한국 모자보건 ODA 사업의 역사와 향후 과제

박 정 한

대구가톨릭의대

= Abstract =

History and Challenges of the ODA Program for Maternal and Child Health of Korea

Jung Han Park

Catholic University of Daegu School of Medicine

Korea had received significant amount of aid from developed countries when she was in economic and political crisis after Korean war. However, Korea is only nation that had achieved both industrialization and democratization in one generation and changed herself from ODA recipient into donor nation after the world war II. Korea has three ODA agencies, i.e. EDCF that offers credit assistance, KOICA that provides grant-type aid, and KOFIH that provides grant-type aid specifically in healthcare area. ODA programs for maternal and child health of KOICA and KOFIH were summarized and discussed the challenges in these programs and suggested alternatives to improve the program effectiveness. It was recommended to provide the most needed nations for improving MCH selectively with comprehensive MCH program that Korea can do better than other donors in collaboration with EDCF's infrastructure program and KOICA's community development program.

Key Words: Korea, ODA, history, maternal and child health, challenges, alternatives

서 론

한국은 36년간의 일제 강점기에 당한 수탈과 1945년 해방 후 6.25 전쟁으로 모든 산업시설과 사회기반시설이 파괴되어 극심한 경제난과 질병으로 고통을 받고 있을 때 미국을 비롯한 선진국들로부터 많은 도움을 받았다. 그러나 1962년부터 시작된 경제개발계획의 성공으로 급속한 산업화로 비약적 경제성장을 이룩하였고,

동시에 민주화도 이룩하였다. 그 결과 세계2차대전 후 식민지배에서 독립한 많은 나라 중 선진국의 공적개발원조(ODA)를 받던 나라에서 원조를 제공하는 나라로 바뀐 유일한 나라가 되었다. 본 연자는 우리가 받은 ODA와 제공을 시작한 ODA 역사를 간략하게 소개하고, 우리가 제공한 ODA 사업가운데 모자보건사업을 요약하고 문제점과 개선책을 논하고자 한다.

한국의 ODA 역사

1. ODA 받은 역사

우리나라가 1945년부터 1999년까지(1995년 세계은행 차관 종료로 사실상 수원국에서 제외됨) 외국으로

※이 논문은 제37회 한국모자보건학회 춘계연수강좌에서 발표한 내용임.

교신저자: 박정한, 대구광역시 남구 두류공원로 17길 33

대구가톨릭의대 예방의학교실 명예교수

전화번호: 053-650-4494, 팩스번호: 053-654-3881

E-mail: jhpark@cu.ac.kr

부터 받은 ODA 금액은 약 128억 달러였다. 이중 70억 달러는 무상원조이고, 58억 달러는 유상원조였다. 이러한 수원(受援) 양상은 우리나라의 경제·사회발전 과정에 따라 변하여 다음과 같이 세 단계로 구분하기도 한다(황원규, 2013).

첫 단계: 긴급구호원조(1945~1953)

미국을 중심으로 한 선진국들의 원조로 전시(戰時) 긴급원조와 기술협력이 주된 원조형태이었다.

둘째 단계: 본격적 원조(1953~1961)

방위지원 원조, 잉여농산물 원조, 계획적 원조 및 비계획적 형태이었다.

셋째 단계: 차관으로 전환(1962~1999)

기존의 무상원조 중심에서 경제개발을 지원하기 위한 차관 위주로 전환되었다.

2. ODA 제공 역사

무상원조에서 차관 중심의 지원을 받기 시작하면서 우리나라도 ODA 지원을 시작하였는데, 우리 경제발전 단계에 따라 다음과 같이 제공형태가 변화하였다.

1) 연수생 초청(1963년~): 미국 USAID 원조계획 및 자금을 의해 개도국 연수생을 초청하여 훈련을 실시하였다.

2) 전문가 파견(1967년~): UN 및 기타 국제기구와 협력사업으로 우리나라의 전문가를 다른 나라로 파견하기 시작하였다.

