

2012
KOICA 개발정책 포커스 제13호

ISSN 2093-2111

글로벌 도전과제와 개발협력
인구와 가족계획

KOICA Development Policy Focus

Making a better world together
감사하는 대한민국, KOICA가 함께합니다.

 **KOICA**
WORLD'S FRIEND

461-833 경기도 성남시 수정구 대왕판교로 825
825 Daewangpangyo-ro, Siheung-dong, sujeong-gu,
Seongnam-si, Gyeonggi-do, 461-833, Korea
T. 031-740-0114 F. 82-31-740-0655
<http://www.koica.go.kr>



 **KOICA** 한국국제협력단
Korea International Cooperation Agency

제 13 호

글로벌 도전과제와 개발협력
인 구 와 가 족 계 획

저자

조 한 슬

現 한국국제협력단 ODA연구실 상임연구원
(hscho@koica.go.kr / hanseul83@hotmail.com)
이화여자대학교 국제대학원 국제학 석사

▶ 주요 연구 실적

- 중국의 대외원조 정책 및 시사점. KOICA 정책포커스 제8호. 한국국제협력단. 2011.
- 개발 성과 제고를 위한 글로벌 공공재의 역할과 개발협력의 과제.
한국국제협력단. 2012.
- 개발 성과 제고를 위한 글로벌 공공재의 역할과 개발협력의 과제.
개발협력 정책과 이슈 제6호. 한국국제협력단. 2012.
- 글로벌 공공재와 개발협력. 국제개발협력 2012년 2호. pp. 31-51.
한국국제협력단. 2012.

본 연구 보고서의 내용은 한국국제협력단의 공식적인 입장과 일치하지 않을 수 있음을 밝힙니다. 본 연구의 내용은 출처 및 집필자를 명시하는 한 인용할 수 있습니다.

※ 본 자료는 KOICA 홈페이지(<http://www.koica.go.kr>)를 통해서도 볼 수 있습니다.

목 차

국문 초록	01
Executive Summary	03
제1장. 서 론	06
1. 연구의 배경 및 필요성	06
2. 연구 방법 및 보고서의 구성	07
제2장. 인구증가 현황	08
1. 세계 인구증가 현황	08
2. 개발도상국 인구증가 현황	11
제3장. 인구증가와 개발협력	13
1. 인구증가와 글로벌 도전과제: 지속가능한 발전 저해	13
2. 인구증가의 악순환의 고리	17
3. 인구증가와 개발: 빈곤 감소에 악영향	18
4. 인구증가와 글로벌 공공재(HIV/AIDS)	21
제4장. 인구 및 가족계획 국제협력 사업 사례	23
1. 사례 선정 기준	23
2. 미국 사례	26
3. UNFPA 사례	35
4. 평가 및 시사점	39
제5장. KOICA 사업에의 시사점	41
1. 인구 및 가족계획 관련 ODA 현황	41
2. 인구 및 가족계획 개발협력 정책 현황	43
3. 인구 및 가족계획 개발협력 정책 및 실행전략 수립방향 ...	48
참고 문헌	58
별 첨	62

국문 초록

지난 2011년 세계 인구는 70억 명을 돌파하였으며, 2050년에는 90억 명을 돌파할 것으로 예측되고 있다. 또한 최빈국 인구 비중도 계속 높아질 것으로 예측되고 있어, 개발도상국을 중심으로 인구증가와 관련된 문제가 악화될 것으로 예측되며, 이에 따른 개발협력 차원의 연구를 통한 대책 마련이 요구되고 있다. 한편, KOICA 6대 연구 분야의 하나인 ‘글로벌 공공재와 개발협력’ 연구의 향후 연구과제로 선정되어 있는 식량안보, 에너지안보, 물 부족 등의 글로벌 도전과제는 급격한 인구증가로 인한 자원 소비 증가가 공통적인 발생 원인으로 지적되고 있다는 점에서, 인구증가와 개발과의 연관성에 대한 연구를 선행하는 것이 필요하다고 판단되어 본 연구가 기획되었다. 또한 인구증가 문제는 글로벌 공공재, 빈곤감소 등 개발 전반의 효과성과도 연계되어 있으므로, 세계적 차원에서 이러한 점을 고려한 인구 및 가족계획 지원방법 모색이 필요하다는 점에서 본 연구가 기획되었다.

이에 따라 본 연구에서는 인구 및 가족계획 관련 ODA를 많이 지원하고 있는 DAC 공여국(미국)과 다자기구(UNFPA)를 하나씩 선정하여, 글로벌 도전과제와 연계 정책, HIV/AIDS와의 연계 정책, 빈곤감소와의 연계 정책 보유 여부를 검토하였다.

검토 결과, USAID는 인구 및 가족계획 프로그램과 글로벌 도전과제의 연계를 위해, 가족계획 및 생식보건에 할당된 기금의 일부는 인구증가로 인해 생물다양성의 위협 받는 지역에 사용되어야 한다는 법안을 입법하고, 통합프로그램을 도입한 것으로 확인됐다. 또한 USAID는 HIV/AIDS 연계의 일환으로 2003년 HIV/AIDS 예방을 포함하도록 통합 가족계획 및 모자보건 프로그램 가이드라인을 개정하고, 관련 연구에 기금을 지원하기도 하였다. 인구 및 가족계획 프로그램이 빈곤감소를 포함한 개발 전체에 긍정적인 효과를 발생시킨다는 점을 인식하고, 관련 규정을 입안하였다.

UNFPA는 2008~2011년 전략문서의 3대 전략목표 하부 실행계획으로 환경과 인구 문제의 연관성을 고려한 정책을 선정하여 평가하고 있었으며, HIV/AIDS에 대한 고려도 포함되어, 모자감염 방지를 위해 HIV 치료제를 복용하고 있는 임신한 여성의 비율 등을 평가지표로 활용하고 있었다. 끝으로 ICPD 프로그램은 행동계획 3조 3항에서 개발 전략과 인구에 관한 고려가 통합될 경우 빈곤퇴치를 더 빨리 달성할 수 있다고 규정하여, 빈곤감소와의 연계를 도모하고 있었다.

KOICA는 지속가능한 발전을 위해 보건과 환경 프로그램의 연계가 필요하다는 점을 인식하고, 환경에 영향을 줄 것으로 보이는 보건의료 프로그램에 환경 가이드라인을 적용, 환경영향평가를 실시하고 있다. 그러나 이는 보건 분야 전체를 바탕으로

한 연계방안이라는 점에서 보완이 필요하다. 또한 KOICA는 인구 및 가족계획 프로그램이 보건 분야를 포함한 사회, 경제 분야 전반과 빈곤 감소에 영향을 미친다는 사실을 인지하고, 해당 사업을 더 효과적이고 지속가능하게 만들기 위한 전략으로 성주류화의 보건 분야 적용을 시도하고 있는 것으로 확인되었다. 한편, KOICA는 인구 및 가족계획과 HIV/AIDS를 연계하는 전략이나 사업은 부재한 것으로 확인되었다.

이러한 검토 내용을 바탕으로 다음과 같이 KOICA 인구 및 가족계획 프로그램 개선 방안을 제안하는 바이다.

① 인구 및 가족계획 단독섹터 전략

- 인구 및 가족계획 프로그램 지원 확대
- 인구 및 가족계획 역량개발(인구 및 생식보건 부문 교육, CRS13081)지원 특화

② 타프로그램 접목 전략

- 인구 및 가족계획 프로그램과 환경 프로그램의 접목을 통한 효과성 증대 도모
 - － 인구 및 가족계획 프로그램의 사전타당성 조사 단계에서 전략환경평가 시행
 - － 통합 프로그램에 적용 가능하도록 환경 가이드라인 수립 또는 보완 등
- 인구 및 가족계획 프로그램과 HIV/AIDS 프로그램 연계를 통한 효과성 제고
 - － 인구 및 가족계획 프로그램 계획 및 사업수행 및 평가의 모든 단계에서 HIV/AIDS에 대한 고려를 포함한 관련 정책 및 전략수립
 - － 가족계획과 HIV/AIDS 예방을 연계한 파일럿 사업을 통한 우수 사례 발굴 등

③ 인구 및 가족계획 프로그램의 영향평가와 연계

- 통합 프로그램의 영향과 비용효과성 측정을 위한 지표 설정 및 영향평가 실시

Executive Summary

In 2011, the total population of the entire world exceeded 7 billion people, and it is expected to break through the 9 billion mark in 2050. As the proportion of the population in the Least Developed Countries is also expected to continue to further increase, it is expected that the problems related to population growth in developing countries will worsen. On the other hand, global challenges such as food security, energy security and water shortage have been pointed out to be the common results of the increase in resource consumption due to rapid population growth. Furthermore, rapid population growth is also related to global public goods and the overall effect of development such as poverty reduction. In this light, it was determined that research should be undertaken to study the significance between the population growth and development from a global perspective.

For this reason, this study selected a DAC donor country, the United States, and a multilateral organization, the UNFPA, which provides substantial amount of ODA in population and family planning, and examined whether or not they have population and family planning policies relating to the global challenges, HIV/AIDS and poverty reduction.

The results showed that in order to integrate its population and family planning programs with the global challenges, a law was passed where USAID would have to use a portion of its funds(that is allocated to family planning, reproduction and health) in areas where the diversity of organisms were endangered due to the increase in population and implement an integrated program. Furthermore, as a part of its efforts to work in connection with HIV/AIDS issues, USAID had modified its guidelines on family planning and maternal health to include HIV/AIDS prevention provisions in 2003 and also provided financial support to relevant research projects. USAID recognized that the population and family planning programs generated an overall positive effect on development including poverty reduction and drafted a law stipulating the relevant provisions.

According to the 2008–2011 UNFPA Strategic Plan, UNFPA has selected a policy which takes into consideration the relevance between environmental and

population issues as one of the major strategic goals. Consideration of HIV/AIDS issues were also included in the UNFPA Strategic Plan, and the UNFPA used the ratio of pregnant women who took HIV treatment cures to prevent mother-to-child transmission as an indicator for evaluation. Finally, the ICPD program has promoted cooperative works in relation to the decline of poverty by stipulating in section 3.3 of its program of action that the integration of population into development strategies will accelerate the pace of poverty reduction.

To achieve sustainable development, KOICA recognized the need for the integration of health and environmental programs, and thus applied environmental guidelines to health programs that seemed to have an effect on the environment and implemented an environmental effects evaluation. Furthermore, KOICA recognized that population and family planning programs can also affect the overall development and poverty reduction of developing countries and was found to apply such programs with gender mainstreaming to sustain and improve the effectiveness of the development program. On the other hand, it was found that KOICA did not implement strategies or projects that integrated population and family planning with HIV/AIDS programs.

Based on such research results, this study proposes the following improvement measures for the population and family planning programs of KOICA:

- ① Population and family planning sector strategy
 - Increase support for population and family planning programs
 - Specialize a capacity development program for population and family planning
- ② Strategy for integration with other programs
 - Integration of population and family planning programs with environmental programs for development effectiveness
 - Conduct both strategic environmental assessment and feasibility study for population and family planning programs
 - Establish/improve environmental guidelines to enable the implementation of an integrated program
 - Improve effectiveness through the integration of population and family planning programs with HIV/AIDS programs
 - Establish policies and strategies relating to the planning, implementation

and evaluation of population and family planning programs, which considers the HIV/AIDS issue at all stages

- Implement the pilot projects that integrate family planning programs with programs for the prevention of HIV/AIDS
- ③ Conduct impact evaluations for population and family planning programs
- Designate indicator for assessing impacts and cost effectiveness of integrated programs and conduct impact evaluations

제1장. 서 론

1. 연구의 배경 및 필요성

최근 들어 인구의 급격한 증가 문제는 심각한 양상을 보이고 있다. 유엔은 세계 인구 70억 명 돌파를 발표하며, 인구가 50억 명이 된 지 24년, 60억 명을 넘어선 뒤 불과 12년 만에 10억 명이 늘어난 점에 대해 우려를 표명하였다는 점에서도 이를 알 수 있다. 특히 향후 세계 인구에서 최빈국의 인구가 차지하는 비중이 2011년 12.2%에서 2100년에는 26.6%로 세계에서 차지하는 인구 비중이 급격히 증대할 것으로 예측되고 있다는 점에서, 개발도상국을 중심으로 인구증가와 관련된 다양한 문제점들도 더욱 심각하게 발생할 것으로 예측되고 있다. 이렇듯 개발도상국을 중심으로 인구가 급격히 증가될 것이 예측됨에 따라, 이에 따른 개발협력 차원의 연구를 통한 대책 마련이 요구되고 있다.

한편, 국제지역공공재로 분류되는 식량안보, 에너지안보, 물, 이주, 분쟁 등의 문제는 글로벌 도전과제의 하나로서 다수의 원조기관이 중점분야로 선정하여 지원하고 있는 분야인 동시에, 한국국제협력단(Korea International Cooperation Agency, KOICA) 중기 연구과제로도 선정되어 있는 분야로 동 분야를 연구로 진행해야 할 필요가 있다는 점을 ‘개발 성과 제고를 위한 글로벌 공공재의 역할과 개발협력의 과제(조한솔)’에서 설명·제시한 바 있다.¹⁾ 그런데, 글로벌 도전과제의 대표적인 예인 식량안보, 에너지안보, 물 부족 문제는 급격한 인구증가로 인한 자원의 소비 증가가 공통적인 발생 원인으로 지적되고 있다. 따라서 글로벌 도전과제를 세부적으로 다루기 전에, 인구증가와 개발과의 연관성에 대한 연구를 선행하는 것이 필요하다고 판단되어, 이번 연구가 기획되었다. 특히 글로벌 도전과제의 해결 없이는 개발도상국을 포함한 전 세계의 지속가능한 발전이 어렵다는 점에서 인구증가 문제에 대한 포괄적 연구를 통한 대처방안 마련이 필요하게 되었다.

또한 인구증가 문제는 글로벌 도전과제 이외에도 글로벌 공공재, 빈곤감소 등 개발 전반의 효과성과도 연계되어 있으므로, 세계적 차원에서 이러한 점을 고려한 인구 및 가족계획 지원방법 모색이 필요하다는 점에서 본 연구가 기획되게 되었다.

1) 세계화의 확대 및 심화에 따라 국제사회가 공동으로 대응해야 하는 글로벌 공공재의 부상과 그에 상응하는 글로벌 거버넌스 구조에 대한 국제 논의가 진전되고 있는 바, 식량안보 및 국제무역·금융시스템, 환경, 이주, 분쟁, 위기전염에 대처할 수 있는 글로벌 공공재의 마련에 관련된 개발협력 전략을 연구하기 위해 ‘글로벌 공공재와 개발협력’ 연구가 2011~2015년 KOICA 연구 중기전략의 6대 연구 분야의 하나로 선정되었다. 이에 따라, 글로벌 공공재 관련 국제사회의 담론, 개발협력 접근법 및 경험을 소개하고, 2015년까지의 글로벌 공공재 분야 연구전략과 과제를 발굴하는 것을 목표로 글로벌 공공재 범위연구가 기획·수행되었다. 조한솔 (2012b)

본 연구의 목적은 정책결정자들의 인구증가 문제와 글로벌 도전과제, 글로벌 공공재, 빈곤 감소와의 상호연관성에 대한 이해 제고와 지속가능한 개발 및 효과적인 공적개발원조(Official Development Assistance, ODA) 성과 달성을 위해서는 이러한 연관성을 고려한 인구 및 가족계획 정책 및 사업의 도입 및 이행의 필요성에 대한 이해를 돕는 것을 주목적으로 하고 있다. 또한 이를 바탕으로 KOICA 인구 및 가족계획 사업의 함의를 도출하는 것을 목표로 하고 있다.

2. 연구 방법 및 보고서의 구성

본 연구는 2장에서 인구증가 추이와 현상을 개괄하고, 3장에서 개발도상국에서 인구증가 문제를 글로벌 도전과제, 글로벌 공공재, 빈곤감소 등의 개발과의 연관성을 중심으로 살펴보았다. 4장에서 국제사회에서 인구증가 문제 해결을 위한 ODA를 많이 제공하고 있는 국가 또는 기구의 인구 및 가족계획 관련 정책과 사업을 소개하였다. 마지막으로 5장에서 한국의 관련 정책을 소개하고, 지금까지 논의 내용을 바탕으로 지속가능한 개발을 위한 인구증가 문제 해결방안을 제시하고, KOICA 사업에 대한 함의를 도출하는 것으로 연구를 마무리 하였다.

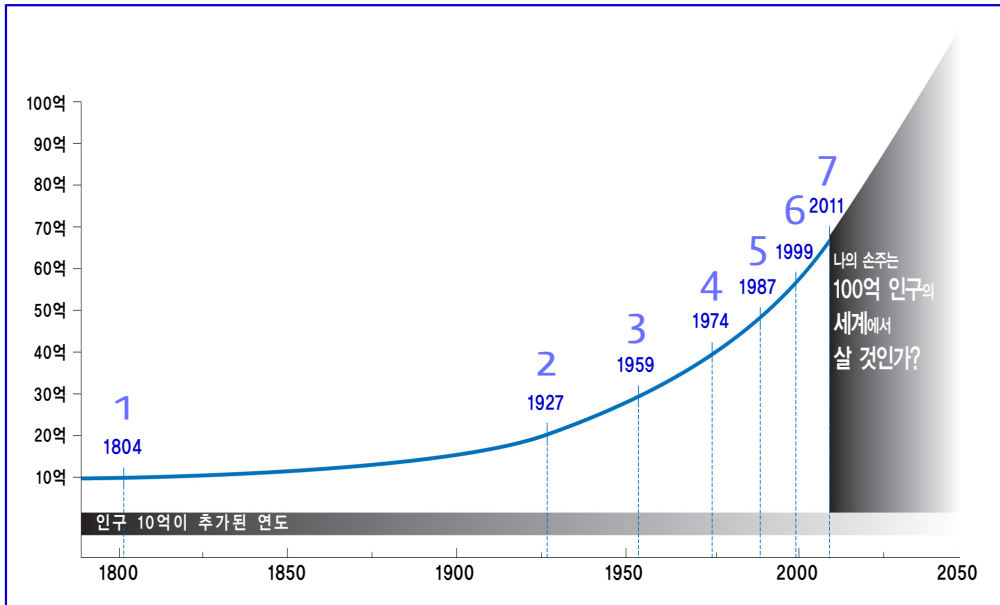
본 연구는 심층 문헌조사를 중심으로 진행되었으며, 추가적으로 KOICA 내부 보고회 및 관계자 면담을 통한 의견수렴을 통해 진행되었다.

제2장. 인구증가 현황

1. 세계 인구증가 현황

유엔은 2011년 10월 31일 세계 인구가 70억 명을 돌파했다고 발표했다.²⁾ 이는 세계인구가 50억 명이 된 지 24년만이며, 60억 명을 넘어선 뒤 불과 12년 만에 10억 명이 늘어난 것이다. 또한 국제연합(United Nations, UN)은 2011년 5월에 출간한 2011 인구전망 보고서³⁾에서 세계 인구가 2050년에는 90억 명을 넘어서고, 이어 2100년에는 100억 명을 돌파할 것으로 전망했다.⁴⁾ 더욱이 인구가 많은 국가일수록 출생률의 변화가 더 작게 나타난 점을 고려한다면, 세계 인구수는 2050년에 106억, 2100년에 150억 명 이상이 될 가능성도 있다고 예측하고 있다.

[그림 1] 세계 인구 10억 증가 도달 연도



출처: UNFPA. 2011. "The State of World Population 2011"

이러한 세계 인구의 급격한 증가는 비교적 최근에 일어난 현상이다. 약 2,000년 전 세계 인구는 약 3억 명에 불과하였고, 그 두 배인 6억 명이 되는데 약 1,600년 이상이 걸렸다. 세계인구의 급격한 증가는 개발이 안 된 지역에서 사망률 감소로 인

2) "[이투데이 2011년 국제 10대 뉴스]⑨세계인구 크게 늘어 70억 명 돌파", 이투데이, 2011.12.27.

3) UN. 2011. World Population Prospects: The 2010 Revision

4) 현재보다 시간이 흐를수록 출생률이 더 낮아질 것이라는 가정 아래 예측한 수치이다.

해 1950년대부터 시작되었으며, 2,000년대에 들어 1950년대 인구의 두 배가 넘는 61억 명이 되었다.

국가별 인구 현황과 출산율을 살펴보면, 2010년 기준 세계에서 인구가 가장 많은 국가는 중국으로 약 13억 명으로 보고되고 있으며, 2위는 인도로 약 12억 명, 3위는 미국으로 약 3억 명을 기록하였다([표 1] 참조).

[표 1] 2010년도 국가별 총인구 순위

(단위: 억 명)

순위	국가명	전체 인구
1	중국	13.41
2	인도	12.25
3	미국	3.10
4	인도네시아	2.40
5	브라질	1.95
6	파키스탄	1.74
7	나이지리아	1.58
8	방글라데시	1.49
9	러시아	1.43
10	일본	1.27
	세계 총합	68.96

출처: UN. (2011). World Population Prospects: The 2010 Revision

현재 세계 인구는 출산율이 감소하였음에도 불구하고, 꾸준히 증가하고 있는데 이는 경제성장으로 평균수명이 증가했기 때문이라고 지적하고 있다.⁵⁾ 또한 비록 세계 인구증가율 및 출생률이 점차적으로 감소되고는 있지만, 여전히 인구증가율이 1%가 넘으며 2100년에 이르러서도 인구증가율은 0.06%, 출생률은 2.03명을 기록할 것으로 예측([표 2] 참조)된다는 점에서 세계 인구수 자체는 지속적으로 증가할 것임을 알 수 있으며, 이는 앞에서 2100년에 세계인구가 100억 명을 돌파할 것으로 예측되었다는 점에서도 확인할 수 있다.⁶⁾

5) UNFPA (2011d).

6) UNFPA (2011d). Medium Variant 적용시 예측값.

[표 2] 세계 인구증가율 및 출생률, 1950~2100

(단위: %, 명)

기간	인구증가율 ¹⁾	출생률 ²⁾	기간	인구증가율	출생률
1950~1955	1.82	4.95	2025~2030	0.78	2.29
1955~1960	1.83	4.89	2030~2035	0.69	2.25
1960~1965	1.85	4.91	2035~2040	0.6	2.22
1965~1970	2.07	4.85	2040~2045	0.52	2.19
1970~1975	1.96	4.45	2045~2050	0.44	2.17
1975~1980	1.77	3.84	2050~2055	0.36	2.15
1980~1985	1.76	3.59	2055~2060	0.29	2.12
1985~1990	1.74	3.39	2060~2065	0.24	2.11
1990~1995	1.52	3.04	2065~2070	0.2	2.09
1995~2000	1.34	2.79	2070~2075	0.16	2.08
2000~2005	1.22	2.62	2075~2080	0.13	2.06
2005~2010	1.16	2.52	2080~2085	0.1	2.05
2010~2015	1.1	2.45	2085~2090	0.09	2.04
2015~2020	1	2.39	2090~2095	0.07	2.04
2020~2025	0.89	2.33	2095~2100	0.06	2.03

주1): 인구증가율이란 주어진 기간 동안, 인구증가의 평균 지수 비율로, 중간 변수의 예상을 근거로 작성되었다.

