



한국 보건의료 무상 ODA의 협업방안에 관한 연구

2013. 12

사회개발팀
차승만

저자

차 승 만

(E-mail: jesuscha@koica.go.kr, jesusdongja@hanmail.net)

▶ 주요 경력

- 한국국제협력단 사회개발팀 보건전문관 (2013.1~현재)
- 서울대학교 보건대학원 보건인구학 박사과정 수료
- London School of Hygienic and Tropical Medicine, 역학 석사 졸업
(International program)
- 제 31회 기술고등고시 최연소(1995)

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

I. 서론	1
1. 연구 배경 및 필요성	1
2. 연구 목적 및 연구 범위	5
II. 연구 방법	6
1. 문헌 검토	6
2. 인터뷰	7
3. 기타	8
III. 연구 결과	9
1. 원조분절화로 인한 문제	9
2. 원조 분절화 대응방안에 대한 국내외 논의 현황	11
3. 한국 무상 ODA 협업의 역사적 과정 및 현황	17
4. OECD 동료 국가들의 보건의료 ODA 수행 현황	18
5. OECD 동료 평가 결과를 통해 배우는 교훈	34
6. 미국의 보건의료 ODA 수행체계 및 협업 방안	52
7. OECD 동료국가들의 무상 ODA 협업 방안	63
8. ODA 협업 활성화를 위한 교훈 요약	69
IV. 결론 및 고찰	72
1. 원조 분절화에 대한 국내 논의 동향에 대한 고찰	72
2. KOICA와 KOFIH의 협업을 위한 선행 조건	78
3. KOICA와 KOFIH의 협업 방안	79
4. 결론	83
참고문헌	85
부록	89

표 목차

표 1. 유무상 사업 현황	1
표 2. OECD 동료평가 분석 대상	6
표 3. 인터뷰 대상국가	7
표 4. 각 국가의 부처별 무상 ODA 사업수행 현황	21
표 5. 주요 국가, 보건의료 ODA 분야별 사업 지출 규모	28
표 6. 호주 ODA 사업 참여자	68
표 7. 분절화 정도 및 협업 방안과 기타 무상 원조 특성	69

그림 목차

그림 1. 각 국별 무상원조 통합 정도	24
그림 2 국가 별 통합 정도 및 예산 규모	25
그림 3 부처별 원조 규모 3개년 추이	26
그림 4. 국가 별, 지난 10년 간 보건의료 ODA 규모	29
그림 5. 보건의료 ODA 양자사업 현황	30
그림 6. 2011년 국가 별 보건의료 ODA 사업 현황	31
그림 7. 주요 국가 보건의료 ODA 수행 현황	32
그림 8. 각 국가 보건의료 ODA 사업분야 별 비율	33

I. 서론

1. 연구 배경 및 필요성

가. 유상원조와 무상원조의 분절화

김창엽(2012)은 국제개발협력시민사회포럼(2011)의 내용을 인용하며 원조 분절화 문제를 지적하고 있다. 무상원조와 유상원조의 분절화된 시스템은 한국 보건의료 ODA에서 매우 중요한 문제로 총리실, 외교통상부, 기획재정부, 보건복지부 등 각 부처가 시행기관으로 각자의 사업을 진행하고 있어 수행주체 사이에서도 역할 분담 및 협력이 없는 채 동일한 사업을 진행하는 등 사업 중복과 분절화가 심함을 지적하고 있다. 경제개발협력기금의 2011년 통계에 따르면 차관 분야별 승인현황은 교통 29.1%, 에너지 18.2%, 수자원과 위생 15.1%, 보건 10.6%로 보건 분야가 4위를 차지하고 있다. 김창엽은 보건분야가 앞으로 중요한 분야로 차지하겠지만, 의료기자재 공급과 시설 건립 등에 그칠 것으로 예측하고 있다.

표 1. 유무상 사업 현황

구분	기획재정부 EDCF		외교통상부 KOICA			
	1990-2010		1992-2008			
의료 인프라 구축	병원건립, 개선/현대화사업	29	44%	의료 인프라 구축 (병원 건축, 의료시설 및 기자재 지원) 및 초청연수		
수질개선	상하수도, 폐수처리 시설 및 댐 건설	37	56%	상수도 및 식수개발	6	11%
보건의료 인력강화	-	-	-	모자보건역량강화사업	1	2%
총계		66	100%		54	100%

경제협력개발기금, 2011 (김창엽, 2012에서 재인용)

나. 무상원조의 분절화

한국국제보건의료재단(이하 KOFIH)은 KOICA와 함께 보건의료 무상원조를 시행하고 있는 기관이다. 고 이종욱 WHO 사무총장의 업적을 기리고자 2004년 설립되면서 2005년에 재단법인이 별도로 재정되었다. 사업은 크게 개발도상국 보건의료 지원사업, 북한 보건의료 지원사업, 외국인 근로자 지원사업, 재외동포 보건의료 지원사업, 해외재난 긴급구호사업, 이종욱 사무총장 기념사업, 의료기기 지원사업을 시행하고 있다. KOFIH는 2010년에 자체적으로 ODA 중장기 발전계획을 수립해 이를 바탕으로 2011년에 모자보건, 결핵, 기생충관리 ODA 사업모델을 개발했다. KOFIH는 2010년 결산 기준으로(889억 5천 8백만원) 보건분야에서 KOICA에 이어 두 번째로 가장 큰 규모의 원조를 집행하는 기관이다.

특히 이종욱 펠로우십은 사업 초기, 재단이 지원하는 의료사업과 연계하여 국내 초청, 단기 임상 연수 형태로 진행되었으나 점차 교육기간이 장기화되었고(최소 3개월 이상), 국내 초청 연수뿐 아니라 초청 연수를 전후한 현지에서의 사전 준비교육, 사후 보수교육 참가 등 연속 교육모듈 채택, 단순한 임상위주의 교육에서 보건관리 교육 등을 포함하는 교육과정 실시로 확대되었다. 아울러 재단에서 시행하는 원조사업 뿐 아니라, 타 정부부처(EDCF)가 시행하는 유무상 원조사업과 연계 실시 등 그 규모와 범위, 내용 면에서 변화를 거듭하여 왔다(KOFIH, 2012).

다. 선행연구 및 그 한계

보건의료분야 뿐만 아니라 전반적인 공적개발원조에서의 원조분절화는 효율성을 저해시키는 요소 중 하나로 손꼽히고 있다. 김창엽(2012)은 한국 정부가 모자보건 분야 원조액을 늘려가는 긍정적인 움직임에도 불구하고 외교통상부, 기획재정부, 보건복지부 등 여러 부처가 시행기관으로 각자의 사업을 진행하고 있으며 다양한 주체들 사이에 체계적 역할 분담 및 협력이 이뤄지지 않아 유상, 무상 보건원조가 모두 의료 인프라 구축, 수질개선이라는 동일한 사업에 집중되는 등 사업 중복과 분절화가 심하다고 비판하고 있다.

김창엽 등은 특히 라오스 모자보건사업 증진을 예로 들면서, 두 기관의 사업 목적이 모두 같으면서, 내용 역시 같은 사업을 추진하는 것을 문제로 지적하고 있다. 그는 라오스라는 특정 국가에서 실시한 KOICA 아동 병원 건립사업과 소아 인력 역량강화사업이 KOFIH에서 실시한 라오스 모자보건 증진사업 목적과 내용이 같음에도 사업이 전혀 연관성이 없이 별개로 수행되는 것을 지적하고 있다. 김창엽 등은 기관에 따라 우선순위가 다르고 중점분야 및 전문성에도 차이가 있지만 하고자 하는 사업의 방향은 동일하기에, 양기간에 통합적 국가협력 전략이 존재해야 하며 이 내부에 보건 분야가 편입되어 운영되는 체계로 가서, 이원화된 전략을 방지할 것을 강조하고 있다.

문상원과 박규희(2009, 국제개발협력)는 무상원조 분절화의 문제점으로 원조사업의 일관성 및 효율성의 저하, 사업수행 시스템 미비로 원조효과 감소, 수원국 개발계획 반영 및 공여국간 조정 곤란, 수원국 내 공식 통계 산정 시 어려움, 한국의 ODA에 대한 수원국 인식에 혼선 야기 등을 주장하고 있다.

2008년도 기준 무상원조 실적 중 KOICA의 예산은 272.4백만불로 전체 무상원조의 73.9%를 차지했다. 기획재정부 1개 부처에 의해 실시되는 유상원조에 비해 다수의 부처가 참여하는 무상원조의 경우 그 분절화로 인해 지원대상국이 늘어나고 있다. 2000년대 들어 과학, 정보통신, 농업분야가 전문성을 내세워 ODA를 제공하고 있으며, 지방정부도 국제화를 명분으로 개발원조사업을 실시하는 등 우리나라 무상원조사업은 그야말로 다원화체제가 되고 있다.

KOICA는 이러한 개별부처의 무상원조 수요를 반영하여, 개별 기관에 의한 독자적 무상원조시행을 조율하고 KOICA와의 협력관계를 강화하기 위해, 매년 중앙행정 기관 수요조사를 실시하고 있으며, 2009년부터 그 조사범위를 중앙부처 외에 지방자치단체까지 확대하였다. 하지만, 무상원조의 개념, 목적, 추진절차에 대한 해당기관의 이해부족 등으로 실제 상기 수요조사에 기초한 KOICA 사업 반영률은 낮은 상황으로 보고하고 있다 (문상원, 박규희, 2009).

최수영(2009, 한국국제개발협력)은 한국 ODA의 문제 중 가장 심각한 것으로, 40여개의 중앙 및 지방 부처에서 ODA를 실시하는 분절화에 있다고 지적하고 있다. 최수영은 ODA를 수행하는 부처에서 ODA 사업에 대한 이해가 부족하고 이를 부차사업으로 간주하고 있다고 주장한다. 또한 일부 부처에서 실시하는 기술이전, 연수생 초청 사업은 KOICA의 중점 사업 중 하나로, 개도국 개별부처와 별개로 진행되어 개발협력사업을 진행하는 부처들 사이에 시너지 효과를 주지 못하고 주장한다. 아울러 업무 부처별 중복성이 심하고, 전문성이 부족하고 특히 KOICA 사업과 유사한 점이 많아 총체적인 업무 조정과 연계가 필요함을 강조한다. 최수영은 또 부처별 ODA 사업에 대한 종합적 계획이 부재한 것을 지적하고 있다.

김대욱 등은 ODA Watch 월보(2010)를 통해 한국 무상원조 분절화의 문제점을 지적하고 있다. 분절화된 한국정부의 양자간 무상원조는 본래의 원조목표와 이를 이루기 위한 정책적 일관성을 떨어뜨려 사업의 시너지 효과 창출을 방해했으며 한정된 원조 자원의 비효율적 손실을 초래해왔다고 강조했다. 김대욱 등은 이러한 무상원조의 분절화 문제를 해결하기 위해 KOICA가 정부차원의 조율을 추진했으나 뚜렷한 성과를 이루어내지 못했다고 주장하고 있다.

그러나 이들 연구는 원조 분절화로 인한 문제들을 지적하는 데에 중점을 두고 있어, KOFIH가 실제로 사업을 수행하고 확대해나가는 현 시점에서, 한국의 보건의료 분야 공적개발원조의 개선을 위해 현실적으로 실현가능한 바람직한 분절화 극복방안을 제시하지 못하고 있다.

또한 김은미와 김지현(2009)은 한국 원조체계의 분절이 원조효과성에 미치는 영향 및 개선방안을 연구한 바 있다. 동 연구에서 김은미 등은 OECD/DAC 회원국 중 일부 국가의 유무상 원조 정책과 집행 분절 사례를 다루고 있다. 그러나 본 연구 역시 현재 한국 보건의료 원조 상황에 권고할 수 있는 바람직한 방향을 도출하는 데에는 미치지 못하고 있으며, 보건의료분야만이 아닌 개발원조 전체를 대상으로 한 개괄적인 분석에 그치고 있다.

이에 따라 보건의료 분야 무상원조의 분절화가 점차 뚜렷해지는 한국의 상황에서 바람직한 방향으로 주목할 수 있는 타 공여국의 분절화 극복 방안의 성공 사례나, 답습해서는 안될 실패사례에 대한 실증적 연구가 필요한 시점이다.

2. 연구 목적 및 연구 범위

본 연구는 무상원조 분절화를 극복하기 위해, 한국 보건의료 무상원조의 현 상황에서 당장 수행할 수 없는, 기관 차원의 통폐합 측면에 우선순위를 두지 않는다. 대신, 본 연구는 KOICA와 KOFIH로 나뉜 보건의료 무상원조의 한국적 상황에서, 보건의료사업의 효율성과 효과성을 높여 궁극적으로 개발도상국 지역주민들의 건강증진에 효과적으로 기여하기 위해 양 기관에 요구되는 협업방안을 도출하는 것을 그 목적으로 한다.

II. 연구 방법

1. 문헌 검토

원조분절화로 인해 파생되는 문제 및 이를 극복하기 위한 협업방안에 대한 국내외 문헌 조사를 실시하였다. 조직구조, 체계에 대한 부분은 본 연구의 범위에 포함되지 않아, 분절화 극복을 위한 협업, 조정, 협력에 대한 논의를 위주로 문헌 검토를 진행하였다. 또한 OECD 동료평가 분석을 통해 협업방안 또는 (보건의료) 무상 ODA 수행의 특징 및 교훈을 도출하였다. 대상국가는 미국, 독일, 일본, 그리스, 호주, 영국, 캐나다, 벨기에, 네덜란드이다.

표 2. OECD 동료평가 분석 대상

순번	국가	평가 연도	동료평가국가	현장방문국가
1	미국	2011	덴마크, EU	가나, 요르단
2	독일	2010	호주, 영국	모로코, 잠비아
3	일본	2010	덴마크, 독일	방글라데시, 케냐
4	그리스	2011	벨기에, 포르투갈	-
5	호주	2013	캐나다, EU	필리핀
6	캐나다	2012	프랑스, 네덜란드	이티오피아
7	벨기에	2010	캐나다, 스위스	브룬디
8	영국	2010	스페인, 스웨덴	인도, 르완다
9	네덜란드	2011	이태리, 미국	탄자니아

2. 인터뷰

가. 면대면 인터뷰

2012년 8월 ~ 2013년 7월 간 USA에 파견된 박순진 주재원이 USAID 국제보건국 직원과 수회에 걸쳐 면대면 인터뷰를 진행하였고, 인터뷰 이외에 USAID에 축적된 상당한 분량의 기관 문서를 검토하여 주요 특징을 분석하였다. 또한 2013년 8월에 USAID에 파견된 이택근 주재원이 아래 나 항에서 서면 인터뷰를 진행한 내용을 가지고 직접 면대면 인터뷰를 진행하여 파악하였다.

나. 서면 인터뷰

타 공역국의 협업체계, 보건의료 무상 ODA 사업 수행체계, 한국에 대한 동료들의 조언, 사업발굴 및 수행 방식 등에 대해 일본, 호주, 독일, 영국, 스웨덴, 캐나다를 대상으로 서면 인터뷰를 의뢰하였고¹⁾, 일본, 호주, 스웨덴이 답변을 송부해왔으며, 미국은 이택근 주재원이 직접 인터뷰를 실시하였다.

표 3. 인터뷰 대상국가

순번	국가 /기관	설문발송일시	회답일시	회답자	소속
1	미국 USAID	2011.11.20.(수)	2013.11.26.(화)	Jeri Dible	국제보건국
2	일본 JICA	2011.11.20.(수)	2013.12.04(수)	Takenori Nasu	국제이슈/개별 협력/전략부
3	스웨덴 SIDA	2011.11.20.(수)	2013.11.21.(목)	Anders Molin	보건부
4	호주 (외교부)	2011.11.20.(수)	2013.12.9.(월)	인도네시아사 업담당	
5	독일 BMZ	2011.11.20.(수)	N/A		
6	영국 DFID	2011.11.20.(수)	N/A		
7	캐나다 (외교부)	2011.11.20.(수)	N/A		

1) 질문 내용은 참고 자료로 덧붙임

3. 기타

문헌검토와 인터뷰 결과를 바탕으로 무상 ODA의 협업을 위해 동료 국가들이 실시하는 방안을 요약하고, 몇 가지 특성을 도출하였다. 이를 바탕으로 한국 보건의료 무상 ODA의 협업을 위해 필요한 전제조건과 세부 협업 방안을 제시한 후 자문 위원 3명을 통해 연구 방법 및 결론의 신뢰성과 타당성에 대한 검증단계를 거쳤다.

Ⅲ. 연구 결과

1. 원조분절화로 인한 문제

본 연구가 무상원조 분절화에 대한 근본적인 대안보다는 협업 방안을 연구하는 것이나, 분절화로 인해 어떤 문제들이 발생하고 있는지를 분명히 인식하고 있는 것은 협업의 방향을 설정하는 데에 좋은 통찰을 제시해줄 수 있을 것이다. 지난 10년 간 우리나라에서 ODA 사업에 참여하는 시행기관의 수는 18개에서 47개로 약 2.5배가 증가했고, 2001년 대비 2010년 무상원조 규모는 10배 확대되었다. 그러나 2012년 기준, 무상원조에서 KOICA가 차지하는 비율은 65%에 불과했다. 본 연구의 근원적 출발점은 한국 보건의료 무상 ODA의 분절화이기 때문에, 무상원조 분절화로 인한 문제점을 분명히 인식하는 것이 중요하다. 원조 분절화로 인한 문제를 간략히 정리해보면 다음과 같다.

① 원조정책의 낮은 일관성

원조 분절화는 원조정책의 일관성을 확보하기 어렵게 만든다.

② 정책과 집행의 분산화

원조 분절화는 정책과 집행의 분산화를 초래하여 우리 ODA 정책이 추구하는 가치, 원칙, 전략적 목적을 합의하기 어렵게 한다.

③ 사업 중복

원조 분절화로 인해 다양한 무상기관이 동일한 성격의 사업을, 수원국 내에서 중복하여 시행함으로써 원조정책의 효율성 저하를 야기한다.

④ 사업 간 연계 부족 및 낮은 사업 성과

원조 분절화로 인해 각 기관 간 정보공유가 미흡하여, 어떤 기관이 어떤 사업을 추진

하고 있고 계획하고 있는지를 알 수 없다. 이는 중복사업을 방지하고, 사업 간 연계를 하기 어렵게 한다. 이것은 결국 ODA 사업의 낮은 성과로 나타난다. 또한 사업 간 연계성 부재로 원조의 핵심 요소인 원조 예측성과 효과의 지속성이 보장되기 어렵게 만든다.

⑤ 사업 선정 과정에서의 유기적인 협력 부족

사업 선정과정에서 기관 간 유기적인 협력이 부족하다. 유무상 사업 1차 조정(외교부)과 종합조정(국조실) 및 예산 편성(기재부)에 이르는 과정에서 심사기준이 일치하지 않거나, 국조실 조정의 결과가 예산편성 과정에 체계적으로 반영되도록 하는 시스템도 미흡하다. 이로 인해 국조실의 사업 조정에서 부적합 판정을 받거나, 사업 조정 과정을 거치지 않은 사업계획에 예산이 지원되는 사례도 발생한다.

⑥ 기관 간 소통 부족, 갈등 발생

우리나라 유무상 원조가 분리되어 추진되는 과정에서 양 기관의 입장에 차이점이 생겼고, 불필요한 오해와 불협화음이 발생했다. 또한 무상원조 기관 간에도 ODA 사업의 경합 과정에서 소통과 협력이 아닌 단독으로 사업을 추진하면서 갈등이 발생하였다.

그 외, 무상원조 분절화로 인해 ⑦ 행정비용이 과다해지고, ⑧ 현장 중심의 원조 수행이 어렵고, ⑨ 협력국과의 일관성 있는 협상과 정책대화가 어렵다. 그리고 ⑩ 일관성 있는 국가협력전략 구현에 어려움이 있으며, ⑪ 통합적인 대외정책 실행에 문제가 발생한다.

2. 원조 분절화 대응방안에 대한 국내외 논의 현황

가. ODA 추진 체계 개편

김정해 등(2013)은 원조 분산화에 대한 대응방안으로 ODA 추진체계 개편 방안을 제시하고 있다. 김정해 등은 ODA 추진체계 개편 방안을 집행기능과 정책기능의 통합 및 분산정도에 따라 9가지로 분류하고, 실현가능성, 효율성, 조정능력의 관점에서 통합체계의 발전경로를 제시하였다.

동 연구는, 원조 분절화를 해결하기 위한 가장 이상적인 방향은 원조 정책 및 집행의 일원화를 모색하는 것이라고 주장하고 있다. 그러나 현실과의 괴리가 커서 원조체계 일원화 방향은 장기적인 과제로 추진할 것으로 권고한다. 김정해 등은 우리나라의 역사적 맥락과 발전 경로, 실현가능성을 고려하여, 급격한 변화를 추진하기 보다는 단계적으로 ODA 추진체계를 개편할 것을 제안하고 있다. 연구자들은 우리나라는 유무상 통합의 현실적 어려움과 개별부처의 전문성 활용에 대한 긍정적 평가 때문에 통합보다는 조정을 선택하였고, 새로운 통합원조 정책 또는 집행 기관 설치에 상당한 저항이 따를 것으로 예상하고 있다.

ODA 추진 체계를 논의하거나, 현재 논의되는 현황을 검토하는 것은 본 연구 주제의 범위를 벗어난다. 따라서 본 연구에서는 김정해 등의 ODA 추진체계 개편안을 검토하지는 않는다.