3) 물자 제공(1977년~): UN 및 기타 국제기구와 협력사업으로 기자재 등 물자 공여사업을 시작하였다.

4) 유상차관(1987년~): 경제기획원이 대외경제협력기금(EDCF)으로 개도국들의 산업발전과 경제안정을 지원하고, 이들 국가와 경제협력을 증진하기 위해 유상 차관사업을 시작하였다.

5) 무상원조(1991년~): 외무부 산하에 한국국제협력단(KOICA)을 설립하여 무상원조를 시작하였다. 2006년 보건복지부 산하에 보건의료지원사업을 전문적으로 수행할 목적으로 한국국제보건의료재단(KOFIH)을 설립하였다.

6) 경제협력개발기구(OECD)의 개발원조위원회(DAC) 가입(2010년): 신흥 공여국에서 선진 공여국으로 도약하기 위하여 DAC 회원으로 가입하고, 2011년에는 부산에서 개발원조총회 개최를 주관하였다.

우리나라 ODA 사업 규모와 보건분야 사업기관

1. 우리나라 ODA 사업 규모

우리나라의 ODA 사업자금 규모는 선진국에 비해 매우 적은 편이나 경제성장에 따라 꾸준히 증가하고 있다. 2006년에 4천억 원에서 2011년에 1조 원으로 증가였고, 2014년에 1조 8천억 원이 되었다. GNI 대비로 보면 2006년에 0.05%에서 2014년에는 0.14%로 증가한 것이었다. 그러나 DAC 국가들의 지원액의 GNI 대비 평균 0.3%에는 크게 못 미치고 있다(강주홍, 2014).

2. 보건분야 ODA 사업기관

1) EDCF

한국수출입은행법과 대외경제협력기금법에 따라 병원건립, 기자재 지원 등 대형 사업 중심으로 유상사업을 추진하고 있다. 보건사업 추진승인 연도 중심으로 집계된 것을 보면 1991년부터 2014년 사이에 17개국에 43건의 사업에 총 11억 8천 6백만 달러를 지원하였는데, 주로 병원 건립, 기자재 공급, 백신 생산공장 건립 등 의료 인프라 구축을 하였다

2) KOICA

한국국제협력단법에 따라 프로젝트형 사업, 단기 초

청연수, 의료봉사단 파견 등을 중심으로 무상사업을 추진하고 있다. KOICA는 보건의료분야를 포함하여 교육, 행정제도, 농촌개발, 정보통신, 산업 에너지, 환경, 기후변화 대응 등 8개 분야를 지원하고 있다.

3) KOFIH

한국국제보건의료재단법에 따라 통합모자보건, 감염병 관리 및 보건의료 역량강화 사업 등을 중심으로 무상사업을 추진하고 있다(강주홍, 2014).

3. 우리나라의 모자보건 ODA 사업실적

EDCF의 보건사업은 차관 사업으로 대형 인프라 구축을 지원하는 사업이다. 병원건축이나 기자재 지원은 직접 또는 간접적으로 모자보건과 관계가 있겠으나 어느 것을 모자보건사업이라고 분류하기 어려운 점이 있어 여기에서는 제외하였다. KOICA의 사업역사가 KOFIH보다 길고, 예산규모도 더 크므로 모자보건 ODA 사업은 주로 KOICA에 의하여 이루어졌는데 그 사업실적을 요약하면 Table 1과 같다.

1991년 설립 이후부터 2010년까지 KOICA의 전체 ODA 예산 3조 1,676억 원 중 보건분야 예산은 5,235억 원(16.5%)이었는데, 이 가운데 모자보건사업 예산은 380억 원이었다. 2011년까지 수행한 모자보건사업과 사업이 확정되어 2013년도에 진행 중인 사업은 총 27개이었다(장현갑 등, 2013). 2015년 현재 진행 중인 사업은 총 12개이다.

