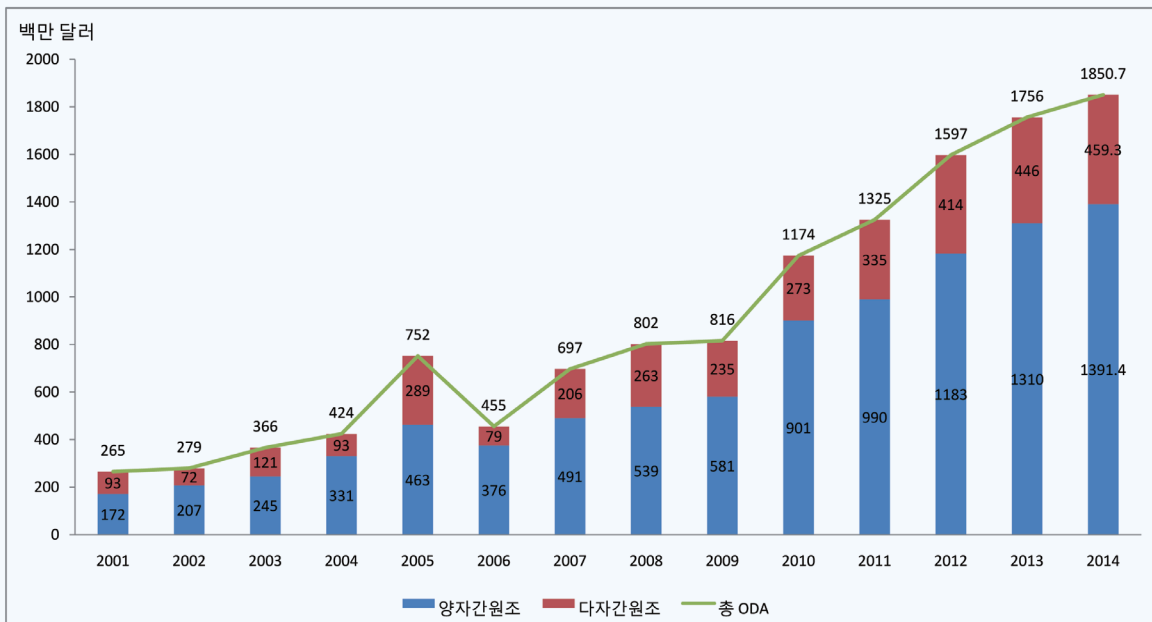
■ 원조 효과성 제고가 국제개발협력의 핵심과제로 대두되면서, 국제사회는 빈곤감축 및 개발 측면에서 원조의 성과 관리를 더욱 강화하고 있음.

- ‘원조효과 제고에 관한 파리선언’(2005), ‘아크라 행동계획’(2008), ‘효과적 개발협력을 위한 부산파트너십’(2011) 등을 통해, 효과성 제고가 원조의 핵심과제임이 확인되었음.

2. 우리나라의 ODA 현황과 문제점

■ 원조의 수원국에서 공여국으로 발전한 후, 2010년 OECD DAC가입을 계기로 우리나라의 원조는 성장기에 진입하였고 지난 5년간 원조규모가 큰 폭으로 증가하였음[그림 1].

[그림 1] 우리나라 ODA의 연도별 추이 (순지출 기준)



※ 자료: 한국수출입은행(2015), ODA 통계 데이터베이스(https://www.edcfkorea.go.kr/site/homepage/menu/viewMenu?men_id=00402004003001)

3) <https://www.thl.fi/en/web/thlfi-en/research-and-expertwork/projects-and-programmes/eu-social-protection-systems-programme-eu-sps>

4) 호주정부가 추진하고 있는 사회보장 정책결정 및 프로그램 개발 관련 ODA에 대해서는 다음을 참조. <http://dfat.gov.au/aid/topics/investment-priorities/building-resilience/social-protection/Pages/social-protection->