그러나 동 연구에서 기관의 전문성에 대한 부분에 대해선 비평이 가능하다. 동 연구는 개발협력의 현장 전문성은 KOICA나 EDCF와 같은 기관이 뛰어난 반면, ODA의 콘텐츠에 대한 전문성은 개별 부처가 더 많다고 전제하고 있다. 따라서 현장 전문성을 가진 기관과 개별 부처가 결합되어야 더 많은 효과를 가져올 수 있다는 것이다. 또한 개별부처의 인터뷰 결과에서도, 개별 부처가 사업을 진행하는 것은 본래 자신들의 업무를 바탕으로 전문성 있고 시너지를 확보할 수 있는 방향으로 사업을 수행하는 장점을 지닌 것으로 밝

하고 있다. 동 연구에서 원조전담기구와 개별 부처의 ODA 전문성에 대한 논의는 4번 고찰 부분에서 다루었다.

나. 협업

(1) 협업의 의미

한국 보건의료 무상 ODA의 대안으로 추진체계 개편 이외에 시급히 검토하고 도입해야 할 부분은 협업이라 하겠다. OECD 차원에서도 조직 간 협력의 중요성을 강조하고 있다. 취약국의 경제적, 사회적, 정치적 문제들이 서로 밀접하게 연계되어 있어, 국제개발협력에서 단일 조직의 노력만으로 해결되기 어려운 난제임을 인식하고 이에 대처하기 위해 whole of government 접근과 정책 일관성의 유지가 핵심 이슈로 거론되고 있다 (OECD, 2006).

Selden 등(2006)은 협조, 조정, 협업을 다음과 같이 구분하고 있다. 협조(cooperation)는 복수의 기관에 속한 구성원들이 비공식적, 개인적으로 상호작용하는 것이고, 조정(coordination)은 복수의 기관이 독립적으로 운영되면서 그들의 사업행동을 맞추어 가는 것이다. 이에 비해 협업(collaboration)은 협업 각 조직의 자원과 권한, 보상 등의 다양한 작동 기제를 공유하는 것이라 할 수 있다. 마지막으로 서비스 통합(integration)은 복수의 기관이 동일한 고객을 위해, 새로운 패키지의 서비스를 개발하여 제공하는 최상위 수준의 협력이다. 협업의 목적에 대해서는 다음의 두 국내 학자들의 규정이 주목할 만 하다. 강민아(2013)는 공동이 문제를 해결하고자 하는 합의된 목표를 이루기 위해, 복수의 조직이 각 조직의 경계를 넘어 함께 일함으로써 공공성을 증진하는 것으로 본다. 박천오(2013)는 복수의 행정기관이 한편으로는 공동 목표, 공동 기준, 공동 체제로 함께 작동하면서 개별 기관 고유의 성과에 대한 수직적 책임을 다할 수 있게 하는 것으로 협업의 목적을 규정하고 있다.

(2) 협업의 장점, 목적

Pollitt(2003)에 따르면 협업은 사업수행 조직들이 조직 경계선의 경직성을 넘어 유연한 방식으로 사업 수행이 가능하게 한다. 즉, 사업 조직들이 공통적으로 부딪히는 난제(수원국의 경제발전, 빈곤, 정치적 문제)를 보다 효과적으로 해결이 가능하고, 협력을 통해 정보를 공유하며 창의적인 아이디어를 생성하고, 사업의 수혜자인 고객에게 연속적인 혜택을 제공하는 것이 가능하다는 것이다. 강민아(2013)는 협업의 궁극적인 목적이 고객 중심적 사고로의 전환이며, 공급자나 행정적 편의가 아닌 수요자의 이해관계를 존중하기 위한 협력에 초점을 두는 것을 강조하고 있다.

(3) 협업의 조건

Ospina와 Saz-Carranza(0000)는 협업이 이루어지는 환경은 대개 모호하고 복잡하며, 높은 긴장관계를 유발하고 부가적인 비용과 노력이 소모된다고 주장한다. 박천오(2013) 성공적인 협업의 가장 큰 장애요인으로 사업의 성공, 달성하고자 하는 목표를 어떻게 정의할 것인가에 대해 협력조직 간에 일치하지 못하는 것을 들고 있다. Ostrom은(1998) 참여하는 조직 간에 신뢰 구축이 매우 중요함을 강조하고 있다. Gray (1989)와 정문기 (2009)는 조직 간 협력이 이루어지기 위해서는 이해당사자 간의 상호의존성, 상이한 의견의 건설적 논의 능력, 의사결정권한의 공유, 지속적 협력을 위한 연대책임 요소가 요구됨을 주장하고 있다. Thomson 과 Perrky (2006)는 협업은 협동이나 조정보다 장기적인 과정으로, 참여기관들 간 상호작용의 깊이, 통합성, 몰입도, 복잡성 등이 한층 강하다는 특성을 가지고 있다고 본다.

특히 강민아(2013)는 협업의 요건으로 다음과 같은 내용을 강조하고 있다. 협업의 요건으로 조직 개편, 규칙 수립 등의 구조적 측면 이외에, 공동의 목표 정립, 신뢰 구축, 협력을 강조하는 강력한 리더십 등이 중요하다. 강민아에 따르면 협업에 참여하는 조직들이 추구하는 목적에 대한 합의를 이루는 것이, 협업이 성공하기 위한 가장 중요한 요건이다. 또한 협업의 필요성을 공감, 이를 실천할 수 있는 조직문화와 이러한 문화를 유도하는 강력한 리더십이 필요하며, 협업의 정도와 성과에 대한 평가체계를 수립, 협업이 이루어질 수 있는 유인기제도 만들어져야 함을 강조하고 있다. 강민아의 주장에 따르면, 부처의

국지적인 이익을 넘어 국가적 수준에서의 목표, 나아가 글로벌 차원에서의 효과성이라는 장기적인 안목에서의 목표를 설정하고, 그러한 목표를 달성하기 위해서 참여기관들이 서로의 강점과 입장을 반영하는 차원에서의 적극적인 협업이 이루어져야한다.

(4) 협업의 단계, 시기

박천오(2013)는 부처 간 협업이 주로 집행단계에서 이루어지며, 사업의 수립이나 결정 단계에서의 협업이 가장 소극적이고 형식적으로 이루어지고 있음을 지적했다. 강민아(2013)는 향후 사후관리나 집행단계에서 보다 적극적인 협업이 이루어질 수 있는 방안 및 협업의 성과를 평가체계에 포함하는 유인체계를 주장한다.

(5) 한국의 협업 관련 논의에 대한 비판

① 협업의 목적에 대한 비판

임도빈(2013)은 중복기능을 조정하고 유기적 협조체제를 만들어 낭비를 줄이자는 효율성인지, 수혜국 입장에서 바람직한 변화를 가져오는 효과성인지를 분명히 할 것을 강조하고 있다. 결국 협업에 대한 논의는 수요자 중심 사고로의 전환, 즉 개발도상국 입장에서 생각해야 한다는 것이다. 또한 각 국 현장 입장에서의 조정체계를 만들고 강화하는 것이 중요하며, 사업의 결과나 영향 평가가 의사결정구조에 반영이 되어야 한다고 주장한다. 그리고 선택과 집중이라는 전략을 통해 국가나 섹터를 최소화해서 높은 성과를 내는 것이 더 중요하다고 주장하고 있다. 정진규(2013) 역시, 한국 대외원조의 효율적 운영을 위한 협업 시스템 및 협업의 필요성은 증대했으나 협업의 방향성과 목적이 불명확하다고 비판하고 있다. 협업의 목적을 어디에 둘 것인지가 중요하다. 정진규는 개발협력에 참여하는 많은 개별 원조제공 기관들의 중복사업을 막고, 수원국 대상으로 일치된 대표성과 원조 수행을 추구하며, 개도국 내에서 실질적 효과를 갖고 올 수 있도록 각 부처, 기관의 역량을 결집시키는 것이라고 주장하고 있다.

② 사업 방식과 관련된 비판

오대영(2013)은 협업을 위해서는 한국 ODA의 사업 유형을 전환해야 함을 강조하고 있다. 프로젝트 중심에서 보다 규모가 크고 포괄적인 프로그램 사업으로, 단위 사업 중심에서

섹터 중심 사업으로 지원방식을 추진해야, 여러 기관이 협업해서 할 수 있는 사업이 많아진다는 것이다. 오대영은 한국 ODA 사업의 방식을 프로그램 중심, 섹터 중심, 소프트웨어 중심으로 변경하고, ODA 사업에 대한 전문 인력을 양성할 것을 권고하고 있다.

③ 협업은 무상원조의 근본 해결책이 될 수 없다는 비판

이태주(2013)는 한국의 무상원조의 분절화 상황에서 현재 논의되는 협업이 근본적인 해결방안이 될 수 있을지에 대해서는 회의적인 시각을 보이고 있다. 이태주는 한국 ODA의 가장 큰 병폐인 분절화, 원조효과성, 효율성, 품질 저하를 어떻게 개선할 것인지를 기준으로 보았을 때 협업의 효과에 의문을 제기하고 있는 것이다. 이태주는 부처마다 협업을 강조하고 있음에도, ODA 정책과 집행방식 모두에서 부처 이기주의로 인한 분절화 심화와 ODA 예산의 중복, 낭비 문제가 개선되지 않고 있다고 주장한다.

이태주는 원조의 낭비요인을 줄이고, 효율성과 효과성을 제고하기 위해서는, 궁극적으로 집행기관의 통합으로 나가야 함을 주장한다. 그 중간 단계로서 현지 전달체계의 일원화를 우선적으로 추진할 것을 제안하고 있다. 품질 좋은 원조를 위해서 각 부처와 기관의 전문성을 동원하고 결합시켜야 하고, 협력국에 대한 지역 전문성과 개발협력의 노하우와도 접목되어야 하는데, 이를 위해서는 현지 전달체계의 일원화가 매우 중요하다는 것이다. 무상원조의 상이한 주체들이 현지에서 협업하고, 예산과 행정비용을 줄이며, 지식과 정보를 공유함으로써 시너지 효과를 거둘 수 있도록 현지 전달체계의 통합이 매우 시급하다. 이태주는 동일한 협력국의 수원창구를 대상으로 많은 부처와 기관들이 상이한 이해관계와 접근방식으로 각자 협상하고 독자적으로 사업을 추진하는 것이 용인되어서는 안된다고 주장하며, 현지 공관을 중심으로 여러 기관이 한 지붕 밑에서 협력하고 정보와 지식을 공유하며 정책 일관성을 견지하고 원조 효과성을 높일 수 있도록 해야 함을 강조하고 있다.

이태주의 주장에 따르면 분산 원조는 협력국에 행정부담을 가중시키기 때문에 국제사회가 분절화를 줄이도록 권고하고 있으며, 분산원조는 개발협력 지식과 노하우를 체계적으로 축적할 수도 없으며, 장기적으로는 국가이익과 이미지 제고에도 도움이 되지 않기 때문에 통합원조를 해야 한다.

다. 분업

① 조직 전문성에 따른 분업

정혁(2013), 맹준호(2012)는 각 부처, 기관의 기능과 전문성을 특화하여 ODA추진체계를 개편하여 원조 효과성을 제고할 것을 주장한다. 또한 정혁(2012)은 한국의 원조분업이 전문성에 근거하여 이루어지지 않고 있다고 주장한다. 각 원조기관의 분야별 전문성을 바탕으로 한 원조분업이 이루어지지 않고 있다는 것이다. 정혁은 EDCF와 KOICA의 사업을 유무상 원조의 양식이 아니라 경제개발과 사회개발 등 사업내용으로 분업화하고, 새마을운동과 같은 농촌개발사업, 환경과 기후변화 대응에 관한 사업을 전문성의 원리에 따라 각 해당부처가 집행해야 한다고 주장한다.

함미자(2013) 역시 수원국에 대한 실제적 원조효과를 내기 위해서는 어떻게 공여국의 기관통합 정도를 강화할 것인가를 먼저 고려하기 보다는, 부문별 사업이 수원국 해당분야의 전체 가치사슬 단계에서 어떻게 기여하며, ODA 기관별로 전문성에 입각한 역할 분담을 어떻게 할 것인가를 먼저 고려해야 한다고 주장한다. 아울러, 수원국의 입장에서는 공여국의 어느 기관이 원조를 제공하는 것이 중요한 것이 아니라 얼마나 도움이 되는 원조를 제공하느냐 하는 것이 원조 효과를 측정하는 기준이 될 것이라고 주장하고 있다.

함미자(2013)는 무상원조 분절화에 대한 기존 대안이 정책 및 집행 기능의 통합 위주로 진행되고 있고, 손혁상 등의 통합체계 연구는 실현가능성, 효율성, 조정능력을 중심으로만 보고 있다고 비판하고 있다. 이에 따라 함미자는 원조효과 제고를 위한 논의가 개별 국가 단위의 통합적 국별 지원계획 수립, 사업단위에서의 타 사업, 외부환경과의 상호작용을 고려한 PBA 사업을 고려하는 것으로 분절화 대안의 우선 순위를 바꿀 것을 주장한다. 따라서 함미자의 주장은 공여국이 개별 원조사업들을 얼마나 통합적으로 기획, 집행했는지를 평가할 것이 아니라 개도국의 빈곤층에 실질적인 가치를 전달할 수 있는지를 평가해야 한다는 것이다.

② 수평적 관리체계

Bourgault 와 Lapierre (2000)는 정부의 관리자들이 특정 이슈에 대해 한 조직의 독자적인 자원, 관심, 이해관계자들만으로 해결할 수 없다고 생각할 때 ‘수평적 관리’가 필요하다고 한다.

3. 한국 무상 ODA 협업의 역사적 과정 및 현황

2005년 11월에 대외원조 개선 종합대책을 마련하고, 2006년 1월 국무총리를 위원장으로 하는 국제개발협력위원회를 설치하여 유무상 원조의 총괄, 조정 기능을 강화했다. 당시 동 위원회는 설립 초기, 근거 법률이 없었고, 위원회 운영의 전담 조직이 없어 적극적으로 조정 기능 수행에 한계가 있었다. 이를 개선하기 위해 2010년 국제개발협력 기본법을 제정, 국제개발협력위원회의 법적 기반을 마련, 국무총리실에 개발협력정책관실을 신설, 위원회 운영과 사업조정이라는 실무 작업을 담당하게 했다. 2010년 10월에는 국제개발협력 선진화방안을 마련, 중점협력국을 지정하고, 통합국가협력전략을 수립을 추진했다. 또한 ODA 평가, 홍보, 통계관리도 통합적으로 실시하기로 했다. 2011년 12월 ODA 관계기관 협력체계 구축방안을 마련, 관계기관의 전문성을 활용하고, 사업 추진과정에서 기관 간 협력을 강조했다. 2012년 9월 한국형 ODA 모델 추진방안을 마련, ‘참여와 협력’을 정립하면서, 재외공관의 참여 강화, 범 정부 정책협의 확대 등 구체적인 추진방안을 제시하였다.

우리 정부는 ODA 분야의 기관 간 협업을 대폭 강화할 방침이다. 2013년 8월 23일 국제개발위원회에서 협업 활성화를 위한 ODA 효과성 제고방안을 의결하였다. 본 방안은 기관 간 유기적인 협력을 강화하는 방향으로 ODA 사업의 전반적 추진 절차를 개선하는 것을 내용으로 한다. 사업 발굴 단계에서 기관 간의 정보 공유를 강화하기 위해 ‘사업 2년 전 예비 검토제’를 시행한다. 이 제도를 통해 각 ODA 기관은 매년 하반기에 2년 후 추진하려는 예비사업 목록을 공유하고, 사업 간 구체적인 연계방안을 협의한다. ‘ODA 모니터링 시스템’의 이용을 활성화하여, 사업계획 및 현재 시행하는 사업 정보도 적극 공유한다. 재외공관과 국내기관 간 정보공유 강화를 위해 ‘ODA 협의채널 가이드라인’을 마련, 9월부터 시행한다. 유상 무상 사업 간, 무상 사업 간 패키지로 잘 구성되어 성공적인

결실을 거둔 사례는 ‘예비검토회의’, ‘합동워크숍’ 등을 통해 적극 공유하고 전파, 유사한 우수사례가 계속 나올 수 있도록 유도한다. 사업선정 과정에서 협업을 강화하기 위해, 국무조정실-기재부-외교부 간에 공동 심사 기준을 마련, 공유한다. 국조실의 ODA 사업조정 결과를 토대로 기재부에서 예산을 편성하고, 양 기관 간 업무협조를 강화하는 동시에, 사업조정과정을 거치지 않은 사업계획에 있어서는 특별한 사정이 없는 한, 예산편성에서 제외한다.

또한 2013년 6월부터 기재부-외교부 간 과장급 인사 교류를 필두로, KOICA 및 EDCF 간 인사교류 및 해외사무소 공동근무를 실시한다. 이를 통해 유무상 기관 간 상호 이해 확대, 원활한 업무협조를 기대하고 있다. 전국 ODA 담당자를 대상으로 ‘ODA 합동워크숍’을 매년 2회 개최, 관계자 간 정보를 공유, 결속을 다지며 우수 협업사례를 확산하는 계기로 활용한다.

새 정부 140개 국정과제 중 추진전략(21)은 국민과 함께하는 신뢰외교 전개에서 ‘ODA 규모의 지속, 확대 및 모범적, 통합적 개발협력 체계 구축을 통해 수원국의 자립 역량 배양 및 지속가능 발전’을 지원할 것을 명시하고 있다. 이에 따라 ODA 통합 추진 체계 공고화를 통해 국제개발협력위원회 중심의 관계기관 간 연계 및 협력을 강화할 것을 추진하고 있다. 아울러 수원국 중심의 효율적 ODA 추진방식 확립을 위해, 중점협력국 조정 및 국가협력전략 수립 및 개선을 통해 ODA 재원과 역량을 집중할 것을 도모하고 있다.

4. OECD 동료 국가들의 보건의료 ODA 수행 현황

가. OECD 동료국가 무상원조 수행 현황

표 4와 그림 1은 OECD 21개 국가의 부처, 기관 별 무상원조 수행 현황을 보여준다.²⁾

2) 본 표는 OECD 2011년 CRS 자료를 수집하여 작성한 대한민국 국회 발표자료를 인용하였다.

호주, 덴마크의, 룩셈부르크, 네덜란드 경우 무상원조는 일원화되어 통합화 정도가 가장 높다. 미국, 그리스, 이태리 등은 여러 개 부처, 기관에서 무상원조를 실시하고 있어 통합화 정도가 낮은 것으로 관찰되고 있다.

이중에서 원조전담기구나 외교부 이외에 보건부에서 자체적으로 ODA를 실시하는 나라는 미국과 그리스 2개국인 것으로 나타났다³⁾. 그리스의 경우 보건부는 무상원조의 16.88%, 미국의 경우 보건부에서 무상원조의 11.54%를 지출하는 것으로 분석되었다. 그리스의 경우는 그러나 무상원조의 규모가 상대적으로 매우 작고, 경제위기로 인해 신규사업제안서를 접수하지 않고 있는 것으로 보고되었다(OECD, 2011). 따라서 본 연구에서는 미국의 보건의료 분절화 대응방안을 검토하는 것에 비중을 둔다. 미국은 특히, 그림 2에서 보듯 그 무상원조의 절대 규모에 있어서 상당한 비중을 차지하기 때문에 연구의 필요성이 더 높다고 하겠다.

미국을 제외한 OECD 동료국가들의 경우, 이와 같이 보건부에서 자체적으로 ODA 사업을 수행하는 사례가 없다. 그러나 보건부 이외 타 부처에서 ODA 사업을 실시하는 국가는 많으며, 이와 관련하여 어떠한 비판을 받고 있는지, 그리고 이를 해결하기 위해 어떤 노력을 하고 있는지 파악하는 것은 충분히 의미가 있다. 무상원조의 분절화와 이를 극복하기 위한 해결방법이 보건영역에서만 특수성이 있다고 볼 수 없기 때문에, 이들 국가에서 다양한 사례를 분석하는 것은, 한국 보건의료 ODA 무상원조 분절화를 위한 해결 방안을 찾는 데 큰 도움이 될 것이다.

나. 한국 무상원조 부처별 규모 추이

그림 1, 2는 각 국가의 무상원조 통합화 정도를 보여준다⁴⁾. 그림 3에서 알 수 있듯 외교부, 기획재정부 이외 교육과학기술부, 보건복지부, 농림수산식품부가 주로 무상 ODA 사업을

3) 통계상 기타에 포함된 사업에 보건부 ODA 사업이 일부 포함될 가능성을 배제할 수는 없으나 총 무상원조에서 차지하는 비율은 매우 작아 큰 의미는 없음을 추론할 수 있다.

4) 단, 이는 개발원조기관 또는 외교부에서 집행하는 무상원조 ODA의 비율을 기준으로 하여 분석하였다.

수행하고 있으며 그 규모는 매년 증가하고 있다. 한국의 무상원조 분절화의 상대적 정도는 우려하는 바와 달리 아주 심각한 정도는 아닐 수도 있다. 그러나 한국의 경우 현재, GNI 대비 ODA 비율이 낮아 앞으로 0.7%가 될 때까지 그 규모가 빠른 시간 내에 상당히 증가할 것을 예상할 때 앞으로 무상원조 통합 또는 분절화가 어떠한 양상으로 전개될지는 예측할 수 없다. 따라서 무상원조 분절화 정도가 앞으로 개선되는 방향을 갈지 오히려 더 퇴보하게 될지는 현 시점에서 한국이 어떠한 방식으로 무상원조 분절화를 해결할지에 따라 달려있으며, 그만큼 지금의 이러한 논의는 매우 중요하다고 볼 수 있다. 이러한 차원에서 무상원조의 통합 정도가 높은 국가, 낮은 국가 별로 어떠한 장단점과 내외부 비판이 있으며, 이를 극복하기 위해 정책 수준 또는 집행 수준에서 어떤 방법을 취하고 있는지를 검토하는 것은 우리나라의 보건의료 무상 ODA의 방향을 모색하기 위해 반드시 필요한 과정이라 하겠다.