모자보건사업의 내용은 2000년까지 초기에는 보건의료 인프라 구축을 위하여 보건소 확충과 병원의 개보수가 주된 것이었다. 이를 통해 필수 의료서비스의 접근성 향상에 치중하였다. 2000년에 새천년개발목표(MDGs)가 발표된 후 2007년까지는 아동과 모성사망률 감소를 위하여 모자보건센터를 지원하였다. 이를 통해 시설분만을 증가를 도모하였고, 아동병원을 지원하여 응급분만 시 후송체계 확립에 집중하였다. 2008년부터는 포괄적 모자보건 프로그램을 위하여 피임 중심의 가족계획, 조산사 양성하고 산과 교육, 청소년 성교

육과 생식보건, 가정방문을 통한 임신부 및 신생아 관리, 아동 예방접종 사업 등을 지원하였다. 최근 KOICA는 ODA 선진화의 일환으로 보건의료 전략II (2011~2015)를 수립하여 아동과 여성을 주 수혜자로 하는 모자보건 프로그램을 수행하고 있다. 주요 사업내용으로는 모자보건의 필요성에 대한 인식 증진, 관련지표 수집 및 자료전달체계 확립 등 정보시스템 구축, 조산사와 같은 필수 인력양성 등이다(장현갑 등, 2013).

2015년 현재 KOICA가 추진하고 있는 계속사업과 2015년도 신규사업은 주로 모자보건 역량강화사업(capacity building)으로 과거에 비해 사업기간은 3~5년으로 더 길어졌고, 예산규모도 더 늘어났다. 역량강화사업은 최소한 인력개발과 시설 및 장비의 보강이 병행되어야 하므로 사업기간과 예산이 늘어날 수밖에 없다. 연자가 KOICA home page에서 찾은 자료에 2012년에 새로 시작한 사업이 없었는데, 연자가 찾지 못한 것인지 아니면 신규사업이 없었는지 알 수 없었다.

KOFIH에 의한 모자보건사업은 Table 2와 같다. KOFIH는 설립이후 추진한 10개 사업가운데 우즈베키스탄의 아동병원 현대화사업과 탄자니아 모자보건센터 개원 사업은 민간기금으로 추진한 것이었다. 자체 예산으로 추진한 사업 8가지 중 라오스와 캄보디아 사업은 대표적인 통합모자보건사업이라 할 수 있다. 이들 사업은 5년 이상 중장기사업으로 주요 목표는 모자보건을 위한 보건의료체계 강화이다. 이외 지역의 사업은 기생충퇴치사업, 결핵사업, 의료인력 양성사업, 건강보험 제도 자문, 병원경영 등 다양한 사업들과 함께 한 사업들이다.

모자보건 ODA 사업의 문제점과 개선책

1. 문제점

1) 모자보건시설 건축 중심의 단기사업

모자보건 ODA 사업을 많이 한 KOICA의 경우 Table 1에서 보는 바와 같이 2013 이전에 실시한 24개 사업 중 15개 사업이 1~2년의 단기간 사업이었고,