주2): 출생률은 여성이 일생 동안 임신을 할 수 있는 평균 자녀의 수로, 중간 변수의 예상을 근거로 작성되었다.

출처: UN. 2011. World Population Prospect: The 2010 Revision.

2. 개발도상국 인구증가 현황

앞에서 설명한 세계의 급격한 인구증가는 상당 부분 저개발국의 인구증가에서 기인하고 있다. 이는 UN의 인구전망에서도 확인할 수 있는데, [표 3]은 2100년까지 선진국과 개발도상국의 인구증가 추이 및 분포를 예측한 값을 보여주고 있다. [표 3]에 따르면, 현재 세계 인구에서 선진국 인구가 차지하는 비중은 2011년 현재 17.8%에서 2100년에는 13.2%까지 감소할 것으로 전망되고 있는 반면, 최빈국은 2011년 12.2%에서 2100년에는 26.6%로 세계에서 차지하는 인구 비중이 급격히 증대할 것으로 예측되고 있다. 또한 2100년까지 선진국의 경우 인구가 약 1억 명이 증가할 것으로 예측되고 있는 반면, 최빈국을 포함한 개발도상국은 그 20배가 넘는 약 20억 명 이상이 늘어날 것으로 예측되고 있다.

[표 3] 선진국/개발도상국 인구증가 추이 및 분포

(단위: 억 명, %)

구 분	2011년	2050년	2100년
선진국	12.4(17.8)	13.1(14.1)	13.4(13.2)
개발도상국(최빈국 제외)	48.8(70.0)	62.7(67.4)	61.0(60.2)
최빈국	8.5(12.2)	17.3(18.6)	26.9(26.6)
총 계	69.7	93.1	101.3

주: 예측값은 Medium Variants 적용 기준

출처: UN. (2011). World Population Prospects: The 2010 Revision

개발도상국을 중심으로 인구증가 문제가 상대적으로 심각하게 나타나고 있다는 점은 지역별 인구현황에서도 확인 할 수 있다.

[표 4]에 따르면 2011년 기준, 상대적으로 개발도상국이 많이 위치하고 있는 아시아에 70억 인구의 60%인 약 42억 명이 살고 있으며, 아프리카 지역에 15%인 약 10억 명이 살고 있는 것으로 확인되고 있는 반면, 유럽과 북미의 경우 전체 인구가 각각 약 7억 명과 3억 명인 것으로 나타나고 있다. 또한 향후 아프리카의 세계인구 비중이 현재의 14.9%에서 35.3%로 크게 증가하는 반면 아시아는 60%에서 45.4%로 유럽은 10.6%에서 6.6%로 감소할 것으로 전망되고 있다.

[표 4] 지역별 인구 현황

(단위: 억 명, %)

구 분	2011년	2050년	2100년
아시아	42.0(60.0)	51.4(55.3)	45.9(45.4)
아프리카	10.4(14.9)	21.9(23.5)	35.7(35.3)
유럽	7.4(10.6)	7.2(7.7)	6.7(6.6)
북미	3.4(4.9)	4.4(4.7)	5.2(5.1)
중남미	5.9(8.4)	7.5(8.1)	6.8(6.7)
대양주	0.37(0.5)	0.55(0.6)	0.66(0.7)
총계	69.9	93.1	101.3

주: 예측값은 Medium Variants 적용 기준

출처: UN. (2011). World Population Prospects: The 2010 Revision

이 과정에서 인도는 중국을 추월하고 세계 10대 인구대국에 아프리카 국가들이 새롭게 진입할 것으로 예상되고 있는데, 사하라 사막 이남 아프리카의 인구는 향후 40년간 2~3배 증가해 현재보다 10억 명이 더 늘어날 것으로 예상되며, 인도의 인구는 2025년 14억 6000명으로, 중국(13억 9000명)을 능가하는 세계 1위의 인구대국이 될 것으로 예측되고 있다.

이렇듯 개발도상국을 중심으로 인구가 급격히 증가될 것이 예측됨에 따라, 향후 개발도상국을 중심으로 인구증가와 관련된 다양한 문제점들도 더욱 심각하게 발생할 것이며, 이에 따른 대책 마련이 필요할 것으로 생각된다.⁷⁾

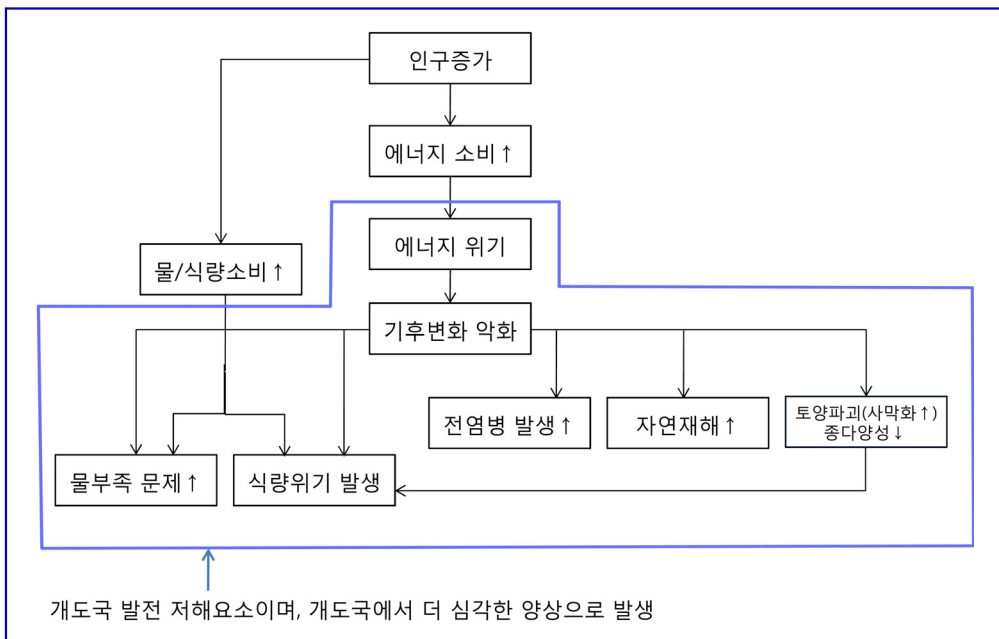
7) 모든 개발도상국이 인구증가 문제를 겪고 있지는 않다. 예를 들어 몽골의 경우 인구가 적어, 인구증가를 지원하는 사회복지 정책 실행, 출산 지원 정책 등이 시행되고 있다. (“몽골 인구증가추세, 국가발전 기회로 삼아야”, 몽골교민신문, 2011.5.23.) 하지만, 대부분의 개발도상국은 인구증가로 인한 문제를 겪고 있으므로, 본 연구에서는 이러한 개발도상국을 연구 대상으로 한정하고, 이들 국가를 대상으로 하는 인구 및 가족계획 사업이나 정책의 개선방안을 도출하고자 한다.

제3장. 인구증가와 개발협력

1. 인구증가와 글로벌 도전과제: 지속가능한 발전 저해

앞장에서 현재 세계 인구는 70억 명을 돌파했다는 것과, 급격한 인구증가의 추세에 대해 살펴보았다. 이러한 세계적인 인구증가는 필연적으로 에너지, 물, 식량 등 각종 자원의 소비 증가로 연결되게 되고, 결과적으로 에너지 위기, 물 부족 문제, 식량 위기 등 글로벌 도전과제를 발생시키게 된다. 또한 인구증가가 집중적으로 나타나고 있는 개발도상국에는 물과 식량, 에너지 위기로 인한 문제가 더 크게 나타날 것으로 쉽게 예측되고 있다.

[그림 2] 인구증가의 지속가능한 발전 저해 양상



출처: 저자작성

인구증가로 인해 발생하게 되는 자원 고갈과 환경 문제에 대해 국제사회에서도 다양한 연구들이 진행되어 그 인과관계를 뒷받침하여 설명하고 있다. 예를 들어, 레스터 브라운 지구정책연구소 대표는 인구 폭발로 인해 세계의 초원이 사막화되고, 어장이 줄어들며, 18개국의 지하수면이 낮아지고 있다고 우려하고 있다.⁸⁾ 2000년 발행된 세계야생동물기금의 살아있는 지구 보고서(World Wildlife Fund's Living Planet

8) “[세계10대뉴스] 글로벌 인구 70억 명 돌파”, 머니투데이, 2011.12.24.

Report)는 급속한 인구증가로 인해 나무, 물, 야생 동물 등의 자원이 자연적으로 재생되는 속도보다 훨씬 빠른 속도로 사용되어 고갈되어 가고 있다고 밝히며, 지난 30년 동안 지구 생태계와 재생 가능한 천연 자원이 33% 사라진 반면, 이에 대한 수요는 오히려 50%나 증가했다고 보고하고 있다.

인구증가로 인해 발생하게 될 글로벌 도전과제에 대해 자세히 살펴보면, 인구증가는 에너지 소비 증가로 이어지고, 이로 인해 크게 세 가지 측면에서 개발도상국의 발전을 저해할 것으로 생각된다. 첫째, 인구증가로 인한 에너지 소비 증가는 개발도상국의 에너지 공급을 어렵게 만들어, 개발도상국의 발전을 저해하게 된다. 늘어난 인구로 인해 주요 에너지원인 석탄, 석유 등 화석연료의 소비가 증가할 것으로 예상된다. 이러한 화석연료의 소비 증가는 화석연료의 고갈을 앞당기게 되고, 이는 에너지 부족으로 인한 에너지 위기를 발생시키게 된다. 또한 에너지 소비 증가로 인해 에너지 부족 현상이 나타나게 되는 과정에서, 에너지 가격 상승이 필연적으로 동반되게 된다. 그런데 에너지 부족으로 인해 에너지 가격이 상승하게 되며, 이로 인한 피해는 개발도상국에서 상대적으로 크게 나타나게 된다. 왜냐하면, 지금도 심각한 개도국의 에너지 빈곤이 에너지 가격 상승으로 인해 더 심각해질 것이기 때문이다.⁹⁾ 즉, 에너지 부족으로 인한 가격 상승은 에너지 빈곤 문제를 겪고 있는 많은 빈곤국의 전력 공급을 더 어렵게 만들고, 이는 다시 이들 국가의 발전 및 경제활동을 저해하는 요소로 작용하게 되기 때문이다.¹⁰⁾ 둘째, 에너지 부족은 개발도상국의 장작을 사용한 에너지 사용을 증가시켜, 보건 문제를 악화시키는 결과를 가져온다. 앞에서 설명한 화석연료 소비 증가로 인한 에너지 가격 상승과 부족 현상은 개발도상국의 전력공급을 악화시키고, 이로 인해 개발도상국에서 전기를 대체하는 에너지원으로 장작을 이용한 불의 사용 증가에 영향을 미치게 된다.¹¹⁾ 그런데, 실내에서 장작이나 그와 비슷한 연료를 사용하여 취사를 하는 경우, 이 과정에서 발생하는 연기로 인한 실내 공기의 오염으로 인해 건강이 악화되고, 사망에 이르게 된다고 한다. 실제로 연간 1,600만 명이 이로 인해 사망하고 있으며, 피해자는 대부분 어린이와 여성으로 보고되고 있

9) 세계은행에 따르면 남아프리카공화국을 제외한 사하라사막 이남 지역에서는 일반 가구의 75%에 해당하는 5억 5,000만 명이 전기혜택을 누리지 못하고 있으며, 인도나 파키스탄, 방글라데시와 같은 나라들을 포함한 남부 아시아 지역에서는 7억 명 전체 인구의 50%와 시골 지역 인구의 90%가 전기를 사용하지 못하고 있다. 토마스 프리드먼 (최정임 역) (2008), p. 226.

10) 실제로 에너지의 사용과 국민총생산 사이에는 긴밀한 상호 연관성이 존재한다는 점은 다양한 연구를 통해 밝혀진 바 있다. 예를 들어, 세계은행의 연구 결과에 따르면 방글라데시의 경우, 전력 공급이 원활하게 이뤄진다면 시골 지역 가구들에게 누적 효과가 나타나 가계 소득을 최대 20% 높이는 성과를 이뤄낼 수 있으며, 이것은 다시 빈곤율을 15% 낮추는 결과로 이어지게 된다고 한다. 또한 아프리카 지역 제조 기업들의 경우, 평균적으로 연간 56일 동안은 전력 공급이 중단되고 있으며 그로 인해 매출액의 5~6%에 상당하는 손실을 입고 있는 것으로 보고되고 있다. 비공식적이며 집계되지 않은 경제권의 손실까지 합하면 그 피해액은 최대 연간 소득의 20%에 이를 것으로 추정된다는 연구 결과가 있다. 토마스 프리드먼 (최정임 역) (2008), p. 229.

11) 실제로 세계의 3분의 1이 넘는 26억 인구는 아직도 장작을 사용하여 취사를 하고 있다고 하며, 이로 인해 미국 워싱턴주 넓이의 열대우림이 이주민, 정착민들의 장작 사용 또는 농지 개간 등으로 인해 사라지고 있다고 한다. “중병으로 시름시름 앓는 지구촌”, 인터넷 환경일보, 2012.6.15.

다.¹²⁾ 셋째, 인구증가는 주요 에너지원이 화석연료의 사용 증가로 이어져, 이로 인해 기후변화가 가속화되어 기후변화에 취약한 개발도상국에 더 큰 피해가 발생할 것으로 예측된다.¹³⁾ 석탄, 석유, 장작 등 화석연료의 소비 증가는 기후변화의 주요 원인인 이산화탄소의 배출 발생시켜, 기후변화를 가속화시킬 것으로 예상되며, 이는 다시 열대전염병 발생 증가, 자연재해 발생, 토양파괴 등의 문제를 야기하고, 결과적으로 물 부족 문제와 식량위기를 악화시키게 되는 원인으로 작용하게 될 것으로 생각된다.

한편, 인구증가는 식수 등 수자원의 소비 증가로 연결되게 되며, 이로 인해 개발도상국의 물 부족 문제가 더 악화되어 발전을 저해하는 요소로 작용하게 된다. 사실 물 부족 문제의 경우, 이미 지금도 심각한 양상을 보이고 있는데 전 세계 인구의 1/3 이상이 만성적인 물 부족으로 고통 받는 지역에 살고 있으며, 세계인구의 40%를 구성하는 80여 개 국가가 심각한 물 부족 상태인 것으로 파악되고 있다. 그런데, 이러한 물 부족 사태는 경제성장과 인구 급증으로 인한 수자원 수요 증가로 인해 앞으로 더욱 심각해 질 것으로 전망되고 있다.¹⁴⁾ 경제협력개발기구(Organization for Economic Cooperation and Development, OECD)가 최근 발표한 보고서에서도 2025년에는 52개국 30억 명이 물 부족을 겪을 전망이며, 2050년에는 전 세계 인구의 3분의 2가 물 부족 사태에 직면할 것으로 예상하고 있다.¹⁵⁾ 수요량의 측면에서는 전 세계 실제 물 수요가 지난 1950년대와 1990년대 사이에 3배가량 증가했으며, 앞으로 35년 이내에 또다시 2배 이상 증가할 것으로 전망된다고 한다.¹⁶⁾

인구증가로 인해 발생 또는 악화될 물 부족 사태는 개발도상국에서 다음과 같은 문제를 발생시킬 것으로 예상되기 때문에 이에 대한 개발협력 차원의 고려와 대처가 필요할 것으로 생각된다. 첫째, 물 부족 문제는 현재 개발도상국이 집중되어 있는 아프리카 중동 등의 지역에서 심각하게 나타나고 있다는 점에서, 향후 인구증가로 인한 물 부족 문제가 악화될 경우 더 큰 문제가 될 것으로 예측된다.¹⁷⁾ 둘째, 물 부족 문

12) 세계보건기구에 의하면 이 바이오매스(열자원으로 식물이나 동물 폐기물을 이용하는 것) 요리법이 사망 원인 서열에서는 영양실조나 위험한 성행위, 깨끗한 식수와 위생시설의 부족 바로 다음이라고 밝히고 있다. 토마스 프리드먼 (최정임 역) (2008), p. 226.

13) 조한솔 (2012a), p.19-21.

14) 2009년 1월 스위스 다보스에서 열린 세계경제포럼은 ‘수자원부도사태’를 예고하면서 수자원으로 인한 글로벌 경제의 위험성을 경고했다. 이는 경제성장과 인구급증으로 인한 수자원 수요 증가로 인해 수자원부도사태의 보편화가 초래될 것이고, 이로 인해 2025년에는 전 세계 곡물생산량의 30%가 감소할 것이라고 예측한 것.

15) “물부족 문제, 상생발전 자세가 해답”, 충청투데이, 2012.3.20.

16) 현재 발생하고 있는 물 부족 현상으로 요르단강 유역 국가들은 사막개발에 따른 관개면적 급증으로 물 없는 고통을 호소하고 있으며, 물 풍요국가로 유명한 미국 역시 지하수 과잉이용으로 인한 지반 침하로 캘리포니아주, 애리조나주, 네브래스카 주 등은 이미 물 부족 지역으로 분류돼 있다. 또한 중앙아시아 아랄해의 경우도 기후변화 등의 문제로 저수량이 1960년대에 30% 수준에 그치고 있으며, 중국 및 인도 역시 급격한 사막화와 지반 침하로 인한 물문제로 곡물생산량이 줄어드는 추세라고 한다. “[물부족, 어떻게 대비할 것인가·1]물부족, 어디까지 왔나?”, 경인일보, 2009.11.2.

17) 현재 아프리카 중동 등의 지역에서 이미 3억 명이 심각한 물 부족을 겪고 있다고 한다. “물부족 문제, 상

제가 개발도상국에서 발생할 경우, 안전하지 못한 식수 사용으로 연결되어 보건에 심각한 영향을 미치고, 이는 해당 국가의 발전을 저해하게 되는 원인으로 작용하게 된다는 점에서 더욱 문제가 된다. 셋째, 물 부족은 농업용수의 부족으로 연결되게 되어 결국 식량생산량이 감소, 개발도상국의 식량 부족 문제를 악화시킬 것으로 예상된다. 식량 생산을 위해서는 상당한 양의 농업용수가 필요하기 때문에, 물 부족 문제는 필연적으로 식량 부족 문제와 연결되게 된다. 2010년 FAO의 보고에 의하면 식량부족으로 인한 기근으로 고통을 겪고 있는 인구는 10억 명에 달하며, 기근이 심각한 나라에서 공통적으로 물 부족 문제가 나타나고 있다고 밝히고 있다. 또한 지구온난화로 인한 식량 생산량 저하가 발생하게 되면, 더 많은 식량을 재배하기 위해 더 많은 농업용수의 사용이 이뤄질 것이고 이로 인해 물 부족 문제가 더 심각해 질 것으로 예상되고 있다.¹⁸⁾

끝으로 인구증가에 따른 식량 소비 증가는 글로벌 도전과제의 하나인 식량 위기를 발생시키는 원인으로도 작용할 것으로 생각된다. 앞에서 식량 위기가 기후변화, 물 부족 현상으로 인해 발생할 가능성이 있음을 설명하였지만, 사실상 식량 위기 발생의 가장 큰 원인 역시 인구증가에 따른 소비 증가가 그 원인으로 지적되고 있다. 이에 대해, 환경운동가인 레스터 브라운은 21세기에 들어서 세계 식량생산은 정체되고 있는 반면 세계 인구는 한해 8,000만 명씩 늘어나고 있으며, 사실상 매일 아침 22만 명의 새로운 인구가 빈 접시를 들고 식탁으로 몰려드는 것과 같은 상태라고 말한 바 있다.¹⁹⁾ 또한 세계 인구의 절반을 차지하고 있는 중국, 인도, 브라질, 러시아 등 브릭스 국가들의 경제성장에 따라 먹을거리에 대한 수요는 더욱 커질 것으로 예측되고 있으며, 이에 따라, 유엔은 “2050년이 되면, 인류를 먹여 살리는 데 지금 수준보다 적어도 70% 많은 식량이 필요할 것”으로 예측하고 있다.²⁰⁾ 이렇듯 인구증가로 악화될 것으로 예측되는 식량위기는 개발도상국의 기아 문제에 악영향을 미치고, 영구적인 악순환의 가능성이 크다는 점에서 더 문제가 되고 있다.²¹⁾

이렇듯 세계의 급격한 인구증가는 에너지 위기, 물 부족, 식량 위기 등 국제개발협력 분야에서 최근 전 지구적 공동대응이 필요한 심각한 문제로 제기되고 있는 다양한 글로벌 도전과제들의 공통 원인이 된다는 점에서 관심을 가질 필요가 있다. 또한 인

생발전 자세가 해답”, 충청투데이, 2012.3.20.

18) 실제로 식량생산을 위한 관개면적이 증가함에 따라 농업부문에서 물 수요도 꾸준히 증가하고 있는데, 지구온난화에 의해 추가적인 물 수요가 40~100%에 이를 것으로 전망되고 있다.

19) “[사설] 식량위기는 진행형”이라는 레스터 브라운의 경고, 농민신문, 2011.10.14.

20) 정인환 (2012).

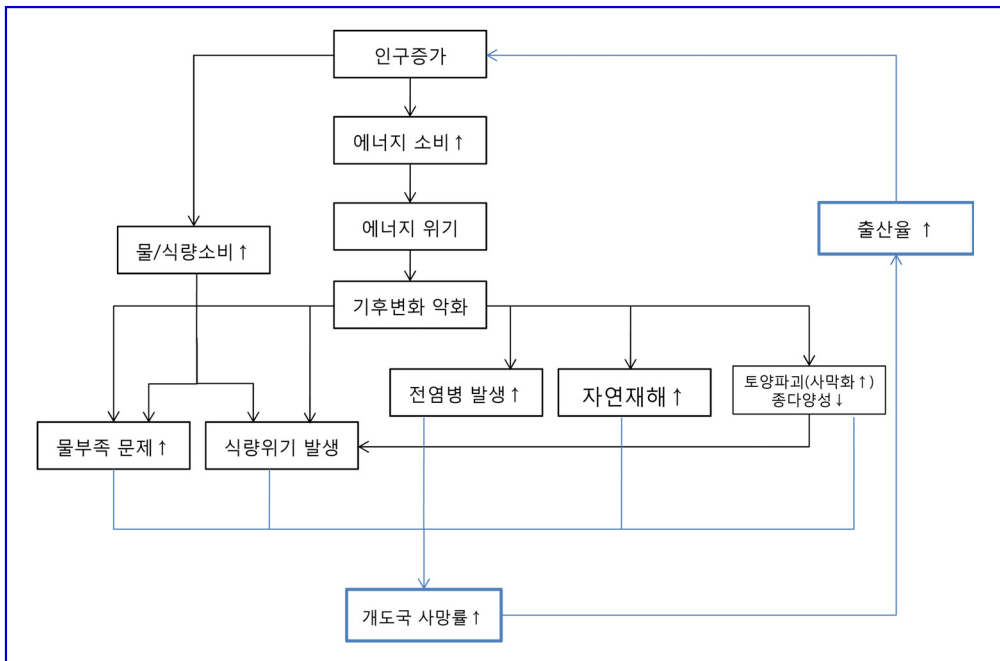
21) 2010년 국제식량농업기구(FAO)와 세계식량계획(WFP)이 발표한 보고서에 따르면, 아프가니스탄, 아이티, 소말리아, 수단 등 전 세계 22개국 1억6600만 명이 지속적인 식량위기에 따른 만성적인 기아에 시달리고 있다고 한다. 지속적인 식량위기 국가란, 최소 8년 간 식량위기를 보고하고 인도주의적 구호 차원에서 10% 이상의 외국 원조를 받는 국가를 의미한다. “유엔 22개국 1억6600만 명 지속적인 식량위기”, 뉴시스, 2010.10.7.