표 4. 각 국가의 부처별 무상 ODA 사업수행 현황[2011년도 OECD CRS, 함미자, 박병석 의원실 자료 재편집]

Australia		Austria		Belgium		Canada	
총계	4092 100.00%	총계	493 100.00%	총계	1985 100.00%	총계	4158 100.00%
AusAID	4092 100.00%	연방재무부	128 25.96%	외교부	1229 61.91%	CIDA	2810 67.58%
		오스트리아개발기구	118 23.94%	외교부(개발제외)	136 6.85%	국제개발연구센터	185 4.45%
		과학부	95 19.27%	재무부	178 8.97%	재무부	320 7.70%
		기타부처	40 8.11%	수출신용기구	133 6.70%	외교통상부	213 5.12%
		내무부	28 5.68%	기타부처	184 9.27%	국방부	1 0.02%
		교육문화부	26 5.27%	지방정부	124 6.25%	경찰청	40 0.96%
		지방정부	24 4.87%			지방정부	28 0.67%
		개발은행	12 2.43%			기타부처	562 13.52%
		외교부	8 1.62%				
		국방부	8 1.62%				
		연방정부	5 1.01%				
		농업환경부	3 0.61%				
Denmark		Finland		France		Germany	
총계	2168 100.00%	총계	817 100.00%	총계	5969 100.00%	총계	7530 100.00%
외교부	2168 100.00%	외교부	774 94.74%	프랑스개발기구	953 15.97%	경제협력개발부	4817 63.97%
		기타부처	37 4.53%	외교부	1087 18.21%	재무부	42 0.56%
		Finn개발기금	5 0.61%	지방정부	78 1.31%	외교부	965 12.82%
				경제재정산업부	1647 27.59%	지방정부	1483 19.69%
				교육과학부	1471 24.64%	수출신용기구	223 2.96%
				기타부처	732 12.26%	KfW	1856 24.65%
						GlZ	1967 26.12%

표 4. 각 국가의 부처별 무상 ODA 사업수행 현황(계속)

Switzerland		UK		USA	
총계	2330	총계	8318	총계	28278
기타정부	620	DFID	7225	USAID	15690
외교부	1323	CDC	19	농업부	697
경제부	338	외교부	451	재무부	372
지방정부	48	에너지환경부	224	국방부	695
		수출신용기구	146	내무부	199
		기타	253	PeaceCorps	368
				국무부	4059
				무역개발청	40
				아프리카개발재단	33
				보건부	3263
				법무부	8
				상무부	6
				노동부	58
				MCC	1620
				국토안전부	1
				에너지부	154
				중남미개발재단	23
				교통부	3
				수출입은행	979
				환경보전기구	9
					0.03%

그림 1 각 국별 무상원조 통합 정도

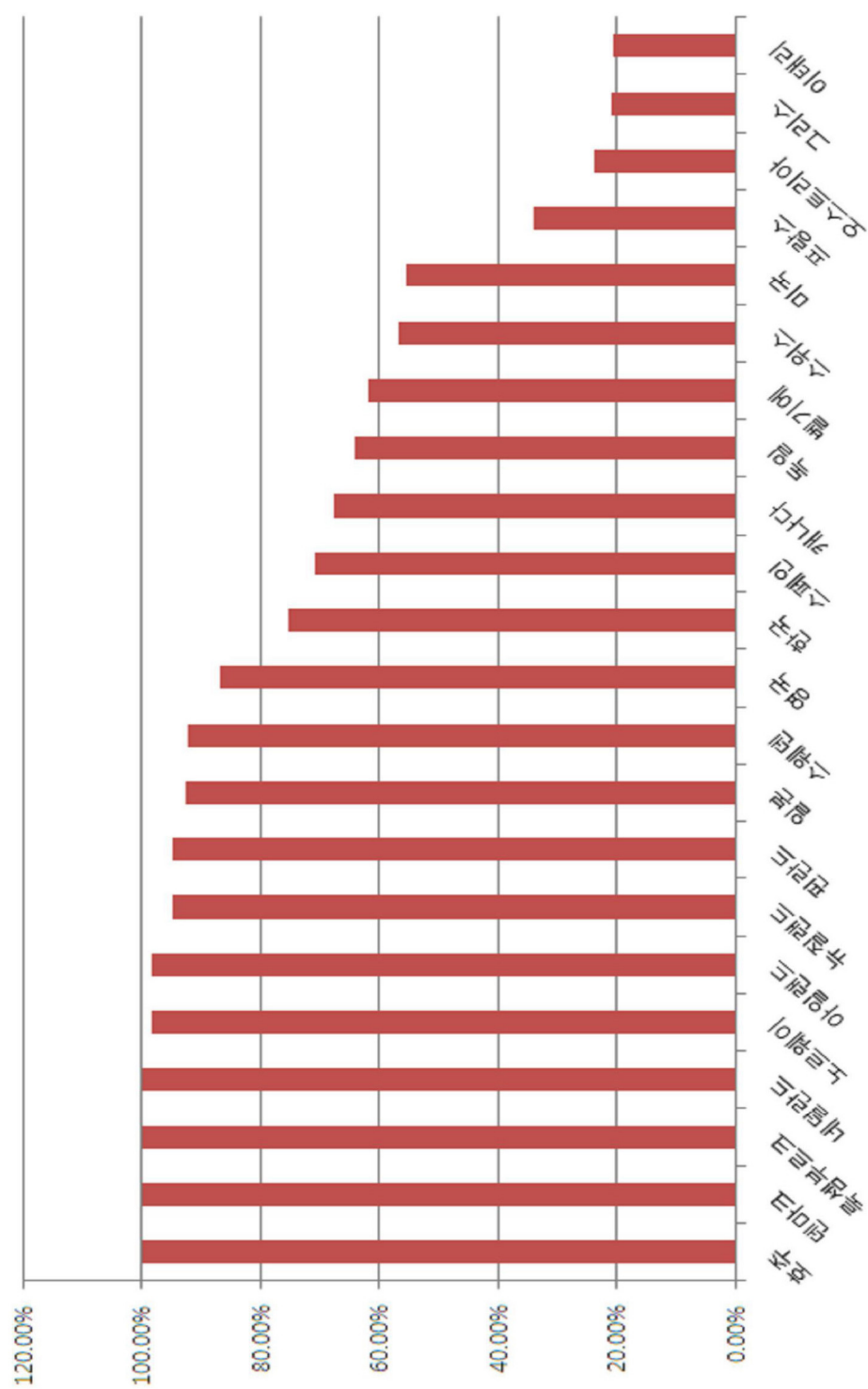


그림 2 국가별 통환 정도 및 예산 규모

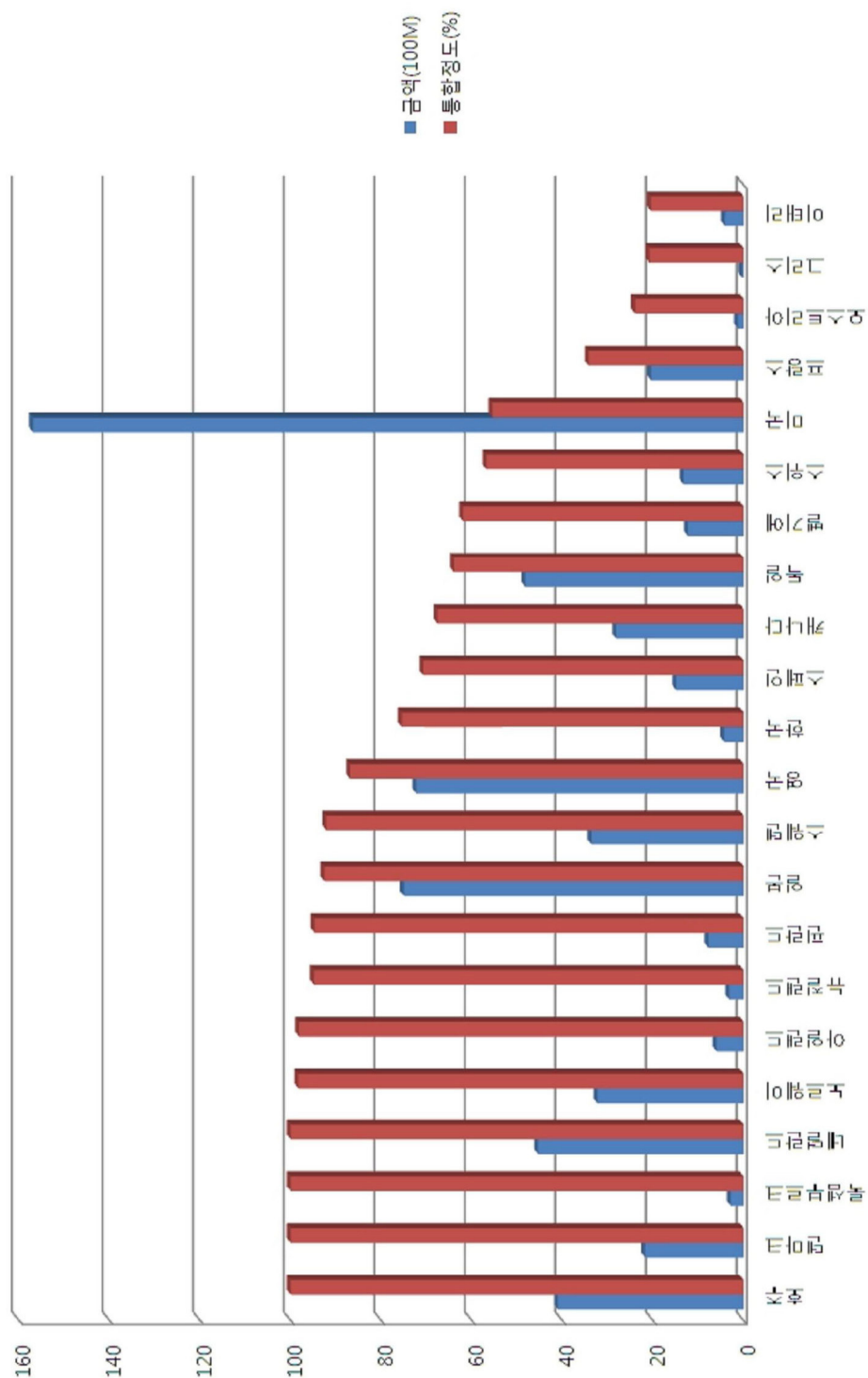
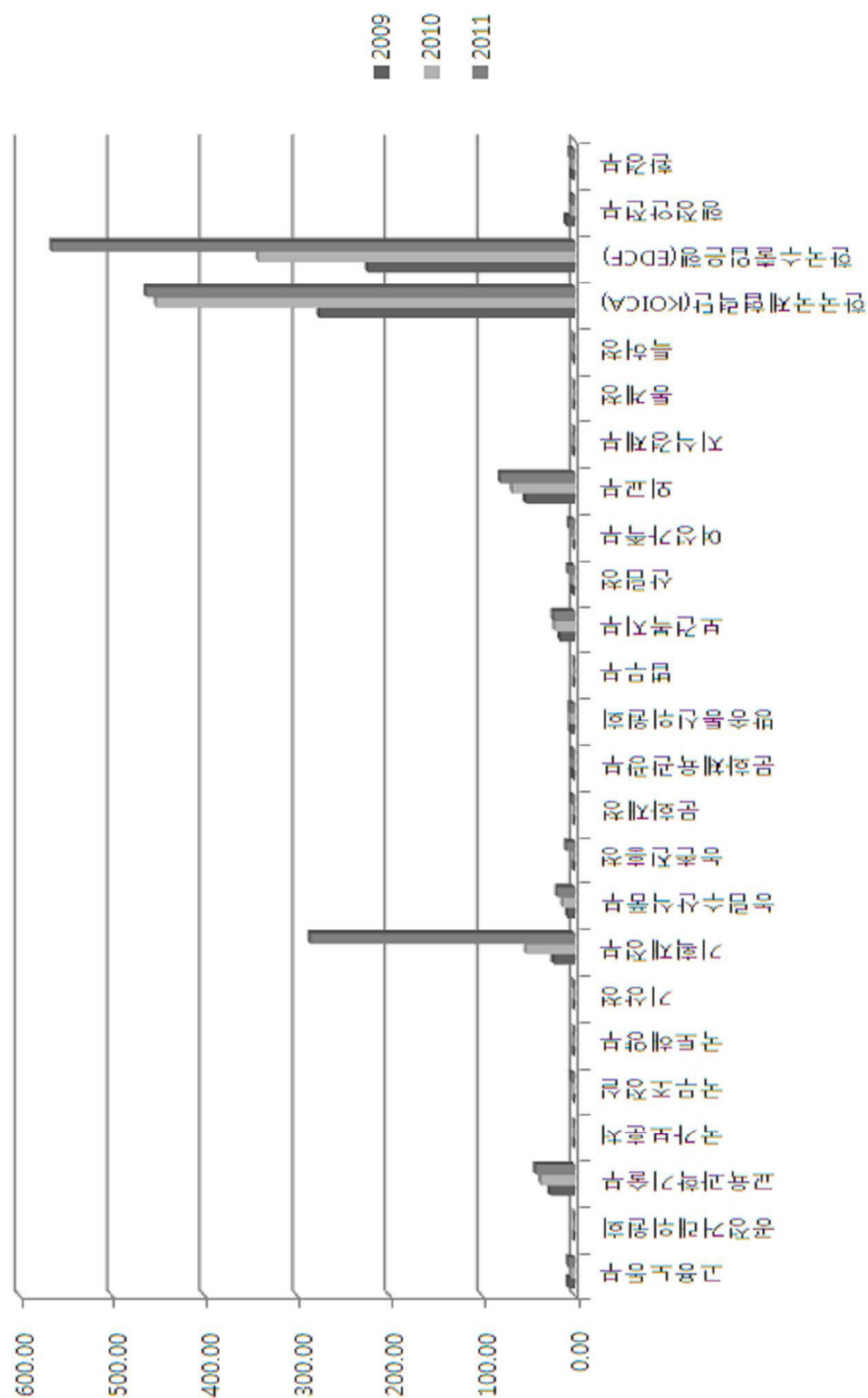


그림 3 부처별 원조 규모 3개년 추이 (한국, 단위: US\$ M)



다. OECD 동료국가 보건의료 ODA 사업 현황

그림 4 - 그림8 및 표5는 OECD 동료 국가들의 보건의료 ODA 사업 현황을 보여주고 있다⁵⁾.

2002년에서 2011년까지의 보건 ODA 사업 전체를 기준으로 했을 때 미국, 영국, 일본, 캐나다, 독일, 프랑스, 호주, 네덜란드 등이 보건분야 주요 공여국인 것으로 조사되었다.

그러나 2011년 한 해 동안의 보건의료 ODA 사업만을 놓고 보면, 미국이 압도적인 규모로 보건의료 ODA 사업을 수행하고 있는 것으로 나타났다. 미국의 보건의료 사업을 보면, HIV/AIDS 분야가 사업비의 과반 이상을 차지하고 있다. 그 외 말라리아, 결핵, 전염성 질환 등 질병 중심의 사업이 미국 보건의료 ODA 사업의 특징이라 할 수 있다⁶⁾.

한국은 기초보건, 보건인프라의 비중이 높은 반면, 인구생식 보건이나 전염성 질환 관리 등은 낮은 것으로 나타났다. 캐나다의 경우 영양 사업의 비중이 크고, 영국과 스웨덴의 경우 리서치 비중이 높은 것도 주목할 만 하다.

5) OECD 통계 사이트의 국가 별 보건의료 사업 현황은 2002년부터 축적되어 있다(한국은 2006년부터).

6) 미국 보건의료 ODA 사업의 특징은 섹션iv에서 기술하였다.

표 5. 주요 국가, 보건의료 ODA 분야별 사업 지출 규모(2002~2011, 한국은 2006~2011, US\$ M)

	한국	미국	일본	영국	캐나다	독일	호주	스웨덴	DAC 회원국									
1. 보건 총계	477	95%	9696	23%	2934	91%	5108	59%	2529	78%	1919	63%	1412	70%	1119	59%	36510	46%
가. 일반 보건 총계	142	28%	851	2%	1529	48%	2114	24%	416	13%	867	29%	633	31%	478	25%	12395	16%
보건정책, 관리	33	7%	781	2%	1041	32%	1589	18%	294	9%	431	14%	507	25%	242	13%	7859	10%
교육(의료), 훈련	9	2%	15	0%	44	1%	5	0%	29	1%	39	1%	58	3%	4	0%	594	1%
리서치	3	1%	42	0%	0	0%	490	6%	69	2%	18	1%	22	1%	206	11%	1964	3%
의료 서비스	96	19%	14	0%	444	14%	31	0%	24	1%	379	12%	46	2%	26	1%	1978	3%
나. 기초 보건 총계	335	67%	8844	21%	1405	44%	2994	34%	2113	65%	1052	35%	779	39%	641	34%	24115	31%
기초 의료	38	8%	2723	7%	248	8%	746	9%	489	15%	265	9%	453	23%	483	26%	8678	11%
기초 인프라	259	52%	940	2%	524	16%	16	0%	54	2%	344	11%	69	3%	7	0%	2991	4%
기초 영양	3	1%	360	1%	108	3%	151	2%	505	16%	30	1%	23	1%	8	0%	1533	2%
전염성 질환	21	4%	2858	7%	408	13%	1497	17%	703	22%	356	12%	185	9%	110	6%	7146	9%
보건 교육	1	0%	10	0%	6	0%	62	1%	38	1%	21	1%	19	1%	15	1%	391	1%
말라리아	2	1%	1416	3%	72	2%	396	5%	75	2%	4	0%	20	1%	0	0%	2052	3%
결핵	5	1%	507	1%	30	1%	107	1%	125	4%	9	0%	2	0%	0	0%	877	1%
보건인력 개발	6	1%	31	0%	9	0%	19	0%	124	4%	24	1%	9	0%	19	1%	448	1%
2. 인구 생식 총계	24	5%	31574	77%	274	9%	3594	41%	698	22%	1113	37%	599	30%	776	41%	42070	54%
인구 정책, 관리	0	0%	1318	3%	39	1%	36	0%	24	1%	8	0%	22	1%	10	1%	1670	2%
생식 보건	12	2%	1825	4%	142	4%	1058	12%	108	3%	218	7%	144	7%	254	13%	4828	6%
가족 계획	3	1%	2620	6%	10	0%	180	2%	40	1%	206	7%	23	1%	0	0%	3170	4%
성병, HIV	6	1%	25806	63%	78	2%	2321	27%	500	15%	677	22%	409	20%	512	27%	32321	41%
인구생식 분야 인력개발	3	1%	5	0%	5	0%	0	0%	0	0%	5	0%	2	0%	0	0%	81	0%
총합	501	100%	41270	100%	3207	100%	8702	100%	3227	100%	3032	100%	2011	100%	1896	100%	78580	100%

그림 4. 국가 별, 지난 10년 간 보건의료 ODA 규모(US\$ M)

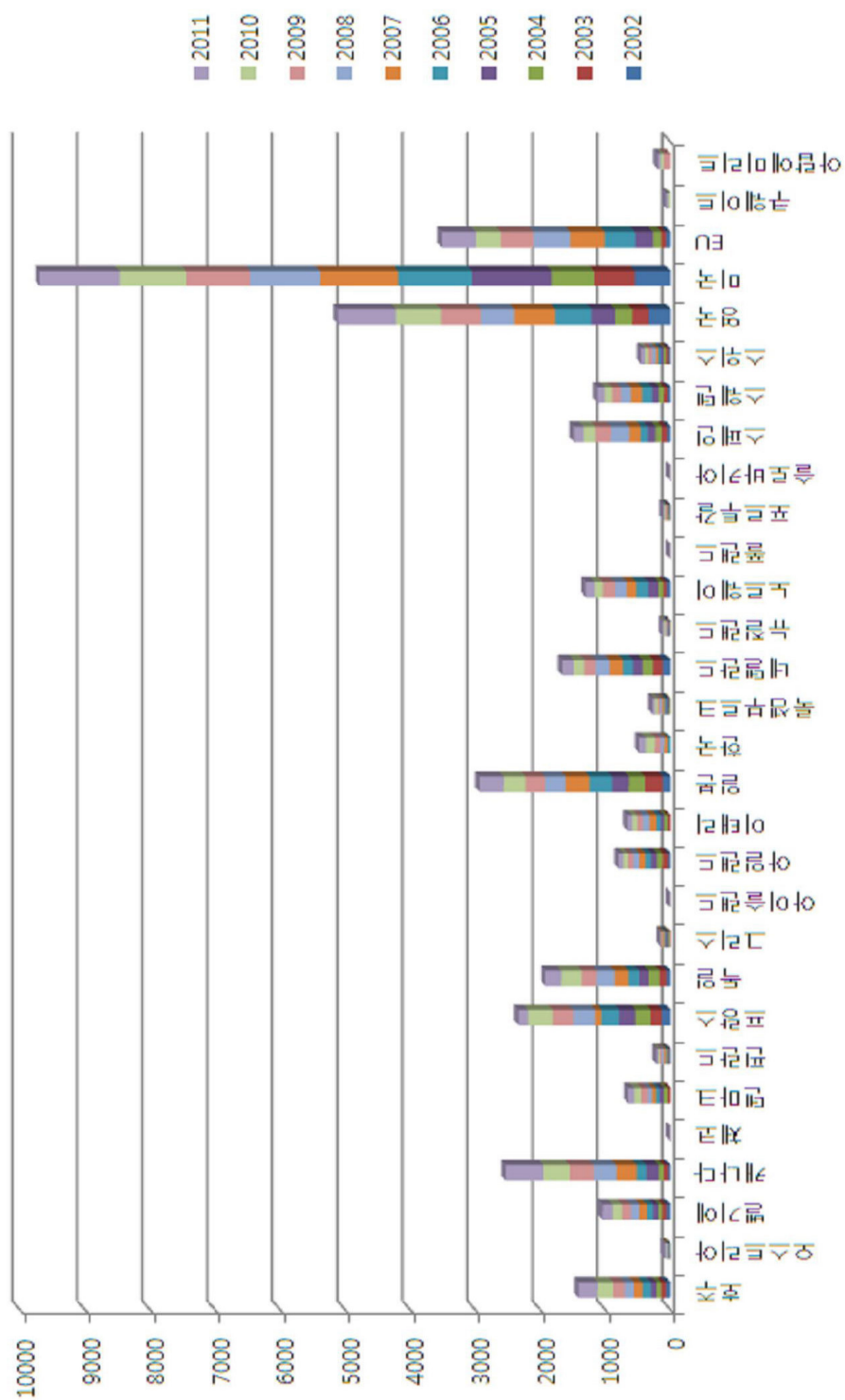


그림 5. 보건의료 ODA 양자사업 현황(2000-2011, US\$M)