Table 1. Maternal and Child Health ODA Programs of KOICA Since 1991

사업기간	사업 명	예산 ¹⁾
1996	중국 마을파현 모자보건원 건립사업	2.1억 원
2001~03	에콰도르 모자보건소 건립사업	6.8억 원
2001~02	파키스탄 인구개발 HRD 훈련능력 강화사업	1.9억 원
2004~05	페루 파차쿠텍 모자보건소 건립사업	8.6억 원
2005~06	캄보디아 국립소아병원 현대화사업	25.6억 원
2006~07	도미니카 공화국 미성년 임신방지 및 보건관리 강화사업	3.4억 원
2006~08	볼리비아 엘 알토 지역 모자보건서비스 지원사업	12.8억 원
2007	온두라스 신생아 사망률 감소 지원사업	6.0억 원
2007~08	에콰도르 산 로렌조 시 기초보건의료서비스 강화사업	10.0억 원
2007	잠비아 모자보건 역량 강화사업	1.0억 원
2007	짐바브웨 모자보건 역량 강화사업	1.0억 원
2008~09	과테말라 치말테낭고 주 모자보건환경 개선사업	34.1억 원
2008~09	잠비아 루사카 총체 군 모자보건 서비스 개선사업	13.0억 원
2008~10	케냐 키텔렐라 모자보건 센터 증축 및 개선사업	26.4억 원
2008~09	가나 동부지역 아동 및 모성사망률 감소 지원사업	16.1억 원
2008~10	에티오피아 아르 시 가족계획 및 모자보건 증진사업	35.3억 원
2008~10	파라과이 아순시온 인근 3개 지역 아동 및 모성사망률 감소 지원사업	36.2억 원
2008~09	엘살바도르 임신부 영양소 건립사업	23.3억 원
2008~11	도미니카 미성년자 임신방지 및 여성 환경보건 개선 2차 사업	11.3억 원
2009~10	페루 까오야 지역 모자보건 센터 개선사업	24.1억 원
2009~11	라오스 아동병원 건립사업	41.3억 원
2010~12	과테말라 모자보건 역량 강화사업	11.4억 원
2010~13	방글라데시 유니세프 가정방문 중심의 산모 및 신생아 보건 증진사업	5.9억 원
2010~15	코트디부아르 UNFPA 중북부-서부지역 누관 (fistula) 치료사업	170만 불
2010~12	DR콩고 유니세프 기초면역 강화사업	5.9억 원
2011~14	에티오피아 가족계획 및 모자보건 2차 사업	24.0억 원
2011~15	과테말라 웨웨테낭고 국립병원 모자보건 역량 강화사업	270만 불
2013~17	라오스 소아과 의료인력 교육 및 지역보건소 역량강화사업	950만 불
2013~17	가나 볼타지역 모자보건 개선사업	600만 불
2013~16	에티오피아 인구 및 생식보건 인식개선 캠페인 지원사업	650만 불
2013~16	DR콩고 모자보건향상을 위한 Kwango 지역 보건역량강화사업	600만 불
2014~17	탄자니아 다레살람 진단능력 및 모자보건 역량강화 2차사업	400만 불
2015~17	동티모르 아이나로 및 코발리마주 (州) 모자보건 역량강화사업	465만 불
2015~17	동티모르 WFP 모자보건 및 영양개선사업	360만 불
2015~19	방글라데시 유니세프 모자보건 2차사업	1000만 불
2015~17	솔로몬군도 모자보건 증진 및 지역 의료인 역량강화사업	500만 불
2015~19	에티오피아 오로미아주 모자보건 증진사업	750만 불
2015~19	에티오피아 통합보건 역량강화사업 (USAID공동협력)	500만 불
2015~18	필리핀 다바오 지역 모자보건개선을 위한 의료서비스 개선사업/국제기구 협력사업 (WHO)	300만 불

¹⁾예산: 프로젝트 외에 사업과 연관된 초청 연수비는 포함되지 않아 전체 사업비와 일부 차이가 있을 수 있음.
 자료: 예산이 억 원으로 표시된 부분은 장현갑 등, 2013; 불로 표시된 부분은 KOICA.
 home page (<http://www.koica.go.kr>) 보건분야 추진사업(2015년 기준 신규 및 계속사업).

20억 이상의 예산을 투입한 사업은 9개로 이들은 주로 병원 또는 모자보건 센터 건립 사업이었다. 단기 사업과 의료시설 건립만으로는 모자보건 향상이라는 목적달

성이 어렵다. 연자가 사업종료 평가를 해본 경험에 의하면 건물과 장비만 제공한 경우에 수원국 정부가 인력과 운영예산 지원을 당초 약속대로 이행하지 않아 시설이

Table 2. Maternal and Child Health ODA Programs of KOFIH Since 2005

기간	사업 명
2005~07	우즈베키스탄 우르타치르치 아동병원 현대화사업 (민간기금)
2009~15	라오스 통합 모자보건증진사업
2009~2010	우즈베키스탄 타슈켄트 주 메디컬소셜센터 건립 및 기능강화 : 모자보건 센터 신축 및 의료기기 지원
2011	탄자니아 모자보건 센터 개원 (민간기금)
2011~16	캄보디아 통합 모자보건사업
2012~2013	중국 연변지역 모자보건/인적역량 강화 지원
2013~14	볼리비아 코차밤바주 모자보건증진사업
2013~18	가나 불타지역 모자보건증진사업 (조산사 양성 및 기자재 지원)
2014~18	남수단 모자보건증진사업 (조산사 양성)
2014~19	에티오피아 모자보건증진사업 및 건강보험제도 컨설팅

자료: 장현갑 등, 2013; 개발도상국 보건의료 개발협력사업 from <http://www.kofih.org>.