구증가로 인해 발생하게 되는 글로벌 도전과제들의 해결이 없이는 지속가능한 발전이 어렵다는 점에서도 인구증가 문제의 해결방안을 모색이 필요할 것이다.²²⁾

2. 인구증가의 악순환의 고리

인구증가로 인해 발생하게 되는 에너지 위기, 물 부족 문제, 식량위기, 기후변화 등의 글로벌 도전과제는 개발도상국에서 더 심각한 양상으로 발생한다는 점에서 빈곤 감소에 악영향을 미친다는 점은 앞서서도 설명하였다. 그런데 글로벌 도전과제로 인한 피해 자체도 개발도상국에서 더 크게 발생할 것으로 예상되지만, 이들 문제는 기본적으로 개발도상국에서 사망률이 높아지게 하는 작용을 하여 결과적으로 다시 인구가 증가되는 현상이 발생하는 악순환 구조를 형성하게 된다는 점에서 문제가 된다.

[그림 3] 개발도상국 인구증가 악순환 구조



출처: 저자작성

22) 다양한 글로벌 도전과제를 발생시키게 되는 공통원인으로 인구증가로 인한 자원 소모증가를 지적하고 있다. 그런데 이렇게 소모되는 천연자원이 환경재라는 점을 고려하면, 이는 글로벌 공공재의 세부영역인 '인류공동자산 및 지속가능성'에 분류도 가능하다. 그러나 자원 과다 소모 및 고갈로 인한 2차적 환경문제가 에너지 위기, 물 부족, 식량 위기 등의 다른 글로벌 도전과제로 연결되고, 이들 글로벌 도전과제도 상호 연결되어 문제가 더 악화되는 구조를 형성하고 있다는 것을 고려하여, 본 연구에서는 인구증가와 관련된 환경 문제는 글로벌 도전과제의 측면에서 접근하기로 하였음을 밝혀둔다.

앞서 설명한 인구증가로 인해 발생하게 되는 물 부족, 식량위기 등의 다양한 문제들은 모두 개발도상국의 사망률 증가의 공통 원인으로 작용하고 있다. 물론 개발도상국에서 높은 출생률이 나타나는 것에는 다양한 이유가 있지만, 그 중 앞에서 설명한 이유들로 인해 사망률이 높게 나타나는 것도 하나의 원인이 되고 있다. 식량 위기로 기근이 심각해지면 이로 인해 최빈국에서 더 많은 사망자가 발생하게 될 것이고, 물 부족 문제는 깨끗하지 못한 식수를 마심으로 전염병이 창궐, 사망자 수가 증가할 수 있으며, 기후변화로 인해 쓰나미 등의 자연재해 역시 사망자 수를 증가시키는 원인이 된다.

그런데 개발도상국에서 사망 가능성이 높으면, 자녀들의 생존 여부에 대한 확신을 할 수가 없기 때문에, 자녀의 수가 생계를 유지할 수 있게 하는 노동력을 의미하는 개발도상국에서는 다시 출산율의 증가로 연결되게 된다. 실제로 최빈국의 높은 출산율에 대한 이유들 중 하나는 높은 영유아 사망률에 있다고도 밝혀져 있다. 앞서 언급했듯이, 전통적으로 최빈국의 부부들은 많은 수의 가족을 원했고 필요로 하고 있으며, 20~30%들의 유아들이 첫 번째 생일 전에 사망하는 지역의 부모들은 상당수의 아이들이 성인으로 자랄 수 있게 하기 위해서 특정한 수의 ‘보험 출산(insurance births)’이 필요하다고 생각하고 있는 것으로 나타났다.²³⁾

이렇듯 개발도상국에서 출산율 증가는 인구증가로 연결되고, 이는 다시 사망률 증가의 공통 원인이었던 자원소모 증가로 인한 여타 문제를 발생시키게 되는 악순환의 고리로 형성하게 되어 빈곤 감소에 악영향을 미치게 된다.

3. 인구증가와 개발: 빈곤 감소에 악영향

개발도상국에서의 인구증가 현상은 직간접적으로 빈곤을 악화시키는 요인으로 작용하여, 지속적인 발전이 불가능하게 만든다. 먼저, 직접적인 영향에 대해 살펴보면, 개발도상국의 인구증가는 경제발전을 저해하고, 이로 인해 빈곤이 심화되게 만드는 직접적인 원인이 되고 있다. 왜냐하면, 개발도상국의 경우에는 일반적으로 경제발전을 수반하지 않은 채 이미 과잉인구 상태에 있고, 그러한 상태에서의 지속적인 인구증가는 경제발전을 어렵게 하기 때문이다. 물론 인구증가가 경제발전에 어떤 영향을 미쳤는지는 각 국가별 상황에 따라 결과가 다를 수 있지만, 대체로 개발도상국의 경우에는 인구증가가 경제발전을 방해하는 경우가 많다. 구체적으로 살펴보면, 개발도상국의 높은 인구증가율은 가계의 저축을 어렵게 만들고, 경제발전을 위한 자본의 형성을 어렵게 한다. 뿐만 아니라, 늘어나는 인구를 부양하기 위하여 많은 자본을 투입해야

23) USAID (1982).

만 한다. 경제의 규모가 작아서 늘어나는 인구를 생산 활동에 종사하도록 할 수도 없다. 따라서 개발도상국가들은 경제적으로 발전하지 못하고 빈곤의 악순환에 허덕이게 된다는 것이다. 따라서 개발도상국에서는 가족의 크기가 작을수록 가계 저축과 투자, 이를 통한 경제성장에 긍정적인 영향을 준다.²⁴⁾

한편, 인구증가 현상은 간접적으로도 개발도상국의 빈곤 심화에 영향을 주게 된다. 개발도상국의 급격한 인구증가는 높은 출생률로 인한 것인데, 이는 일반적으로 여성이 어린 나이부터 임신 및 출산을 하게 되고, 많은 자녀를 출산하게 된다는 것을 의미한다. 그런데, 여성의 첫 출산 시기가 빨라지고, 여러 명의 자녀를 출산하게 되면, 이는 모자보건 악화와 교육을 받을 기회 상실로 연결되게 되어 빈곤이 대물림 된다는 점에서, 개발도상국의 인구증가는 결과적으로 빈곤 심화에 영향을 주게 된다.

먼저, 여성이 많은 수의 자녀를 출산하여 인구증가로 연결되고, 결과적으로 모자보건의 악화되어 빈곤 감소의 장애가 되는 상황을 자세하게 살펴보면, 현재 평균적으로 매일 1분마다 1명의 여성이 임신과 출산으로 인해 사망하며 약 20명의 아이들이 예방 가능한 원인으로 사망한다고 한다.²⁵⁾ 또한, 15세에서 19세 여성의 임신은 이들의 사망률을 높이는 데 상당한 영향을 미치기도 하는데, 10대에 임신을 하게 되면 산전관리를 제대로 받지 못하여 출산 시 여러 가지 위험성에 노출되기 때문이라고 한다. 실제로, 15세에서 19세 여성이 출산 시 사망할 확률은 20대의 여성보다 2배 높으며, 15세 이하 소녀의 경우 5배가 높다고 한다. 또한, 15세에서 19세 여성이 출산한 아기의 경우, 20세에서 29세 여성의 출산한 아기보다 사망할 확률은 30% 이상 높다고 보고되고 있다.²⁶⁾

그런데, 많은 개발도상국에서 여성들이 가계수입의 40~60%를 벌어들이고, 소비식품의 80%를 재배하고 있는 상황에서, 위와 같이 여성들이 임신 중 사망하거나 생식건강의 악화로 일하는 것이 불가능해지면 여성의 이러한 경제적 공헌도 사라지게 된다.²⁷⁾ 다시 말해, 개발도상국의 인구문제는 여성의 건강과 국가의 발전에 치명적인 요인이라 할 수 있으며 빈곤을 악화시킨다.²⁸⁾

24) 송용근 (2007), pp. 19-20.

25) 송용근 (2007)

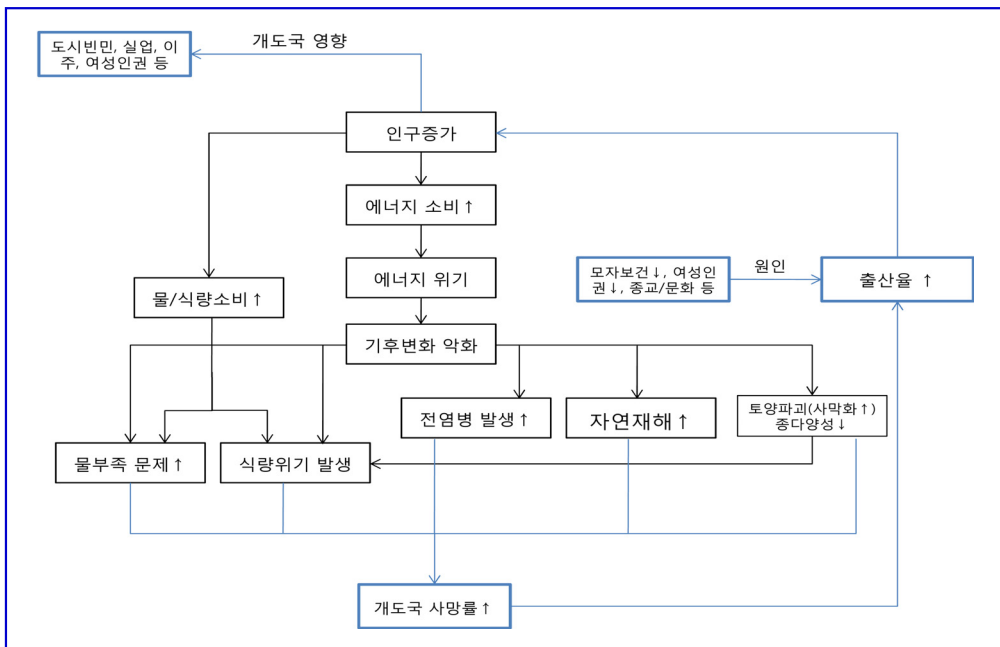
26) 송용근 (2007)

27) Population Action International (2004)

28) 한편, 가족계획을 통한 아이의 수와 태울 조절은 여성 자신과 그들의 아이들을 생존케 하는데 큰 역할을 한다. 만약 여성들이 자녀 출산의 태울 조절에 성공한다면 5세 이하 어린이 사망률을 케냐에서는 17%, 나이지리아에서는 23%, 파키스탄에서는 46%까지 낮출 수 있다고 한다. 또한 가족계획은 불안정한 인공임신중절을 포함한 고위험 임신을 예방함으로써 매년 21만5천 명의 산모의 사망을 예방하고 있다. 송용근 (2007)

인구증가가 교육 기회 상실로 연결되어 개발도상국의 빈곤 퇴치에 간접적으로 영향을 미친다는 주장에 대해 살펴보면, 먼저 여성의 어린나이에 출산을 하거나 많은 자녀를 출산하는 것이 교육의 기회를 박탈하게 되는 이유로는 크게 두 가지를 꼽을 수 있다. 첫째, 경제적 능력이 뒷받침 되지 않는 상황에서 많은 자녀를 출산한다는 것은 생계유지를 위한 어린이 노동을 유발시키고 아이들이 누려야 할 교육권도 박탈되는 상황을 발생시키기 때문이다.²⁹⁾ 둘째, 여성들의 교육을 받을 기회가 그들의 출산으로 인해 좌절될 수 있기 때문이다. 결혼 연령을 늦추거나 첫 임신의 시기를 늦추는 방법 등으로 미성년자의 임신 및 출산이 예방될 경우, 소녀들이 높은 수준의 교육과 훈련을 받을 수 있게 된다고 한다. 실제로 많은 개발도상국에서 소녀들이 학교를 그만두게 되는 요인 중 임신이 4분의 1 이상을 차지한다. 그들은 모두 합해 6년 정도의 임신을 하게 되고 23년간 6세 미만의 아이들을 돌보는 데 시간을 보내게 된다고 한다.³⁰⁾

[그림 4] 인구증가의 원인 및 개발도상국에 미치는 영향



출처: 저자작성

29) 자녀가 많은 가정에서 여아들이 더 어린 형제나 자매를 돌보거나, 생계유지를 위해 학교를 그만두는 일 등이 이에 해당된다.

30) 실제로, 우리나라의 경우 1970년과 1990년 사이, 한국의 출생률은 한 가족당 네 자녀에서 두 자녀 미만으로 떨어졌는데, 같은 기간 동안, 2차 교육의 등록률은 38%에서 84%로 증가하였고 한 학생에게 투자할 수 있는 예산도 3배 이상 증가하였다고 밝혀졌다고 한다. 대한가족보건복지협회 (2001), p. 19.

한편, 이러한 임신 및 출산으로 인한 여성의 교육 기회 상실은 이들로 하여금 임금이 낮은 직업에 종사하게 하며, 향후 자신의 자녀의 교육에 대한 중요성이나 가족 계획에 대한 고려를 하지 못하게 만든다는 점에서 다시 출생률 증가와 이로 인한 빈곤의 악순환 구조를 형성하게 된다는 점에서 문제가 된다.³¹⁾

이렇듯, 인구증가 문제의 해결이 없이는 개발도상국의 빈곤을 감소시키고 지속적인 성장을 달성하는 것이 어렵다는 점에서, 이를 고려한 개발협력 차원의 접근이 필요할 것으로 생각된다.

이밖에도 인구증가는 도시빈민의 증가, 청년실업, 국내외 이주로 인한 문제 등 다양한 방면에서 개발도상국에 영향을 주고 있다. 따라서 개발도상국의 인구증가 문제 해결을 위해서는 인구증가의 직접적 원인으로 지적되고 있는 열악한 모자보건, 여성 인권 및 교육, 종교, 문화를 고려해야 할 뿐만 아니라, 글로벌 도전과제와의 연관성까지 고려하여 인구 및 가족계획 프로그램을 실시하여야 한다. 이렇듯 효과적인 인구 및 가족계획 프로그램 시행을 통해 인구증가 문제를 해결할 경우, 개발도상국의 빈곤 감소, 더 나아가 개발 전반에 긍정적인 영향을 미칠 수 있을 것으로 생각된다.

4. 인구증가와 글로벌 공공재(HIV/AIDS)

인구증가 문제는 글로벌 공공재의 하나인 인간 면역결핍 바이러스(Human Immunodeficiency Virus, HIV)/후천성 면역결핍 증후군(Acquired Immune Deficiency Syndrome, AIDS) 퇴치와도 연결되어 있다. 전염병 퇴치는 글로벌 공공재 범위연구에서 글로벌 공공재의 세부영역의 하나라고 제시하였었다.³²⁾ 상기 범위연구에서 글로벌 공공재로 분류된 전염병 퇴치 영역에는 HIV/AIDS를 포함한 성병(sexually transmitted disease, STD) 대책도 포함되어 있는데, 인구증가 문제 해결을 위한 인구·생식보건 관리는 HIV/AIDS와 성병예방·치료를 포함하고 있다는 점에서 밀접한 관련이 있기 때문이다.

31) 교육은 여성의 시야를 넓혀주며 그들이 새로운 방법과 생각을 받아들이도록 해준다. 보다 적은 인원의 가족을 선호하거나, 가족계획의 실천, 그리고 결혼 연령을 미루는 것 등은 초등학교 과정 이상의 교육 수준을 가진 여성들에게서 공통적으로 나타나고 있고, 이들 모두는 낮은 출산율을 보이고 있다. 특히 여자 아이들이 초등학교 수준의 교육과정을 마칠 수 있을 때, 여성 교육은 출산율에 상당한 영향을 끼친 것으로 드러났다. 여성 교육 개선의 시도가 초등학교 수준 이하에 머무르는 곳에서는 교육 수준이 늘어나는 것과 함께 출산율이 높아가는 경향이 있었다. 비록 이러한 경향은 각 국가마다, 각 지역마다 상당한 차이를 보이는 것이며 예외적인 경우 또한 참고되어야 하겠지만, 초등학교 이상의 교육 과정을 이수한 소녀들이 있는 곳에서는 일반적으로 교육 수준의 향상과 함께 출산율이 감소하는 것으로 나타났다. USAIDS (1982) pp. 3-4.

32) 2012년 발간된 글로벌 공공재와 개발협력 연구분야의 범위연구 보고서인 『개발 성과 제고를 위한 글로벌 공공재의 역할과 개발협력의 과제』에서 글로벌 공공재의 세부영역으로 (1) 국제경제안정성 및 자유 무역시스템 구축, (2) 범죄통제 및 평화구축, (3) 인류공동자산 및 지속가능성, (4) 전염병 퇴치, (5) 지식 생산 및 전파를 제시한 바 있다. 조한솔 (2012).

2005년에 HIV에 감염된 여성은 1,750만 명에 다다르며, 70만 명의 15세 미만의 어린이들이 HIV에 감염된 것으로 추정되며 그 숫자는 지속적으로 증가하고 있다고 한다. 또한 남아프리카에 있는 6개국에서는 임산부 중 HIV 감염률이 20%가 넘는다고 보고되고 있다.

특히, 오늘날 HIV/AIDS를 앓고 있는 250만 명의 어린이들 중 90%가 어머니로부터 감염되었다고 한다. 즉, 임신, 출산 과정, 혹은 모유 수유 과정에서 HIV 양성보균자인 어머니에게서 아기로 바이러스가 전달되는 모자감염(mother-to-child transmission, MTCT)³³⁾의 경로로 감염된 경우가 대부분이다. 특별한 처치가 없는 한, 앞으로 15~30%의 아기들이 HIV-양성 어머니의 출산 과정 중, 약 5~20%의 아기들은 모유 수유 과정에서 감염될 것이라고 예측되고 있다.³⁴⁾ 그리고 이들 중 대부분이 아프리카에 사는 어린이들이며, 아프리카에는 가장 많은 HIV-양성 보균자 임산부들이 살고 있다. 특히 아프리카 대륙 중에서 에이즈 감염자가 상대적으로 집중되어 있는 국가들에서는, 최근 몇 년 동안 영아 사망률이 두 배나 증가하였고, 지난 수십 년간 점진적으로 증가해 온 영유아 생존율이 에이즈로 인해 오히려 급격히 감소하고 있다는 보고도 있다. 모자감염으로 인한 신규 에이즈 환자를 포함하여, 매일 1만4천 명이 에이즈에 감염되고 있으며 그 중 상당수가 성관계에 의한 것이고 또한 예방 가능한 것들이라고 한다.

가족계획 프로그램을 통해 안전한 성행위에 대한 정보를 제공하고 성병예방에 가장 효과적인 콘돔 사용을 권장함으로써 HIV/AIDS와 성병을 예방하게 할 수 있다. 특히 전 세계 에이즈 감염 중 10%를 차지하는 모자수직감염의 경우 여성의 인구·생식 보건 서비스 접근성을 높임으로써 감소시킬 수 있다. 왜냐하면, HIV 양성인 여성의 경우 원치 않는 임신 때문에 수직감염이 발생하는 경우가 많으나, 아직도 콘돔 등의 피임 방법이나 가족계획 정보나 서비스의 보급이 부족하기 때문이다.³⁵⁾ 또한 인구·생식보건 관리는 환자를 보건관리시스템에 참여할 수 있도록 하며 다른 질병의 진단과 치료도 촉진시키게 된다.

33) 모자감염 예방은 에이즈 예방의 가장 중요한 의제(agenda)다. 어떠한 국가적 개입의 없는 상태에서, 자원이 부족한 국가들의 MTCT의 비율은 산업 세계의 국가들에 비해 25~40%나 높다고 한다.

34) USAID (1982).

35) 유엔은 아직 개발도상국에 매년 120억 개의 콘돔이 보급되어야 한다고 예상하지만 사하라 이남 아프리카의 경우 1년에 평균 4.6개의 콘돔이 남자들에게 지급되고 있는 실정이다. 송용근 (2007)

제4장. 인구 및 가족계획 국제협력 사업 사례

1. 사례 선정 기준

이 장에서는 인구증가 문제와 관련된 ODA를 많이 지원하고 있는 개발원조위원회(Development Assistance Committee, DAC) 공여국과 다자지원기구(국제기구)를 각 하나씩 선정하여 구체적인 정책 및 사업을 살펴보고자 한다. 이를 위해서는 우선, 인구증가와 관련된 개발협력 사업에는 어떠한 것이 있으며, 구체적으로 어떤 분야에 지원된 ODA가 앞에서 논의한 인구증가로 인한 개발도상국에서 발생 가능한 문제들을 해결하기 위한 ODA인지를 확정하는 작업이 선행되어야 한다. 따라서 본 보고서에서는, 먼저 OECD CRS코드(Credit Report System Purpose Code)³⁶⁾의 상세 분야 설명을 보고 인구증가를 조절하게 해주는 인구 및 가족계획과 관련된 코드의 존재 여부를 검토하였다.

검토 결과, 인구정책/시책 및 생식 보건과 관련된 130으로 시작되는 코드 중 3가지의 CRS 코드 13010, 13030, 13081이 관련이 있는 것으로 판단되었다.³⁷⁾ CRS 코드 13010은 인구정책 및 행정관리 분야에 해당하는 코드이며, CRS 13030은 가족계획 분야, 그리고 CRS 13081은 인구 및 생식보건부문 교육 분야에 해당하는 코드이다. 각각의 코드에 해당하는 활동에 대한 세부 설명은 [표 5]에 자세히 나와 있다.

[표 5] 인구정책·사업 관련 CRS 코드

CRS 코드	분야	세부내용 예시
13010	인구정책 및 행정관리 (Population policy and administrative management)	인구/개발 정책; 인구조사 업무; 인구동태 등록; 이주 데이터; 인구통계학적 연구 분석; 생식보건 연구; 비특정 인구관련 활동
13030	가족계획 (Family planning)	상담 등의 가족계획 서비스; 관련 정보, 교육, 교환 (IEC) 활동; 피임기구 배급; 관련 분야 역량 강화 및 훈련
13081	인구 및 생식보건 부문 교육 (Personnel development for population and reproductive health)	인구와 생식 보건 서비스를 위한 보건 직원 대상 교육 및 훈련

출처: 저자작성

36) CRS코드는 OECD DAC에서 원조목적별로 표준화한 코드로, 총 5자리의 숫자로 이루어져 있으며, 앞에 3자리는 특정 섹터와 분야를 나타내는 코드이며, 뒤에 두 자리는 세부 섹터를 나타내는 코드로 이루어져 있다.

37) 정우진(2010)에서도 인구 및 가족계획 분야에 해당하는 CRS 코드로 상기의 3가지 코드를 선택하여 제시하고 있다.