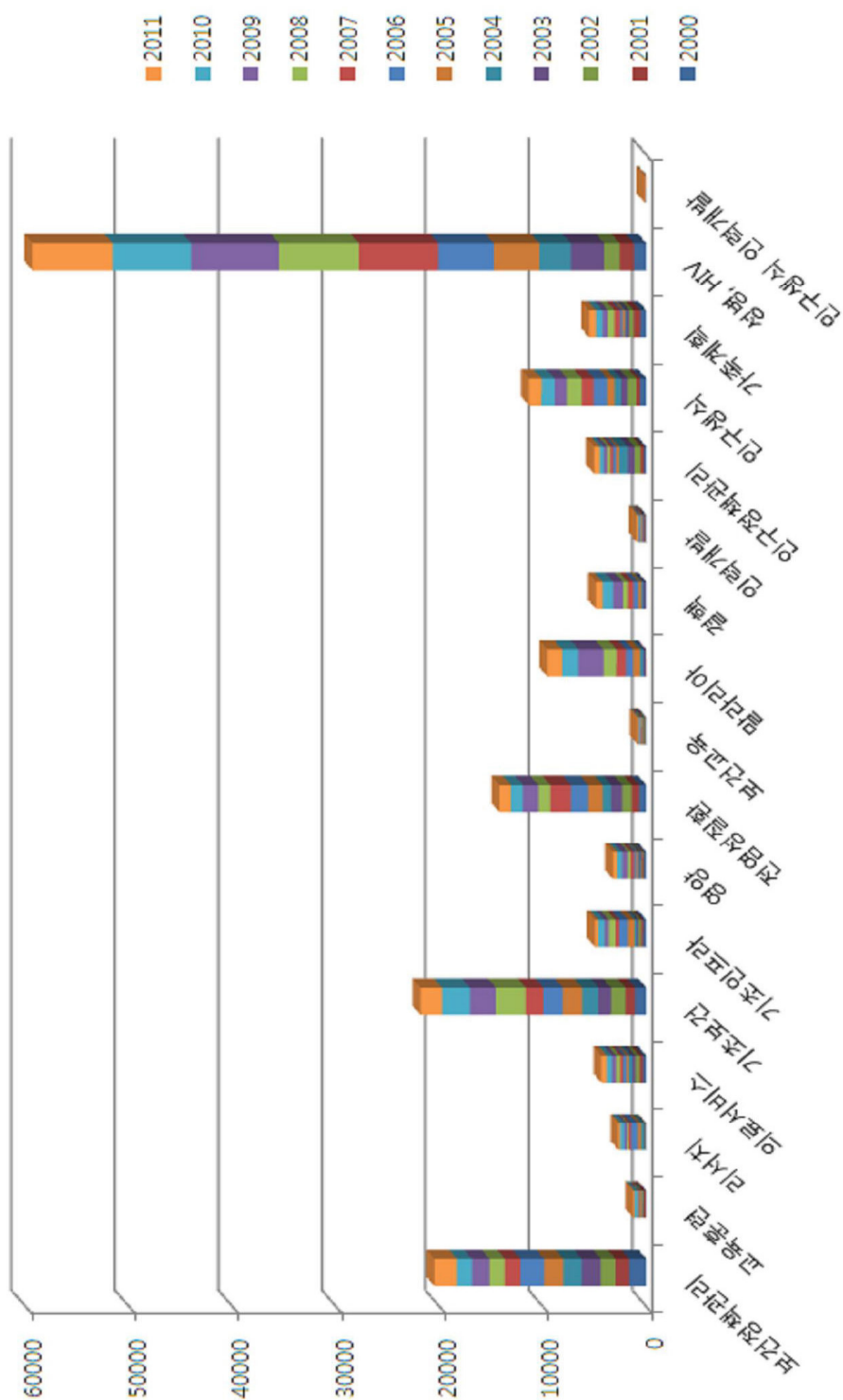


그림 7. 주요 국가 보건의로 ODA 수행 현황(2002-2011, 한국은 2006년부터 합산, US\$ M)

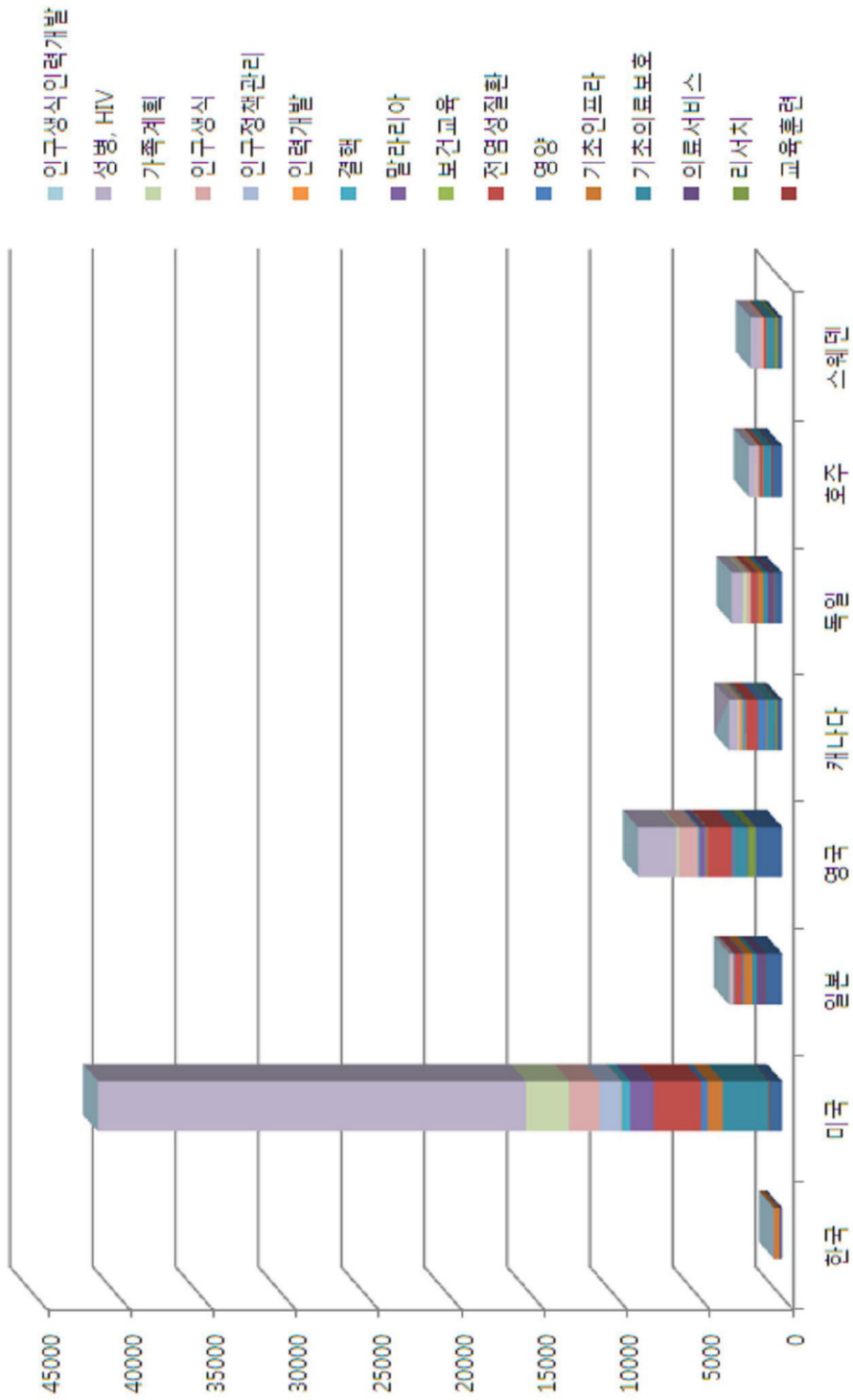
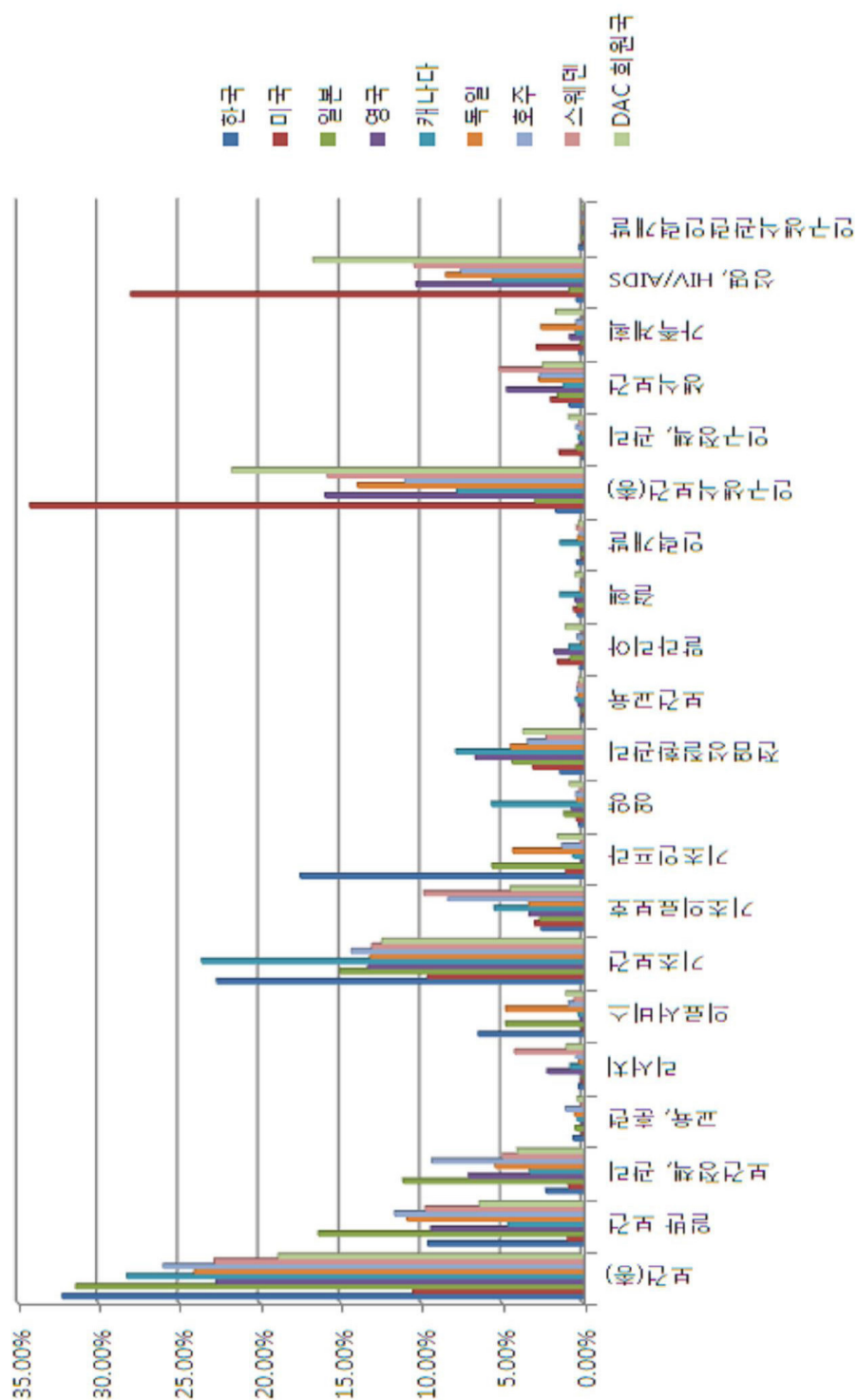


그림 8. 각 국가 보건의료 ODA 사업분야 별 비율



5. OECD 동료 평가 결과를 통해 배우는 교훈

가. 미국이 주는 교훈

(1) 일반 현황

2007년 기준으로는 군사적 지원까지 포함하면 미국 총 원조액에서 국무부가 60%, USAID가 23%, 국무부가 7%를 지원했다. 그리고 나머지 20개 넘는 부처에서 약 10% 정도의 지원을 했는데, 타 부처의 규모가 계속 증가하고 있다⁷⁾. OECD 동료 평가(0000)에서는 미국은 이런 대외원조를 조정⁸⁾하고, 평가하는 매커니즘이 없으며, 더 나은 조정이 필요하다는 것에 대한 합의도 없음을 지적하고 있다. 그러나 최근 미 의회는 각 기관 간 조정에 대한 부분을 대외원조 개혁안의 중요한 요소로 포함시키고 있다.

미국 국무장관은 “대외원조의 조정을 최대화 하고, 중복을 최소화하며, 원조를 증대하는 것”을 대외원조개혁의 주 과제로 삼겠다고 표방하고 있다⁹⁾. 1961년 대외원조법이 설립되며 본 법에서는, “필요시 타 기관의 시설, 자원 등을 활용할 수 있는데 이는 주로 기술적 지원이 긴요하게 필요할 경우”를 설명하고 있으며, 아울러 미 국무부에 미국정부를 대표하는 대표성을 부여하고 조정기능을 부여하였다.

그러나 그 이후 미국무부의 영역을 벗어나는 원조사업이 대거 출현하게 되었다. 여기에는 보건부(CDC)¹⁰⁾의 대외원조활동도 포함된다. CDC는 주로 HIV/AIDS, 독감, 결핵, 말라리아 중심의 사업을 실시하고 있다. 미국 대외원조는 최근 두 가지 경향을 띄게 되어, 의회에서 분절화문제를 적극적으로 다루지 않을 수 없게 되었다.

7) 미국은 ODA라는 표현보다는 foreign aid, foreign assistance, development assistance라는 용어를 사용하고 있다.

8) 조정, 조율, 협업

9) 현재 미국의 대외원조는 1961년에 수립된 대외원조법에 기반하고 있다.

10) 미국 보건부는 말라리아, SARS, 다재내성 결핵, 조류독감 위주로 ODA 사업을 진행하고 있다. 보건부는 국무성, USAID의 펀드를 받아서 PEPFAR 사업을 하기도 하고, 또 PEPFAR 사업을 위한 자체 예산도 보유하고 있다.

첫째, 미국 원조규모가 최근 10년 상당한 증액을 보인 것이다. 2001년 기준 150억 USD에서 2007년에는 450억 USD으로 증가한 것이다.

둘째, 미국 원조를 수행하는 기관이 계속해서 증가하고 있다는 것이다.

국무부 대외 원조 예산은 동 기간 중 500%가 증가하였다. 보건부는 주로 PEPFAR의 출현, 조류독감, 다재내성결핵, SARS 등의 발발에 대응하기 위해 예산이 증가하였다. 2001년은 9천 6백 만 불에 해당하던 금액이, 2005년에는 17억 7천 만 불로 증가하여 1,744%의 증가를 보였다. 2007년은 다시 감소하여 6억 1천 6백 만 불이긴 하나 여전히 2001년 기준으로 540%의 증대를 보였다. 이에 비해 국무부와 USAID는 각각 102%, 42%가 증가하였다.

이와 같이 미국의 원조수행기관이 점점 증가하면서 안팎으로 비판이 제기되었다. 가장 대표적인 비판은 서로 비슷한 목적을 가진 기관들이 일을 중복해서 진행한다는 것인데, 수원국 측에서 이 문제가 더 부각되고 있다. 원조수행기관이 점점 증가하고 있는 미국의 상황이 원조를 더 비효율적이게 만들고 혼란스럽게 만든다는 비판이 미국 내외에서 강력하게 제기되고 있는 것이다. 2009년에 아프카니스탄에서 19개의 미국 기관이 각각의 비전, 목적, 구매전략을 가지고 에너지 분야의 원조를 수행하는 것에 대한 비판이 대표적인 예이다.

미국 원조 분절화에 대한 수원국 측의 비판은 다음과 같다. 우선, 수원국이 따라야 할 규정, 절차들이 서로 다르며 이것은 지나친 행정 부담을 야기하고 있다는 것이다. 모잠비크의 기획 개발담당자는 “서로 다른 미국 기관마다의 다른 규정들은 혼란과 문제를 야기하고 있다. PEPFAR만 하더라도 모잠비크 안에서 CDC, USAID, 국방부, 국무부, 평화봉사단 이 5개 단체에서 한다. 누구를 상대로 PEPFAR 사업을 컨설팅해야할지 모르겠고, 잘못된 커뮤니케이션도 많다.”라고 주장하고 있다.

그러나 이와 반면, 미국 내에서도 왜 기관 간 조정과정이 필요한지에 대해 비판적인 시각도 일부 존재한다. 각 섹터별 전문성을 가진 기관이 활동하는 것을 통합된 원조기관이

조정 작업을 하는 것이 과연 더 효율적인 것인지에 대해 일부 전문가들은 비판을 제기하고 있다.

(2) 협력/협업 매커니즘

미국 내 전체 원조사업을 포괄적으로 조정하는 단일한 매커니즘은 없다. 대신, 각 기관 별로 다소 덜 포괄적인 조정체계가 더러 존재한다. 국가안전회의의 정책 조정 위원회, 정보공유기술체계, 기간 관 직원 교류, 그리고 특수한 상황에서의 집약적인 조정 매커니즘(예, 이라크의 사례)이 현재 미국에 존재하는 조정 매커니즘이라고 할 수 있다.

미국의 원조 조정, 협업 방안을 간략히 설명하면 다음과 같다. ①정부 간 정책 조정 위원회가 있다. 이 중 개발정책위원회는 NSC(국가안보회의) 국장 및 USAID 총재가 공동으로 의장을 맡는다. ②국무부 산하에 대외원조국장 및 F process가 있는데, 대외원조의 일관성 유지를 위해 2006년 부시 정권에 만들어졌다. ③대외원조 조정 및 추적 체계, 데이터베이스인 FACTS/FACTS Info를 구축했다. ④통합 국별 전략을 마련하였다. ⑤원조 조정을 위한 코디네이터(SEED, FSA)를 두었다. 이들은 동유럽 지역의 원조에 있어서, 미국 내 모든 정부의 원조를 조정, 조율하고, 일관성 있게 만드는 역할을 한다. 국무부 산하 F 부서 안에 있다. 국제 AIDS 코디네이터를 두었는데, 이는 미국의 전세계적인 HIV/AIDS 사업을 조정하는 코디네이터로서, 섹터에 기반한 조율의 한 모범이 될 수 있다. 15개 PEPFAR 국가에서 실시하는 USAID, 국무부, 국방부, CDC 사업을 직접 승인하는 권한을 가진다. 그 외 재건 및 안정 코디네이터도 별도로 두고 있다. 또한 국무부/USAID와 국방부와의 조정체계도 있다. 이는 2005년에 USAID 안에 군 관련 부서를 개설하고 국방부와 연락체계를 수립했다¹¹⁾.

미국이 부처 간 협업을 위해 도입하고자 하는 방안으로는 ①특정 기관(USAID)에 조정 기능을 부여, ②백악관에 원조 대표기구를 구성, ③각 국가 단위에서 협업기능 및 권한 부여, ④기관 간 통합보고서 작성, ⑤통합 감독보고서 작성 방안 등이 진행 또는 논의 중에

11) 미국 원조사업에 대한 오해를 불러일으킬 수 있다는 비판과, 인도주의지원사업을 군의 지원으로 효율적으로 할 수 있다는 상반된 의견이 존재한다.

있다. 그 외 대외원조의 전략으로서 협력기능을 강화하고, 개발원조와 전략적 원조를 구분하며 관련된 법률 개정을 진행하는 것 역시 진행 또는 논의 중에 있다.

나. 독일이 주는 교훈¹²⁾

(1) 독일 ODA에 대한 동료 비판

독일 ODA의 강점으로는 연방정부 내각에 개발정책이 대표성을 띄고 있고, 자체 부처를 갖고 있다는 것이다. 또한 지역, 섹터별로 풍부한 경험과 전문가를 보유하고 있는 것이 강점으로 평가되고 있다. 그럼에도 불구하고 독일은 분절화로 인해 많은 비판을 받고 있다.

수원국에서의 독일 개발협력은 2가지 형태로 대표성을 가지고 있다. 하나는 독일 대사관 내 개발협력 담당자(BMZ 소속)이고 또 다른 하나는 수원국 내 진출한 각 사업수행기관들의 국별 사무실이다. 최근 수년간 각 수행기관들은 국별 사무소를 강화하여 직원 수가 증가하였다.

BMZ에서 파견된 개발협력담당자들이 수원국 또는 타 공여국과 정책관련 협의에 전적으로 참석할 수 있는 여건 또는 역량이 되지 않아, 타 수행기관 담당자가 이를 대신하고 있다. 사업수행기관들 대부분이 자체 국별 사무실을 갖고 있어, 독일 개발협력의 대표성은 분산되고 있다고 평가받는다. BMZ의 중앙집중적 감독과 타 기관의 분권적 업무수행이라는 접근 방식 간에 불일치가 존재한다.