제 기능을 하지 못하고 있는 경우가 많았다. 최근에 시작된 사업은 사업기간과 예산규모가 많이 늘어나 의료 인력 양성을 포함한 의료시스템 강화를 통한 포괄적 모자보건사업으로 발전하고 있는 것으로 보인다.

2) 통합적 사업계획 미흡

모성사망률과 어린이 사망률을 획기적으로 감소하려면 의료시스템 강화만으로는 한계가 있다. 식수, 교통과 통신, 지역경제를 포함한 생활환경과 주민의 교육수준 등이 모자보건에 지대한 영향을 미친다. 이러한 지역개발사업을 지원하는 EDCF 사업과 연계하여 모자보건사업을 추진하면 효과가 상승하기 마련인데 통합적 사업을 찾아보기 어렵다.

3) 현지 사업수행 체계 미약

KOICA 현지 사무소의 인력은 소수인데 과장하고 있는 사업의 종류는 다양하다. 따라서 계획된 사업진행의 모니터링이나 수행과정에 문제가 발생한 경우 수원국 담당자들과 긴밀한 협의를 적기에 하기 어려운 실정이다(박정환 등, 2014).

4) 전문성 부족

KOICA 내에 보건의료 전문가의 부족으로 외부 자문관을 활용하는 경우가 많다. 외부 전문가라 해도 자문기간이 짧아 현지 실사를 하는 경우 상황과약을 충분

히 할 수 없어 올바른 자문이 어려운 경우도 있고, 자문관 자신의 전문영역이 사업내용과 잘 맞지 않는 경우도 있어 사업의 질적 관리에 어려움이 있을 것으로 보인다.

2. 개선책

1) 선택과 집중

우리나라의 ODA 예산은 비교적 빠르게 증가하는 편이나 다른 선진국의 예산 규모에 비하면 매우 적은 편이다. 그럼에도 많은 나라를 대상으로 지원을 하고 있다. 따라서 각 사업의 기간이 짧고, 포괄적 모자보건사업 프로그램을 추진하기 어렵고, 지원이 끝난 후 제공한 시설의 운영이 유지되지 않아 목적인 성과를 거두지 못하는 경우가 흔하다. 이러한 문제를 해결하기 위하여 지원대상 국가 수를 줄여서 포괄적 모자보건사업을 집중적으로 지원하여 확실한 성과를 얻도록 하는 전략이 바람직하다고 생각한다.

2) 개도국 모자보건문제 해결의 우선적 과제에 집중

많은 개도국 중 MDGs 달성이 어느 정도 가능한 나라가 있으나 많은 나라들이 2015년에 목표달성이 어려운 실정이다. 따라서 post-2015에도 모자보건은 중요한 과제로 남게 될 것이 분명하다. 모자보건 중에 아동 사망률과 모성사망률 감소가 중요한 목표이다. 연자가 2014년에 KOICA가 발주한 「아프리카지역 보건분야

협력방안 연구」를 위하여 우리 정부가 아프리카 대륙의 중점지원국으로 선정한 8개국을 조사한 결과에 의하면 이제 단순한 서비스 접근성 제고보다 보건의료체계를 강화하는 통합적 접근법과 지속가능한 보건의료 서비스를 제공하기 위한 인력개발이 공통적 요구사항이었다(박정환 등, 2014). 시설과 장비를 제공하여도 이를 활용하여 의료서비스를 제공할 인력이 태부족한 상황이다. 이런 점을 고려하면 우리가 잘 할 수 있는 분야는 인력개발이라고 생각된다. 시설과 장비를 동시에 제공할 수 없는 상황인 경우 타 공여국 또는 원조기구와 협력하는 방안을 고려할 수 있겠다.