사실 인구 및 가족계획은 생식보건³⁸⁾과 밀접하게 연관되어 있기 때문에, 인구증가 문제를 해결하기 위한 ODA에 생식보건을 포함해야 하는지의 여부가 문제가 된다. 특히 위에서 열거한 인구 및 가족계획과 관련된 CRS 코드 13010, 13030, 13081이 DAC의 섹터 분류에 따라 ‘인구·생식보건 분야’로 분류되어 있다는 점을 보면 더욱 그러하다. 그러나 DAC의 ‘인구·생식보건 분야’에 분류되어 있는 다른 CRS 코드인 생식보건(CRS 13020)³⁹⁾과 HIV/AIDS를 포함한 성병대책(CRS 13040)⁴⁰⁾에는 분만 관련 치료, 성감염질환 치료 등 인구 및 가족계획과는 상대적으로 직접 연관성이 떨어지는 지원도 포함되어 있다. 따라서 개발도상국의 인구증가로 인한 문제 해결이라는 본 연구의 기획의도를 고려하고, 인구 및 가족계획과 관련이 없거나 낮은 분야의 지원이 포함되어 통계자료가 과대 산정되는 것을 방지하기 위해, CRS 코드 13010, 13030, 13081만을 대상으로 자료를 수집, 분석하였다.

다음으로 상기 3가지 CRS 코드를 사용하여 DAC 공여국과 다자기구의 해당분야의 ODA 지원현황을 조사, 비교 분석하였다. 먼저 1995년부터 2010년까지 OECD DAC 23개 회원국이 상기 3가지 CRS 코드(CRS 코드 13010, 13030, 13081)에 지원한 ODA 금액을 약정액과 지출액으로 나누어 비교하였다. 비교 결과 ([표 6] 참조) 약정액 기준의 경우 미국이 약 63억 6,299만 불을 지원하여 가장 많은 금액의 지원을 약정한 것으로 확인되었으며, 다음으로 영국이 4억 5,297만 불, 독일이 3억 9,660만 불순으로 금액이 높은 것을 확인 할 수 있었다. 한편 지출액을 기준의 경우에는 미국이 33억 8,921만 불을 지원하여 약정액과 동일하게 가장 많은 금액을 지원한 것으로 확인되었다. 또한 약정액과 지출액 모두 인구 계획이 관련된 ODA에 가장 많은 지원을 한 상위 3개국은 미국, 영국, 독일로 동일하게 나타났다. 다만 약정액 기준인 경우 미국, 영국, 독일 순으로 지원이 높았으나, 지출액 기준에는 미국, 독일, 영국 순으로 지원액이 높은 것으로 확인되었다. 한편, 한국은 약정액과 지출액 기준 양쪽 모두에서 지원액의 규모가 18번째인 것으로 확인되었다.

따라서 약정액과 지출액 기준 모두 미국의 인구 및 가족계획 관련 ODA 규모가 가장 크다는 점과 두 번째로 지원을 많이 한 국가와 규모면에서 10배가 넘는 큰 차이가 나고 있다는 점으로 고려하여 미국을 사례 분석 대상국으로 선정하였다.

38) 생식보건이란 생식권리와 가족계획을 포함하는 개념이다. 송용근 (2007).

39) CRS 13020에 해당하는 생식보건 분야에는 생식보건촉진, 분만을 포함한 임신 전후 의료, 불임 예방과 치료, 유산 발생 예방과 관리, 안전한 모성활동 등의 활동이 해당된다.

40) CRS 13040에 해당하는 HIV/AIDS를 포함한 성병대책 분야에는 HIV/AIDS를 포함한 성감염질환의 예방 및 치료에 관련된 모든 활동, 정보제공/교육/의사소통, 테스트, 예방, 치료와 간호 등이 해당된다.

[표 6] DAC 공여국의 인구 및 가족계획 관련 ODA 지원 현황, 1995~2010

	국가	약정액(단위: 불)		국가	총지출(단위: 불)
1	미국	6,362,987,000	1	미국	3,389,207,211
2	영국	452,968,000	2	독일	210,284,142
3	독일	396,600,500	3	영국	175,637,128
4	네덜란드	112,606,000	4	스페인	78,922,048
5	캐나다	94,539,620	5	캐나다	63,450,086
6	노르웨이	80,226,320	6	노르웨이	46,267,000
7	호주	67,616,910	7	네덜란드	46,063,332
8	스페인	55,727,890	8	일본	41,483,984
9	일본	45,739,450	9	호주	35,082,574
10	벨기에	37,481,600	10	벨기에	25,584,146
11	프랑스	29,464,550	11	프랑스	24,048,930
12	이탈리아	20,452,470	12	룩셈부르크	17,974,811
13	스웨덴	19,778,790	13	덴마크	15,486,101
14	스위스	19,278,940	14	이탈리아	13,094,997
15	룩셈부르크	18,539,720	15	핀란드	10,593,071
16	덴마크	12,981,230	16	스웨덴	9,553,112
17	핀란드	12,948,170	17	스위스	8,459,501
18	대한민국	6,984,227	18	대한민국	5,452,037
19	아일랜드	3,647,323	19	아일랜드	3,645,535
20	뉴질랜드	2,718,489	20	뉴질랜드	2,645,671
21	오스트리아	1,185,433	21	오스트리아	848,320
22	포르투갈	646,806	22	포르투갈	559,555
23	그리스	0	23	그리스	0

출처: 저자작성 (data extracted on 03 May 2012 from OECD.Stat)

한편, [표 7]은 다자기구의 인구 및 가족계획 관련 ODA 지원 현황을 정리한 결과로, 다자기구 중에는 유엔인구기금(United Nations Population Fund, UNFPA)이 인구 및 가족계획과 관련된 ODA 지원을 가장 많이 하고 있는 것으로 확인되었다. 또한 DAC 공여국의 지원 현황에서 미국의 경우와 마찬가지로, UNFPA가 인구 및 가족계획 관련 ODA 지원이 약정액과 지출액 모두 지원액이 가장 많으며, 규모면에서 두 번째로 많은 금액을 지원하는 EU와의 상당한 차이를 보이고 있는 것으로 나타났다. 따라서 다자기구 중에서는 UNFPA를 사례 분석 대상 다자기구로 선정하였다.

[표 7] 다자기구의 인구 및 가족계획 관련 ODA 지원 현황, 1995~2010

	기구	약정액(단위: 불)		기구	총지출(단위: 불)
1	UNFPA	1,278,829,725	1	UNFPA	1,136,203,674
2	EU Institutions	600,754,134	2	EU Institutions	343,848,698
3	IDA	254,277,600	3	UNICEF	139,131,300
4	UNICEF	192,072,642	4	IDA	54,469,973
5	AsDB Special Funds	95,727,634	5	AfDF	16,386,508
6	IDB Sp.Fund	3,000,000	6	AFESD	1,618,062
7	AFESD	2,232,143	7	UNDP	970,476
8	UNDP	1,603,343	8	UNECE	605,000
9	UNECE	609,700			

출처: 저자작성 (data extracted on 03 May 2012 from OECD.Stat)

2. 미국 사례

1) 인구 및 가족계획 ODA 현황

앞에서 인구증가 문제 해결을 위한 지원으로 분류한 3가지 CRS 코드 (CRS 코드 13010, 13030, 13081)를 기준으로 미국의 ODA 지원 현황을 살펴보았다. [표 8]은 총 지출액을 기준으로 미국의 상기 3가지 CRS 코드에 지원된 ODA 금액과 전체 ODA 금액을 정리해 놓은 표이다. 2002년 이전에는 상기 CRS 코드로 분류되어 지원된 ODA가 없는 것으로 확인되었다. 또한 무상원조와 유상원조로 나눠서 살펴 본 결과, 인구 및 가족계획과 관련된 지원은 모두 무상원조의 형태로만 지원된 것으로 확인되었다.

[표 8] 미국의 인구 및 가족계획 관련 ODA 현황, 2002~2010

(단위: 불, %)

연도	인구 및 가족계획 관련 ODA					총ODA (F)
	CRS 13010 (A)	CRS 13030 (B)	CRS 13081 (C)	합계 (D=A+B+C)	비율 (E=D/F)	
2002	174,378,000	115,929,000	14,000	290,321,000	2.3%	12,899,785,000
2003	313,384,000	148,900,000	5,125,000	467,409,000	2.8%	16,453,339,000
2004	422,556,000	28,798,000	—	451,354,000	2.6%	17,122,012,000
2005	98,777,000	182,539,000	—	281,316,000	1.1%	26,381,113,000
2006	123,107,000	157,718,000	—	280,825,000	1.3%	22,144,724,000
2007	87,744,888	224,262,115	—	312,007,003	1.6%	19,794,805,889
2008	32,602,171	335,619,981	—	368,222,152	1.5%	24,422,133,340
2009	13,506,707	477,674,237	—	491,180,944	1.9%	25,451,213,785
2010	16,964,775	429,607,337	—	446,572,112	1.6%	27,384,679,954

주) 총지출액 기준

출처: 저자작성 (data extracted on 03 May 2012 from OECD.Stat)

규모면에서 보면, 2002년 이후 인구 및 가족계획 분야에 지원되는 ODA 금액의 비중은 점차 축소되어 온 것으로 확인된다. 2002년 기준 상기 3가지 CRS 코드에 지원된 ODA의 비중은 전체 ODA 대비 2.3%인 반면, 2010년에는 1.6%로 비중이 줄어든 것으로 나타나고 있다. 그러나 전체 ODA 금액의 규모가 늘어났기 때문에, 인구 및 가족계획 분야에 지원된 ODA의 비중만 축소되었을 뿐, 실제 지원된 금액의 규모가 줄어들지는 않았으며 약 3억~4억 불 사이의 규모가 유지되고 있는 것으로 확인되고 있다.

특이한 점은 인구 및 가족계획과 관련된 3가지의 CRS 코드 중 CRS 코드 13010에 해당하는 인구정책 및 행정관리 분야와 CRS 13030 가족계획 분야에는 지원이 많이 이루어진 반면, CRS 13081에 해당하는 인구 및 생식보건부문 교육 분야에는 지원이 거의 이루어 지지 않았다는 점이다. 한편, 미국국제개발청(United States Agency for International Development, USAID)은 인구 및 가족계획 관련 지원이 중요성을 강조하며, 향후 가족계획 국제협력 지원 규모를 지속적으로 확대시킬 계획이라고 밝히고 있다.⁴¹⁾

2) 인구 및 가족계획 개발협력 정책 및 실행전략

USAID는 가족계획 프로그램을 통해 그동안 많은 성과를 달성하였으며, 이를 바탕으로 자국이 상대적으로 비교우위를 가지고 효과적으로 수행하고 있는 사업이라고 밝히고 있다.⁴²⁾ 이렇듯 미국 개발 원조의 대표적인 성공사례 중 하나로 알려져 있는 가족계획 프로그램은 USAID에서 1965년 처음으로 시작되었으며, USAID는 가족계획 사업의 성공사례로 한국에서 진행된 가족계획 사업을 소개하고 있다.

앞에서 언급한 바와 같이 USAID의 최초의 가족계획 프로그램은 1965년에 시작되었는데, 이 프로그램에서 미국 정부는 가족계획 프로그램에 대한 투자와 기아 퇴치를 통해 개발도상국의 출생률을 감소시키는 계획을 채택하였다. 이후 60년대 말까지 USAID는 주로 개발도상국에 콘돔 및 피임에 대한 정보를 제공하는 리더십 역할을 수행해 왔다.⁴³⁾ 70년대에 들어서 USAID는 다양한 파일럿 프로젝트를 후원하고, 지역 사회를 기반으로 하는 시스템을 구축하여 가족계획 관련 정보와 서비스를 사용자에게 직접 제공하는 도어-투-도어(door-to-door) 서비스를 제공하기 시작하였다.⁴⁴⁾

41) USAID는 가족계획 관련 전체예산이 2008년 4억 5700만 불에서 2010년 12억 불로 증가하였으며, 2014년까지 15억 불로 확대될 계획이라고 밝히고 있다. (USAID 2009, p. 2.)

42) Speidel et al., (2009).

43) 닉슨 대통령은 1969년 인구증가를 "20세기 이후 발생한 가장 심각한 인류에 대한 도전"이라고 설명한 바 있으며, 같은 해에 USAID에 인구팀(Office of Population)이 설립되어, 가족계획과 관련된 기술지원, 조정, 사업 수행을 담당하게 되었다.

44) 1972년에는 USAID 인구팀은 생식보건 훈련(reproductive health training)과 인구구조 및 건강 조사(Demographic and Health Surveys, DHS)¹⁾와 같은 국제적인 설문 조사 사업을 지원하기 시작하였으며, 1973년에는 「1961 대외 원조법(1961 Foreign Assistance Act)」의 개정안인 헬름수정안이 입안되어, 낙태를 추진하는 사업이나 기금의 사용이 USAID에서 금지되었다.

USAID는 1982년 가족계획에 관한 정책문서를 발간하는데, 당 문서에서 향후 USAID의 가족계획 프로그램은 기본 원칙은 개인의 자발적인 의지(voluntarism)와 사전동의(informed choice)이라는 것을 밝혔는데, 이는 지금까지도 USAID 가족계획 지원사업의 기본 원칙으로 자리매김하고 있다.⁴⁵⁾ 이밖에 USAID가 상기 정책문서에서 밝힌 미국의 인구지원 정책의 기본 원칙은 다음과 같다.

- 개인과 부부는 자유롭게 그들의 가족의 크기를 결정할 수 있어야 함.
- 제3세계 시민들은 자발적인 가족계획 프로그램을 필요로 하고 원하고 있음.
- 미국의 인구지원 정책은 전략적인 고려와 인도주의적 고려를 바탕으로 최빈국 정부의 경제 발전 달성하는 것과 최빈국의 국민들이 자신의 아이들을 위해 더 나은 삶을 달성하기 위한 노력을 지원하는 것을 목표로 하고 있음.
- 지속적인 경제 성장과 모든 최빈국의 시민들의 수준 있는 삶의 질(decent life) 달성은 인구증가의 속도가 경제 발전의 속도보다 빠르지 않을 때에만 발생할 수 있음.
- 가족계획 프로그램 시행으로 인한 영향은 여성에 대한 교육 및 고용 등에 관한 다른 개발 정책 또는 프로그램과 조화롭게 시행될 때, 효과가 극대화됨.⁴⁶⁾

80년대 말에 이르러서 USAID는 가족계획 프로그램의 시행에 필요한 자원마련에 ODA나 공공기관의 기금만으로는 한계가 있는 것은 인식하고, 증가하는 요구를 충족시키기 위한 민간부문과의 협력을 시작하였다. 또한 90년대 이후에는 효과적인 가족계획 프로그램의 시행을 위해서는 남성과 청소년을 포함한 젊은 세대의 참여가 필요하다는 점을 인식하고, 이를 강조하기 시작했으며 여성의 필요를 반영한 삶의 질 개선이 가족계획 프로그램에 동반되어야 한다는 점 강조하기 시작하였다. 2000년대 이후에는 가족계획 사업과 HIV/AIDS 또는 다른 성병을 예방하는 프로그램을 통합하여 시행하는 서비스를 제공하기 시작하였다.

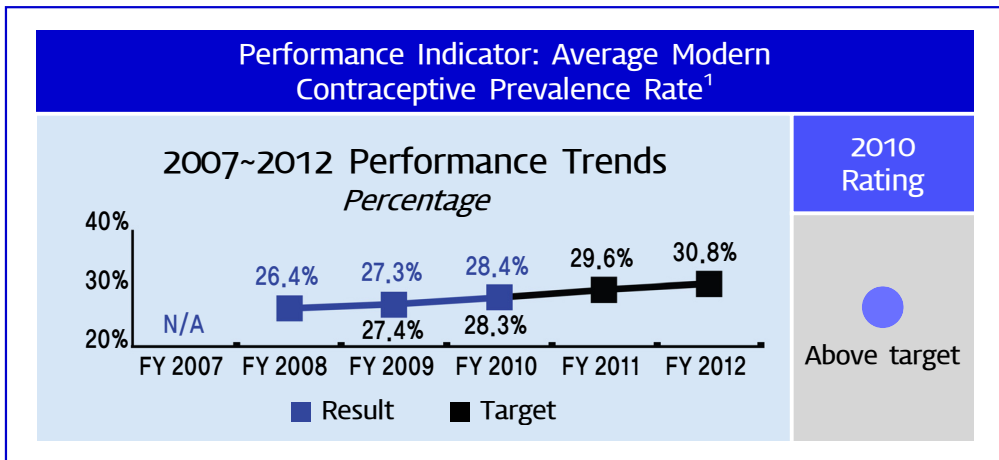
2007~2012년까지 미국의 개발협력 실행기관 전략으로 채택된 ‘국무부-USAID 공동 전략(Department of State-USAID Joint Strategic Plan for Fiscal Year 2007~2012)에도 가족계획이 포함되어 있다. 이 실행전략에서는 총 7가지의 미국 개발협력 실행기관의 전략적 목표와 각각의 목표별 달성을 위한 전략적 우선순위가 정해져 있는데,⁴⁷⁾ 이 중 3번째 목표인 ‘Investing in People’의 하부 전략적 우선순위의 하나인 보건부문에 ‘가족계획 및 생식보건 분석(Family Planning and Reproductive Health Analysis)’이 포함되어 있다.

45) 1984년 레이건 대통령은 ‘멕시코 시티 정책(Mexico City policy)’을 발표하는데, 멕시코 시티 정책은 NGO가 USAID의 가족계획 지원 기금을 활용하여, 가족계획의 방법으로 낙태를 권고하거나 촉진시키는 것을 금지시키는 규정이다.

46) USAID (1982), p. 5.

47) United States Department of State and USAID. 2011.

[그림 5] 2007~2012년 USAID 가족계획 목표



주: 현대적 피임방법 보급률을 지표로 사용하고 있으며, 2008년에 도입, 2009년부터 목표가 설정되었음.

출처: Demographic and Reproductive Health Surveys

이와 관련하여, 성공적인 가족계획 프로그램은 현대적 방식의 피임실천률(modern contraceptive prevalence rate, MCPR)⁴⁸⁾을 매년 1~2% 정도 상승시킬 것이라고 밝히며, 2010년 기준 MCPR이 목표치였던 28.3%를 초과하여 달성하였다고 국무부와 USAID는 밝히고 있다.⁴⁹⁾

한편, USAID는 홈페이지에서 USAID의 가족계획 프로그램은 부부가 직접 자녀의 수와 자녀를 낳을 시기를 결정할 수 있도록 도움을 제공함으로써, 보다 건강하고 가정을 꾸릴 수 있게 돕는 역할을 하고 있다. USAID의 가족계획 프로그램은 이밖에도 다음과 같은 긍정적인 경제적, 사회적 효과를 발생시킨다고 밝히고 있다.

- 고위험 임신을 줄임으로써 여성의 건강을 보호
- 임신 사이에 충분한 시간을 허용하여 어린이들의 건강을 보호
- 남성용/여성용 콘돔 제공 또는 정보 제공이나, 상담을 통해 HIV/AIDS 퇴치
- 낙태 감소
- 여성의 사회 참여, 교육, 고용의 기회와 권리 지원
- 인구증가를 안정화하여 환경을 보호

48) MCPR은 가임기 여성(15~49세) 중 본인 또는 그의 파트너가 조사 당시 현대적인 피임 방법을 사용하고 여성의 비율을 의미한다.

49) United States Department of State and USAID. 2011.

(1) 글로벌 도전과제(지속가능한 개발) 연관 정책 및 실행전략

60년대에 시작된 미국의 인구 및 가족계획 관련 정책은 인구증가로 인한 자원의 고갈에 대한 우려⁵⁰⁾에서 시작되었다는 점에서, 인구증가 문제가 여전히 현재에서도 자원소비 증가로 인한 다양한 글로벌 도전과제의 기저원인으로 작용하고 있다는 점에서 여전히 참고할 만한 가치가 있다. 80년대에 USAID의 가족계획 프로그램은 그 범위가 모자보건과 인구, 환경까지 아우르는 형식으로 확장되게 된다. 그리고 2002년에 가족계획 및 생식 보전에 할당된 기금의 일부는 인구증가로 인해 위협당하고 있는 생물다양성이나 멸종 위기 동물이 발생하고 있는 지역에 사용되어야 한다는 법안⁵¹⁾이 입법됨에 따라, USAID의 인구·생식·보건팀은 인구-환경 프로그램(Population-Environment program)을 도입하였다. USAID의 인구-환경 프로그램 전략에 대해 살펴보면, USAID는 사람과 환경 사이의 균형을 유지하기 위해서는 가족계획, 식량안보, 기초보건, 영양, 소득 발생, 환경보호, 질병 예방 및 안전한 물과 위생에 대한 접근에 초점을 맞춘 활동을 통합하는 접근이 필요하다고 주장하고 있다.

USAID의 통합 인구·보건·환경(Integrated population, health, and environment, PHE) 프로그램은 인간과 건강 그리고 환경이 서로 연결되어 있어, 영향을 미치고 있다는 점을 인식하고, 이를 출발점으로 하여 프로젝트가 구성되어 있다. 이 프로젝트의 주요 목적은 지역사회에서 제공되는 의료서비스를 개선시키는 동시에 지역사회의 천연자원을 보다 친환경적이며 지역사회 내 개인의 건강과 생활을 개선시키는 방향으로 관리할 수 있도록 돕는 것이다. 장기적인 측면에서, 가족의 구성원의 수가 작고 건강한 가정이 많을수록 지역사회에서 소비되는 천연자원에 대한 수요를 줄여 줄 수 있다는 점에서 환경 보호에 도움이 된다고 USAID는 밝히고 있다.

한편, 프로젝트 효율성을 측정하는 연구 결과에 의하면, 보건, 가족계획, 그리고 환경과의 상호작용을 고려하여 인구 및 가족계획 프로그램이 시행될 경우, 프로그램이 보다 효율적이고 지속가능하다고 밝히고 있다.

USAID는 인구와 연계되어 있는 환경문제의 해결을 위해 두 가지의 접근 방법을 사용하고 있다. 첫째, 출산율이 높으며, 피임에 대한 요구가 충족되고 있지 못한 정도가 큰 우선 지원 대상 국가를 선정하여 집중적인 지원을 제공하고 있다. 자발적인 가족계획을 통해 출산율을 낮추는 것은 국가레벨의 인구증가 및 글로벌

50) 1965년 존슨 대통령이 “세계 인구 폭발과 자원 부족 문제를 해결하기 위해서 새로운 방법을 추구해야 한다”고 선언한 바 있다. USAID (1982),

51) 「FY02 Foreign Operations Appropriations Act」

인구증가 문제의 해결에도 도움이 되며, 동시에 생태계에 미치는 악영향도 감소시킬 수 있다. 둘째, 2002년부터 USAID는 인구증가로 인해 이미 동식물의 멸종 위기가 발생하여 보존을 위한 개발협력 사업이 이미 시행되고 있는 지역을 중심으로 자발적인 가족계획 프로그램을 환경사업에 통합하여 시행하는 노력을 해오고 있다. 이러한 지역은 일반적으로 도시로부터 멀리 떨어진 곳에 위치해 있기 때문에 예방 접종, 질병 예방 및 물, 위생 등 다른 기본적인 의료 서비스에 대한 접근을 필요로 한다. 이러한 활동의 목표는 다른 곳에서도 적용 가능한 통합된 인구보건·환경 모델을 구축하는 것이다.