- 2000년대 후반 약 8억 달러 수준에 머물던 원조규모는 2010년 이후 큰 폭으로 증가하기 시작해, 2014년에는 순지출 기준으로 18.6억 달러의 원조를 제공하여 5년간 배 이상 증가하였고, DAC 회원국 중 가장 높은 증가율을 보임.
- 하지만 2014년 국민총소득(GNI, Gross National Income) 대비 비율은 0.13%로 2010년 0.12%에서 0.01%p 증가하는데 그쳤으며, 2015년 목표 0.25%에 크게 못 미침.
- 2014년 현재 우리나라의 ODA는 분야별(총지출 기준)로 사회인프라 40.3%, 경제인프라 34.0%, 생산부문 10.9%, 다부문/범분야 6.7% 등으로 배분되었음.
- DAC 평균과 비교하면 경제인프라의 비중은 높은 반면, 다부문/범분야와 일반프로그램 원조의 비중이 낮은 것이 특징임.
- 사회인프라 부문에서 보건 분야의 비중이 매우 큰 반면, 사회보장 부문에 해당하는 기타 사회인프라의 비중은 매우 낮음.

〈표 2〉 우리나라 ODA의 부문별 비중

(단위: 조원, %)

구분	2010	2011	2012	2013	2014
사회인프라 및 서비스	905.81	696.03	768.32	1,313.95	957.94
(비중: %)	(50.1)	(42.9)	(43.8)	(58.7)	(40.3)
- 교육	324.40	199.17	127.53	337.02	227.65
- 보건	131.31	158.83	187.65	306.98	289.49
- 인구정책 및 생식보건	5.06	3.01	11.03	23.76	2.71
- 수자원 및 위생	283.15	172.13	187.39	365.25	225.17
- 공공행정 및 시민사회	153.73	143.64	228.42	241.81	179.71
- 기타 사회 인프라	8.15	19.25	26.29	39.13	33.21
경제인프라 및 서비스	610.36	597.45	488.26	563.27	808.35
(비중: %)	(33.7)	(36.8)	(27.9)	(25.2)	(34.0)
- 교통	370.53	315.4	324.78	311.57	767.59
- 통신	49.30	73.22	103.51	87.14	24.99
- 에너지 개발 및 공급	184.84	206.12	56.85	159.82	9.22
- 금융 및 재무 서비스	2.60	1.41	1.63	1.51	3.89
- 비즈니스 및 기타 서비스	3.10	1.32	1.48	3.23	2.66
생산(산업)부문	100.43	159.01	291.15	142.22	259.66
(비중: %)	(5.5)	(9.8)	(16.6)	(6.4)	(10.9)
- 농업·임업·어업	91.70	128.81	268.73	115.99	218.44
- 산업·광업·건설	6.55	21.96	15.74	16.51	29.35
- 무역 및 관광	2.18	8.24	6.68	9.72	11.87
다부문/범분야	117.57	58.59	102.63	74.84	158.55
(비중: %)	(6.5)	(3.6)	(5.9)	(3.3)	(6.7)
- 물자지원/일반프로그램원조	-	1.9	1.98	0.02	1.06

구분	2010	2011	2012	2013	2014
인도적 지원 (비중: %)	20.72 (1.1)	21.21 (1.3)	16.64 (1.0)	36.84 (1.6)	73.57 (3.1)
원조국의 행정비용 (비중: %)	38.39 (2.1)	53.6 (3.3)	59.4 (3.4)	68.85 (3.0)	56.55 (2.4)
기타(미배분 포함) (비중: %)	16.3 (0.9)	35.84 (2.2)	24.61 (1.4)	38.21 (1.7)	61.36 (2.6)
합계	1,809.58	1,623.63	1,752.99	2,238.20	2,377.04

※ 자료: 수출입은행 경제총괄부(2015), ODA 주요통계

■ 원조 유형별로 보면 2013년 현재 프로젝트 75.4%, 기술협력 9.0%, 프로그램 및 기금 8.7%, 장학생초청 2.8%, 행정비용 및 국내지출이 3.3%를 차지함.