3) 한국의 강점 활용

우리나라는 후발 원조국이며 ODA 예산규모도 선진국에 비해 적은 편이다. 적은 예산으로 효과를 극대화하는 방안을 찾아야 한다. 이를 위하여 우리의 강점을 이용해야 한다. 즉, 우리나라는 수원국에서 공여국으로 변하였고, 산업화와 민주화를 동시에 이룩한 유일한 나라이다. 그리고 IT와 의료분야는 대외적으로 인정받는 선진국이다. 또 가족계획사업을 단기간에 성공한 사례로 손꼽히고 있고, 모자보건 수준도 매우 빠르게 향상되었고, 전 국민 건강보험체제도 확립하였다. 이러한 경험을 이용하여 수원국의 보건의료정책개발과 모자보건

프로그램 개발에 자문을 해주고, 기술지원과 필수적인 기초 보건의료시설 및 장비 제공, 그리고 ICT를 활용한 인력개발과 원격진료 등에 집중하는 것이 효과적이라고 생각된다. 아프리카의 어떤 나라(예: 모잠비크)에서는 미국과 같은 선진국 원조기관이 출산을 감소를 위한 가족계획사업을 추진하면, 이를 자신들을 ‘멸종시키려고 한다’는 악성 루머를 퍼트려 사업을 방해하는 경우도 있다고 한다. 이러한 나라에서 한국이 가족계획사업을 추진하기에 적합한 원조국이라고 한다.

한국이 단기간에 모자보건 수준을 향상시킬 수 있었던 것은 Fig. 1과 같은 여러 분야의 정책이 동시에 잘 시행된 결과라 할 수 있다. 경제개발의 성공으로 절대빈곤에서 벗어나 국민 생활수준이 향상되었고, 우리 국민의 뜨거운 교육열에 의하여 남녀 모두 교육수준이 높아졌고, 동시에 가족계획사업과 모자보건사업의 확충 등으로 여성의 경제활동 참여가 늘어났고, 여성의 역량이 강화됨에 따라 성 차별이 완화되었고, 단기간에 전국민의료보험체계 확립으로 의료서비스 접근성이 좋아진 결과 모자보건 수준이 큰 폭으로 향상되었다(Table 3)고 설명할 수 있다. 그러나 각 영역의 발전이 동시에 일어날 수 있었던 것은 정부의 강력한 통치력이 있었기 때문에 가능하였다고 생각한다. 이러한 우리의 경험을 비추어 볼 때 개도국의 모자보건향상을 위한 ODA 사

Fig. 1. Socio-economic factors associated with the improvement of reproductive, maternal and child health in Korea.

Table 3. Changes of Maternal and Child Health Indicators of Korea, 1980~2010

Indicator	1980	1990	2000	2010
Maternal MR (per 100,000 live birth)	42 ¹⁾	30 ¹⁾	15 ⁴⁾	12.4 ('08) ⁴⁾ 17.2 ('11) ⁵⁾
Prenatal care(%) ²⁾	75.9	94.4 ('91)	99.9	99.9 ('06)
Delivery at medical facility (%) ²⁾	52.0	98.1 ('91)	99.9	99.9 ('06)
C-section rate (%)	9.6 ('86) ³⁾ 11.9 ('88) ²⁾	20.3 ('86) ³⁾ 17.3 ('91) ²⁾	38.6 ³⁾ 37.7 ²⁾	36.0 ('06) ³⁾ 35.0 ('06) ²⁾
Infant MR (per 1,000 live birth)	36.8 ¹⁾	12.8 ¹⁾	6.2 ('99) ⁴⁾	3.5 ('08) ⁴⁾ 3.0 ('11) ⁵⁾

Source: ¹⁾Official estimate, ²⁾National fertility & family health survey, ³⁾Health insurance data, ⁴⁾National IMR/MMR survey, ⁵⁾Birth registration data of National Statistical Office.