이와 관련하여, 많은 생물다양성 핵심지역이 인구증가 및 이주로 인해 파괴되고 있다고 보고되고 있으며, 이 지역에서 인구증가율은 1.8%로 세계 인구증가율인 1.4%와 개발도상국의 인구증가율이 1.6%보다도 높다고 밝히고 있다.⁵²⁾ 반면, 이러한 생물다양성 핵심지역에서 가족계획과 관련된 정보와 서비스는 공급이 수요에 훨씬 못 미치고 있는 것으로 나타나고 있다. 따라서 가족계획 프로그램이 환경과 통합되어 이 지역에 제공되게 된다면 비용효과적이며 환경 보호와 지속가능한 개발 두 가지의 목표를 동시에 달성할 수 있는 의미 있는 프로그램이 될 것으로 판단하고 있다.

USAID는 지역사회의 요구와 역량에 따라 다양한 방식의 개입을 포함하는 통합 인구·보건·환경 프로그램을 운영하고 있으며, 다음과 같은 활동들을 통해 가족계획, 보건, 환경보전 활동을 더 효과적이고 지속가능하게 하기 위한 개입을 하고 있다.

- 생물다양성 핵심지역의 지역사회를 기반으로 가족계획 관련 서비스 제공
- 환경생물학적 제어방법 또는 살충 처리된 모기장 사용 촉진을 통한 말라리아 예방
- 농업지도사와 가족계획 상담원의 역할을 동시에 수행할 수 있으며, 지역사회를 기반으로 하고 있는 자원 봉사자의 제공
- 깨끗하고 건강한 환경과 작고 건강한 가정의 중요성에 초점을 맞춘 행동변화를 위한 커뮤니케이션 및 교육
- 지방 정부의 기본 서비스로 가족계획과 환경 관리를 지원하는 정책 장려

52) CINCOTTA, R., WISNEWSKI, J., and ENGELMAN, R. Human population in the biodiversity hotspots. Nature 404: 990-992. Apr. 27, 2000. (Map) Conservation International (2007) Biodiversity Hotspots <http://www.biodiversityhotspots.org/xp/Hotspots/resources/pages/maps.aspx>

[글상자 1] USAID 필리핀 해안지역 식량안보-가족계획 연계 사업

현재 필리핀의 원시림과 산호초 지대는 각각 3%와 5%만이 자연 그대로의 상태로 남아 있다. 높은 출산율과 이주에 의한 급속한 인구증가로 인해 천연자원이 고갈될 위기에 있으며, 천연자원을 기반으로 하여 생계를 유지하고 있는 해당 농촌지역 필리핀인 모두를 위협하고 있다. USAID는 통합 인구 및 연안 자원 관리 단체인 IPOPCORM(Integrated Population and Coastal Resource Management, IPOPCORM)와 함께 필리핀에서 멸종 위기에 놓인 연안 지역의 지역사회에 초점을 맞춘 프로젝트를 진행하고 있다. IPOPCORM는 이 지역의 식량안보를 강화하기 위해 가족계획 사업을 촉진시키는 동시에, 지속적인 어업을 가능하게 하는 어업 관리 방법을 홍보하고 있다. IPOPCORM의 프로그램은 해당 지역사회의 생계와 삶의 질을 개선시키는 것에 초점을 맞추고 있다는 점에서, 해당 지역의 시장 및 지역사회 구성원으로부터 지지를 얻었다. 한편, USAID는 최근 주요 인구 및 환경 지표에 대한 통합 IPOPCORM 접근법의 정확한 영향을 설명하기 위한 운영 연구를 지원하고 있다고 밝히고 있다.

출처: USAID 2008, p. 4.

(2) 글로벌 공공재(HIV/AIDS) 연관 정책 및 실행전략

보건문제의 글로벌 차원 접근 필요함을 인식하고 USAID는 글로벌보건국(Bureau for Global Health)을 설립하고, 글로벌보건국 산하에 인구·생식보건팀(Office of Population & Reproductive Health)을 새롭게 신설하게 된다. 이 팀은 이전의 인구팀의 중점사항과 업무를 전반적으로 승계하였다는 점에서는 기본적으로 비슷하나, 피임 및 가족계획 사업을 통해 HIV/AIDS를 퇴치하는 것에 중점을 두고 있었다는 점에서 이전의 팀과 차이가 있었다.

USAID의 인구·생식보건팀은 1998년에 제정되었던 통합 가족계획 및 모자보건 프로그램 가이드라인을 HIV/AIDS와 기타 STD의 예방을 포함하는 내용으로 2003년에 개정했다. 이 가이드라인은 가족계획 프로그램에 에이즈 상담 등의 에이즈 퇴치 관련 프로그램을 효과적으로 통합시켜 이행할 수 있는 방법에 관한 정보를 포함하고 있다.⁵³⁾

USAID는 HIV/AIDS 퇴치 프로그램과 가족계획 프로그램을 통합하여 진행할 경우의 효과에 대해 증명하기 위해 다양한 연구에 기금을 지원하기도 하였다. 이러한 연구 지원을 통해 사하라 이남의 아프리카 지역에서 통합가족계획 사업을

53) USAID (n.d).

통해 어머니로부터 HIV 감염 방지한 영유아의 숫자가 HIV 양성 반응으로 나타내는 여성에게 직접 치료제를 지원하여 감염을 방지한 영유아의 숫자보다 훨씬 많은 점을 연구결과를 통해 증명해 내기도 했다. 구체적으로 살펴보면, 모자감염예방(Prevention of mother-to-child transmission, PMTCT) 프로그램에 가족계획 서비스를 추가할 경우, 같은 비용으로 더 많은 지역에 에이즈 치료제를 보급하는 효과가 있을 수 있다고 주장하고 있다. 같은 비용으로 가족계획 서비스는 항바 이러스 치료제를 지급한 것보다 HIV에 감염되어 태어나는 영유아를 약 30%정도 더 방지할 수 있다고 한다.⁵⁴⁾

아프리카 지역에서는 새로운 에이즈 감염 환자의 60%는 에이즈 또는 HIV 바이러스 보균자인 여성으로부터 출산되는 영유아가 감염되는 경우에 해당한다고 한다. 또한 이 경우 중 약 25%는 임신을 원하지 않았으나 피임관련 정보나 방법을 알지 못해 임신을 하게 되는 경우라고 알려져 있다. USAID가 4개국에서 실시한 자발적인 상담 및 테스트 서비스의 조사 결과에 따르면, 약 50~92% HIV 양성 여성이 향후 2년간 임신을 하는 것을 원하지 않는 것으로 나타났다. 또한 우간다에서 진행된 또 다른 연구는 HIV 양성 여성의 90% 이상이 원하지 않는 임신을 한 적이 있다고 보고했다.

USAID는 전통적인 가족계획 프로그램에 HIV/AIDS 예방을 위해 PMTCT관련 노력을 통합하여 시행할 경우 다음과 같은 다양한 혜택을 가져올 것이다

- 의도하지 않은 임신 예방
- 잠재적인 에이즈 고아의 수 감소
- HIV에 새로 감염된 영유아의 수 감소
- 이미 HIV에 감염되어 있는 여성의 임신으로 인한 스트레스 해소
- 아동 및 모성 사망률 감소 등 출산간격 조절에 따른 부수적 효과 발생

이렇듯 HIV/AIDS 예방 및 치료 사업은 글로벌 공공재로써의 전염병 퇴치 분야의 하나로, USAID에서 글로벌 보건국을 신설하여 가족계획 사업과 HIV/AIDS 예방 사업을 통합하여 실시하고 있다는 점은 긍정적으로 평가된다.

54) 2004년 WHO에 고위급회의에 제출된 연구 결과에서도 약4만5천 달러 상당의 피임기구를 제공할 경우 HIV에 감염되어 태어나는 영유아를 88명 방지할 수 있고, 같은 비용으로 HIV 치료약을 제공할 경우에는 68명의 HIV에 감염되어 태어나는 영유아를 방지할 수 있다고 밝히고 있다.

(3) 빈곤감소/전반적인 개발과의 연관 정책 및 실행전략

가족계획 프로그램은 단순히 한 가정의 가족의 수만을 조절하는 것이 아닌, 빈곤감소를 포함한 개발 전체에 긍정적인 효과를 발생시킨다. 부부가 자녀의 수, 출산 시기 및 간격을 선택할 수 있을 때, 자녀를 더 적절히 양육하고 교육 받을 기회를 제공할 수 있게 된다. 또한 이것이 가능할 때 이 가정은 향후 빈곤의 악순환을 끝내고 경제적으로 성장할 수 있는 잠재적인 가능성을 가지게 된다. 그리고 이는 다시 해당 지역, 그리고 해당 국가의 성장과도 연계되게 된다. 가족계획 사업을 지원함으로써 해당 국가는 생명을 구하고, 인구증가율을 안정화 시키고, 에이즈의 확산 방지, 빈곤 감소, 여성의 사회 지위 향상 등을 달성 할 수 있다.

미국은 이러한 점을 인식하고 관련 규정도 해당 내용을 반영하고 있는데, 1982년 USAID가 발간한 인구지원 정책 문서에 따르면, 미국 의회는 출산률과 개발의 다른 측면 간의 상호 연계를 인식하고 「대외원조법 (Foreign Assistance Act)」에 Section 104(d)를 새롭게 추가하게 된다. 새롭게 추가된 규정은 다음과 같다.

(1) 이장의 규정에 의해 제공되는 지원은 다음 사항과의 상관관계를 고려하여 결정되어야 한다. (a) 인구증가, (b) 개발도상국의 개발과 생활수준의 전반적인 개선, 그리고 인구증가와 관련된 모든 프로그램, 프로젝트 및 활동의 영향

104(d)를 적용하기 위해 USAID는 출산율과 사회, 경제적 효과에 대한 연결을 구체적으로 인식하고, 한정된 자원을 사용하여 원조의 최대 효과를 얻기 위한 노력을 시작하게 된다. USAID는 104(d)를 자발적인 가족계획 서비스는 현대적이고 효과적인 피임방법을 활용하는 방법을 알려주는 등의 방법을 통해 자신의 원하는 가족의 크기를 달성하기 위한 개인의 필요를 지원한 동시에, 사회경제적 환경의 개선을 달성해야 함을 촉구 규정으로 해석하고 있다. 따라서 USAID는 이 규정을 바탕으로 단순히 출산율 감소만을 목표하는 가족계획 프로그램이 아닌, 개발 활동 전체와 상호 연관성을 파악하여 지원하는 것에 목표를 두고 있다고 밝히고 있다.

한편, 가족계획은 여성의 삶의 선택을 확장시킬 수 있는데, USAID는 가족계획을 통해 여성의 조기 결혼과 출산을 방지할 경우, 여성이 교육을 받을 기회를 증가시킬 수 있다고 밝히고 있다.⁵⁵⁾ USAID의 가족계획 프로그램에 참여하는 여성과 남성들은 자신들의 가족의 크기와 자녀의 출산 간격에 대해 적절한 결정을 내리는 데 필요한 정보를 제공받기를 원한다고 밝히고 있다.

55) 교육은 여성의 개인적인 발전뿐만 아니라 지역사회의 사회적, 정치적, 경제적 성장에도 중요한 역할을 한다.

이밖에도 USAID는 빈곤감소전략문서(Poverty Reduction Strategy Papers, PRSP)에 가족계획 프로그램을 통합 또는 포함시키는 방안에 대한 연구도 지원한 바 있다.⁵⁶⁾ USAID가 지원한 연구에서 밝힌 가족계획의 PRSP 통합 전략은 [글상자 2]에 자세히 나와 있다.

[글상자 2] PRSP 가족계획 통합 전략

- PRSP 수립과정에 이해당사자로 참여하여 가족계획 관련 정책을 포함시키는데 영향력을 미칠 수 있는 지도자를 선별
- 현재 출산율과 가족계획 상황에 대한 분석을 실시하여, 가족계획 사업을 통해 빈곤 퇴치와 MDGs 달성에도 기여할 수 있음을 이해관계자에게 설명
- NGO 단체, 민간부분, 다른 공여국 원조기관과의 협조체계 구축
- PRSP 수립 준비과정에 가능한 빨리 참여하고, 연도별 검토 과정(annual review process)에 참가
- 지속적으로 PRSP 전략과 가족계획 프로그램의 연계 또는 통합을 감독할 수 있는 모니터링팀을 구축
- 보건/개발 시스템이 분산화 되어 있는 경우, 각 지역에서 정책 및 예산 수립 단계에 집중하여 통합을 추진
- 지표 선정을 통해 가족계획과 PRSP 연계로 인하 효과를 모니터링 및 평가

출처: Ashford, Lori S. (2007), p. 3.

3. UNFPA 사례

1) 인구 및 가족계획 ODA 지원 현황

인구증가 문제 해결을 위한 지원으로 분류한 3가지 CRS 코드(CRS 코드 13010, 13030, 13081)를 기준으로 한 UNFPA의 ODA 지원 현황은 [표 9]와 같다. UNFPA도 미국의 경우와 마찬가지로 2002년 이전에는 상기 CRS 코드로 분류되어 지원된 ODA가 없는 것으로 확인되었으며, 인구 및 가족계획과 관련된 지원은 모두 무상원조의 형태로만 지원된 것으로 확인되었다.

56) Ashford, Lori S. (2007), Bhuyan, Anita., Borda, Maria., Winfrey, William. (2007) 등

[표 9] UNFPA의 인구 및 가족계획 관련 ODA 현황, 2002~2010

(단위: 불, %)

연도	인구 및 가족계획 관련 ODA					총ODA (F)
	CRS 13010 (A)	CRS 13030 (B)	CRS 13081 (C)	합계 (D=A+B+C)	비율 (E=D/F)	
2002	59,636,079	100,763,452	—	160,399,531	62.0%	258,816,271
2003	117,737,897	70,451,719	—	188,189,616	52.0%	361,725,651
2004	75,248,213	—	—	75,248,213	38.3%	196,604,296
2005	80,772,855	—	—	80,772,855	39.6%	204,124,883
2006	90,066,685	—	—	90,066,685	42.2%	213,605,333
2007	90,231,843	—	—	90,231,843	41.5%	217,570,518
2008	121,077,921	—	—	121,077,921	44.0%	275,141,601
2009	178,038,600	—	—	178,038,600	51.1%	348,509,050
2010	152,178,410	—	—	152,178,410	48.2%	315,547,890

주: 총지출액 기준

출처: 저자작성 (data extracted on 13 Jun 2012 from OECD.Stat)

규모면에서 보면, 2002년에는 인구 및 가족계획 분야에 지원되는 ODA 금액의 비중이 62%인 것으로 확인되나 2010년에는 다소 축소되어 약 48%만이 상기 3가지 CRS 코드 분야에 지원된 것으로 확인되었다. UNFPA는 인구관련 기금을 운영하는 기구인데, 본 연구에서 인구 및 가족계획과 관련 분야로 분류한 CRS 코드에 지원된 ODA 비중이 과반은 넘지 않는 경우가 많다는 점이 이상하여, UNFPA의 CRS 코드별 ODA 전체 지원 현황을 살펴본 결과, 상기의 3가지 분야 이외에 UNFPA가 ODA를 제공한 분야는 CRS 코드 13020의 생식보건 분야와 13040의 HIV/AIDS 및 성병 관리 분야인 것으로 나타났다. 이는 UNFPA에서 가족계획 또는 인구 및 가족계획과 관련된 사업을 HIV/AIDS 또는 생식보건 사업과 통합하여 추진한 ODA가 CRS 코드 13020과 13040번으로 분류되어 보고되어 발생한 결과로 판단된다.

한편, UNFPA는 인구 및 가족계획과 관련된 3가지의 CRS 코드 중 CRS 코드 13010에 해당하는 인구정책 및 행정관리 분야에 집중하여 지원을 하였으며, CRS 13030 가족계획 분야와 CRS 13081에 해당하는 인구 및 생식보건부문 교육 분야에는 지원이 거의 이루어 지지 않은 것을 확인 할 수 있었다.

2) 인구 및 가족계획 개발협력 정책 및 실행전략

UNFPA는 인구문제에 관한 사회적·경제적·인권적 측면의 인식을 높이고 개발도상국의 인구정책을 지원하는 기관으로 UN의 전문기구 중 하나이다. UNFPA는 주로 세계 인구문제 해결에 필요한 자금을 지원하며, 언론 및 교육사업, 인구밀도, 기본자료 수집 등의 주요사업 외에 개발도상국의 인구정책과 관련한 특별사업을 펼친다. 개발도상국의 인구정책과 가족계획을 위해 각 대상 국가에 적합한 방법으로 조직적이고 지속적인 원조를 제공하며, 가족계획의 인권적 측면에 관한 인식, 세계의 인구문제가 갖는 사회적·환경적 의미에 대한 인식을 제고하기 위한 전략을 개발하는 일을 하고 있다.

1984년 멕시코시티에서 열린 국제인구회의 및 1994년 9월 카이로에서 열린 ‘국제인구개발회의(International Conference on Population and Development, ICPD)’ 등을 주도적으로 준비·개최했다. UNFPA가 주도한 ICPD에서 인구 및 가족계획의 지속가능한 발전과의 연계, 생식보건 및 HIV/AIDS와의 연계, 빈곤감소와의 연계 등에 관한 새로운 패러다임이 등장하게 되었다. 즉, 인구, 빈곤, 생산과 소비 및 환경은 불가분한 관계에 있으므로 인구문제의 해결은 기존의 가족계획 개념에서 탈피하여 ‘지속가능한 맥락’에서 경제성장, 교육기회 확대, 남녀평등, 모성·유아 사망률 감소, 생식보건 서비스 등에 대한 보편적인 접근성 등이 제공되어야 한다는 것이 주요 목표로 등장하였다. 그 범위는 HIV/AIDS, 청소년 생식보건, 조혼, 모성사망률, 여성 생식보건 서비스, 여성평화 및 안전, 가족계획, 성폭력, 인신매매, 인공임신중절, 여성성기절단(female genital cutting) 등의 해로운 관습과 같이 다양하고 광범위하다.

(1) 글로벌 도전과제(지속가능한 개발) 연관 정책 및 실행전략

ICPD는 유엔환경회의(1992)의 주제인 ‘지속적 개발’을 명시적으로 수용하여 인구와 환경을 연계시켰을 뿐만 아니라 인구문제 해결을 위한 포괄적이고 개발 정책적인 접근 방식을 행동계획으로 채택하여 오늘날의 인구문제 접근에 대한 준거안을 제시하고 있다.⁵⁷⁾ 또한 2008~2011년 UNFPA의 전략문서에서 3대 전략목표의 하부 실행계획으로 환경과 인구문제의 연관성을 고려한 정책을 수원국과 지역기구 그리고 다자기구의 개발 의제에 포함시키는 것을 지표로 설정하고 평가하고 있다고 밝히고 있다.⁵⁸⁾

57) UNFPA (2011d).

58) UN (2007).

(2) 글로벌 공공재(HIV/AIDS) 연관 정책 및 실행전략

UNFPA는 성평등 증진, 생식 건강과 권리 향상, 그리고 인구와 개발에 역점을 두고 사업을 하고 있다. 특히 생식권리 향상, 기초적인 성 및 생식 보건서비스 제공, 모성건강 및 가족계획, HIV/AIDS, 정신보건, 청소년을 위한 보건이슈에 대하여 많은 노력을 기울이고 있다. 특히 모자보건에 있어서는 모성의 건강과 가족계획을 위해서 1차 보건의료 수준에서 생식보건 서비스 기초패키지를 구성하여 제공하고 있다. 이 패키지에는 가족계획 관련 필수 서비스 항목과 함께 모성건강 및 임신과 관련된 출산 시 숙련된 조산서비스 지원과 분만 시 응급 서비스 및 임신중절 관리 제공이 포함되어 있으며, 성병 및 HIV 예방과 치료 관련 필수 서비스가 통합적으로 제공되도록 구성되어 있다.⁵⁹⁾

한편 세계적인 HIV 예방과 인구 및 가족계획과의 연계가 2008~2011년 UNFPA의 3대 전략 목표 중 하나로 선정되었다. 이 목표의 평가지표로 인구 변화, HIV/AIDS에 대한 고려가 포함되어 있는 PRSP를 수립하고 보유하고 있는 국가의 비율, 모자감염 방지를 위해 HIV 치료제를 복용하고 있는 임신한 여성의 비율, HIV 예방과 관련된 중등교육 이상의 프로그램을 운영하고 있는 국가의 수 등을 선정하여 평가하고 있다.

(3) 빈곤감소/전반적인 개발과의 연관 정책 및 실행전략

1992년도의 유엔환경개발회의에서는 급속한 인구증가가 지속적인 개발에 심각한 장애요인임을 확인하였다. 1994년 9월 개최되고 전 세계로부터 11,000명이 참가한 카이로 ICPD는 인구의 증가 및 분포가 경제사회개발과 밀접한 관계가 있고 한 분야에서의 행동은 다른 분야의 행동들을 지원하고 있다는 전제에 바탕을 두고 있다. 1994년 대부분의 개발도상국에서는 경제성장을 촉진하고 국민들의 복지를 개선하기 위해 인구문제에 집중할 필요성을 느끼게 되었다. 이는 ICPD 프로그램 행동계획 3조 3항에서도 확인할 수 있는데, 동 조항은 “경제 및 개발 전략에 인구에 관한 고려를 통합시킬 경우 지속적인 개발과 빈곤퇴치를 더 빨리 달성하고, 보다 향상된 삶의 질을 달성할 수 있다.”⁶⁰⁾라고 규정되어 있다. 또한 2008~2010년 UNFPA 전략 문서에서도 인구와 관련 사항을 반영한 PRSP를 수립을 지원하는 것을 목표로 설정하고 있다.

59) 오충현 외 (2011), p.34.

60) “Explicitly integrating population into economic and development strategies will both speed up the pace of sustainable development and poverty alleviation and contribute to the achievement of population objectives and an improved quality of life of the population.” UNFPA 홈페이지

4. 평가 및 시사점

지금까지 USAID와 UNFPA의 인구 및 가족계획 사업 현황 및 정책에 대해 살펴보았다. 이 두 기관의 정책과 사업 전략을 살펴 본 결과, 크게 두 가지의 공통점을 발견할 수 있었는데 첫째, USAID와 UNFPA 모두 환경과 인구 및 가족계획 통합 프로그램, HIV/AIDS 연계 사업, 빈곤감소 전략과의 연계 전략을 보유하고 있는 것으로 확인되었다. 이는 이들 원조기관이 인구 및 가족계획 프로그램이 갖는 다양한 개발 분야와의 상호연관성을 인식하고, 보다 효과적인 인구 및 가족계획 사업 수행을 위한 노력을 한 것으로 보인다. 특히 USAID의 경우 인구 및 가족계획 관련 정책 수립이나 사업 수행단계에서 활용할 수 있는 핸드북(Handbook)이나 툴킷(Toolkit) 같은 종합 안내서 발간이나, 인구 및 가족계획의 빈곤감소 전략 통합 방안, 인구 및 가족계획의 젠더 통합 방안 등 국제적으로 사용될 수 있는 연구 및 정책 개발에 많은 지원을 하고 있다는 점에서 긍정적으로 평가된다. 따라서 한국도 이러한 국제적 연구 결과와 사업 흐름에 발맞춰, 인구 및 가족계획 프로그램의 개선이 필요할 것으로 생각된다.