○ 하지만 다른 공여국과 비교하면 여전히 개별사업인 프로젝트의 비중이 높아, ODA 사업이 파편적이고 단발성에 그치는 경향이 있음.

〈표 3〉 우리나라와 DAC 회원국의 형태별 ODA 배분 비율

(백만 달러)

	2010			2013		
	DAC	한국		DAC	한국	
	비중	금액	비중	비중	금액	비중
예산지원	6.4%	0	0.0%	8.4%	20	0.9%
핵심지원, 프로그램, 기금	12.2%	18	1.0%	10.4%	194	8.7%
프로젝트	65.5%	1,586	87.6%	66.8%	1,688	75.4%
전문가 및 기술협력	4.9%	127	7.0%	4.0%	200	9.0%
장학생 초청	2.6%	34	1.9%	1.9%	63	2.8%
채무삭감	2.7%	2	0.1%	2.0%	0	0.0%
기타 행정비용	4.7%	38	2.1%	4.6%	58	2.6%
기타 국내지출	2.3%	5	0.3%	2.9%	15	0.7%

※ 자료: OECD(2015), DAC 원조통계 DataBase

3. 우리나라의 보건복지분야 ODA 현황과 문제점

■ 보건 부문 ODA의 비중이 높은 편이나, 단기 프로젝트형 사업의 비중이 크고 성과평가가 미비하여 효과성 제고가 어려움.

○ 우리나라의 보건부문 ODA는 2014년 현재 약 1억4천5백만 달러(2014년 불변가격 기준)이나, 독일과 일본은 한국의 2배 이상, 프랑스는 약 3배, 미국은 11배를 넘는 수준임.

- 그러나 비중으로 보면 한국은 전체 국가와 DAC 국가보다 높은 수준임. 2014년 기준으로 전체 국가의 경우 보건부문 ODA 비중은 약 6.8%, DAC 가입국은 평균 5.6%인 반면, 한국은 10.3%를 지출하고 있음.
- 세부 영역별로 보면 한국의 경우 일반보건(7천만 달러)과 기초보건(7천4백만 달러)이 비슷한 지출수준이지만 기초보건의 비중이 약간 더 높은 것으로 나타남.

〈표 4〉 보건 부문의 ODA 지출 규모와 비중 (2014년, 불변가격 기준)

(단위: 백만 달러, %)

구분	전체	DAC 국가	한국	호주	프랑스	독일	일본	영국	미국
총계 (비중: %)	11,224 (6.8)	6,015 (5.6)	145 (10.3)	218 (5.8)	458 (5.5)	351 (2.5)	342 (2.6)	1,190 (10.8)	1,691 (6.1)
일반 보건	2,889	1,821	70	65	397	96	119	264	154
기초 보건	8,335	4,194	75	153	60	256	223	926	1,537

※ 자료: OECD(2015), CRS dataset(<http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=CRS1>)

- 핵심 분야인 성생식모자보건, 소외열대질병 관리, 보건안보 등은 장기적인 개입을 통해서만 사업효과를 달성할 수 있으나, 보건부문 ODA의 대부분은 여전히 단기 프로젝트형이므로 사업의 효과를 높이기 어려움.
 - 의료시설 및 기자재 지원 중심의 프로젝트형 사업의 한계를 극복하기 위해 원조 후 역량강화 및 운영 컨설팅 등 사후관리 사업을 별도로 추진하고 있으나, 이 역시 사업기간이 부족함.
- 보건부문 ODA 사업 평가에 대한 요구는 높으나, 평가가 수행되는 사업의 비중과 예산이 매우 낮고, 체계적인 교육을 받은 성과관리 인력이 부족하며 교육 담당 기관도 거의 없는 실정임.

■ 사회보장 분야의 ODA 규모와 비중은 매우 낮은 수준임.