특히, 외교부와 연방환경부, 연방교육부의 ODA 사업 증대가 분절화와 관련하여 문제시되고 있다. 이들 부처의 경우 BMZ와의 협업을 중시하지 않고 있어 더욱 문제가 심각한 것으로 지적되고 있다. 이로 인한 문제는 수원국에서 개발협력을 논의할 독일 측의 상대방이 더 많아지게 된다는 것이다. 사업으로 인한 시너지 효과는 줄어들고, 사업을 통한 교훈이 부처 간에 서로 공유되지 않음에 따라 학습 과정은 숙고 및 반영 없이 단순

12) 단 이러한 비판, 제안사항이 나온 시점은 2010년 OECD 동료평가를 할 때임

반복되고 있다.

(2) 독일의 협업 또는 원조분절화 극복 방안

① 국가의 집중화

독일은 핵심적으로 사업을 실시하는 대상 국가를 계속해서 줄여나가고 있다. 소수의 국가에 성과를 집중해서 나타내는 것을 우선시하고 있는 것이다.

② 테마의 집중화

독일이 핵심적으로 사업을 실시할 수 있는 테마를 분류하였다. 테마의 수를 줄이는 것이 궁극적 목표이나, 현 단계에서는 줄이는 대신 영역을 분류하여, 관련 부서의 우선순위를 설정하였다. 매우 정치적인 분야 23개는 BMZ의 개입이 필요한 것으로 분류하였다. 또한 30개 분야는 BMZ가 실시하고, 22개 분야는 타 기관이 실시하는 것으로 테마를 분류하였다.

③ 전달방법의 집중화

독일은 PBA 방식의 ODA를 증대를 진행하고 있다.

④ 수행체계의 집중화

일부 기관 통폐합을 실시하였다.

⑤ 수원국에서의 독일 개발협력의 대표성 강화

수원국 내 각 사무소를 통폐합하였다. 수원국 내 BMZ의 대표성을 강화하였고, 중앙집중적 방식의 BMZ를 지역사무소 권한을 강화하여 현장 중심의 접근방식을 확대하고 있다.

다. 일본이 주는 교훈¹³⁾

(1) 외무성의 명확한 협력 주도 역할

ODA 현장은 외교부에 일본개발협력을 위한 협력 주도 역할을 명확히 부여하고 있다. 부처 간 협력이 잘 되고 있고, OECC(overseas economic co-operation council)가 ODA 정책 이슈를 조정한다. 재무성이 월드뱅크, IMF, 지역별 개발은행을 담당하고, 재무성, 통상산업성이 JICA의 차관지원 승인을 담당한다. 재무성, 통상산업성, 외무성이 일본 ODA 예산의 92%를 차지하고, 나머지는 주로 기술협력사업을 실시하고 있다. 외무성 국제협력부의 조직구조변경(2009)이 있었는데, 예전에는 무상, 기술협력, 유상으로 구분되었던 것이, 지금은 지역 기반으로 변경이 되었다. 기존에는 수원국 내 다양한 일본 부처의 원조 기관들이 상호 협력하는 것이 매우 부족한 것으로 평가받았으나 최근에는 각 국별로 진행하는 사업을 전 부처 차원에서 통합적으로 보고 상호 연계를 강화하고 있는 것으로 평가되고 있다. 이는 국가지원전략을 실제로 수행하는 데에도 변화를 야기했는데, 기존에는 기관 중심의 접근에서 지금은 수원국에 기초한 접근이 가능하게 되었다.

(2) 사업주기의 효율성 문제

OECD 동료평가에 의하면 일본의 경우 사업을 준비하고 승인하기까지의 시간이 너무 많이 소요되는 것으로 비판을 받고 있다. 사업을 기획, 준비하는 과정에 시간 소요가 크다는 것이다. 그러나 반면, 승인된 이후 사업을 실시하기까지는 매우 빠르게 진행하는 것으로 평가되고 있다. 일본의 경우 사업이 승인될 때까지 수년이 걸리는데, 이 과정에서 최초의 사업 기획이 적절한지를 보증하는 것이 어렵게 된다. 이에 따라 OECD 동료국들은, 일본 원조가 새로운 상황에 사업이 잘 부합될 수 있도록 융통성을 가질 것을 요청하고 있다. 특히 일본은 JICA 합병 이후, 그 전에 별개로 실시되던 사전 조사가 하나의 조사로 충분히 가능하게 되어 조사단계에 소요되는 시간을 6개월 가량 단축했다. OECD 동료평가는 일본에 권고하기를 초기 조사 시 제안서의 높은 품질을 보증하기 위해 역량 있는 전문가를 신속하게 현장에 보낼 것을 권고하고 있다.

13) 이러한 비판, 제안사항이 나온 시점은 2010년 OECD 동료평가를 할 때임

(3) 사업 승인 절차 간소화

현장 조사팀이 사업 조사, 기획 시 각 단계별로 본부 승인을 기다려야 하는데, 수원국에서는 이를 현장 사무소가 아닌 본부에서의 병목현상에 기인하는 것으로 평가하고 있다. OECD 동료국, 수원국은 일본의 사업 승인절차를 간소화 할 것을 요청하고 있다.

(4) 각 유형별 사업 간 절차 조화

사업 검토, 승인, 모니터링 과정이 유무상, 기술협력 별로 나뉘어 있고, 처리 과정과 소요시간이 다르게 되어 있어 이러한 절차를 조화시킬 것을 요청하고 있다.

(5) 복잡한 처리 과정

일본 외무성의 경우, 사업 유형, 규모와 상관없이 상세하게 모든 사업을 검토한다. 심지어 NGO에 지원하는 아주 작은 규모의 사업마저도 복잡한 심사 과정을 거치며 시간 소요가 많은 것으로 보고되고 있다. 이에 따라 복잡한 처리과정을 간소화 시킬 것이 요청되고 있다.

(6) 현장 중심의 JICA

일본은 모든 양자 사업 승인을 규모와 관계없이 외무성의 승인을 받아야 한다. 2백 만 불 미만의 JICA 기술협력에 한해서, 연간수행계획이 현장 사무소에서 승인할 수 있다. 지역사무소에서 할 수 있는 권한이 상당히 제한된 것이 문제로 지적되고 있다. 그러나 일본 ODA 현장, 중기정책[Medium Term Policy] 등은 JICA의 현장 중심성을 더욱 강조하고 있다. JICA 합병 이후 더욱 현장 사무소 중심의 방식으로 전환하고 있다. 지역 중심의 전략에서 JICA는 현장 사무소에 더 많은 인력을 파견하는 것을 핵심으로 하고 있다. 2009년 기준, 1664명 직원 중 413명이 현장 사무소에 근무하고 있다. 1200명의 현지 직원이 있다. 현장 파견 직원들의 평균 근무 연한은 2-4년 가량이다.

(7) Country-based ODA 전담반

ODA 전담반은 대사관 직원, JICA 직원, 타 부처 직원들로 구성되어 있다. 2003년부터 이 제도가 도입되었다. 외무성은 79개 국가에서 이 제도를 시행하고 있다. 여기에 민간

부분의 대표가 포함될 경우도 있다. 이 전담반은 국별 전략을 개발하고, 개별 사업을 형성한다. 외교부, JICA 본부에서는 이들의 권고사항을 비중 있게 받아드린다. 이는 본부에서 정확한 정보에 기반한 의사 결정, 더 빠른 의사결정을 가능하게 한다. ODA 전담반은 수원국 내 자문을 제공하는 역할을 담당하기도 한다. 이 전담팀은 일본정부 본부와 ODA 정책을 조정하는 역할을 하기도 한다.

(8) 사업평가 역할

외무성, JICA가 ODA 사업 평가의 대부분의 책임을 맡지만, 11개 각 부처도 자체 평가를 실시하고 있다. 외무성과 JICA는 분업이 잘 이루어지고 있는데, 외무성은 정책, 주제, 프로그램 수준의 평가를 실시하고, JICA는 개별 프로젝트, 프로그램을 수행 수준에서 평가한다. 2003년 OECD 동료평가는 평가결과의 환류를 강화할 것을 강조했다. 외무성은, 외부 자문회의를 통해 연간 단위로 추적관찰되어야 할 권고사항들을 규정한다. 실무진에서 평가로부터 도출한 교훈을 활용하기 위해, JICA는 평가교훈들의 데이터베이스를 구축했다. 2004년부터 새로운 사업을 기획할 때, 이러한 교훈을 반영하는 것이 의무화되었다.

(9) 성과관리

일본은 개별 사업 수준의 성과 관리를 넘어 상위 수준의 성과를 측정하기 위한 여러 방법들을 검토할 것을 권고 받고 있다. 프로젝트 수준에서, 일본은 결과중심의 성과관리 체계를 가지고 있다. 특히 일본은 개별 프로젝트 사업의 성과관리를 활용하여 전체 수원국 프로그램의 성과를 관리하는 것을 시도하고 있다. 학습문화를 확장하기 위한 조치 중 하나로, JICA는 지식관리체계를 수립했다. 테마팀이 교훈, 성공적인 사업사례 등을 축적하는 역할을 맡는다. 2008년에 수립된 JICA 연구소는 직원들이 학술 리서치 등과 연계할 수 있도록 돕고 있다¹⁴⁾. 그러나 OECD는 일본이 성과에 기반한 정보들이 일선 실무 직원 뿐만 아니라 정책 수준에서 의사결정을 하는 고위직에 분명히 전달되어야 한다고 조언하고 있다. 모든 수원국 별로 명확한 사업 목표가 있어야 하고, 개별 프로젝트들이 어떻게 기여할 것인지에 대해 적절한 기획이 필요함을 강조하고 있다.

14) 그러나 2009년 신정부는 이 부분을 축소했다.

(10) 외무성의 협력 추진 권한

일본은 개발협력의 경우, 외무성에서 조정 권한을 갖고 있다. 즉 타 부처는 외무성에 자문 의뢰를 하고, 동시에 외무성은 해당 부서의 ODA 사업을 위해 협조해야 한다. 일본은 2003년 OECD 동료 평가 이후, 정책 조정 방식을 계속 개선해왔다. 최상위 수준은 OECC이다. 이는 총리가 의장이고, Chief Cabinet Secretary과 경제협력을 담당하는 세 부처의 장관으로 구성된다(외무성, 재무성, 통상산업성). 이는 2006년에 설립되었는데 정책 coordination을 강화하고, 일본의 대외경제협력의 전략적 측면을 강화하기 위해서 설립되었다. 의장은 이들 해당 부처만이 아닌 타 원조 수행 부처, 기관의 참석을 요청할 수 있다.

외무성의 국제협력 부서는 타 부처와 공동의 목표를 설정하고, 정보를 공유하고, 정책적 통합을 유지하는 것을 담당한다. 또한 각 부처 간 인적 교류, 파견 등을 적극적으로 추진하고 있고, 비공식적인 의사소통 채널을 유지하기도 한다.

※ 각 부처의 전문성을 의심하게 만드는 일본의 사례

일본의 농무성은 ODA가 일본 농업에 부정적 영향을 주지 않는 것을 전통적으로 강조해왔고, 농무성 자체의 정책이 일본의 개발협력의 목표에 영향을 주는지 여부에 대해 고려하지 않고 있는 것으로 보고되고 있다¹⁵⁾.

※ 성과관리 수준: 모니터링

각 정책들이 실제 개발사업현장에서 어떻게 구현되고 있는지에 대한 공통의 모니터링 가이드라인이 없다. 일본 전체 정부에 걸쳐 사업의 수행과 모니터링 측면에서 일관성을 가지고 추진하는 책임을 가진 부서가 아직 없다. 일본 내 개발분야에 관한 정책 일관성에 대한 모니터링 및 보고에 대해 자국 내 요구가 별로 없다.

15) 일본의 농림부는 외국과의 경쟁에서 상대적으로 보호받고 있는 부분이다.

라. 그리스가 주는 교훈

(1) 일반 현황

그리스는 약 14개 기관의 부처가 개발협력에 참여하고 있다. 경제 재정부, 외교부, 국방부, 교육 및 종교부, 내무부가 ODA를 실시하는 주요 부처이다. 너무 많은 부처들이 ODA 사업에 참여하여 통합된 정책을 수행하거나 조정(co-ordination)하는데 어려움이 따르고 있다. 그리스에서는 5개년 개발협력지원계획을 채택하는 것과, 부처간 협의 위원회(inter-ministerial committee) 역할을 강화하는 것을 개발협력의 조정(co-ordination) 강화의 핵심으로 하고 있다.

부처간 협의회의 공식 명칭은 Inter-ministerial Committee for Co-ordination of International Development Policy(DESDAP)이다. 2000년 이후 국제 경제 관계에 대한 부처 간 협의위원회(inter-ministerial committee)가 구성되었다. 외교부 장관이 의장이 되어 개발정책을 조율(co-ordinate)하고, 대부분의 부처가 여기에 참여한다. DESDAP는 개발협력정책, 전략을 기획하고 승인한다. 외교부 장관의 주도로 연 2회 모이고, 이 때 개발협력을 수행하는 모든 기관들이 정보를 공유한다. 회원을 공식화 하고 각 부처가 이 전략, 정책에 책임을 지고 따르도록 하는 것을 의무화 하였다. 외교부는 (DG Hellenic Aid를 통하여) 그리스 개발협력 전략, 기획, 수행, 모니터링 및 평가를 담당하는 핵심부서로서 역할을 한다. 조율, 협력, 정보 공유를 위한 공통의 원조 문화를 확산시키는 역할을 담당하는 데에 Hellenic Aid의 비중이 더 커지고 있다.

(2) 그리스 원조의 특징

OECD는 그리스에 수원국을 줄여서 원조를 집중하고, 섹터와 테마 또한 집중해서 우선순위에 근거한 원조를 실시할 것을 권고하고 있다. 그리스는 발칸, 흑해, 북아프리카, 중동 등 인접국가에 원조를 집중하는 방안을 추진하고 있다. 특히 신재생 에너지, 수자원관리, 관광 및 문화, 지중해 환경문제에 집중하려 하고 있다. 분야로는 교육과 보건을 강조하고 있으나, 현재 수립된 5개년 계획에서는 특히 이주민을 대상으로 한 의료서비스 지원에 중점을 두고 있어, 한국의 상황과는 매우 다르다.

(3) 정책일관성 제고를 위한 방안

거의 대부분의 OECD 국가들이 정책일관성을 높이기 위한 중앙 조율 매커니즘(central co-ordination mechanism)을 갖고 있다. 중앙 감독 기관은 개발사업의 정책일관성을 제고한다. 새로운 정책과 법은 부처 간 조율위원회가 검토하고 개발사업에서의 일관성을 꾀하고 있다. 그리스는 각 부처의 정책이 개발정책과 맞는지 모니터링하는 역할을 원조 전달기구(Hellenic Aid)에 부여하여, 각 부처의 정책을 개발도상국의 우선순위라는 렌즈를 통해서 볼 수 있도록 협조하는 것을 추진하고 있다.

재정경제부가 국가 예산체계에 대한 담당부서이나, DG Hellenic Aid는 개발협력의 전략적 프레임워크를 소개하여, 각 부처들이 이 프레임워크 하에 원조 예산을 할당할 수 있도록 조정하는 역할을 한다. 이는 각 부처들의 개발사업을 명확히 하는데 도움을 준다. 예로, 5개년 계획이 수립된 이후, 외교부 장관, 차관은 DG Hellenic aid의 지원을 받아, 부처 간 위원회 회의를 매년 초에 소집하고, 당해에 지출될 원조 사업에 대한 계획을 공유하게 한다. 이 작업은 자원 할당을 더 전략적으로 할 수 있게 하며, 시너지를 증가시키고 더 큰 단위의 사업을 가능하게 만든다¹⁶⁾.

(4) OECD 동료 권고 사항

① 부처 별 원조 연락 담당자 임명

그리스 원조의 가장 큰 문제는 분절화로 지적하고 있다. Hellenic Aid는 그리스 안의 다양한 원조 수혜기관들과 협력의 문화를 개발하고, 신뢰를 증가시킬 것을 권고받고 있다. 이에 HA는 각 부처 별로 원조 관련 연락 담당자를 둘 것을 요청하고, 이들로부터 5개년 계획을 위한 다자 지원사업의 맵핑을 위한 정보를 요청하고 있다.

② 모든 개발 협력 사업에 대한 정보 수집 및 공표

DG HA는 정보를 수집하고 데이터를 운영하고 있지만 OECD 보고용, 연간 보고용이며, 주로 투입 위주이다. 현재 연간 보고서 상으로, 각 부처가 개발사업에 어떻게 관여하고

16) 그리스는 2009, 2010, 2011년 사업제안서를 받지 않았다.

있는지 파악하기 어렵다. 연간보고서 상에는 각 부처가 제공한 ODA 지출을 포함하고는 있으나, 각 부처가 지원한 개발협력프로그램은 매 2년마다 보고되고 있다. 각 부처는 산출물, 결과 중심으로 정보를 공유하고, 사업 시작 초기부터 종료시까지 보고서를 통해 추적할 것을 권고하고 있다.

③ 부처 간 개별 개발사업 활동에 대한 정보 교류

그리스는 DG HA를 통해 각 부처간 사업이 합의를 통해서 진행된다. 이러한 상호 동의는 협력을 위한 틀을 설정하는 데에 초점을 두어야 한다. 예로, 환경, 농업 사업 등에 대해 기획, 모니터링과 평가를 위해 기술전문성을 공유하는 것을 둘 수 있다. 이것은 현재 전략 하에서 각 부처별로 사업수행에 어떻게 개입할 수 있을 것인지 개괄할 수 있고, 사업제안서에 대한 요청을 위해 경쟁하는 구도를 예방할 수 있다.

마. 호주가 주는 교훈

(1) 일반현황

호주 무상원조는 100% AusAID에서 진행된다. 호주는 NGO를 통한 사업비중을 점차로 증가시키고 있으며, 2010-2011년 기준 15%의 예산을 NGO를 통해서 지출했다. 호주는 22%를 경제 및 시민사회 섹터에 지출한다. 다음으로 교육 9%, 보건 8%, 식수위생 5%를 지출한다.

AusAID는 다른 정부부처를 개발사업, 외교정책, 국가안보에 관여시키는 역량을 보유하고 있다. 정부 간 조율, 협업(co-ordination) 기능이 잘 발달되어 있다. AusAID는 모든 정부기관의 원조사업 제안서를 개발의 관점에서 스크리닝하는 중요한 역할을 담당한다. 정부 간 운영위원회(inter-government development effectiveness steering committee)가 있고 AusAID가 의장을 맡는다. 이 위원회는 호주 ODA 사업 전반에 관한 감독역할을 점차로 강화하고 있다. 이 위원회는 원조사업에 대한 전략적 방향을 제공하고, 정부가 원조예산의 우선순위를 세울 때 조언을 제공하고, 프로그램 전략을 비준하며, 원조효과성 및 독립 평가위원회의 연간 위회의 연간 리뷰를 감독한다.

(2) 부처 간 협력

호주의 모든 정부는 원조 정책인 Effective Aid를 집행하는 책임이 있다. 호주는 개발 협력을 위한 명확한 whole-of-government 전략틀(framework)과 목적이 있는데, 이것은 개도국과의 책임있는 강력한 파트너십을 포함한다. 포괄적인 원조 정책 틀(comprehensive aid policy framework)은 내각이 동의하는, 원조 정책에서 개괄된 목표를 달성하기 위한 시간별 계획이다. 개발협력을 위한 단일한 범 정부간 표준과 공식적 전략 파트너십 협정을 AusAID와 13개 호주 정부 부처 간에 수립하여 정책일관성, 효과적인 협업, 조율(co-ordination)을 추구하고 있다.

(3) 수원국 내 협력

수원국 내에서 사업을 수행하는 모든 호주 정부는 국별전략을 개발하는 데 관여하고, 특별히 국가 상황분석과 개발협력의 우선순위 설정에 관여한다. 이에 따른 국별 개발 전략은 AusAID가 무엇을 기여하고 어떤 역할을 할 것인지를 다룬다. 그 외 정부기관은 각 부처의 개입전략 안에 각각의 역할을 포함시키고, 다시 AusAID를 포함한 광범위한 정부 간 조율 과정을 거친다.

호주는 수원국에서 정부 간 협업체계가 잘 작동하고 있다. 예로, RAMSI(솔로몬 제도를 위한 지역원조미션)는 개발협력을 조율하기 위해 전략 차원, 사업수행 차원에서 호주 정부가 어떻게 일하는지를 잘 보여준다. RAMSI는 정부 각 전문영역 간에 서로 협조하고, 통합적인 대응을 할 수 있도록 지원한다. 대사관 내 협업을 위한 회의가 특정 이슈별로 전략적이고 통합적 접근을 하기 위해 열린다. AusAID는 국별전략에 관한 의사결정을 할 수 있는 자율권이 있으나, 대사 및 타 정부 기관에게 정기적으로 자문을 구한다.

※ 사례: 필리핀

호주는 필리핀의 민다나오 지역에서 주로 ODA사업을 지원하고 있다. 민다나오 지역은 필리핀 내 가장 열악한 무슬림자치구 지역으로 낮은 개발, 열악한 거버넌스, 분쟁 등을 특성으로 한다. 이 지역에 호주는 AusAID, 외교통상부, 연방경찰, 이주 시민부, 교통인프라부, 농업센터 등이 사업을 펼치고 있다.

바. 캐나다가 주는 교훈

(1) 일반현황

캐나다는 CIDA, 외교국제통상부가 각각 원조의 대부분을 수행하고 그 외에 국제개발 리서치센터가 세 번째로 많은 원조를 수행하고 있다. 캐나다 원조체계는 DAC 회원국 중에서 집중화된(concentrated) 국가로 평가받고 있다. 2010/2011 기준, 68% ODA 규모가 CIDA에 의해 수행되었고, 98%가 5개 부처에 의해서 수행되었다. (CIDA, 재무부, DFAIT, IDRC, 시민 및 이민부)

그러나 이러한 캐나다에도 여전히 정부 간 협의에서, 조율 관련 이슈가 제기되고 있다. 캐나다는 특히 수원국 내에서 하나의 전략적 틀, 또는 우산, 아래 캐나다 원조사업을 개발할 필요가 있음이 제기되었다. 특히 CIDA와 DFAIT이 전략적으로 협조할 필요성이 제기된 것이다.