USAID와 UNFPA의 두 번째 공통점은 인구 및 가족계획 관련 개발협력 지원의 확대가 필요하다고 강조하고 있었다는 점이다.⁶¹⁾ 두 기관은 모두 인구 및 가족계획 사업이 개발협력에서 가지는 중요성과 개발도상국의 수요에 비해, 이 분야에 지원이 상대적으로 적게 이뤄지고 있다는 점을 밝히고, 지원 확대가 필요하다고 밝히고 있었다.⁶²⁾ 실제로 두 기관의 인구 및 가족계획 관련 지원도 규모면에서는 증가하였으나, 비중이 줄어든 것을 확인할 수 있다. 그러나 이는 HIV/AIDS, 말라리아와 결핵 같은 전염병 분야에 관심이 높아지고, 이 분야에 지원이 확대되기 시작하면서, 상대적으로 인구 및 가족계획을 포함한 다른 보건 분야의 지원 금액이 축소되게 되었기 때문인 것으로 판단된다. 또한 정책입안자 또는 정책결정자들의 인구 및 가족계획 관련 몰이해도 이 분야의 지원액의 확대를 저해하고 있는 원인의 하나로 작용하고 있다.⁶³⁾ 따라서 한국도 인구 및 가족계획 프로그램 지원이 빈곤 감소 및 개발 전반에 선순환 효과를 발생시킨다는 점과 여전히 이 분야의 지원이 필요한 개발도상국이 많이 있다는 점을 인식하고, 인구 및 가족계획 분야의 지원 확대가 필요할 것으로 판단된다.

61) USAID (2009), p. 5; UNFPA (2009), p. 25-26.

62) UNFPA도 카이로 ICPD 회의 '행동계획(Programme of Action of the 1994 ICPD)'의 목표 달성을 위해서는 보다 많은 재원의 투자가 필요하다고 밝히고 있다. UNFPA (2009), p. 26.

63) USAID도 최근 들어 출산율과 인구증가율이 낮아지고 있는 현상이 정책결정자로 하여금, 개발도상국에서 나타나고 있는 폭발적인 인구증가가 더 이상 문제되지 않을 것이며, 인구 및 가족계획과 관련된 지원이 충분히 이뤄졌다고 판단하게 만들고 있다고 밝히고 있다. 그러나 출산율과 인구증가율의 감소는 비교적 최근에 발생한 현상으로, 인구증가의 속도를 둔화시키고 있을 뿐이다. 따라서 여전히 세계 인구의 총수는 빠른 속도로 급증하여 현재 세계 인구는 70억 명이 넘었으며, 향후 2100년까지 세계 인구는 100억 명에 도달하게 될 것이라는 점을 간과하고 있다며, 정책입안자의 관심을 촉구하고 있다. 또한 가족계획 프로그램과 낮은 인구증가율에 대한 고려가 국가 개발 전략 또는 목표와 연계될 때 발생하게 되는 파급효과에 대한 정책입안자의 이해가 부족하다는 점을 꼽고 있다. USAID (2009), p. 5.

한편, 본 연구의 인구 및 가족계획 관련 ODA 통계 분석은 OECD DAC CRS 통계의 한계로 인해, 실제로 인구 및 가족계획 사업에 사용된 금액보다 과소 산정되었을 가능성이 있음을 밝혀 둔다. 앞에서 본 연구는 인구증가 문제 해결과 직접적인 연관이 있는 ODA의 통계만을 추적하기 위해 인구·생식보건 분야 관련 CRS 코드 중에서 CRS 13010, 13030, 13081만을 대상으로 분석을 하였다는 점을 앞에서 밝힌바 있다. 그러나 이렇게 인구 및 가족계획과 직접 관련성이 있는 CRS 코드만을 사용하여 통계를 추적, 분석하더라도 산정된 통계자료와 실제와 차이가 날 가능성이 존재한다는 점을 밝혀둔다. 왜냐하면, 가족계획 프로그램이 HIV/AIDS 또는 환경 프로그램과 통합되어 시행되었을 경우, HIV/AIDS 관련 CRS코드나 환경 관련 CRS코드로 분류되었을 가능성이 있기 때문이다. 예를 들어, 환경과 인구증가를 통합하여 진행하는 프로그램의 경우 해당 사업을 DAC에 보고할 때 환경 관련 CRS 코드로 보고하였을 지, 인구 및 가족계획 CRS 코드로 분류했을 지를 정확하게 알 수 없기 때문이다. 통합 프로그램의 경우 세부 사업요소 중 어느 분야에 자금이 더 많이 소요되었는지를 기준으로 CRS에 분류되어 보고되었을 가능성이 크나, 이에 관련된 구체적인 OECD DAC 통계 지침이 없기 때문에 다른 국가에서 어떻게 보고 기준을 정하는지 정확하게 파악하기가 어렵다. 따라서 향후에는 OECD에서 DAC 통계 지침에 이러한 사안과 관련하여 CRS 보고기준이 보완, 제시되어야 할 것으로 생각된다.

제5장. KOICA 사업에의 시사점

지금까지 인구 및 가족계획의 글로벌 도전과제, 글로벌 공공재, 빈곤 감소와의 연관성에 대해 살펴보고, 이러한 측면에서의 USAID와 UNFPA의 관련 정책 및 실행전략을 소개하였다. 이를 바탕으로 이 장에서는 글로벌 도전과제, 글로벌 공공재, 빈곤 감소와의 연관성을 고려한, 바람직한 KOICA의 인구 및 가족계획 정책 및 실행전략 개선 방안을 제안하고자 한다.

이를 위해, 먼저 한국(KOICA)의 인구 및 가족계획 관련 ODA 지원 현황과 관련 정책 및 실행전략을 소개하도록 하겠다.

1. 인구 및 가족계획 관련 ODA 현황

인구증가 문제 해결을 위한 지원으로 분류한 3가지 CRS 코드 (CRS 코드 13010, 13030, 13081)를 기준으로 한 한국의 ODA 지원 현황은 [표 10]과 같다.

한국은 2006년부터 CRS를 사용한 ODA를 보고하였기 때문에, 2006년 이후의 지원 현황만을 대상으로 분석하였다. 분석 결과, 미국이나 UNFPA와 비교하면 인구 및 가족계획과 관련된 분야에 ODA 지원 비율이 2006년에는 0.01%, 2010년에는 0.13%로 상대적으로 낮은 것을 확인 할 수 있다. 또한 미국과 UNFPA와 마찬가지로 인구 및 가족계획과 관련 된 지원은 모두 무상원조의 형태로만 지원된 것으로 확인되었다.

[표 10] 한국의 인구 및 가족계획 관련 ODA 현황, 2006~2010

연도	인구 및 가족계획 관련 ODA					총ODA (F)
	CRS 13010 (A)	CRS 13030 (B)	CRS 13081 (C)	합계 (D=A+B+C)	비율 (E=D/F)	
2006	—	—	57,660	57,660	0.01%	401,369,130
2007	100,000	92,002	770,775	962,777	0.18%	525,481,709
2008	112,276	1,427,236	323,830	1,863,342	0.32%	578,673,395
2009	87,000	992,328	321,861	1,401,189	0.23%	615,285,790
2010	78,760	590,089	498,220	1,167,069	0.13%	933,239,968

주: 총지출액 기준

출처: 저자작성 (data extracted on 03 May 2012 from OECD.Stat)

특이한 점은 미국과 UNFPA의 경우 CRS 13010에 상대적으로 많은 지원이 이뤄지고 있었으며, CRS 13081 분야에는 지원이 거의 이뤄지지 않고 있었는데, 한국의 경우 이와 반대로 CRS 13081, 즉 인구 및 생식보건부문 교육 분야에 지원이 상대적으로 많은 지원이 이뤄지고 있는 특징을 보이고 있었다.

[글상자 3] 과거 한국의 가족계획 경험 및 비교우위

우리나라는 과거 가족계획에 있어 출산율 감소를 이룬 가족계획 사업의 모범사례로 국제적으로 잘 알려져 있으며 특히 1965년 세계에서 3번째로 가족계획 사업을 국가시책사업으로 채택하여 경제개발 5개년 계획에 포함하여 시행한 후 우리나라 가임기 여성 1인당 합계출산율은 1960년 6.0명에서 1985년에 2.1명으로 저하되는 등 출산억제 관련 인구정책에 있어 큰 성과를 거두었다. 한국은 가임부부 피임 실천율이 4%였던 1960년대부터 국제가족연맹(International Planned Parenthood Federation, IPPF) 등의 도움을 통하여 국내에 가족계획협회 등이 창립되었고, 민과 관이 연합하여 국가시책사업으로 가족계획을 시행하여 성공을 이룰 수 있었다. 이를 통해 한국에 축적된 다양한 가족계획 관련 사업의 경험과 지식, 인적자원 등을 활용하여 개발도상국 등에 가족계획 사업과 인구정책의 선진국으로서 전문적인 지원과 국가적 협력을 펼칠 수 있을 것이다.

우리나라는 모자보건에 있어 1973년 모자보건법 제정과 함께 1960~70년대에 각 지역 보건소에 모자보건요원을 파견하여, 이들이 각 가정을 방문해 안전한 분만을 할 수 있도록 분만사업을 추진하였으며 이후 보건진료원 제도 등을 통한 지역사회 보건요원의 모자보건 사업의 추진과 보건소 보건지소체계 확립 등을 통하여 모자보건 관련 기초 보건서비스 제공을 위한 1차보건의료 기반의 체계를 갖추어 나갔다. 이를 통해 성공적으로 5세 이하 사망률의 감소를 이루었으며 현재 5세 이하 사망률은 1000명당 5명으로 1960년의 1000명당 70명에 비하여 1/14수준으로 감소하였으며 현재 세계에서 가장 낮은 수준을 보이고 있다. 모성건강의 경우 의료보험 도입을 통해 의료시설 출산 접근성을 낮추어 99%에 가까운 시설분만율(Facility delivery rate)을 달성하였고 현재 모성사망비는 10만 명당 15명으로 낮은 수준을 유지하고 있다. 또한 우리나라는 1차보건의료에 기반을 둔 지역기반 보건의료 체계의 확립과 의료접근성 향상 등을 통하여 많은 진보를 이루어 왔으며, 최근 다시 중요성이 강조되고 있는 개발도상국의 모자보건향상과 이를 통한 5세 이하 사망률 감소 및 모성사망률 감소에 대한 큰 역할을 할 수 있을 것이다.

과거 우리나라 인구 및 가족계획 사업에 대한 지원 현황에 대한 자세한 내용은 대한가족보건복지협회에서 출판한 『인구문제와 국제협력: 한국의 역할』을 참고하기 바란다.

2. 인구 및 가족계획 개발협력 정책 현황

한국이 OECD DAC 가입하고, 「국제개발협력 기본법(2010.1.25일 시행)」, ODA 선진화 계획(2010~2015)이 수립됨에 따라 원조효과성 규범 및 국제개발 협력 기본법의 효과적인 이행을 위하여 KOICA 선진화 전략이 수립되었다. 동 선진화 계획에서 보건 분야 5대 중점 분야의 하위 프로그램으로 인구 및 가족계획이 선정되었다.⁶⁴⁾ 이후, 보건의료 프로그램의 일관성과 방향성을 확립하여 효과적인 지원을 하기 위해 KOICA 선진화 계획을 바탕으로 2011~2015년까지 KOICA 보건의료 지원 전략이 새롭게 수립되었다.⁶⁵⁾

[표 11]에서 확인할 수 있듯이 2011~2015 KOICA 보건의료 지원 전략에서는 보건 분야의 5대 전략목표와 각각의 전략목표에 해당하는 하위 중점 프로그램 15개를 제시하고 있는데⁶⁶⁾, 보건 분야의 5가지 전략목표 중의 하나로 모자보건 및 가족계획 향상을 제시하고 있으며 이를 위한 중점 프로그램으로서 가족계획 보급 및 생식 건강향상, 임신 및 출산 관리 향상, 아동 보건 향상, 임산부 및 아동 영양 향상을 프로그램화하여 추진하고 있다.⁶⁷⁾

[표 11] 2011~2015 KOICA 보건의료 지원 전략

비전	개발도상국 주민의 건강한 삶을 통하여 지속가능한 발전에 기여한다.				
목표 대상	여성과 아동				
상위목표	보건의료 시스템 강화를 통하여 개발도상국 자체적으로 취약계층에게 필수적인 보건의료서비스를 제공할 수 있도록 이바지 한다.				
추진방향	보건의료 체계 강화			취약계층, 취약질병 지원강화	
전략목표	보건의료 인적 역량강화	보건의료 제도적 역량 강화	보건의료 서비스 접근성 강화	모자보건 및 가족계획 향상	전염성 질병 예방 및 관리 강화
중점 프로그램	■ 국가 보건의료 정책 인력 양성 ■ 의료 전문인력 양성 ■ 기초 보건의료 인력 양성	■ 의료보험 및 재정적 역량 강화 ■ 보건의료 정보 체계 강화 ■ 보건의료 정책 역량 강화	■ 필수 보건의료 서비스 수요 증진 ■ 기초보건 & 의료전달 시스템 강화	■ 가족계획 보급 및 생식건강 향상 ■ 임신 및 출산 관리 향상 ■ 아동 보건 향상 ■ 임산부 및 아동 영양 수준 향상	■ 소외열대질환 예방 및 관리 ■ 결핵 관리 ■ 에이즈, 말라리아 및 기타 전염성 질병 예방 및 관리

64) 보건 분야의 하위프로그램에는 총 6개가 선정되었는데, 중점 프로그램으로는 모자보건이, 일반 프로그램으로는 지역의료서비스 향상, 인구 및 가족계획, 기생충 관리, 전염병 예방 및 관리, 안전한 식수공급이 선정되었다.

65) 동 보건의료 지원 전략은 개발도상국 주민의 건강한 삶을 통해 지속가능한 발전에 기여한다는 비전을 가지고 여성과 아동을 주요 Target group으로 선정하였으며 보건의료 시스템 강화를 통하여 개발도상국 자체적으로 취약계층에게 필수적인 보건의료서비스를 제공할 수 있도록 기여하는 것을 목표로 삼고 있다.

66) 동 보건의료 전략에서는 KOICA 선진화 계획에 제시되었던 보건 분야의 중점 하위 프로그램을 일관성과 방향성 확립이라는 보건 지원 전략의 목표를 고려하여 일부 수정, 재분류하였다.

67) 오충현 외 (2011), p. 41.

접근 방법	효과적이고 지속가능한 보건의료 ODA 실행		
	선택과 집중	효과성 증진	파트너십 강화
	■ 국가협력전략(CPS)중심 사업지원 ■ 아동과 여성 등 취약계층 지원강화 ■ 비교우위 프로그램실행	■ 보건의료 Assessment 강화 ■ 보건의료 전문가 참여 강화 ■ 모니터링 및 평가체계 강화 ■ 필수 보건의료 서비스 패키지 집중 지원	■ 참여형 개발협력 구현 ■ 현장 Harmonization 강화 ■ 국내 보건의료 기반 강화

출처: 한국국제협력단 (2011a)

‘가족계획 보급 및 생식건강 향상’은 현재 KOICA의 모자보건 지원 전략 아래 4개의 중점 프로그램의 하나인데, 이 프로그램은 총 3개의 실행과제로 이루어져 있다. 상기 ‘가족계획 보급 및 생식보건 향상’ 중점 프로그램의 하위 실행과제는 (1) 가족계획 인식도 개선, (2) 가족계획률 증가 및 불안정한 낙태 개선, (3) 청소년기 안전하지 않은 성행동양식 감소로 이루어져 있다.

[글상자 4] 2011~2015 KOICA ‘가족계획 보급 및 생식건강 향상’ 실행과제

(1) 가족계획 인식도 개선

가족계획의 중요성에 대한 인식 향상 및 피임법 활용 등에 대한 인식개선을 통해 계획된 출산 및 터울 조절을 확산시키고 피임에 대한 부정적 인식을 개선하도록 하며, 가족계획 상담 및 피임에 대한 수요를 증가시키도록 함.

(2) 가족계획률 증가 및 불안정한 낙태 개선

출산을 저하, 첫아이 출산연령 지연, 원치 않는 임신 감소 및 자녀 출산터울 관리 등을 돕기 위해 가족계획 상담과 서비스 제공, 피임법 교육 및 피임 시술 등을 통해 다양한 종류의 피임법 활용률을 증가시켜 미충족 가족계획 수요(un-met need for family planning)를 감소시키도록 하며, 안전한 낙태 시술을 제공해 불안정한 낙태로 인한 모성사망률을 감소시키도록 함.

(3) 청소년기 안전하지 않은 성행동양식 감소

청소년기의 불안정한 성행동으로 인해 일어나는 청소년 출산율을 낮추고 첫 출산 연령의 감소에 기여하기 위하여 안전하지 않은 청소년기 성행동양식을 바로잡기 위한 활동과 프로그램을 지원하도록 함.

출처: 오충현 외 (2011)

그런데, 상기 KOICA 보건의료 지원 전략은 2008~2010 KOICA 보건의료 전략에 이은 두 번째 보건의료 전략 문서로, 2008~2010 KOICA 보건 의료 전략에서도 가족계획 보급이 전략 목표의 하나인 모자보건 향상의 세부 실행과제로 제시되어 있었다.([표 12] 참조)⁶⁸⁾

68) 한국국제협력단 (2008).

[표 12] 2008~2010 KOICA 가족계획 보급 실행 방안

전략		실행방안
3-1. 가족계획의 필요성 인식 증가	제도적 역량 강화	○ 가족계획정책 수립 및 관리체계 구축 - 워크숍 개최 - 역량강화를 위한 재정적·물적 지원 - 자문 수행 ○ 인구관련 통계체계 구축 지원
	인적 자원 개발	○ 가족계획 전문 보건의료인력 양성 ○ 현지 주민대상 가족계획 교육 ○ 교재개발 ○ 대중매체 활용 캠페인
	보건의료자원 확충	○ 기자재 지원: 피임도구
3-2. 피임법 활용률 증가	제도적 역량 강화	○ 청소년 성관련 법률 제정 및 정책 개선 - 현지 보건관리인력 중심 위원회 조직 - 역량강화를 위한 재정적·물적 지원 - 자문 수행
	인적 자원 개발	○ 청소년 성교육 전문인력 양성 ○ 교내 성교육 ○ 교재개발
	보건의료자원 확충	○ 기자재 지원: 피임도구

출처: 한국국제협력단 (2008)

[글상자 4]와 [표 12]의 비교 결과, 실행과제의 항목이나 분류는 일부 조정된 것으로 보이나, 전체적인 내용은 크게 변화가 없는 것으로 보인다.

이렇듯 ‘가족계획 보급 및 생식건강 향상’이 KOICA의 모자보건 지원 전략 아래 4개의 중점 프로그램의 하나로 분류되어 있어, 현재 KOICA의 인구 및 가족계획 관련 사업은 모자보건 사업과 통합되어 실시되고 있는 것을 확인할 수 있었다. ‘에티오피아 아르시 가족계획 및 모자보건 증진’, ‘과테말라 모자보건 역량강화사업’ 등이 모자보건 사업과 통합되어 실시된 인구 및 가족계획 사업의 예에 해당한다. 이는 인구 및 가족계획이 생식보건, 모자보건 등의 다른 보건 분야와 상호 연결되어 있음을 인식하고 있다는 점에서 긍정적으로 평가될 수 있다.

[표 13] KOICA의 인구 및 가족계획 관련 사업 예시

원조목적코드	국가	사업형태	사업/건/인원
13010 가족계획	에티오피아	연수생초청	에티오피아 인구와 생식보건(2007)
	에티오피아	프로젝트-일반사업	에티오피아 아르시 가족계획 및 모자보건 증진 (2008~2010/340만 불)
13081 인구 및 생식보건 부문 교육	IPPF국제가족계획연맹	물자지원	IPPF 아프리카 사업 지원(2007)
	탄자니아	NGO	탄자니아 청소년 성건강 증진사업 (2010)
	과테말라	프로젝트-일반사업	과테말라 모자보건 역량강화사업 (2010~2012/150만 불)

출처: KOICA ODA통계사이트

이밖에 KOICA에서 2006년 이후 진행된 인구 및 가족계획 관련 전체 사업 내역은 [별첨 1]에 정리되어 있다.

1) 글로벌 도전과제 연관 정책 및 실행전략

KOICA는 지속가능한 발전을 위해서는 보건 분야 지원을 통한 건강 확보가 필수적인 요소임을 인식하고 있으며, 보건과 환경 프로그램의 연계가 필요한 이유를 다음과 같이 밝히고 있다.

“보건 프로그램은 환경적인 영향을 직접적으로 받게 되고 또한 환경에 직접적인 영향을 줄 수 있다.(중간생략) 또한, 보건의료 시설물 중에서는 환경을 오염시킬 수 있는 많은 전염성 질환 폐기물들이 발생하게 되고, 이로 인한 전염병의 확산이 만연할 수 있다. (한국국제협력단 2011a)”

따라서 KOICA는 환경에 많은 영향을 줄 것으로 보이는 보건의료 프로그램에 대해서는 KOICA 환경 가이드라인을 적용하여 환경영향 평가를 실시하고 이를 적극적으로 반영하라고 보건과 환경의 연계 전략을 밝히고 있다.⁶⁹⁾

특히 글로벌 도전과제의 하나인 물 부족 문제와 관련하여서는, 현재 사하라이남 아프리카의 경우 물 부족과 수인성질병으로 인한 경제적 손실이 GDP의 5%인 284억 불에 달하고 있다는 점 등을 이유로 깨끗하고 안전한 물의 중요성을 강조하고 있다.⁷⁰⁾ 따라서 물로 인한 질병에 관련된 보건 프로그램 디자인 시에는 그 지역의 식

69) 동 지원 전략에서 밝히고 있는 환경과의 연계 사업 예시로 “보건의료 시설물에 있어서의 병원균 오염 폐기물 분리소각 시설 및 정화조 설치 등을 반영하고 환경적인 영향 때문에 발생할 수 있는 보건의료적인 문제에 관심을 갖고 이를 보건의료 프로그램에 적극적으로 반영한다.”는 것을 들고 있다. 한국국제협력단 (2011a).

수 분석(Water analysis)을 강화해야 하며, 안전한 물과 보건의 어떠한 관계를 가지고 있는지 분석하고 이를 프로그램 디자인에 적극 반영해야 한다고 밝히고 있다. 아울러 보건의료 프로그램 디자인 시에 안전한 물이 지역 보건에 중요한 영향을 미치는 것을 인지하고, 이를 위해 지역사회 교육 및 물 관리 사업에 반영하여 지역주민 인식 및 행동변화를 유도하며, 안전한 식수를 보급하는 것과 그 식수를 활용하여 건강한 삶을 영위하는 프로그램을 적극적으로 연계해야 한다고 물 관련 보건 지원 전략을 밝히고 있다.

그러나 위에서 설명한 KOICA의 환경 또는 지속가능한 개발과의 연계는 보건 분야 전체를 바탕으로 한 연계방안으로, 가족계획 프로그램과의 연계 전략은 구체적으로 제시되어 있지 않다는 한계가 있다.