- OECD 보고서에서 Winther-Schmidt가 사용한 방식에 따라 사회보장 분야를 기초영양(basic nutrition), 사회복지서비스(social/welfare services), 기초 사회서비스(Multisector aid for basic social services) 3개의 소분류를 포함하는 것으로 정의함.⁵⁾
- 우리나라의 사회보장부문 ODA는 2014년 현재 약 8.3백만 달러(2013년 불변가격 기준) 수준임.
 - 2008년 경제위기에 대응한 사회안전망 확대를 위해 사회보장부문 사업이 대폭 증가한 후 지속적으로 꾸준히 증가하였고, 특히 EU, IDA, UNICEF가 주도하는 다자간 협력이 최근 큰 증가세를 보임.
 - ODA 총지출 대비 비중 역시 2014년 기준으로 전체 국가는 약 2.2%, DAC 가입국은 1.7%이나, 한국은 0.6%에 불과한 것으로 나타나 이 분야에서 한국의 역할은 매우 제한적인 것으로 보임.
 - 국제협력개발 분야에서 우리나라에 기대하는 것은 주로 경제개발 경험이지만, 전술한 것처럼 포용적이고 지속적인 성장을 위해서는 다양한 위기에 대한 사회정책적 대응이 수반되어야 한다는 인식이 커지고 있으므로, 우리나라 역시 이에 대한 고려가 필요할 것임.

5) T. Winther-Schmidt, Evolution of ODA for Social Protection. OECD publishing, Paris.

〈표 5〉 사회보장 분야 ODA 지출 규모 (불변가격 기준)

(단위: 백만 달러)

구분	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
전체	1,913.5	1,967.2	2,674.7	3,530.8	3,340.7	3,664.8	3,476.0	3,652.9	4,015.7	3,641.4
DAC국가	1,032.5	985.5	1,226.3	2,144.0	1,755.0	2,318.2	2,038.9	2,263.7	2,329.3	1,847.9
- 한국			2.2	3.7	3.2	5.5	9.8	8.6	18.6	8.3
- 호주	49.9	22.5	17.0	64.9	29.4	69.7	93.0	71.6	76.4	90.8
- 캐나다	44.9	63.2	156.2	161.6	123.0	121.3	139.7	215.9	190.5	177.4
- 프랑스			78.4		71.2	71.2	215.4	639.2	34.2	75.0
- 독일	72.3	55.0	52.7	51.6	71.2	61.2	88.8	64.7	93.4	111.9
- 일본	128.7	115.2	121.2		124.9	139.2	124.7	165.8	233.0	179.8
- 영국	82.2	84.3	72.8	114.5	304.0	396.4	271.7	308.6	513.1	354.4
- 미국	253.7	219.1	313.3	992.9	612.7	1,050.7	784.8	529.1	902.2	595.9
다자간	881.0	981.7	1,448.4	1,386.8	1,497.5	1,321.8	1,415.3	1,366.0	1,624.9	1,751.9
- EU기구	192.1	427.8	840.8	753.0	579.5	465.1	438.4	476.2	514.4	619.0
- IDA	445.3	470.7	493.1	484.2	702.8	602.2	647.7	595.1	778.0	694.6
- UNICEF	219.0	61.9	89.8	97.5	78.3	72.5	97.8	94.2	124.0	107.7

※ 자료: OECD(2015), CRS dataset(<http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=CRS1>)

4. 우리나라의 보건복지분야 ODA 활성화 방안

■ 우리나라의 보건복지분야 정책경험을 토대로 정책 생산 및 교육을 중심으로 한 개발 컨설팅⁶⁾(DEEP: Development Experience Exchange Partnership)형 사업 개발이 필요함.

○ 국제개발협력의 측면에서 보면 우리나라는 원조의 수원국에서 공여국으로 발전한 보기 드문 사례이므로 우리나라의 개발경험에 국제사회의 관심이 높음.

- 저발전국이 우리나라에게 기대하는 지원은 고도성장을 가능하게 했던 복합적인 정책경험을 자신들에게 맞게 맞춤형으로 제공해주는 것이라는 점에서, 사회시스템 구축을 가능하게 한 보건복지분야 정책경험 역시 DEEP형 사업, 특히 정책자문형 컨설팅 사업으로 개발될 필요가 있음.