5개의 주제를 강조하는 캐나다 원조는 이 두 부처(기관)의 노력이 상호 강화시켜주는 방식이 아니라, 개별적으로 공존하는 형식이었다. OECD 동료 평가는 에티오피아의 사례에서, 캐나다가 whole-of-government 접근법을 취하지 않은 것으로 평가하였다. 단지 캐나다에서 수행하는 두 부류의 원조사업이 별개로 존재하고 있었다. 즉 원조 활동에 집중하는 CIDA 지역사무소팀, 다른 하나는 국방, 무역, 안보 이슈에 집중하는 DFAIT 팀이다. 그동안 파리선언에 신경을 쓴 것은 캐나다 ODA를 실시하는 전 부처가 아니라, CIDA에 국한되었다. OECD 동료 평가는 캐나다 사업의 특징으로 예측성이 낮다는 것, 현장화, 분권화가 낮아서 중앙통제가 매우 강하다는 것을 지적하고 있다¹⁷⁾.

(2) 기타 특이사항

① 개도국 리서치 역량강화

OECD는 CIDA와 IDRC(개발 리서치 전담 기관)간에 더 높은 시너지를 권고하고 있다.

17) CIDA 통합 이전의 평가임

IDRC는 주로 개도국의 리서치 역량강화를 위한 사업을 하는데, 2010년에는 그 규모가 무려 1억 6천 9백만 USD에 달했다.

② CSO

캐나다는 CSO를 통한 사업규모를 지속적으로 증가시키고 있다. 2005년 4억 6천 9백만 USD에서 2010년 7억 6천 3백만 USD로 증가시켜, 총 ODA의 20%를 CSO를 통해 실시하고 있다. 캐나다 ODA의 가장 큰 영역을 차지한다. CSO를 활용하는 장점으로 수혜자들과의 친밀성, 사업 수행 시 융통성이 많음을 강조하고 있다.

사. 벨기에가 주는 교훈

(1) 일반 현황

- ① (NGOs에 대한 전략적 접근) 벨기에는 NGO를 활용하는 데 큰 진전이 있었다. 2008년 NGO를 통한 사업 수행은 12%로, DAC 기준보다 훨씬 상회했다.
- ② (대학, 연구기관, 기타) DGDC는 대학 및 특정 기관을 통해 총 예산 8%, 1억 1천 6백만 USD를 지원했다.

(2) 벨기에 행정 절차의 효율성 증가를 위한 OECD 권고 사항

- ① (사업 승인 절차, 단계 간소화) 현장, 장관 등 사업 승인 단계에 너무 많은 시간이 소요되어 이를 간소화 시킬 것이 권고되고 있다. 특히 지역 NGOs에게 가는 소규모 사업 관리에 시간 소요가 많음이 주요 문제로 지적되고 있다. 또한 사전 예산 승인 과정이 너무 복잡하다. 효과성, 효율성 측면에서 보지 않고 적법성 차원에서만 집중해서 보는 방식이 개선되어야 함이 강조되고 있다.

아. 영국이 주는 교훈

(1) 일반현황

영국은 DFID에서 86%의 원조를 담당한다. 나머지는 14개 부처에서 ODA 사업을 수행하는데, 주로 ECGD(export credits guarantee department)를 통한 채무탕감, CDC를 통한 투자, 외교(Foreign and commonwealth office)를 통한 사업이 주를 이룬다. 영국의 특징은 양자원조의 54%가 취약국가(fragile countries)에 쓰인다는 것이다. 또한 영국은 63%가 country programmable에 쓰인다. 사회인프라 서비스가 44%를 차지하여 DAC 평균보다 상회한다. 5%의 예산이 NGO 지원 사업으로 쓰인다.

영국은 섹터, 테마별 목적설정을 하는데 이것이 수원국의 주인의식과 사업효과성을 저해하기도 하는 것으로 동료평가에서 이야기되고 있다. 현재 그러한 목적 설정으로 인해 약 32%의 DFID의 ODA가 영향을 받고 있는데 주로 교육, 보건 영역이다. 섹터별 지출 목표가 때로 수원국의 우선순위에 일치시키는 능력을 낮추는 연구가 있다.(Thornton and Cox, 2008).

영국은 NGO에 대한 core 양자지원사업을 계속 증가시켜왔다. 약 7%의 UK 원조금액(520m USD 연간)이 2007-2008년간 NGO 코어지원 사업이었다. DAC 평균은 2%이다. 제 4차 백서에서는, 직접 budget support의 5%를 non-state actors에게 지원하기로 결정하였다.

(2) 주요 특징

① 현장 중심, 지역 사무소의 높은 자치권

DFID는 현장 중심의 사업을 수행하는 대표적인 국가이다. 직원의 절반이 51개 국가에 파견되어 있다. 영국은 국별 사무소에서 20M 파운드까지 자체 결정이 가능하다. 사업수행, 모니터링, 계획보고 등이 모두 지역사무소의 권한이다. 이것은 UK 정책의 일관성을 증진하게 한다. 수원국 정부에 빠르고 융통성 있는 응답을 가능하게 한다. 또한 수원국와의

일치, 원조조화를 가능하게 한다.

이러한 DFID의 지역사무소의 높은 자치권은 명확한 기관 성과들에 의해 보충된다. 영국 ODA는 PSA(Public Service Agreement)라는 영국 정부의 큰 목표 안에서 작동한다. PSA는 DFID의 7개 부서별 전략목표로 녹아든다. 그리고 이것은 31개의 지표로 측정된다. 이는 다시 조직의 국별 성과들로 녹아들어가고, 이것이 기관차원의 목표가 수원국, 각 부처별 계획, 그리고 각 개인의 성과관리목표로까지 반영된다.

② 성과관리체계

DFID는 기존에 품질보증그룹을 대체한 국가계획리뷰위원회가 형성되었는데, 이들은 국가 계획을 장관에게 보고하기 전에 이를 리뷰한다. 이 리뷰는 여러 계획들 중에 합당한 것을 ‘선정’하는 수준을 넘어, data의 질, 타당성 및 범주, 분석 및 가정 등 전체를 리뷰한다. 또한 output, outcome, results에 초점을 두는 성과관리체계를 조직 전반에 걸쳐서 적용하고 있고, 이를 바탕으로 국별 계획을 세우도록 하는 자세한 안내가 제공되고 있다.

③ 보고서 작성의 부담

그러나 DFID는 보고서 작성 종류 및 요구사항이 너무 많아 현장 직원들의 업무부담, 행정비용이 큰 것으로 나타나고 있다. 보고서 요구사항을 간소화하고 일원화하는 것이 필요하다.

④ 연구기능 강화

DFID는 연구와 정책개발과의 연계성을 강화하고 있다. 리서치 예산을 두배로 늘려 2008-2013년 동안 10억 GBP를 지출하고 있으며 주로, 경제성장, 지속가능한 농업, 기후변화, 보건, 취약환경에서의 거버넌스에 리서치를 투자하고 있다. 여기에는 주로 국내외 대학 및 연구소가 참여하고 있다. 영국의 경우 15명의 선임 연구원이 고용되어 대학과의 연계활동을 담당하고 있다.

⑤ 시민사회와의 연계

DFID의 CSO와의 연계는 단순히 예산, 사업 지원의 형태만이 아니다. DFID는 정책개발 차원에서까지 CSO를 적극적으로 활용하려고 하고 있다. 이를 위해 CSO를 담당하는 사회팀이 홍보부서에서 정책부서로 2008년에 부서를 전환했다.

자. 네덜란드가 주는 교훈

네덜란드는 원조 집중화가 가장 잘 된 DAC 국가 중 하나이다. 모든 원조의 85%가 한 부처의 관할 하에 있고, 13%는 재무부의 채무탕감, 국제 재무기구간의 관계 관리, ORIO 운영, 그 외 국방, 환경, 수자원 관리, 경제업무 분야이다.

ODA 사업의 전달 채널로는 시민사회단체가 22%, 기업이 6%라는 특징이 있다. 대략 1/4의 네덜란드 원조를 NGO를 통해서 하는 것으로 나타났다. 여기서 2/3는 Core 지원이고(NGO가 자체적으로 하는 사업을 지원), 1/3이 non-core(through) NGO 지원이다.(도너가 initiate하고 NGO를 통해서 지원한다.) 1960년에 개발도상국 내 네덜란드의 기업진출을 위해 시작된 이 분야는 성공적이지 않은 것으로 판단되고 있다. 지금은 개발도상국 내 기업환경, 투자환경을 개선하고, 개발의 목적과도 연계될 수 있도록 개혁하는 것을 권고받고 있다.

그러나 수원국 NGO보다는 네덜란드의 NGO를 더 활용하는 것으로 나타났다. OECD에서는 네덜란드 NGO보다 수원국의 NGO 역량강화와 지속성을 위해 이를 더 활용할 것을 권고하고 있다. 이 또한 네덜란드 NGO를 통한 현지 NGO 지원 방식이 아니라, 대사관을 통해 직접 현지 NGO를 지원할 것을 요청받고 있다.

네덜란드 원조의 가장 큰 특징은 대상지역을 최소화시켜 집중해서 원조를 한다는 것이다. 네덜란드는 15개의 수원국에서 유의미한 공여국이 될 수 있도록 노력하고 있다¹⁸⁾. 네덜란드는 외교부에서 개발 정책, 사업 수행을 관장하고 모든 네덜란드 개발원조사업은 co-ordinate하는 게 mandate이다.

18) 유의미한 공여국: 수원국 입장에서 총 원조의 90% 이상을 지원하는 국가

6. 미국의 보건의료 ODA 수행체계 및 협업 방안¹⁹⁾

가. 미국 보건의료 ODA의 원조 조정 및 협업²⁰⁾

(1) 미국 대외원조 부처 간 현황

2011년 미정부 ODA²¹⁾의 규모는 집행액(Disbursement) 기준으로 30,708백 만 불이다. USAID 52%, 국무부 16%, 보건부 12%, 재무부 7%, MCC 5%, 평화봉사단 1%(기타 부처 5%) 순이다. 미정부 대외원조 예산 관련 부처는 크게 고유 업무가 대외정책 및 대외관계 등과 직접적으로 관련된 전통적 대외원조 부처와 비전통적 부처로 구분할 수 있다²²⁾.

① 전통적 대외원조 관련 부처

국무부, USAID, 재무부, Peace Corps, MCC 등이 있다. 세출예산안 기준으로 동 구분에 의한 전통적 대외원조 규모는 2010년 394억불, 2011년 약 347억불, 2012년은 377억불 규모이다.

② 비전통적 대외원조 유관 부처

국방부, 보건부, 환경부 등이 있다. 상기 전통적 대외 정책 관련 부처에 포함되지 않는 타 부처의 국제 기술협력 등의 대외활동으로, 대외원조의 성격을 보이는 사업이 90년대

19) 보건의료 ODA를 보건부에서 별도로 수행하는 사례는 미국, 그리스 등 극히 일부 사례에 불과하고, 그리스는 최근 원조규모가 작고 최근 경제위기로 사업제안서를 받지 않아 미국을 중점적으로 보기로 함 *본 섹션의 내용은 박순진 USAID 주재원의 조사, 인터뷰 내용임

20) USAID 박순진 주재원 조사

21) 미국에는 별도의 ODA계정이 정부예산안에 포함되어 있지 않으며, 회계연도도 10.1자로 시작됨. ODA통계는 OECD DAC 제출 등을 위하여 ODA적합성 등을 검토하여 별도의 통계작업을 수행하고 있음. 미국의 대외원조와 관련한 데이터 베이스는 아래 DB 홈페이지에서 찾아볼 수 있음 :

- 대외원조(Foreign Assistance) 홈페이지 : www.foreignassistance.gov 대외원조자료 홈페이지로 현재까지는 국무부, USAID, MCC의 자료를 찾아볼 수 있으며, 향후 타 부서의 대외원조성격의 예산을 모두 포함할 예정임

- Overseas loan and grant : <http://gbk.eads.usaidallnet.gov/> 군사원조 등을 포함 40년대 이후 현재까지의 원조규모 자료 보유

22) 주요 참고자료 : Congressional Research Service(CRS) 자료 R40213 : Foreign Aid : An Introduction to U.S. Programs and Policy

중반 이래 점차 증가되고 있으며, 2010년 예산집행기준으로 133억불에 달했다. 특히, 국방부의 이라크 및 아프간 원조 프로그램, 에너지부의 핵비확산 프로그램, 국가보건연구소(NIH) 및 질병관리센터(CDC)의 글로벌 HIV/AIDS 프로그램이 2010년 비전통적 대외원조의 약 79%를 차지한다. 이러한 비전통적 대외원조 부처의 원조 프로그램의 경우 통계나 보고 상으로 완벽하게 관리되기 어려운 점이 있으며, 이런 대외원조 프로그램을 관리하기 위한 DB포털로 “Foreign Assistance” 게시판(Dash Board)를 마련하여 운영 중이나, 아직까지 모든 대외원조 예산자료가 입력되지는 못하고 있는 실정이다.

(2) 미정부 대외원조 수행 구조

미정부 부처는 대외원조 관련 예산 계획, 확보 및 집행에 있어서 부처 간 독립적으로 수행하기도 하고, 필요에 따라서 부처 간 협정(Interagency Agreement)을 활용하여 관리 및 집행부처를 나누기도 한다.

① 범정부적 이니셔티브

정부차원에서 이루어지는 개발 이니셔티브는 범정부적 조정 메카니즘을 구축하고, 다수 부처가 운영하는 형태를 보인다.

- Global Health Initiative, Feed the Future Initiative, Climate Change Initiative 등이다.

예산확보 및 집행기관의 이원화 : 특정 부서의 예산이라도, 사업성격에 따라서는 전문 해당 부처가 사업시행자로서 집행하는 경우가 상당 수 있다. USAID는 전체 ODA의 50%의 예산을 Core로 확보하고 있으나, 국무부나 MCC의 사업 중 일부를 직접 집행하기도 하며, 사업시행 기준으로 통계를 낼 경우, 전체 ODA의 75% 정도를 수행하고 있다.

② 현장 차원의 부처 간 조정 메카니즘 : 국별통합전략 및 국별개발전략

대외원조에 관한 정책문서에서는 미국의 대외관계에서 Civil Power를 강조하고 있으며, 공관장 권한 및 책임을 강화하여 해외 민간 부처 및 기관 간 협력을 통솔하고 감독하는 권한을 부여하여 글로벌 민간 협력사업 수행을 리드하도록 명시하고 있다.

해외공관은 국별통합전략(Integrated County Strategy) 수립이 의무화되어 있다. (2011년 말 공식 외교 전문을 통해서 전 공관에 통보) 주요 내용은 국별 공동목표, 외교 전략, 보안전략(필요 시), 개발전략(USAID의 국별개발협력전략, 국무부 및 기타 기관의 프로그램 등 포함) 등으로 구성된다. 공관장이 전략수립과정을 주도하여 공관/USAID/기타 타 부처 파견자 등이 참여하는 범정부적 차원의 전략을 수립한다. USAID가 수립하는 국별개발협력전략(CDCS)은 통합국별전략 중 개발전략의 근간이 된다. CDCS는 USAID차원의 5개년 전략이나, 국무부, 수원국 및 기타 파트너 등의 개발계획도 고려해야 한다. USAID 사무소장은 공관장의 감독 하에 CDCS안을 제출하고 USAID 본부 지역국 주도로 국무부, 타 정부기관 등과 협의 과정을 거친 후 정책기획학습국 확인 및 USAID 지역국의 승인으로 CDCS 확정한다. USAID는 2014년 까지 모든 협력국가에 대한 CDCS를 완료할 예정이다.

(3) 보건 분야 범정부 Global Health Initiative와 원조조정²³⁾

보건 분야는 2000년대 중반 이후 다양한 범정부 차원의 국제보건 이니셔티브가 나오면서 여러 개발협력 주체들이 활동 중인 분야이다. 국제 보건 프로그램은 전통적으로 USAID가 담당해 오고 있으나, 범정부 이니셔티브는 다수의 보건 유관 부처 및 대외관계 부처가 협력하여 사업을 수행하고 있다. 주요 범정부 차원의 이니셔티브는 President's Malaria Initiative(PMI), Neglected Tropical Diseases Program(NTD), President's Emergency Plan for AIDS Relief(PEPFAR), Global Health Initiative 등이 있다.

이 중 2009년도에 오바마 행정부가 발표한 Global Health Initiative는 타 이니셔티브와는 달리 특정 질병 퇴치 등을 목표로 하기 보다는 기존 정부차원의 각종 이니셔티브 및 다양한 부처(USAID, CDC 등)의 국제보건 사업의 통합적이고 효율적인 운영을 위하여 보건 분야를 전체적으로 포괄하는 이니셔티브라고 할 수 있다. 2010년도 현재 미 정부의 국제 보건분야 지출의 81%가 상기 대통령 이니셔티브에 해당된다.

23) 주요 참고자료 : Congressional Research Service(CRS) 자료 RS22913 : USAID Global Health Programs : FY2001-2012 Request

(4) 보건 분야 이니셔티브의 관리 및 집행

오바마 정부의 Global Health Initiative는 USAID, 국무부 및 보건부 등 3개 기관이 주도한다. USAID는 PMI와 NTD 이니셔티브 관리 및 이행을 총괄하고 있으며, 국무부가 주도하는 PEPFAR의 주요 집행기관이다. 아울러, 자체적인 양자 보건 프로그램도 운영한다.

① PEPFAR

국무부의 Office of Global AIDS Coordinator(OGAC)가 관리감독한다. OGAC는 예산의 대부분을 양자집행 기관 및 다자기관을 통해서 집행하는데, 그 부처는 다음과 같다. 상무부, 국방부, 보건부 및 산하 집행기관(CDC, 국립보건연구소, 식품의약국, 보건자원서비스청), 노동부, 평화봉사단 및 USAID 등. USAID는 이 중 약 50%정도 규모의 사업을 집행한다.

② PMI

15개 사하라이남 아프리카 지역을 대상으로 한다. USAID가 관리하고, USAID 및 CDC가 공동으로 집행한다. 다부처가 참여하는 정부 간 운영그룹(USAID, HHS, 국무부, 국방부, 국가안보위원회, 예산관리처 등)의 자문을 받는다.

③ GHI

2009년 오바마 정부가 발족한 6년 기간의 이니셔티브로 총 630억불 규모이다. 기존의 이니셔티브 및 각종 국제보건분야 프로그램을 포함하는 포괄적인 미국정부의 범정부(whole-of-government) 국제보건전략이라고 할 수 있다. GHI 예산은 국무부, USAID 및 CDC의 국제보건 프로그램 및 각종 대통령 이니셔티브 예산으로 구성된다. GHI 대상 국가가 별도로 지정되어 있다.

※ Global Health Initiative 운영 구조²⁴⁾

각 GHI 대상국가별로 GHI Country Team을 구성하여 현지실정을 고려하여 범정부적

24) 상세 내용 <http://www.ghi.gov>, 참조

다년간 전략을 수립하도록 되어 있다. 특히, 수원국 중심의 현장에서의 개발주체(민간부문 포함) 간 협력 및 조정을 강조하고 있다. 국별 GHI 전략은 보건, 인구, 영양 등 분야에서의 해당 국가 보건 우선순위를 지원하는 것으로 목적으로 하며, USAID, CDC, 국방부, 농업부 및 평화봉사단 사업 등을 모두 포함하도록 되어 있다. 나아가 국별 타 개발목표와의 연계도 강조하고 있다.

국내 차원의 GHI에 대한 총괄조정은 국무장관이 임명한 GHI 국장(Executive Director for GHI)을 통하여 국무부 자원관리국에서 담당하고, 3개 주요 부처(USAID, CDC 및 국무부)가 공동으로 참여하는 운영위원회 방식을 통한다. 향후 총괄관리 기능은 USAID로 이관될 예정이다. GHI Principals Committee(operation committee) : USAID, Office of the Global AIDS Coordinator(국무부), CDC의 장으로 구성된다. GHI Strategic Council : 보건부, USAID, 국무부, 농업부, 국방부, 재무부, MCC, 평화봉사단, 백악관과학기술정책실, 백악관 국가안보위원회 등이다.

나. USAID 국제보건국 공여국협력 동료직원 면담 결과²⁵⁾

(1) 미 정부 국제보건사업 코디네이션 체계

Global Health Initiative를 바탕으로, 국별 및 본부차원의 조정 메카니즘을 보유하고 있다. 그러나 정책 차원의 코디네이션은 많은 진전이 있었으나, 사업 시행단계에서는 지속적인 조정 노력이 더 필요한 상황이다. 미국의 보건분야 원조는 범정부차원의 대통령 이니셔티브인 Global Health Initiative의 틀 안에서 운영되고 있다. 국내에서는 범정부 차원의 정책 및 목표 설정, 상위 수준 성과를 관리하고, 국별 보건전략 수립 및 추진을 위한 각종 가이드라인을 제공하며, 국별로는 공관장의 지휘 하에 국별 보건 팀을 중심으로 국제보건전략 수립, 사업기획 및 모니터링을 담당하고 있다. 미국은 특히 국제보건을 외교정책의 중요한 톨로서 최대한 활용하기 위해 노력하고 있다.

25) 참석자 : (KOICA) 박순진 / (USAID) 국제보건국 공여국협력담당자 Ms. Karen Lombardi, Ms. Lydia Hackert, 국가지원과장(Office of Director of Country Support) Ms. Elise Ayers, 공여국협력과 Ms. Linda Shin, 국무부 Global Health Diplomacy 정책담당자 Ms. Ladan Fakory(2013.7.1/USAID 본부)

미국은 원조의 분절화로 인한 폐해 최소화를 위해 ① 실효성 있는 조정기구 및 협의체 ② 기관 비교우위를 고려한 역할분담과 책무성 ③ 공관장의 국제보건사업에 대한 명확한 이해와 리더십 ④ 수원국 중심의 원조 전략 ⑤ 공동 사업관리 및 정보공유체계 ⑥ 부처 이기주의 배제 등을 관건으로 하고 있다.