2) 글로벌 공공재(HIV/AIDS) 연관 정책 및 실행전략

KOICA는 인구 및 가족계획과 HIV/AIDS 관련 구체적인 전략이나 사업의 연계는 현재 이뤄지지 않는 것으로 확인되고 있다. 이는 KOICA의 가족계획 프로그램이 모자보건 사업의 일환으로 진행되고 있으며, HIV/AIDS 사업의 경우 다른 전략목표인 ‘전염성 질병 예방 및 관리 강화’의 하부 실행과제로서 실시되고 있기 때문인 것으로 생각된다.

3) 빈곤감소/전반적인 개발과의 연관 정책 및 실행전략

KOICA는 보건의료 전략에서 보건의료의 문제는 보건의료 그 자체의 문제일 뿐만 아니라 동시에 경제, 사회 문화와 밀접하게 연관된 이슈로서, 특히 여성과 남성의 관계와 역할, 가정 내 의사결정구조가 주요 결정되기 때문에 보건 분야에서 여성의 참여가 배제될 경우 빈곤감소 및 개발의 효과 및 효율성이 현저히 감소할 것이라고 지적하고 있다.⁷¹⁾ 또한 KOICA는 가족계획 서비스 제공으로 인해 가족의 건강을 포함하여 사회전반의 건강 보호에 더 도움이 된다는 내용도 구체적으로 명시하고 있다.⁷²⁾

이렇듯 KOICA는 인구 및 가족계획 프로그램의 보건 분야를 포함한 사회, 경제 분야 전반과 빈곤 감소에 영향을 미친다는 사실을 인지하고, 해당 사업을 더 효과적이고 지속가능하게 만들기 위한 전략으로 성주류화와 보건 분야 사업과의 접목을 시도하고 있다.

70) 안전한 물과 위생시설의 보급을 통해서 대략적으로 전 세계 10%의 질병부담을 감소시킬 수 있다고 보고되고 있으며, 연간 140만 명의 설사환자, 86만 명의 영양부족, 20억 명의 장내 기생충 환자, 2천 5백만 명의 사상충 환자, 2억 명의 주혈흡충 환자는 안전하지 못한 물 때문에 발생하는 것으로 알려져 있다.

71) 오충현 외 (2011).

72) 여성이 충분한 교육을 받아 가족계획 및 여러 의학적 선택사항에 대한 정보를 소유하여 자신과 가족에 대한 결정할 수 있는 능력을 가지고 있을 때, 가족의 건강이 더 잘 보호될 수 있다.

구체적으로 살펴보면, KOICA는 “성주류화⁷³⁾를 통한 여성의 적극적인 참여는 보건의료 사업을 더욱 효과적이고 지속가능하게 만든다.”고 밝히며, 다음과 같은 방법으로 사업을 시행한다고 밝히고 있다. 먼저, 보건 프로그램 디자인 시에 ‘사회 평가 및 성 분석(Social Assessment & Gender Analysis)’를 강화하는 노력을 하고 있다. 특히 사업지역의 가족계획, 모자보건, 임산부 및 아동의 영양현황, 사회 문화적 결정요인, 가족 내 의사결정 구조 등을 파악하도록 하고 지역사회 여성 조합 등을 참여시켜 여성들이 스스로 그들의 필요를 식별하고 요청하도록 하며, 이렇게 도출된 결과를 사업에 반영하여 지역주민 인식 및 행동변화를 추구하도록 사업을 시행하고 있다. 또한, 보건의료 사업의 집행 시에 교육의 기회, 일자리의 기회, 사업의 수혜 기회를 같이 제공하여 사회적 약자인 여성에게 더 많은 기회를 제공하도록 노력하고 있다.⁷⁴⁾

인구 및 가족계획 사업의 효과를 극대화하기 위해 여성의 참여와 역할을 고려하여 사업을 기획, 시행하고 있다는 점은 긍정적으로 평가된다.

3. 인구 및 가족계획 개발협력 정책 및 실행전략 수립방향

지금까지 글로벌 도전과제, 글로벌 공공재, 빈곤감소와 인구 및 가족정책의 연관성에 대해 살펴보고, 이러한 측면에서의 국제사회와 KOICA의 인구 및 가족계획 지원 현황 및 정책을 살펴보았다. 이 절에서는 지금까지의 논의 내용을 바탕으로, KOICA의 인구 및 가족계획 정책 및 실행전략의 개선을 제안을 하는 것으로 본 연구를 마무리 짓고자 한다.

1) 인구 및 가족계획 단독섹터 전략

본 연구보고서는 KOICA의 인구 및 가족계획 단독섹터 전략으로 첫째, 인구 및 가족계획 프로그램 지원 확대와, 둘째, 인구 및 가족계획 프로그램 중 이 분야의 보건의료인력 역량개발을 지원하는 ‘인구 및 생식보건 부문 교육(CRS 13081)’ 지원 특화를 제안하는 바이다.

인구 및 가족계획 프로그램의 지원 확대를 통해 국제개발협력에서 한국을 비롯한 KOICA의 영향력 확대 도모가 가능할 것으로 생각된다. 왜냐하면, 한국이 일차보건의료, 가족계획사업 등의 보건의료분야에서 과거 수원국으로서의 성공경험을 보유하고

73) 성주류화란 성평등을 달성하기 위한 전략”으로 여성이 사회의 모든 분야에 동등하게 참여하고 의사결정권을 가지며, 여성의 필요가 사업의 완성 후, 부수적으로 첨가되는 것이 아닌, 사업의 형성, 의사결정에 주류화 되는 것을 의미한다.

74) 오충현 외 (2011).

있다는 점에서, 보다 효과적인 사업 수행이 가능한 분야이기 때문이다. 따라서 이러한 장점을 살려, 인구 및 가족계획 프로그램의 지원이 늘어나고, 지속적인 성과를 달성하게 된다면 향후 이 분야에서의 한국의 비교우위를 더욱 강화하는 효과도 가져올 수 있을 것이다.⁷⁵⁾ 또한, 아직 우리나라의 인구 및 가족계획 분야 지원 비중 및 전체 ODA 규모가 다른 서구 공여국의 대열에 이르지 못한 점을 고려할 때, 이러한 적은 예산을 효율적이고, 효과적으로 집행하기 위해서는 아직까지 국제사회의 손이 닿지 못한 이러한 틈새 영역을 선택하고 집중함으로써 영향력을 발휘할 수 있을 것이라는 점에서도, 인구 및 가족계획 분야의 지원확대가 필요하다.

인구 및 가족계획 프로그램 전반의 지원 확대는 인구 및 가족계획 관련 인력의 역량개발 지원 특화를 중심으로 이뤄져야 할 것이다. 인구 및 가족계획 관련 인력의 역량개발 지원 특화를 제안하는 이유는 첫째, KOICA는 인구 및 가족계획 관련 3개 영역 중 ‘인구 및 생식보건 부문 교육(CRS 13081)’에 대한 지원 비율과 규모가 상대적으로 높다는 점에서, 지원의 집중 및 특화를 통한 비교우위 선점이 용이할 것이기 때문이다. KOICA의 인구 및 가족계획 지원의 특징 중 하나로 다른 인구 및 가족계획 세부영역에 비해 인구 및 생식보건 부문 교육(CRS 13081), 즉 역량강화와 관련된 지원이 상대적으로 많이 이뤄지고 있다는 점은 앞에서 이미 설명한 바 있다. 이는 한국이 인구 및 가족계획 관련 보건의료 인력의 역량개발 지원에 다양한 경험을 보유하고 있음을 반증하는 것으로 볼 수 있다. 또한, KOICA의 경우 인구 및 가족계획 관련 ODA에 해당하는 3개의 CRS코드 중 역량강화와 관련된 ‘인구 및 생식보건 부문 교육(CRS 13081)’의 지원의 비율이 0.63%로, 타 공여국의 지원 평균인 0.03%보다 높게 나타나고 있다.

[표 14] 인구 및 가족계획 ODA 지원 현황 비교

	타 공여국: KOICA		
	보건 분야 내 해당 CRS 지원 비율	보건 분야 중 해당 CRS 지원 순위	지원액 평균 (단위: 백만 불)
CRS 13010	3.40% : 0.01%	9위/22위 : 22위/23위	\$14.90 : \$0.00
CRS 13030	2.28% : 0.20%	12위/22위 : 17위/23위	\$16.34 : \$0.09
CRS 13081	0.03% : 0.63%	22위/22위 : 14위/23위	\$0.50 : \$0.21

출처: 정우진 (2010), pp. 374-375.

특히, 보건 분야 중에서 ‘인구 및 생식보건 부문 교육’의 지원 순위가 타공여국은 22위인 반면, KOICA는 14위를 기록하고 있다는 점과, 평균 지원금액도 다른 인구 및 가족계획 영역에 비해 타 공여국과의 차이가 상대적으로 적게 나타나고 있다는 점에서도, 한국이 이 분야에 상대적 비교우위가 있음을 보여주고 있다. 따라서 이 분야에

75) 한국국제협력단 (2011c); 정우진 (2010).

전략적으로 접근, 지원을 확대하여 차별화 된 비교우위를 강화가 필요할 것으로 생각 된다.

인구 및 가족계획 관련 인력의 역량개발 지원 특화가 필요한 두 번째 이유는, 타 원조기관과의 협업을 통해 인구 및 가족계획 지원 프로그램의 성과를 극대화 할 수 있기 때문이다. 앞에서 USAID와 UNFPA의 경우 인구 및 가족계획과 관련 3개 CRS 코드 중 ‘인구 및 생식보건 부문 교육(CRS 13081)’ 부문이 아닌 다른 영역에 지원이 집중되어 있음을 설명한 바 있다. 그런데 이로 인해 가족계획 피임법 교육 등과 관련하여, 필요성은 높으나 실질적으로 지원이 이뤄지지 않아, 인구 및 가족계획 프로그램 전반의 지속성 및 효과를 저해하는 현상이 발생하기도 한다. 이와 관련하여 KOICA가 에티오피아 아르시에서 실시한 가족계획 및 모자보건 증진사업을 진행했던 담당자는 해당 지역에서 USAID와 같은 많은 원조기관들이 가족계획 사업을 추진하고 있지만, 일회성이나 단기적 지원 및 교육에 그쳐 추후관리가 필요한 부분이 많다는 점을 밝힌바 있다. 예를 들어, 이 지역에서 3~5년 동안 피임효과를 가지는 임플란트(Implant) 시술이 가족계획 사업의 일환으로 다른 기관에서 많이 시행되었는데, 향후 임플란트의 제거 및 재시술에 대한 요구도가 증가될 것이므로 이를 위한 보건의로 인력들의 역량강화훈련이 필요할 것이라고 예측했다.⁷⁶⁾

이렇듯, 다른 원조기관이나 국제기구들의 경우 인구 및 가족계획 분야 역량개발과 관련된 지원이 상대적으로 적게 이뤄지고 있으나, 실질적으로 지원이 필요한 분야가 존재하며, 또한 역량개발 관련 지원이 동반되어야 인구 및 가족계획의 다른 영역에 지원된 ODA에도 시너지 효과가 발생, 성과 제고가 가능할 것이라는 점에서 이 영역의 지원 확대 및 특화가 필요할 것이다. 따라서 KOICA는 인구 및 가족계획 관련 역량개발 프로그램 지원을 확대하는 동시에, 타 기관과 인구 및 가족계획 사업을 상호 보완하는 방향의 공동사업 실시나 전략적 제휴를 통해 영향력을 확대를 도모할 수 있을 것이다.

즉, 인구증가 문제 해결을 위한 인구 및 가족계획 사업은 한국의 성공적인 개발경험을 바탕으로 ODA 사업에 적용이 가능한 사업으로, 위에서 제시한 인구 및 가족계획 사업의 타 분야와의 연계, 인구 및 가족계획 관련 인력 양성 특화 등의 시도를 통해 프로그램 모델을 개선시키는 노력이 필요할 것으로 보인다.

76) 한국국제협력단 (2011c).

2) 타프로그램 접목 전략

본 연구보고서는 KOICA의 인구 및 가족계획 프로그램의 개선 방안으로 인구 및 가족계획 프로그램과 타 프로그램의 접목을 제안한다. 특히, 글로벌 도전과제에 대한 고려를 포함하기 위해 인구 및 가족계획 프로그램과 환경 프로그램의 접목을 제안하며, 글로벌 공공재의 측면과 인구 및 가족계획 프로그램의 효과성을 고려해 HIV/AIDS 퇴치 프로그램과의 접목을 제안하는 바이다.

(1) 환경

먼저, 인구증가와 글로벌 도전과제와의 상호 연관성을 고려한 인구 및 가족계획 프로그램 도입을 위해 KOICA의 인구 및 가족계획 프로그램과 환경 프로그램의 접목이 필요할 것으로 생각된다.

앞서 설명한 바와 같이 현재 KOICA는 보건 전반적인 측면에서 환경을 고려해야 한다는 전략이 있기는 하지만, 인구 및 가족계획과 환경을 연계한 구체적인 전략은 미비한 것으로 확인되고 있다. 또한, KOICA가 보유하고 있는 보건과 환경의 연계 전략으로 병원 폐기물 등에 관련된 부분을 언급하고 있다는 점에서, 기획단계에서부터 인구 증가로 인해 환경의 피해가 발생하고 있는 지역을 우선적으로 선정하는 것을 고려하는 USAID의 통합 환경·인구프로그램과는 차이가 있다.

따라서 KOICA는 환경 또는 지속가능한 개발(글로벌 도전과제와 연계성 측면에서)을 고려한 보다 구체적인 인구 및 가족계획 지원 전략과 평가 지표를 구축할 필요가 있는 것으로 생각된다. 이를 위해서는 첫째, 인구 및 가족계획 프로그램 더 나아가 보건 분야 사업의 기획단계에서부터 환경을 고려할 수 있도록, 사전타당성 조사 단계에서 전략환경평가의 시행이 필요할 것으로 생각된다. 이와 관련하여, KOICA에서 2010년부터 수행한 ‘에과도르 갈라파고스 태양광발전소 건립 사업’에 전략환경평가를 시범 적용한 경험이 도움이 될 것으로 생각된다. 특히 USAID의 사례처럼 인구 및 가족계획 프로그램도 사업 대상지 선정 등 사전타당성 단계에서 전략환경평가를 실시할 경우, 인구 및 가족계획 프로그램의 직접 목적 달성뿐만 아니라, 지속적인 발전을 위한 환경 보호의 효과까지 같이 달성할 수 있을 것으로 기대된다.

[글상자 5] KOICA 전략환경평가 적용 시범사업

2010년부터 KOICA에서 수행한 ‘에콰도르 갈라파고스 태양광발전소 건립 사업’은 전략환경평가가 시범 적용된 사업이다.

에콰도르 갈라파고스군도는 최근 관광객과 주민수가 급증함에 따라 환경에 대한 부담이 커지고 있는 상황이었다. 이에 따라 2007년 4월 에콰도르 정부는 ‘갈라파고스의 화석연료 사용 제로(Zero Fossil Fuels for Galapagos)’ 이니셔티브를 발표하여, 갈라파고스의 환경 및 생태계를 보존할 수 있는 에너지 계획을 수립하였다. 이 계획은 2020년까지 갈라파고스 전체 발전량 중 화력발전의 비율을 34%에서 10%로 줄이고, 태양 및 풍력발전의 비율을 2% 증가시키는 것을 목표로 하고 있었다.

한편, 에콰도르 정부는 갈라파고스군도 산타크루즈 섬에 건립할 1.5MW 규모의 계통연계형 태양광발전소 사업을 한국정부에 요청하였는데, 이 지역은 생태학적으로 매우 중요하면서도 민감한 지역인데, 특히 사업 대상지인 산타크루즈 섬은 전체 면적의 97%가 국립공원으로 지정된 보호 지역이었다. 따라서 KOICA는 사업 지원 결정 이전에 환경적인 타당성을 충분히 검토해야 하는 필요성에 따라, 전략환경평가를 사전타당성조사와 함께 병행하여 수행하였다.

에콰도르 정부가 요청한 사업대상지와 대안지의 분석 결과, 대안지에 사업을 시행하는 것이 환경적으로 더 양호한 것으로 나타나, 사업대상지의 변경이 건의되어 추진되었다. 향후 동 사업의 환경영향평가는 에콰도르 정부가 수행하는 것으로 업무분장이 되었다.

출처: 임소영·손혁수 (2012), pp. 18-19.

둘째, 환경과 인구 및 가족계획을 통합한 프로그램에 적용할 수 있는 가이드라인의 수립, 또는 인구 및 가족계획 분야에 적용할 수 있도록 기존의 환경가이드라인 보완이 필요할 것으로 생각된다. 현재 KOICA의 정책 및 가이드라인은 보건과 환경 분야의 전략이 각기 독립하여 별도로 수립되어 있다. 보건 분야에서 환경에 대한 고려는 아직 미흡한 수준임을 이미 앞에서 설명하였고, 범분야 이슈인 환경에서도 아직 인구 및 가족계획은 물론이고, 보건 분야에 대한 고려도 미흡한 상황이다. 환경과 관련하여서는, 최근 KOICA에서 새롭게 개정된 환경가이드라인의 시범 사업의 하나인 라오스 우돗사이주 싸이군 식수공급사업(290만 불)에서도 이를 확인할 수 있다. 식수공급사업의 경우, 사업 시행으로 인해 깨끗하고 안전한 식수가 공급될 경우, 수인성 전염병의 예방이 가능해지는 등 지역사회의 보건

과 밀접한 관련이 있는 사업임에도 불구하고, 환경가이드라인의 고려사항에 보건과 관련된 사항을 부재한 것으로 확인되었다. 즉, 환경에 대한 관련 고려는 있으나, 보건 분야에서 식수공급사업이 필요한 이유나 이 사업으로 인해 보건 분야 혹은 인구 및 가족계획 분야에 발생하게 될 효과에 대한 언급이나 조사 또는 평가 항목이 부재하였다. 실제로 KOICA가 에티오피아 아르시에서 실시한 아르시 가족계획 및 모자보건 사업의 최종보고서에서도 가족계획과 식수공급 사업의 연계가 필요함을 밝힌 바 있다.⁷⁷⁾

따라서 인구 및 가족계획과 환경을 동시에 고려한 별도의 정책이나 가이드라인의 수립이 필요할 것으로 생각된다. 일반적으로 활용이 가능한 보건과 환경분야의 통합 전략 수립 후, 이를 바탕으로 인구 및 가족계획과 환경의 통합 프로그램에 적용 가능한 전략 및 가이드라인을 점차적으로 발전시키는 단계적 접근도 필요할 것으로 판단된다. 혹은 현재의 환경가이드라인의 사업분야별 환경점검표에는 빠져있는 인구 및 가족계획 사업용 환경점검표 추가 등의 방법을 사용하여, 기존의 환경가이드라인을 수정·보완하여 적용하는 방법도 가능할 것이다.

이렇듯, 글로벌 도전과제와 관련하여 KOICA의 인구 및 가족계획 프로그램의 환경 또는 지속가능한 개발과의 연계는 보완이 이뤄질 경우, 이 분야 ODA의 효과성도 증대될 것으로 생각된다.

(2) HIV/AIDS

다음으로 KOICA의 인구 및 가족계획 지원 전략은 글로벌 공공재인 HIV/AIDS와의 연계와 관련하여 보다 구체적인 지원 전략과 평가 지표를 구축할 필요도 있다. 왜냐하면, 인구증가 문제를 해결하기 위해 인구 및 가족계획 사업은 일반적으로 HIV/AIDS 퇴치 및 예방과 밀접하게 연결되어 있으며, 인구 및 가족계획 프로그램에 HIV/AIDS 프로그램이 통합되어 실시될 경우 비용효과적으로 HIV/AIDS 퇴치 또는 예방이 가능하기 때문이다.

현재 KOICA는 인구 및 가족계획 프로그램과 HIV/AIDS 관련 프로그램의 연계와 관련된 정책이나 실행전략을 보유하고 있지 않다는 점을 앞에서 설명한 바 있다. 실제로 에이즈 감염 환자수가 많은 대표적인 국가인 에티오피아에서 시행된

77) 한국국제협력단(2011b)의 에티오피아 아르시 가족계획 및 모자보건 사업 최종보고서에는 환경이나 HIV/AIDS뿐만 아니라, 타 분야 사업(예, 학교 사업, 식수 사업, 주택 사업 및 봉사단 파견 사업이나 국내초청 연수 사업 등)과 연계하여 보건의료사업의 효과를 극대화해야 할 것을 제안하기도 하였다. 뿐만 아니라 NGO 사업과의 연계를 통한 성공 전략 및 기술을 공유할 것을 제안한다. 국제 NGO들과의 연계를 통하여 비교적 단기간에 지역정보를 수집할 수 있으며, 가용자원을 적극 활용함으로써 비용효과적인 사업추진이 가능하다고 제언사항을 밝히고 있다.

KOICA의 ‘에티오피아 아르시존 가족계획 및 모자보건 사업’에도, HIV/AIDS와 관련된 정책적 고려가 빠져 있었음을 확인할 수 있다.

따라서 상기 내용을 고려할 때, KOICA도 인구 및 가족계획 프로그램과 HIV/AIDS 프로그램의 연계하기 위해 인구 및 가족계획 프로그램 계획 및 사업 수행 및 평가의 모든 단계에서 HIV/AIDS에 대한 고려를 포함하도록 관련 정책 및 전략을 수립하여야 한다. 실제로 2011년 종료된 에티오피아 아르시 가족계획 및 모자보건 증진 사업의 최종 보고서에서도, 이러한 내용이 향후 KOICA의 모자보건 및 가족계획 사업의 제언사항으로 제안되기도 하였다.

구체적인 실행방안으로는 우선, 사업시행 이전의 타당성 검토 단계에서는 HIV/AIDS 양성보균자인 가임여성이 많이 분포되어 있으나, 상대적으로 인구 및 가족계획에 대한 공급이 부족한 지역을 사업 대상지로 선정하였는지의 여부 등이 검토 항목에 포함되도록 보완이 필요할 것으로 생각된다. 또한 이러한 지역을 선정하여 실제 사업을 수행하고, 그 결과를 구체적으로 확인하는 작업을 통해, 관련 정책 및 사업의 효과성 제고 도모도 같이 이뤄져야 할 것이다. 한편, 사업 시행 과정에서는 인구 및 가족계획과 HIV/AIDS 분야에 모두에 효과를 발생시키는 정책이나 수단을 도입하여 시행하도록 하고, 관련 지표를 구체적으로 설정하여 모니터 및 평가를 실시하여야 할 것이다. 끝으로, 가족계획과 HIV/AIDS 예방을 연계한 파일럿 사업을 통해 우수 사례를 발굴(Best Practice), 가족계획 사업의 에이즈 예방 관련 비용효과적인 측면의 증명도 할 수 있고 이를 바탕으로 보다 효과적인 인구 및 가족계획 관련 사업 수행이 가능할 것으로 생각된다.

[글상자 6] 에티오피아 아르시 가족계획 및 모자보건 사업(2008~2010)

에티오피아는 1인당 국민소득 110불의 세계 최빈국 중의 하나로 급속히 증가하는 인구 때문에 경제성장이 이루어지지 못하는 악순환을 거듭하고 있으며, 정부와 국제 NGO의 장기간 가족계획사업에도 불구하고 지속적으로 인구가 증가하는 아프리카에선 2번째 인구대국(8천 5백만/2008년)으로 매해 인구증가율은 2.5% 가량이다. 가임 여성의 약 50%가 피임을 원하고 있지만 가족계획 서비스에 대한 접근성과 물품이 부족하여 가족계획 실천율은 현재 약 15%에 미치고 있다.