○ 또한 post-2015 체제의 핵심 내용 중 하나인 지속가능한 성장을 위해서는 수원국의 역량강화에 초점을 두고 실시하는 정책자문형 컨설팅의 필요성이 있음.

- 우리나라의 보건분야 개발 경험에 대한 체계적인 연구와 모델 개발을 통해 나라별 DEEP형 사업 적용 모델의 개발이 필요함. 특히 베트남과 같이 MDGs를 달성한 중저소득국을 중심으로 사회안전망에 대한 국제협력의 수요는 향후 더욱 증가할 것으로 보이므로, 우리나라의 관련 정책경험 공유를 예비할 필요 또한 높아지고 있음.

6) 기관별로 상이한 개발컨설팅을 공통적인 형태로 정의하면, 개발도상국의 경제·사회발전을 위하여 수행하는, 전문인력을 활용한 기술협력의 한 형태로, 이 가운데 정책자문형 컨설팅은 협력국의 역량강화에 초점을 두고 각 분야에 대한 전략 및 정책 수립, 규제 및 제도 개혁, 역량강화 등에 대한 자문을 제공하는 것으로 지식공유 프로그램(KSP: Knowledge Sharing Program)이 대표적인 사례임(임소영·강지현, 2030 개발의제 시대 개발컨설팅 사업의 방향, 산업경제분석, 201602).

- 아카데미 파트너가 행할 수 있는 지식공유 프로그램(KSP)이 정책 생산 및 교육을 가능하게 하는 토대가 될 수 있으므로, 현재 한국개발연구원(KDI) 등에서 추진하고 있는 지식공유 프로그램을 보건복지 부문으로 확대할 필요가 있음.
- 수원국에 맞는 정책경험 공유를 위해서는 정책경험을 정리하는 것과 더불어 예비 수원국의 보건 및 사회 보장 제도 및 정책에 대한 사전연구가 요구되며, 보건복지분야 아카데미 파트너가 이러한 사전연구를 수행할 필요가 있음.
- 국제기구와의 다자간 협력 강화
 - ILO는 2012년 ‘모두를 위한 사회안전’이라는 슬로건 아래 모든 부분에서 사회보장 최저선을 권고하고 이를 국제협력사업을 통해 실행하고 있으므로 한국과 ILO의 협력사업 강화를 통해 다자간 사회보장 프로그램 ODA 사업의 활성화를 기대할 수 있음.
 - 제 70차 유엔총회에서 제시된 ‘소녀들의 보다 나은 삶 구상’(BLG: Better Life for Girls)은 소녀들의 자립 기반 마련을 목표로 하는 모성과 아동보건 관련 ODA 사업이므로 보건분야에서 이와 관련한 국제기구 및 국제사회와의 협력을 강화할 것을 제안함.
- ODA 사업 성과평가를 강화하는 제도적 개선이 필요함.
 - 우리나라도 DAC 가입 이후 ODA 사업의 평가를 강화하는 추세이나, 규모가 작고 평가의 방식이 제한적이며 평가역량과 전문성이 미흡함. 따라서 평가기법의 전문성을 강화하고 전문평가기관을 마련할 필요가 있음.
 - 기초보건을 포함한 포괄적인 사회안전망의 확충을 위해서는 단기성, 프로젝트별 평가로는 성과관리에 한계가 뚜렷하므로 빈곤이나 불평등 등 사회의 안전성을 종합적으로 평가하는 분야별 또는 프로그램별 평가를 할 필요가 있음.

집필자 김현경 (기초보장연구실 부연구위원)
문의 044-287-8377

한국보건사회연구원 홈페이지의 발간자료에서 온라인으로도 이용하실 수 있습니다.
<http://www.kihasa.re.kr/html/jsp/publication/periodical/focus/list.jsp>