(2) 정부 국제보건이니셔티브의 부처간 조정 체계²⁶⁾

① 국제보건예산의 증대와 참여 기관의 확대, 총괄기관의 변화

2003년 부시정부의 대규모 AIDS원조(PEPFAR²⁷⁾) 대통령 이니셔티브가 나오면서 국제보건(Global Health²⁸⁾) 사업 규모가 대폭 확대되고, USAID 역할에 변화가 생겼다. 이전까지는 국제보건사업은 USAID가 총괄 관리하였으나, 이후는 국무부와 USAID가 함께 주도하고 있다. PEPFAR의 총괄조정은 국무부 내 설치된 “Office of the Global AIDS Coordinator(GAC)가 담당하고, 각 정부기관의 비교우위에 따라 역할을 분담하였으며, 현재 10여개 이상의 부처가 사업을 시행하고 있으며, 국무부, USAID, CDC가 주요 이행기관이다.

기타 보건분야 주요 이니셔티브인 PMI(말라리아 이니셔티브), NTD Program(열대질병 퇴치 프로그램)은 USAID에서 총괄하고 있다. 2009년 오바마 정부가 기존의 주요 이니셔티브 및 프로그램을 모두 포괄하는 국제보건이니셔티브²⁹⁾(Global Health Initiative, 이하 GHI)를 내놓으면서 범정부 차원의 GHI Office를 국무부에 설치하여 총괄조정 역할을

26) 2013.6월 현재 사회개발팀에서 수행하고 있는 “선진원조공여국 보건의료 분야 ODA사업 수행체계 연구” 지원 목적의 일환으로 KOICA-국제보건국 정례 미팅 계기에 안건으로 선정함

27) U.S. President's Emergency Plan for AIDS Relief(PEPFAR). 당초 5년 간 150억불을 지원하는 프로그램이었으나, 2008년에 5년 추가 기간연장 및 480억불의 재원을 추가로 약정함

28) 미국의 보건분야 대외원조는 “국제보건(Global Health)”로 명칭되고 있으나, 미국의 대외원조법 상에서 규정하는 “대외원조”는 OECD DAC의 ODA 정의 보다 목적 및 적용이 보다 광범위함. 국제보건사업은 국무부(USAID예산 포함)가 총괄하는 대외활동예산(Foreign Operation Appropriation)이 주로 활용되나, 타부처의 경우도 별도의 관련 예산을 가지고 있는 경우도 있으며(예 : 보건예산 등), 의회의 상하원 예산위원회는 해당 예산계정별로 심의함

29) 2011.2월 미국정부차원의 “Guidance for Global Health Initiative Country Strategy(GHI Guidance 2.0)를 마련하여 GHI프로그램 국가에서는 국별보건전략을 수립토록 하였으며, 현재 40여개 국가 이상에서 GHI전략이 수립되어 있다. GHI 홈페이지에서는 전략수립 매뉴얼, 국별 GHI전략을 찾아볼 수 있다. (<http://www.ghi.gov>)

담당하고 국별로 국제 보건팀을 구성하고, 국제보건전략수립 등 제도 구축에도 많은 노력을 기울이고 있다.

2012년, GHI Office를 두고, 국무부 내 국제보건외교사무소(Office of Global Health Diplomacy, 이하 GHD)를 설치하였으나, GHD는 GHI 조정기구로 간주하지는 않고 있다. 현재 GHI는 국무부 GAC, USAID 청장, CDC장이 참여하는 Principals Committee를 통해서 의사결정이 만장일치 방식으로 진행되고 있으며, 고위급 자문기구로서 관련 기관이 참여하는 GHI Strategic Council이 운영되고 있다.

② 국내 조정기구의 상위 수준의 의사결정

국내 총괄조직(기구)은 미국 정부 “whole-of-government” 차원의 국제보건사업 상위 수준의 비전, 정책, 목표, 원칙, 추진방향, 성과지표, 각종 표준 가이드라인 마련, 타 분야 이니셔티브(식량안보, 환경 등)와의 연계, 예산 등 분야에서의 의사결정, 주요 사항 검토, 각종 제도적 지원 방안을 마련하고 있다. GHI는 8개 분야를 중점 추진 분야로 정하고, 7개의 기본원칙에 따라 운영되며, 각각의 성과지표를 보유하고 있다.

- 8개 분야: HIV/AIDS, 말라리아, 결핵, 모성보건, 아동보건, 영양, 가족계획 및 생식보건, 소외열대질환
- 7개 원칙: 1. Focus on Women, Girls and Gender Equality, 2. Encourage country ownership and invest in country-led plans, 3. Strengthen and leverage other efforts, 4. Increase impact through strategic coordination and integration, 5. Build sustainability through health systems strengthening, 6. Promote learning and accountability through monitoring and evaluation, 7. Accelerate results through research and innovation

③ 현장 코디네이션의 중요성

GHI 사업의 합목적적 추진을 위해서는 현장 단위의 국별 정책수립 및 사업시행에 있어 부처 간 코디네이션이 가장 중요한 요소이다. 그러나 공관 내 리더십, 국별 목표 및 전략, 지속적인 협의 메카니즘 등이 없으면 일관된 사업운영이 불가능하다. 특히, 해외에서 미국 정부 조직을 대표하는 공관장의 국제보건에 대한 이해 부족이나 리더십이 부재한

경우, 국별 통합된 국제보건전략이 없거나, 상호 정보공유 및 유통이 안 되는 경우 사업의 중복이나 비효율적인 운영 등의 상황이 발생한다. 따라서 GHI 운영 초기부터, 국별로 참여 기관의 특성 및 국별 보건 분야의 개발 수요 분석에 따른 업무 및 역할 분담 등을 정하기 위하여 국내 및 현지에서 상당한 수준의 범정부 협의과정이 있었고 관련한 제도 구축을 위한 협의와 노력을 기울이고 있다. 주요 GHI 대상국에 대한 본부 및 현장의 국별국제보건팀 구축, 국별국제보건전략, 국별HIV/AIDS사업계획, 말라리아 사업계획, 대외원조 사업계획 등 다양한 방식으로 범정부적 사업 추진을 위해서 노력 중이다. 그러나 아직까지 프로젝트/액티비티 단위에서의 사업 중복은 빈번하게 발생하고 있다.

한편, 어떤 인적자원이 투입되느냐에 따라서 코디네이션의 결과 및 국별 성과가 상이하게 나타나는 현상이 발생하고 있으므로, 이를 보완할 수 있는 제도 구축을 위해 노력하고 있다. 아울러, 국내에서의 부처 간 논의 및 협의 내용이 현장으로 제대로 전달이 되지 않는 문제도 최근 들어 부각되고 있다.

④ 동일한 시스템의 사용, 정보공개 확대 필요성³⁰⁾

협의 및 제도 중심의 조정 메카니즘도 중요하나, 상호 간의 수행 업무에 대한 정보공개 등 투명성의 문제와 공동의 기획/보고/성과관리 시스템을 보유하고 있는 지 여부는 원조분절화에 매우 중요한 요소이다. 협업 및 협의 체계가 정착되지 않는 한 현장에서 파악되지 못하는 사업들이 상당수 존재할 수 있는 가능성이 있으며, 대외원조가 대규모로 광범위하게 이루어지고 있는 경우에는 상황파악이 더 어려울 수 있다. 현재 미정부 차원의 대외원조정보 통합 및 공개 노력을 지속하고 있으나, 기존의 DB시스템 호환 문제, 상이한 사업관리체계 등이 장애로 작용하고 있다.

30) 대외활동(Foreign Operation) 예산계정은 국무부가 총괄하며, 국무부와 USAID는 "FACTS Info"라는 사업계획, 예산, 성과관리 시스템을 공동으로 사용하고 있다. 타 부처에서 수행하고 있는 대외원조 데이터는 동 FACTS Info 시스템을 통하지 못하고 있는 실정으로 당초 타 부처도 활용할 수 있도록 시스템 개선 계획이 있었으나, 아직은 반영되지 않았다. GHI의 경우에는 대신 운영초기부터 대통령 예산실에서 운영하는 "MAX"시스템을 활용하여 국별로 GHI전략을 세우고 예산 및 지표 관리를 위한 각종 템플릿을 실무적으로 제공하는 플랫폼으로 활용하고 있다.

⑤ 개발원조기관과 분야전문기관의 역할 분담

개발원조기관과 분야전문기관 중 어느 기관이 원조사업에 더 적합한가에 대한 논의는 사실 상 오랫동안 진행되어 왔고, 아직까지 명확한 답이 나오지는 않는 상태이다. 각각의 고유한 영역과 미션이 있고, 책무성을 보장할 수 있는 분야에 대한 명확한 판단, 전문역량이 발휘되는 비교우위를 찾아 역할분담을 통한 협력시스템을 만들어내는 것이 중요하다, 사실 상 여러 여건 상 쉽지 않은 과제이다.

개발은 다차원/다분야 적인 접근이 필요하고, 현장에 대한 깊은 이해와 현장 업무 인프라가 갖추어져야 한다는 점, 외교 및 안보적 관점이 반영되어야 한다는 점 등이 전문 개발원조기관이 국가운영을 위하여 조직된 타 정부부처와의 차이점일 것이며, 국가별 상황, 외교관계, 개발전략, 원조규모 등에 따라서 부처 간 참여수준이 논의되어야 할 것이다.

GHI 차원에도 통합 노력을 지속하고 있으며, GHI 원칙에 따른 성과관리 방안의 하나로, 현재 “Partnership Principle”이라는 참여자간 역할 및 업무추진 절차에 대한 상세한 협업 매뉴얼을 작성 중으로, 현재 마무리 단계에 있으며, 국제보건분야 범정부 코디네이션에 유용한 지침이 될 것이다.

⑥ 다양한 부처 참여로 인한 수원국 측의 업무 부담

공관 내 국제보건팀 구성, 수원국의 참여를 통한 전략 수립을 위해 최대한 노력 중이며, 국별 정책 단위보다는 프로젝트/액티비티 차원의 업무 중복이 있을 수 있다. 사업 성격별로 이행방식이 상이할 수는 있으나, GHI 원칙 상 수원국 중심, 수원국 시스템 활용, 도너 파트너십 및 업무 표준화 작업을 지속하고 있으므로 많이 개선되었다고 할 수 있다. 부처별로 사업방식이나 조달관행이 일부 상이할 수 있으나, 대외원조법이나 국가계약규정이 기본적인 사항을 규정하고는 있다.

⑦ 국별개발협력전략(CDCS)의 분절화 극복 효과성

GHI 발족 이후 이미 40개 이상의 국가에 국제보건전략이 수립되어 있어, 이 국별 GHI 전략은 CDCS 작성 시 반영하도록 되어 있다. CDCS는 아직 초기 단계이므로, 분절

화 극복 효과성에 대해서 판단하기는 시기 상조이나, GHI전략과 마찬가지로 범정부적 접근을 통한 효과성 제고인 점을 고려할 때 분절화 극복 효과가 반드시 있을 것으로 보고 있다.

(3) 한국 상황에 대한 의견*

한국의 원조사업규모, 예산구조, 대상지역, 원조 방향이나 정책 등에 대한 이해가 없는 상황이지만, 일반적으로 ① 범정부차원의 국제보건 정책 및 전략 ② 실효성 있는 조정 기구 및 협의체 ③ 각 기관의 비교우위를 고려한 역할분담과 책무성 ④ 공관장의 국제보건사업에 대한 명확한 이해와 리더십, ⑤ 수원국 중심의 원조 전략 ⑥공동 사업관리 및 정보공유체계 확보 ⑦부처 이기주의 배제 등이 원조 분절화를 최소화하는 방안이다.

* 이는 면담 과정에서 USAID 국제보건국 소속 직원의 의견을 그대로 인용한 것이다. 그러나 미국의 경우 보건부(CDC)에서는 주로 특정 질환을 중심으로 한 ODA 사업을 담당하고 있어서, 한국의 맥락과 상황과는 여러 가지로 차이가 있다. 즉, 미국에서 보건부의 비교우위라고 하는 것은 이와 같은 질병중심의 사업에 국한되어 있어, 거의 모든 사업영역을 두 기관이 동시에 하고 있는 한국의 상황과는 매우 다른 맥락에서 나온 의견이라 할 수 있다.

다. 주재원³¹⁾ 관찰사항

(1) 개발리드 기관으로서 USAID의 강조

오바마 정부의 대통령개발협력지침(PDD-6) 및 4개년 외교개발리뷰 (QDDR)를 통하여 USAID를 Premier Development Agency로서 강조하고, 군사원조가 아닌 민간방식의 원조 전환, 수원국 중심의 원조 및 중장기 국별전략원조 등을 명시화하면서 USAID는 개발분야 정책리더로서의 역할을 회복하기 위한 노력을 계속하고 있다.

(2) 범정부적 코디네이션의 한계

그러나, 공화당 행정부 당시 시작된 대규모 국제보건이니셔티브인 PEPFAR가 국무부

31) 박순진 주재원(2012. 8. ~ 2013. 7. 파견)

주도 및 다부처 참여방식의 개발구조, 위험/분쟁지역 지원 확대에 따른 국방부의 비중 확대 등으로 개발분야에서의 분절화가 심화된 상황이다. 관련 제도 구축, 수원국 중심의 수원국별 통합전략, 총괄조직을 통해서 국내 및 현장에서의 코디네이션 노력을 확대하고 있으나, 기존의 업무 방식, 현장중심의 분권화된 사업구조 등으로 제도의 안착에는 한계가 있는 것으로 보인다. GHI 초기 발족 시기에는 국무부 내 GHI Office를 통하여 총괄역할을 하도록 하고, 이후 USAID로 그 역할을 이관하는 것으로 되어 있었으나, 2012년 GHI Office 폐지 후에는 전담총괄조직 없이 3개 주요기관이 참여하는 위원회 방식으로 운영되고 있다 (이후 GHI 자체가 그 효력을 다한 것이 아니냐는 의견도 일부 있었다.)

(3) 외교전략과 국제보건이슈의 연계 노력

2012년 하반기에 개설된 GHD³²⁾는 대외관계(원조) 예산에서 상당부분을 차지하는 국제보건을 통한 외교를 강조하면서 국제보건과 외교를 양자 및 다자관계에서 전략적으로 연계하고, 공관장들이 국제보건분야를 해당국과의 파트너십 파트너십 구축, 국제보건향상 목표 달성을 위하여 중요한 외교전략으로서 추진할 수 있도록 지원하는 역할을 하고 있다. (<http://www.state.gov/s/ghd/about/index.htm>)

(4) 범정부적 분야별 국가전략의 수립과 국가개발협력전략과의 연계

한편 주요 대통령 범정부 이니셔티브의 경우(예 : GHI, Feed the Future)의 경우 해당 이니셔티브 대상 국가에서는 사무소 주도로 범정부적 국별전략을 수립하도록 되어 있다(붙임 1 가이드라인 참고). 아울러, USAID가 수립하는 “국가개발협력전략(CDCS)”은 해당국가의 통합국가전략(Integrated Country Strategy)의 개발분야 전략으로서 타 정부부처의 개발사업도 포함하도록 되어 있고, CDCS 가이드라인은, 동 이니셔티브별 범정부 전략을 CDCS내에 반영하도록 하고 있다.

32) GHD는 월드뱅크와 함께 지난 4월 28개국 아프리카 재무 및 보건장관이 참석하는 “Africa Health Forum 2013: Finance and Capacity for Results”라는 포럼을 개최하고, 해당국 내 공관장(및 공관내 보건팀), 월드뱅크 사무소, 수원국 정부 등과 수원국 오너십이 강조된 보건프로그램 운영과 공동의 보건목표 등을 위하여 공조하도록 외교কে이블로 지시한 바 있다.

(5) 국별 연간사업계획 시 본부와 현장 간 협의 강화 노력(USAID)

USAID는 현장중심의 분권화된 사업집행구조로 본부의 지역부 및 기술부서는 사무소를 지원하는 역할을 하고 있으나, 본부와 현장 간 정책 및 사업에 대한 이해 및 이행에 대한 괴리에 대한 지적이 많았다. 특히 프로젝트 디자인의 경우 사무소장 전결체제로 되어 있어, 프로젝트 단위에서 상호 이해가 부족한 경우가 많았다. 이를 해결하기 위한 방안으로 국제보건국은 금년도부터 사무소의 연간사업계획 중 보건분야 사업계획(Health Implementation Plan)을 검토하는 프로세스를 정비하여, 사업시행 분야의 본부/사무소 간 상호 협의체계를 강화하고 있다. 동 검토 과정에서의 주요 검토 항목³³⁾은 사업의 ① 보건분야 문제해결 가능성 ② 타 공여국과의 공조/수원국 주인의식 ③ 목적달성 가능성 등이다.

국제보건국 국별팀(Country Team)이 주도하고 지역팀 담당자 등 다수의 검토과정 및 본부/사무소 합동 토의를 거치게 되는 동 과정에서 검토 담당자는 CDCS, GHI 전략, Best Action Plan, 수원국 정부의 보건전략 등의 문서를 기본적으로 사전 검토하도록 하고 있다(붙임 2 검토 보고서 양식 붙임 참조). 이 중에서 재검토가 필요한 사항은 이슈페이퍼를 작성하여 사무소와 화상회의를 통해서 점검하고, 협의 또는 해결되지 않는 “Significant issues”의 경우 사업계획의 승인부서인 국무부 대외원조국에 통보토록 하고, 대외원조국에서 최종 의사결정을 하도록 되어 있다.

7. OECD 동료국가들의 무상 ODA 협업 방안

가. 주제: 각 국가들이 취하는 조정, 협업 방안

(1) 미국

공식적으로 PEPFAR, PMI, GHI 등, 미국정부차원의 다양한 국제보건 이니셔티브별로

33) ① How well the Mission interventions address the key drivers of element-level morbidity and mortality and other health issues; ② How well the Mission is working with the government, other donors and partners to build country ownership and expand the impact of national programs; and ③ How likely the budgeted activities are to achieve the expected results outlines

총괄조정 역할을 특정부처 혹은 위원회에게 위임하고 있어, 정책 수준에서의 분절화 및 원조중복성 완화에 도움이 되고 있다. 그러나, 주어진 예산을 가지고 구체적으로 어떤 사업을 발굴하고 수행할 것인지는 전적으로 해외사업현장에서 결정되기 때문에 사업수준에서의 중복성을 완전히 차단할 수 있는 것은 아니다. Guidance for Global Health Initiative Country Strategy 등 상위수준의 전략문서가 있고, 이는 궁극적으로 현장 수준의 협업에까지 적용할 의도로 개발되었다. 실무수준에서의 조정 및 협업을 위한 별도의 가이드라인은 없다.

(2) 스웨덴

보건부는 WHO에 회비를 납부하는 책임을 진다. 정책 수준에서의 개발협력에 대한 전략은 외교부에서 수립하고 SIDA는 보건사업을 집행한다.

(3) 호주

호주는 OECD에서 평가했듯 정부 간 협업과 조정이 잘 되고 있다. 정부 간 협업을 지원하는 Strategic partnership agreement가 협업매커니즘으로 잡혀 있는데, 이는 주로 (이전) AusAID와 기타부처 간의 협업 매커니즘이다. (전) AusAID의 역할은 (1) 정부 간 협업 및 조정 역할(정책일관성, 개별 국가 분석 및 전략을 포함), (2) 예산 및 성과 틀 담당 (3) 원조 효과성 제고(수행 평가 감독, 내각 및 대중에 보고 역할 등)에 있다. 2013년 9월 신 정부, 호주 원조 사업에 대한 우선순위가 재 설정되었고, 2013년 11월 1일자로 외교통상부로 통합되었다. 이를 통해 호주 외교, 무역, 개발 정책과 우선순위가 더 일관성을 띠게 될 예정이다. 호주 정부는 모든 부처 간 예산 관련 의사결정을 통합할 것이다. 인도주의, 안보와 같은 중요한 이슈에 대해서, 정부간 협의회, 조정 매커니즘이 통상적으로 수립되어 호주 정부의 노력을 잘 조정해 왔다. 특히 호주 정부는 호주 Head of mission at overseas가 범 정부적 노력을 조율하는 책임이 있고, 성공적으로 잘 수행해 왔다. 여기엔 다양한 호주 정부 기관의 직원들이 함께 일하고 있다. 이는 호주 캔버라 본부 차원의 정책 차원 조율이, 결국 지역 차원의 사업 수행에 있어서의 협업, 조정으로 더욱 보충되고 있음을 보여준다.

(4) 일본

2006년에서 2011년 사이에 OECC(Overseas Economic Cooperation Council)가 내각에 있었고 여기서, 내각 회원들 간에 ODA 정책을 논의했다. 이 회의를 바탕으로 외교부는 새로운 정책을 개발하고, 관계부처와 논의를 통해 새로운 사업을 구체화시켰다. 그러나 이 당시에도 이 위원회는 조정기능은 없었고 외교부에서 조정 기능을 담당했다. 일본의 경우 분절화가 문제가 되었을 때가 있었으나, 지금은 타 부처 예산이 점차로 줄어들어 분절화 문제가 해결되었다.