에티오피아 아르시 가족계획 및 모자보건사업은 에티오피아의 원치 않는 임신율 감소, 출산율 저하, 모성 사망률 및 신생아 사망률을 낮추기 위해 에티오피아 오로미야(Oromiya)주 아르시(Arsi) 지역에서 지역사회 기반, 주민참여를 바

탕으로 지역주민에게 가족계획서비스를 제공함과 동시에 교육과 상담을 통해 가족계획에 대한 정보를 제공하여 가족계획에 대한 인식을 변화시키고, 보건의로 인력들의 가족계획 및 모자보건서비스 기술을 향상시키고자 다양한 프로그램을 전개하고 있다.

이를 위하여 가족계획훈련센터에서 보건의로 인력을 훈련시키고, 가족계획서비스를 제공함과 동시에 훈련센터를 기반으로 지역사회 주민 교육을 시행하였다. 또한 우리나라의 성공적인 주민활성화(communitary mobilization) 경험을 적용하여 지역사회 참여를 통한 주민가치관 변화를 유도하면서 지역사회의 가족계획 역량을 강화하기 위하여 주민 지도자 중심으로 한 자치회 활동을 활성화하고 하부 지역사회 행정단위에서 직접 체험 및 의식개혁을 유도하였다.

2008년에서 2010년까지 진행된 사업의 결과로 가족계획에 대한 주민들의 지식 및 태도가 개선되었으며, 가족계획 실천율은 남성에 있어 10% 여성은 3%가량 증가하였다. 그 중에서도 장기 피임은 10배 이상 증가하였다. 지역사회의 가족계획 역량을 강화하기 위해서 시행한 간호사, 마을건강요원 교육을 통해서 안정적인 가족계획교육을 할 수 있도록 역량이 강화되었다. 이러한 활동을 통해서 가족계획 서비스에 대한 접근성이 증가하였고 질적인 향상을 가져왔다.

출처: 오충현 외 (2011), pp. 37-38.

3) 인구 및 가족계획 프로그램의 영향평가와 연계

인구 및 가족계획 프로그램이 환경, HIV/AIDS, 빈곤감소와 연계되어 있으며, 이들 통합한 프로그램은 관련된 분야 모두에 긍정적인 효과를 발생시킨다는 바를 서술한 바 있다. 그러나 이러한 통합 인구 및 가족계획 프로그램의 비용효과적인 측면은 실제 수행된 사업에서 평가를 통해 결과로 확인하는 과정이 필요하다. 평가를 통해 통합 프로그램의 비용효과적인 측면이 확인될 경우, 향후 이러한 사업의 정당성 확보에도 도움이 될 뿐만 아니라, 피드백 과정을 통해 프로그램의 개선도 도모할 수 있다는 점에서 평가의 실시는 중요하다고 할 수 있다. 따라서 KOICA는 인구 및 가족계획 프로그램과 환경, HIV/AIDS, 빈곤감소와의 통합 전략을 수립하고 사업을 시행하는 동시에, 이들 통합 프로그램의 영향을 평가할 수 있는 영향평가를 실시하여야 할 것이다.

[표 15] 에티오피아 아르시 가족계획 및 모자보건 사업 평가 지표

	성과수준	성과항목	성과측정 세부질문	Indicators
종료 평가	산출물 (Output)	- 인프라 강화 - 모자보건 및 가족 계획 서비스 접근성 강화	- 모자보건 및 가족 계획 서비스 확대 되었는가? - 보건의료 기초 훈련 시설 개선되었는가? - 보건인력의 모자보건 역량강화 교육이 제공되었는가?	- 단기/장기 피임 시술 횟수 - 가족계획 상담횟수 - 콘돔 사용률 - 안전분만키트 배포 수 및 교육 횟수 - 보건의료인력 역량 강화 교육 서비스 유무 및 횟수
	초기성과 (Initial outcome)	- 보건의료 인력 역량 강화 - 가족계획 지식 증가	- 역량강화 서비스가 적절하게 제공 되었는가? - 역량강화 서비스로 인해 지식이 증진되고 효과적이었는가?	- 보건의료인력 역량강화 교육 횟수 및 교육효과 테스트 점수 - 주민건강요원 교육 효과테스트 점수 - 가족계획 피임방법 종류 지식 유무 - 교육서비스 만족도
		가족계획 인식 증가	- 인식 향상 - 의식 개선	- 가족계획에 관한 의식 변화
영향력 평가	중기성과 (Intermediate outcome)	가족계획 태도 변화	- 인식향상으로 인한 가족계획 참여할 의향 변화되었는가? - 단기피임에서 장기피임으로 전환할 의향이 있는가?	- 주민 가족계획 태도 변화 - 단기피임에서 장기피임 전환 의향
		가족계획 실천 증가	- 가족계획에 참여하고 있는가? - 도구를 이용한 피임을 실천하고 있는가?	- 피임실천율 - 단기피임 및 장기피임 실천율
	장기성과 (Long-term outcome/ Impact)	- 가족계획 원치 않은 임신율 감소 - 모성건강증진	- 원치 않는 임신이 감소하였는가? - 태아와 산모의 건강이 증진되었는가?	- 합계출산율 - 신생아 사망률 - 모성사망률 감소

출처: 한국국제협력단 (2011b)

앞에서도 언급하였듯이 에티오피아에서 시행된 사업 같은 경우 에이즈 감염 환자수가 많아 어려움을 겪고 있는 국가라는 점을 고려할 때, 가족계획 및 피임 교육이나 서비스를 제공받은 사람 중 HIV 양성 보균자의 수, 에이즈 모자수직감염률 추이, HIV 감염자 수 등을 지표로 설정하여 장단기적인 인구 및 가족계획과 HIV/AIDS 프로그램의 통합 효과 평가가 가능할 것으로 생각된다. 따라서 HIV/AIDS 환자가 상대적으로 집중되어 있는 아프리카 지역에서의 인구 및 가족계획 사업 수행 시, 계획단계에서부

터 이를 고려하고 평가단계에서 이로 인해 해당지역에서 장기적으로 예방하게 되는 에이즈 모자수직감염률 추이 등을 지표로 설정하여 추적하는 파일럿 사업을 시행해 보는 것도 도움이 될 것으로 생각된다.

[표 16] 통합 인구 및 가족계획 프로그램 평가 지표 예시

	환경	HIV/AIDS	빈곤감소
지표	- 인구증가로 생물다양성 또는 자원고갈 발생 위험지역의 경우, 해당 자원의 잔존수량 - 관련 국내 정책 및 법률의 입안 여부	- 모자감염발생건수 - HIV 유병률 15~24세 인구 중 HIV의 감염경로 및 예방법에 대한 올바른 지식을 보유한 인구 수	- 일인당 소득 변화 - 일일 \$1.25(PPP) 미만으로 생활하는 인구 수

출처: 저자작성

다음으로 [표 16]에 소개된 예시처럼 환경 및 빈곤감소와 인구 및 가족계획 통합 프로그램에도 통합 프로그램의 비용효과적인 측면을 고려할 수 있는 평가지표의 수립 및 평가가 시행되어야 할 것으로 생각된다.

참고 문헌

- 김성운 (2010). 「사회발전과 인구변동에 관한 연구」. 『정책과학연구』 2010년 19권 2호: 5~17면. 서울: 단국대학교 정책과학연구소
- 김수일 (1976). 『인구증가와 사회개발』. 서울: 한국교육개발원.
- 김일곤 (1981). 「개발도상국의 인구압력과 농업개발」. 『부산상대논집』 1981년 12월호: 17~31면. 부산: 부산대학교
- 대한가족보건복지협회 (n.d). 『인구문제와 국제협력: 한국의 역할』.
- 멜서스/이서행 옮김 (2011). 『인구론』. 서울: 동서문화사
- 송용근 (2007). 『한국의 개도국 인구·생식보건 지원전략 개발』, 경희대학교 NGO대학원 석사 논문.
- 신동호 (1970). 「한국의 인구문제와 정책수단」. 『고대문화』 1970년 5월호: 76~83면. 서울: 고려대학교
- 오성동 (1985). 「멜서스의 인구론에 대한 고찰」. 『사회과학연구』 1985년 6월호: 229~241면. 부산: 조선대학교 사회과학연구원.
- 오충현·이훈상·지나운 (2011). 『모자보건 ODA 프로그램 모델 연구』. 한국국제협력단
- 임소영·손혁수 (2012). 『KOICA 환경주류화 가이드라인』. 한국국제협력단.
- 정성호 (2006). 「개발도상국의 인구변천 유형과 특징」. 『한국인구학』 2006년 29권 2호: 89~113면. 서울: 한국인구학회
- 정우진 (2010). 『한국형 개발협력 모델: 한국적 경험과 비교우위에 근거한 섹터별 프로그램』. 한국국제협력단.
- 정인환 (2012). “땅을 빼앗겨 밥조차 빼앗기겠네”, 『한겨레21』, [2012.05.21 제911호].

- 조한슬 (2012a). 『개발 성과 제고를 위한 글로벌 공공재의 역할과 개발협력의 과제』, ODA연구 2012-04-058. 한국국제협력단.
- 조한슬 (2012b). “글로벌 공공재와 개발협력”, 『국제개발협력』 2012년 2호. pp. 31-51. 한국국제협력단.
- 토마스 프리드먼 (최정임 역) (2008). 『코드그린: 뜨겁고 평평하고 봄비는 세계』. 21세기북스.
- 한국국제협력단 (2008). 『KOICA 분야별 전략: 보건의료 (2008~2010)』.
- 한국국제협력단 (2010). 『KOICA 선진화 계획 2010~2015: 글로벌 ODA전문기관으로의 도약을 위한 로드맵』.
- 한국국제협력단 (2011a). 『KOICA 보건의료 전략 (2011~2015)』.
- 한국국제협력단 (2011b). 『“에티오피아 아르시존 가족계획 및 모자보건 증진사업” 영향평가 I 종료평가 최종보고서』.
- 한국국제협력단 (2011c). 『에티오피아 아르시존 가족계획 및 모자보건 증진사업 최종보고서』.
- 한국국제협력단 (2011d). 『KOICA 연구 중기전략: 2011:~2015』. 2011년 1월.
- 한국은행 (1974). 「인구증가가 경제발전에 미치는 영향」. 『한국은행』 1974년 11월호: 38~47면. 서울: 한국은행.
- Swaminathan M.S. (1994). 「21세기의 세계식량문제 다가오는 인구 100만 시대 아시아에 있어서 인구증가와 식량생산」. 『국제식량농업』 1994년 8월호: 3~25면. 서울: 국제연합식량농업기구 한국협회
- Ashford, Lori S. (2007). “Addressing Population in Poverty Reduction Strategies”. Washington DC: Population Reference Bureau

- Bhuyan, Anita., Borda, Maria., Winfrey, William. (2007). “Making Family Planning Part of the PRSP Process: A Guide for Incorporating Family Planning Programs into Poverty Reduction Strategy Papers”. Washington DC: Health Policy Initiative, Task Order (1)
- Population Action International (2004). “Why population assistance matter”.
- Speidel, J. Joseph., Sinding, Steven., Gillespie, Duff., Maguire, Elizabeth., Neuse, Margaret. (2009). “Making the Case for U.S. International Family Planning Assistance”. Gates Institute.
- UN (2007). *Strategic plan, 2008–2011: Accelerating progress and national ownership of the ICPD Programme of Action*, (10~14 September 2007, DP/FPA/2007/17). New York: United Nations Population Fund.
- UN (2011). *World Population Prospects: The 2010 Revision*. New York: Publication Division of the Department of Economic and Social Affairs.
- UNFPA and Population Reference Bureau (2009). “Healthy Expectations Celebrating Achievements of the Cairo Consensus and Highlighting the Urgency for Action”. New York: UNFPA.
- UNFPA (2003a). “Counting the People Constraining Census Costs and Assessing Alternative Approaches”. New York: UNFPA.
- UNFPA (2003b). “Population, Reproductive Health and the Millennium Development Goals”. New York: UNFPA.
- UNFPA (2007). “Cairo to 2015: The Road to Success, 2006 Global Survey”. New York: UNFPA.
- UNFPA (2009). “Healthy Expectations: Celebrating Achievements of the Cairo Consensus and Highlighting the Urgency for Action”. New York: UNFPA.
- UNFPA (2011a). “Financing the ICPD Programme of Action: Data for 2009 Estimates for 2010/2011”. New York: UNFPA.

UNFPA (2011b). “Locking Back Moving Forward : Result and Recommendations from the ICPD at 15 Process”. New York: UNFPA.

UNFPA (2011c). “Population Dynamics in the Least Developed Countries: Challenges and Opportunities for Development and Poverty Reduction”. New York: UNFPA.

UNFPA (2011d). “The State of World Population 2011”. New York: UNFPA.

USAID (1982). “USAID Policy Paper: Population Assistance”. Washington, DC: Bureau for Program and Policy Coordination, USAID.

USAID (2008). “Fact Sheet: Balancing People and the Environment to Promote Resilient Communities”, Washington, DC: USAID.

USAID (2009). “Making the Case for U.S. International Family Planning Assistance Report”, Washington, DC: USAID.

USAID (n.d). “USAID's Family Planning Program Timeline: Before 1965 to the Present”. Washington, DC: USAID.

United States Department of State and USAID (2011). “Jonit Summary of Performance and Financial Information for FY 2010”.

별첨 1. 2006~2010 KOICA 인구 및 가족계획 ODA 사업

년도	원조목적코드명	국가	사업형태	사업/건/인원	금액		사업기간
					원	달러	
2006	인구 및 생식보건 부문 교육	아프가니스탄	연수생초청	인구와 생식보건	13,255,653	13,873	2006-03-09~2006-03-24
		방글라데시	연수생초청	인구와 생식보건	7,878,592	8,245	2006-03-09~2006-03-24
		캄보디아	연수생초청	인구와 생식보건	10,385,124	10,869	2006-03-09~2006-03-24
		인도네시아	연수생초청	인구와 생식보건	9,347,627	9,783	2006-03-09~2006-03-24
		동티모르	연수생초청	인구와 생식보건	7,388,406	7,732	2006-03-09~2006-03-24
		파키스탄	연수생초청	인구와 생식보건	3,796,936	3,974	2006-03-09~2006-03-24
2007	인구 및 생식보건 부문 교육	필리핀	연수생초청	인구와 생식보건	3,051,326	3,193	2006-03-09~2006-03-24
		필리핀	해외봉사단	조선(김보형)	12,704,037	13,672	2005-07-28~2007-08-27
		IPPF국제가족 계획연맹	물자지원	IPPF 아프리카 사업 지원	703,500,000	757,103	2007-01-01~2007-12-31
	가족계획	에티오피아	연수생초청	에티오피아 인구와 생식보건	85,488,712	92,002	2007-08-16~2007-08-31
		에티오피아	프로젝트-일반사업	에티오피아 아르시 가족계획 및 모자보건 증진	1,584,374,407	1,427,236	2007-07-14~2010-12-31
2008	인구 및 생식보건 부문 교육	방글라데시	연수생초청	인구와 생식보건	6,306,059	5,681	2008-02-21~2008-03-07
		캄보디아	연수생초청	인구와 생식보건	6,188,559	5,575	2008-02-21~2008-03-07
		동티모르	연수생초청	인구와 생식보건	6,129,159	5,521	2008-02-21~2008-03-07
		라오스	연수생초청	인구와 생식보건	6,772,359	6,101	2008-02-21~2008-03-07
		파키스탄	연수생초청	인구와 생식보건	7,183,559	6,471	2008-02-21~2008-03-07
		필리핀	연수생초청	인구와 생식보건	6,156,759	5,546	2008-02-21~2008-03-07
		스리랑카	연수생초청	인구와 생식보건	6,411,259	5,775	2008-02-21~2008-03-07
		베트남	연수생초청	인구와 생식보건	6,158,559	5,548	2008-02-21~2008-03-07

년도	원조목적코드명	국가	사업형태	사업/건/인원	금액		사업기간
					원	달러	
2008	인구 및 생식보건 부문 교육	요르단	연수생초청	인구와 생식보건	6,332,159	5,704	2008-02-21~2008-03-07
		에티오피아	연수생초청	인구와 생식보건(에티오피아, 나이지리아, 탄자니아)	31,687,015	28,544	2008-08-21~2008-09-06
		가나	연수생초청	인구와 생식보건(에티오피아, 나이지리아, 탄자니아)	17,492,006	15,757	2008-08-21~2008-09-06
		나이지리아	연수생초청	인구와 생식보건(에티오피아, 나이지리아, 탄자니아)	32,120,015	28,934	2008-08-21~2008-09-06
		세네갈	해외봉사단	간호(김형희)	19,466,115	17,535	2008-10-31~2010-10-30
		탄자니아	연수생초청	인구와 생식보건(에티오피아, 나이지리아, 탄자니아)	29,914,515	26,948	2008-08-21~2008-09-06
		도미니카연방	연수생초청	인구와 생식보건	14,742,318	13,280	2008-02-21~2008-03-07
		과테말라	연수생초청	과테말라 인구와 생식보건	107,699,135	97,018	2008-11-13~2008-11-28
		아이티	연수생초청	인구와 생식보건	7,614,459	6,859	2008-02-21~2008-03-07
		온두라스	연수생초청	인구와 생식보건	6,995,059	6,301	2008-02-21~2008-03-07
		파라과이	연수생초청	인구와 생식보건	7,979,609	7,188	2008-02-21~2008-03-07
		파푸아뉴기니	연수생초청	인구와 생식보건	7,265,859	6,545	2008-02-21~2008-03-07
2009	인구 및 생식보건 부문 교육	우즈베키스탄	연수생초청	인구와 생식보건	6,974,159	6,282	2008-02-21~2008-03-07
		아프가니스탄	연수생초청	SAARC 특별연수 - 인구와 생식보건	20,781,550	16,313	2009-04-30~2009-05-15
		방글라데시	연수생초청	SAARC 특별연수 - 인구와 생식보건	17,254,938	13,545	2009-04-30~2009-05-15
		캄보디아	연수생초청	인구와 생식보건	9,566,584	7,510	2009-02-24~2009-03-11
		인도	연수생초청	SAARC 특별연수 - 인구와 생식보건	16,185,569	12,706	2009-04-30~2009-05-15
		라오스	연수생초청	인구와 생식보건	5,538,608	4,348	2009-02-24~2009-03-11

년도	원조목적코드명	국가	사업형태	사업/건/인원	금액		사업기간
					원	달러	
2009	인구 및 생식보건 부문 교육	몰디브	연수생초청	SAARC 특별연수 - 인구와 생식보건	18,758,251	14,725	2009-04-30~2009-05-15
		네팔	연수생초청	SAARC 특별연수 - 인구와 생식보건	17,910,136	14,059	2009-04-30~2009-05-15
		스리랑카	연수생초청	SAARC 특별연수 - 인구와 생식보건	18,731,626	14,704	2009-04-30~2009-05-15
		베트남	연수생초청	인구와 생식보건	9,918,473	7,786	2009-02-24~2009-03-11
		요르단	연수생초청	인구와 생식보건	11,495,745	9,024	2009-02-24~2009-03-11
		이집트	연수생초청	인구와 생식보건	11,946,039	9,378	2009-02-24~2009-03-11
		에티오피아	연수생초청	인구와 생식보건	15,591,359	12,239	2009-02-24~2009-03-11
		나이지리아	연수생초청	인구와 생식보건	8,682,720	6,816	2009-02-24~2009-03-11
		세네갈	해외봉사단	모자보건(김형희)	28,892,516	22,680	2008-10-31~2010-10-30
		도미니카공화국	연수생초청	인구와 생식보건	8,523,124	6,691	2009-02-24~2009-03-11
		과테말라	연수생초청	과테말라 인구와 생식보건	115,811,405	90,911	2009-06-11~2009-06-26
		파나마	해외봉사단	모자보건(이은혜)	29,906,223	23,476	2009-05-25~2011-05-24
2010	가족계획 인구 및 생식보건 부문 교육	파나마	해외봉사단	모자보건(정행술)	29,906,223	23,476	2009-05-25~2011-05-24
		파라과이	연수생초청	인구와 생식보건	14,618,925	11,476	2009-02-24~2009-03-11
		에티오피아	프로젝트-일반사업	에티오피아 아르시 가족계획 및 모자보건 증진	1,264,126,465	992,328	2007-07-14~2010-12-31
		인도	NGO봉사단	간호	14,095,268	12,199	2010-01-01~2010-12-31
		에티오피아	NGO봉사단	간호	17,988,966	15,569	2010-01-01~2010-12-31
		세네갈	해외봉사단	간호(김형희)	4,941,722	4,277	2008-10-31~2010-02-03
		탄자니아	NGO	탄자니아 청소년 성건강 증진사업	58,599,141	50,718	2010-01-01~2010-12-31

2010	인구 및 생식보건 부문 교육	과테말라	프로젝트-일반사업	과테말라 모자보건 역량강화사업 (2010-2012/150만불)	413,814,908	358,157	2010-01-01~2012-12-31
		파나마	해외봉사단	간호(이은혜)	38,590,563	33,400	2009-06-08~2011-06-07
				간호(정행술)	27,614,263	23,900	2009-06-08~2011-06-07
	가족계획	에티오피아	프로젝트-일반사업	에티오피아 아르시 가족계획 및 모자보건 증진	681,789,082	590,089	2007-07-14~2010-12-31
		합계			5,720,339,909	5,063,298	

출처: 저자작성(KOICA ODA통계사이트)

별첨 2. USAID 가족계획 프레임워크(Strategic Framework)

1) Immediate Results: Global Leadership demonstrated in Family Planning policy, advocacy, and services

- Evidence-based global policy development
- Global advocacy & agenda setting
- Creating global partnerships
- Influencing other donors programs
- Sectoral priority setting within USAID

2) Immediate Results: Knowledge generated, organized, and disseminated in response to program needs

- Operations & program research
- Biomedical research
- Development of research capacity
- Development of tools, technologies & approaches to improve best practices
- Data collection
- Evaluation/summaritive research
- Synthesis & packaging of information
- Dissemination activities

3) Immediate Results: Support provided to the field to implement effective and sustainable Family Planning programs

- Establish mechanisms for missions to access central expertise (technical assistance provided by cooperating agencies)
- Provide direct technical expertise to the field (technical assistance provided by Family Planning staff)
- Create partnerships to implement best practices in field programs
- Procure & distribute commodities

출처: USAID 홈페이지

연구자료 ODA연구 2012-17-222

KOICA 개발정책포커스 13호

발 행 2012년 7월
발 행 인 박 대 원
발 행 처 한국국제협력단
편 집 인 ODA연구실
주 소 경기도 성남시 수정구 대왕판교로 825 (우 461-833)
전 화 031) 740-0114
팩 스 031) 740-0655
홈 페이지 <http://www.koica.go.kr>
인 쇄 동화인쇄사

[본 보고서의 저작권은 한국국제협력단에 있으며,
한국국제협력단의 허락없이 무단 전재와 복제를 금합니다.]

ISSN 2093-2111