업은 모자보건을 위한 보건의료 서비스 제공만으로 큰 폭의 모성사망률과 영아사망률의 감소를 기대하기 어려울 것이다.

4) ODA 사업의 통합 또는 연계로 synergy 효과 창출

우리의 경험에서도 볼 수 있듯이 모자보건 수준을 획기적으로 개선하기 위하여 통합적 지원을 하는 것이 바람직하다. EDCF에서 지원하는 의료 인프라구축사업, KOICA가 지원하는 지역개발사업과 연계하여 모자보건사업을 추진함으로써 synergy 효과를 얻을 수 있을 것이다. 빈곤과 무지 외에도 개도국의 공통적인 문제가 식수난과 전력난으로 의료장비 운용이 어렵고, 도로와 교통 미발달로 의료기관에 지리적 접근성이 매우 낮은 것이다. 따라서 의료시설과 장비 제공 사업을 식수, 전력, 도로 등 인프라 구축 사업, 그리고 의료인력 양성 사업을 연계하여 실시하는 것이 바람직하다. 아프리카 지역을 포함한 개도국들도 휴대전화 보급률은 높거나 빠르게 증가하고 있다. 이러한 통신수단을 의료서비스에 활용하는 것이 확대되고 있다. 현재 여러 나라에서 시범적으로 추진되고 있는 e-Health 또는 m-Health (mobile-health)에 우리나라의 앞선 ICT 기술 활용을 적극적으로 고려해 볼 필요가 있다.

5) 현지 사업추진체계 강화와 전문성 확보

KOICA와 KOFIH가 각각 현지 사무소를 갖는 것보

다 가능하면 한 사무소를 사용하면서 상호 협력하는 것이 양 기관 모두에게 이익이라는 것은 자명하다. 그러나 관계자들의 마음가짐과 태도에 성패가 달려 있을 것이다. 또 부족한 보건의료 전문 인력을 확보하고, 현지에서 공유하는 것도 효율적이라 생각한다.

요 약

우리나라는 독립 후 6.25전쟁으로 국가 기반시설이 붕괴되어 경제적, 정치적으로 매우 어려운 시기에 선진국의 원조를 많이 받았다. 세계2차대전 후 독립한 많은 나라 중에 한국은 산업화와 민주화에 성공하여 공적개발원조(ODA)를 받던 나라에서 원조를 하는 나라로 변한 유일한 나라가 되었다. ODA 전담기관으로 유상원조를 담당하는 EDCF, 무상원조를 담당하는 KOICA, 그리고 무상 보건의료사업을 전담하는 KOFIH가 있다. 이들 기관이 추진한 모자보건분야 지원사업을 요약하고, 사업추진상의 문제점과 개선방안을 제시하였다. 원조사업의 실효를 거두기 위하여 많은 나라에 사업을 펼치기보다 모자보건 향상에 도움이 가장 절실한 나라에 우리가 잘 할 수 있는 사업을 선택적으로 집중하고, EDCF의 인프라 구축사업, KOICA의 지역개발사업, KOFIH의 모자보건사업을 상호 연계한 통합적 접근을 하는 것이 바람직하다.

참고문헌

강주홍. 한국 ODA의 주요 방향성. 가톨릭 국제보건연구소
개소 기념 심포지엄, 서울 성모병원, 2014년 6월
박정환, 이태주, 서경, 홍문숙, 마연지 등. 아프리카지역 보
건분야 협력방안 연구 시리즈 9: 총괄보고서, KOICA,
2014;104-122

장현갑, 박재현, Aqeela Zahra, 김은겸, 허중호 등. 모자
보건 ODA 추진전략 연구, 한국국제보건의료재단, 서
울, 2013;98-106

황원규. 한국의 국제개발협력: 과거, 현재 그리고 미래. 국
제보건의료학회 심포지엄, 서울성모병원, 2013년 4월
<http://www.koica.go.kr>. 보건분야 추진사업(2015년 기
준 신규 및 계속사업)

<http://www.kofih.org>. 개발도상국 보건의료 개발협력사업