나. 주제: 각 국이 취하는 사업 발굴의 방법

(1) 미국

USAID에서는 수원국의 요청에 기반하여 사업을 발굴하는 것이 아니라, 평소 수원국 관계부처 및 기관과 정기적 업무협의 및 정책대화를 통해서 사업을 발굴한다. 수원국 정부로부터의 공식적인 문서를 통한 사업요청은 거의 없는 것으로 파악된다. USAID는 해외 사무소에 보건전문인력들이 다수 근무(현지인력 포함)하고 있어 이들이 보건분야 업무협약에 주도적으로 참여하며 불가피하게 일반 직원이 보건사업에 관여해야 할 경우, 본부에 근무하는 보건전문인력이 기술지원(technical assistance)을 제공한다.

(2) 스웨덴

우선 국별 전략이 대사관, 수원국, 시민사회단체 간의 자문을 통해 수립된다. 대사관이 SIDA와 협력하에 지원 프로그램, 프로젝트를 선정한다. 수원국의 우선순위의 계획에 일치시키는 것을 우선시하고 가급적 수원국의 보고 체계, 타 공여국 보고체계와 연동시키려고 노력한다.

(3) 일본

일본은 Position paper, 테마틱 가이드라인이 있다. 테마틱 가이드라인은 다양한 사업을 수행하면서 축적된 협력 방향, 유의 사항 등에 대한 정보로 구성된다. 새로운 사업을 준비하고 수행할 때 이 가이드라인이 활용되며, JICA 직원, 전문가 및 외부직원들 간에

공유된다. Position paper는 국제적 담론에 JICA의 입장을 적절한 시기에 전달하기 위해 마련한 문서이다. 또한 각 국별 지원 전략이 있다. ODA 전담반을 통하여 수원국과 대화하고, 이를 통해 수원국의 공식적 요청과 현지의 실질 수요 간에 간극이 발생하지 않도록 최대한 노력을 기울이고 있다.

(4) 호주

호주 정부의 사업은 국제보건의료전략, 수원국 전략과 밀접히 연관되어 있다. 예로, 대 인도네시아 국별 전략은 인도네시아가 차기년도에 5개년 개발계획을 수립할 것이라 1년 더 연장되고 있다. 인도네시아 정부는 보건전략을 현재 개발 중에 있다. 이 전략이 개발 되면 이에 따라 호주의 대 인도네시아 전략을 개발할 예정이다. 또한 인도네시아 중기 개발계획과 다른 많은 보건 전략들이 호주가 수행할 사업 개입 영역, 내용을 찾는 데 활용되고 있다. 인도네시아 정부가 항상 사업제안서를 제출하는 것이 아니고, 통상적인 토론, 자문 등을 통해서 사업을 발굴해간다. 인도네시아 보건 전략, 인도네시아 보건부 및 기획, 재정부와의 상담을 통해 사업을 발굴하고 또한 인도네시아내타 공여국 사업을 확인하며 공여국간 조정, 협력을 추진하고 중복을 방지한다. 사업제안서를 받는 데만 그치지 않고 지속적인 면담을 거치며 사업을 발굴한다. 새로운 사업을 발굴, 기획하는 과정에 인도네시아 정부관료가 참여하며, 드물지만 사업 검토 과정에도 참여한다.

다. 주제: 각 국이 취하는 CSO, 학계, 민간 업체 참여 방법 및 특징

(1) 미국

USAID는 제안요청서(RFA/RFP)를 통해 제안서를 접수하기 때문에 제안요청서상에 명시된 자격요건을 갖춘 기관은 누구든지 참여 가능하다. 사업단계별로 특별히 선호하는 종류의 기관이 정해져 있지는 않으나 필요시 제안요청서상에 선호하는 종류의 기관으로 참가자격을 제한할 수는 있다. USAID는 아래 불확정납품불확정수량계약(Indefinite Delivery Indefinite Quantity Contract, IDIQ Contract*) 방식으로 사업참여자를 선정할 수 있으며 사업평가의 경우에는 동 방식이 보편화되어 있다. 제안요청서상에 자격요건을 명시함으로써 사업수행능력을 갖춘 기관을 선발하면 되기 때문에 특별히 사업참여기

관의 역량배양을 위한 프로그램은 실시되지 않고 있다. 그러나 현지 역량강화의 일환으로 현지 NGO 혹은 현지 대학의 역량배양을 위한 기술협력 프로젝트는 실시하고 있다.

(2) 스웨덴

CSO에 지원할 특정 예산이 책정되어 있다. 그 외 국별 전략을 수립할 때 CSO와 긴밀히 협력한다. 특히 인권 등 특정 이슈 관련 옹호사업에 있어서는 CSO와 협력하고, 취약 국가에서 더욱 CSO와 협력해서 사업을 진행한다. 사업평가에 컨설턴트를 활용하는데, 입찰 관련 규정이 있다. 컨설턴트, 연구기관과 협약을 맺어 사업을 한다.

(3) 일본

기술 협력의 경우 비정부기구의 참여 관련 특정 규정 등이 없으나, 실제로 많은 활동가들이 참여하고 있다. 특히 Japan partnership 프로그램 for NGO 같은 프로그램을 통해 많은 활동가들이 참여하고 있다. 컨설턴트의 경우 단가, 표준 경험 등을 규정하는 가이드라인이 있다. 컨설턴트는 사업 기획, 수행, 평가 등에 상당한 역할을 하고 있다. 이와 같은 사양 가이드라인은 각 개별 프로젝트에 해당하는 요구사항을 설명하고 있다. 따라서 이 사양에 적합한 기관만이 입찰에 참여할 수 있다.

(4) 호주

비정부 기구의 참여와 관련한 특별한 가이드선은 없다. 특정 entity가 특정 사업 단계에 개입하도록 하는 규정은 없다. program manager에게 비정부기구와 협력해서 사업 품질, 효과성을 제고하게 하는 가이드선을 제공한다. 사업을 기획할 때, 파트너에게 원조 품질 표준, 모니터링, 평가 등에 대한 가이드선을 제공하고, 사업이 진행될 때에도 필요한 가이드선을 제공한다.

※ 표 6. 호주 ODA 사업 참여자

협력 기관	계약금 비율	계약 건수
대학, 연구소	12%	1221
정부 부처	4%	305
호주 NGO	5%	405
영리 업체	20%	713
타국 정부	2%	143
수원국 정부	10%	128
국 외 NGO	6%	282
다자 기구	42%	602

이를 사업 기획, 수행, 평가 등 각 단계 별로 구분하지는 않는다. 위의 각 협력 기관 별 장단점은 개별 사업(현장)의 특수한 상황에 따라 매우 다르다. 개별 사업 현장에서 요구하는 특성에 따라 상황 별로 적절한 기관을 선정한다.

라. 주제: 각 국이 취하는 CSO, 학계, 민간업체 사업의 품질 관리 방법

(1) 스웨덴

수행 평가를 하는데, 이는 자주 부처 또는 UN 기구가 타 공여국과 같이 한다. 결과를 수행하는 능력과 또 재정관리체계를 함께 본다. 만족스러울 경우 전략에 따라 협약을 수립하고, 연간 보고서를 통해 결과를 추적하며 해당 기관의 보고체계를 그대로 활용하려고 한다. 필요하다면, 회계감사를 수행하되 사전에 협약서에 이를 반영한다.

(2) 일본

기관(NGO, 업체, 컨설턴트) 단위로 JICA 사업을 얼마나 했는지 통계는 없다. 일반적으로 특정 업무에 맞는 기관에 상황에 따라 의뢰한다. 예로, 토목기술 컨설턴트는 인프라 사업의 사전 조사를 맡고, 대학 및 연구기관은 리서치 수행을 맡고, 사업 평가는 개발 컨설턴트가 맡는다. 각 기관 별로 사업을 수행하며 경험을 축적하고, 좋은 사업결과는 추후 입찰에 참고될 수 있다.

8. ODA 협업 활성화를 위한 교훈 요약

지금까지 무상 ODA 분절화를 극복하기 위해 타 동료국가들이 노력하는 협업방안을 살펴해보았다. 결론으로 KOICA, KOFIH의 협업 방안을 제시하기 이전에, 지금까지 거론된 타 공여국의 보건의료 ODA 수행과 관련한 주요 특징은 다음과 같다.

타 동료국가의 경우 보건의료 부처가 ‘부처의 전문성’을 강조하며 ODA를 전략적으로 실시하는 거의 없었다. 예외적인 국가로 미국과 그리스를 찾아볼 수 있었다. 그러나 미국의 경우에도 보건부(질병관리본부)는 특정 질병을 중심으로 한 사업에 집중하고 있었고, 이는 2000년 이후 비약적으로 증가한 국제보건이니셔티브의 출현과 그 궤를 같이하였다. 따라서 미국의 경우 보건부는, USAID가 수행하는 보건의료사업 전 부문을 수행한다기보다는 질병중심사업이라는 특정 영역에 국한된 사업에 집중하고 있으며, 이는 또한 2000년 이후 HIV, 말라리아, 결핵 등의 핵심 질환 퇴치를 위한 대규모 펀드의 출현이라는 특수한 상황과 맥락에서 이해할 수 있는 것이기에 한국의 상황과는 큰 차이가 있다. 또 다른 예외로 그리스를 들 수 있으나, 그리스는 그 원조 규모가 매우 작고, 그리스 보건부의 대외원조사업은 이주민들을 위한 보건의료서비스지원에 집중되고 있어 역시 한국의 상황과는 큰 차이가 있다.

OECD 동료평가 결과를 통해 나타난 협업의 교훈을 요약해보면 다음 표7과 같다.

표 7. 분절화 정도 및 협업 방안과 기타 무상 원조 특성

국가	현상태 (OECD 최근 평가 시점)	해결방안(및 기타 특징)
미국	원조 분절 심각/비슷한 기관이 사업 중복진행/원조수행기관 증가/수원국으로부터 비판	① 정책조정위원회 ② 국무부/USAID에 조정기능 부여 ③ 코디네이터 제도 ④ 공통의 데이터베이스 구축 ⑤ 통합보고서 작성
독일	심각 ³⁴⁾ /연방 환경부, 연방 교육 부 사업 증대, 분절화/수원국 측으로부터 비판/사업 교훈이 부처 간 반영되지 않음	① 국가의 집중화 ② 테마의 집중화 ③ 전달방법의 집중화 ④ 수행체계 통합 ⑤ 수원국 내 대표성 강화 ⑥ 현장 중심의 접근 방법

국가	현상태 (OECD 최근 평가 시점)	해결방안(및 기타 특징)
일본	원조 분절 심각하지 않음	① 외교부의 협력, 조정 역할 ② 현장 사무소 권한 강화 ③ 수원국 내 ODA 전담팀 ※ OECD 권고 사항 ④ 성과관리 강화 ⑤ 각 유형 별 사업 간 진행 절차 조화
그리스	심각	① 5개년 개발협력 지원 계획 ② 부처간 협의 위원회 ③ 외교부에 조정 권한 부여 ④ 외교부에 개발사업 전략, 기획, 수행, 모니터링, 평가 역할 부여 ⑤ 섹터, 테마, 대상국가 집중화 ※ OECD 권고사항 ⑥ 부처 별 원조 연락 담당자 임명 ⑦ 부처별 개발협력사업 정보 수집 및 공표(산출물, 결과 중심) ⑧ 부처 간 정보 교류 ⑨ 부처 간 경쟁 구도 지양
호주	심각하지 않음	① AusAID가 모든 정부기관 원조사업제안서 검토, 조율 역할 ② 정부 간 개발협력효과성 운영위원회(AusAID 총재가 의장) ③ 정부의 원조 정책 기조 ("Effective Aid") ④ 정부 간 협력관계 수립을 위한 표준안 수립
캐나다	심각하지 않음	(기타 특징) ① 리서치 비중 강화 ② CSO 협력 증가
벨기에	다소 심각	※ OECD 권고사항 ① 사업 승인 절차 간소화 (기타 특징) ① NGO 협력 증가 ② 대학, 연구기관 참여 증가
영국	심각하지 않음	① 지역사무소의 높은 자치권 ② 성과관리 체계 ※ OECD 권고사항 ① 보고서 작성의 부담 감소 (기타 특징) ① 연구기능 강화 ② 취약국가에 사업 집중
네덜란드	심각하지 않음	※ OECD 권고사항 ① 현지 NGO 적극 활용 (기타 특징) ① NGO 참여 비중 매우 높음

34) 2010년 시점

타 동료국가들의 협업방안으로는 ①각 국가의 대표 원조수행기관에 조정 및 감독 역할 부여 ②부처 간 위원회를 두어 지속적인 협력 및 조정 논의 진행 ③지역 사무소의 권한 강화 ④지역 사무소 내 대표성 있는 일원화 체계 구축 및 협업 강화 ⑤협력 및 조정을 위한 코디네이터 설정 ⑥부처 간 정보 교류 및 보고서 공동 작성 ⑦섹터와 테마 및 대상 국가의 집중화 등이 동료 국가들이 취하고 있는 협업 활성화 방안들이다. 또한 협업 활성화를 위해 우리가 참고할 수 있는 OECD 권고사항인 ①사업 승인 및 보고 등 각종 절차를 일관성 있게 하는 것 ②성과관리체계를 활성화 시키는 것 역시 우리가 주목해야할 사항이다. 아울러 ①사업과 연계된 연구 기능을 활성화시키고 ②민간단체의 참여를 활성화시키는 국제 사회의 추세 역시 한국 보건의료 무상 ODA 협업 활성화를 위해 참고할 수 있는 부분이다. 이상과 같이 동료 공여국들의 사례, 교훈을 검토하고 또 본 연구의 도입부에서 다룬 협업활성화를 위한 전제들을 모두 종합한 결과 다음과 같이 KOICA, KOFIH의 협업활성화를 위한 전제와 협업 활성화 방안을 결론으로 제시한다.

IV. 결론 및 고찰

1. 원조 분절화에 대한 국내 논의 동향에 대한 비판적 고찰

가. 개별 부처의 ODA 전문성에 대하여

각 부처의 ODA의 콘텐츠에 대한 전문성에 대해서는 국제적으로 그 근거가 희박하다. OECD 동료평가에 나타난, 일본 농무성의 사례는 그 대표적인 예라고 할 수 있다(OECD, 2010). 일본 농업성의 정책은 국제사회 또는 일본 ODA 정책과 맞지 않다고 OECD 동료 평가는 기술하고 있다. 이런 상황에서 일본 농무성에서 자체 ODA를 실시한 다 했을 때, 수원국의 농업정책, 개발정책과 맞는 ODA가 가능할 것인지에 대해서는 의문을 제기할 수 밖에 없다. 또한 공여국 자체에서의 경험, 우선순위, 전문성이 곧 수원국 내 동일 영역에 대한 전문성으로 귀결되지는 않을 수 있다. ODA 사업분야에 대한 전문성 중 가장 중요한 것은 수원국의 빈곤문제 해결과, 수원국 내 각 분야별 문제에 대해 현 지 맥락을 바탕으로 한 이해 및 경험과 무관하지 않다. 한국의 경우 원조를 하는 국가가 되기 이전에 원조를 받는 국가였다는 것이 특수한 상황이라서, 부처 별로 해당 분야의 ODA 전문성을 강조하는 이유가 되기도 한다. 그러나 부처별 전문성이 ODA 분야에서 구현되고 있는지는 실증적 연구를 바탕으로 한 근거가 필요하다. 유사한 사례로 DFID는 보건부와 세계보건정책을 두고 갈등을 빚기도 했다. 두 부처 간 조정의 어려움으로 인해 세계보건에 대한 영국의 기여를 희석시킨다는 평가도 존재한다(Lancet, 2010)

개별 부처가 ODA를 실시한다 해도, 수원 국 내 동일 부처와만 조율하는 방식은 한계가 많다. 개별 부처를 넘어서 부처 간 협업은 공여국이 아닌 수원국에서도 중요하게 여기는 내용이기 때문이다. 개별 부처의 접근 방법은 한계가 있고 이미 원조 성과를 위한 담론에서도 중요하게 다루어지고 있다(OECD 성과관리, 2013).

원조 전문성이란 결국 성과(result, performance)에 있어서의 높은 전문성과 그 맥이 닿아 있으며, 여기서의 성과는 개별 프로젝트의 수준을 훨씬 뛰어넘는다. 개별 프로젝트의 성과관리에 있어 오랜 경험을 가진 많은 동료 공여국들이 개도국 주민의 삶의 질 전반을 아우르고, 전체 국가를 중심으로 한 성과를 도출하고 관리하는 것으로 방향을 전환하고 있다(OECD, 2013).

이와 같이 현재 논의되는 원조 전문성을 기준으로 보았을 때, 전문성을 기준에 논의하는 방식대로, 섹터 전문성과 현장 전문성으로 구분하는 것은 크게 의미가 없을 수도 있다. 즉 현장 전문성은 없으나 섹터 전문성은 보유했다거나, 섹터 전문성은 보유하지 않았으나, 현장 전문성은 보유했다는 설명 자체가 적절하지 않다. 즉, 이와 같은 경우는 결국 ‘전문성이 없는’ 것으로 규정해야 한다.

섹터 전문성은 낮고 현장 전문성은 높다는 KOICA의 사업 성과는 무엇을 의미하는가?
 현장 전문성은 없고 섹터 전문성은 높다는 부처의 사업 성과는 무엇을 의미하는가?
 이는 사업의 ‘성과’ 측면에서 해석했을 때, 매우 부적절한 표현일 수밖에 없으며 결국 섹터 전문성, 현장 전문성 중 하나만 갖추고 있다는 것은 ODA 전문성이 ‘없다’는 것으로 해석할 수 있다.

나. KOICA와 KOFIH의 협업의 목적에 대하여

따라서 KOICA, KOFIH의 협업이라는 기준으로 본 연구를 제한하였을 때, 우선 두 기관에 요구되는 사항은 명확하다고 볼 수 있다. KOICA에게도 현장 전문성과 섹터 전문성이 필요하고, KOFIH 역시 현장 전문성과 섹터 전문성이 필요하다. 두 기관 모두 현장 전문성과 섹터 전문성을 겸비해야 한다. KOICA와 KOFIH의 협업은 이러한 전제 하에서 실질적인 협업 논의를 진행할 수 있다고 본다. 이러한 전제 아래서, 수원국의 입장에서 볼 때 사업 효과가 극대화되도록, 의사 결정과 집행, 사업 모니터링 및 평가 등 여러 영역에 걸쳐서 두 기관이 어떻게 협업할 수 있는지 보다 구체적인 논의가 가능하다.

다. 수평적 관리체계에 대하여

수평적 관리체계를 ODA에 그대로 적용한 것은 오류라고 본다. 빈곤문제 해결을 위해 수평적 관리체계가 필요한 것은 공여국 자체의 문제, 또는 수원국의 문제로 가져가는 것이 옳다. 수원국의 빈곤문제 해결을 위해 공여국의 수평적 관리체계가 필요하다는 것은 논리적 타당성이 부족하다. 특히 한국 ODA의 상황처럼 작은 규모의 사업을 여러 나라에 산발적으로 시행하는 차원에서 수평적 관리체계가 필요한지에 대한 의문을 제기할 수 있다.

라. 성과 평가, 패키지 형 사업에 대하여

함미자(2013)는 공여국이 개별 원조사업들을 얼마나 통합적으로 기획, 집행했는지를 평가할 것이 아니라 개도국의 빈곤층에 실질적인 가치를 전달할 수 있는지를 평가해야 한다고 주장한다. 공여국의 장기적 국익에 기여할 수 있어야 국민의 지지를 확보할 수 있다고 주장한다. 성과관리를 중심으로 한 원조 분절화 해결방안 논의가 공여국 개별 원조사업의 효과성을 분명히 평가함과 아울러, 국민에 대한 책무성의 차원과도 연결되어 있고, 공여국의 장기적 국익도 같은 맥락이라고 주장하는 것이다. 이는 결국 공여국의 개별 원조사업 효과성으로 귀결된다.

김용 등(2013)은 국제보건분야의 원조효과 제고를 위해서는, 현재 국제보건 ODA 분절화 접근법이 사업 중복, 비효율, 인적자원의 낭비, 높은 구매비용 등의 문제를 초래, 환자들에게 가치를 제공할 수 있는 통합된 전달시스템을 구축할 것을 제안했다. 부문별 가치사슬 접근법에 근거한 보건서비스 제공, 보건 인프라 공유, 외부환경과의 상호작용 고려, 경제사회개발에의 기여를 국제보건의료 전달체계의 기본 틀로 제시하고 있다. 2012년 우리나라 국제개발협력 평가소위원회에서 농림수산분야 ODA 통합평가를 실시하였다. 여기서는 농림분야 ODA 시행기관 간 전문성을 결합하여 시너지 창출이 가능하도록 패키지 형 사업 추진방안을 마련, 사업단계별로 기관의 전문성에 입각한 역할분담 및 참여방안을 수립할 것을 제안하였다.

그러나 공여국의 입장에서 패키지 형 사업을 추진하는 것이 개도국 상황에 가장 적절한 사업 유도인지는 근거가 희박하다. 공여국 입장에서 여러 기관이 참여하며 패키지를 만드는 것이 반드시 개도국 입장에서 적절한 프로그램이 만들어지는 것과 일치하지는 않을 수도 있기 때문이다.

마. “KOICA는 시설물, 타 부처는 전문성” 주장에 대하여

함미자는 KOICA의 보건, 농업 사업이 시설물 건설 위주이며 타 부처의 참여는 전문분야의 전문성을 갖춘 기관으로 이들의 원조 참여가 원조효과성 제고를 위해 긍정적 측면이 있다고 주장했다. 그러나 KOICA의 보건, 농업 사업이 시설물 건설 위주라는, 함미자, 김정해 등의 주장은 최근의 KOICA 사업 경향과 전략적 방향에 대한 정확한 정보에 바탕을 두지 않은 것에 기인한 것으로 보인다. KOICA 보건의료 ODA 사업은 그간 인프라 위주의 사업이 갖는 취약성에 대한 안팎의 비판을 최대한 수용하며, 개발도상국 내 원조효과성 제고를 위해 국제적으로 권고하는 근거에 기반한 보건의료사업을 지속적으로 확대하고 있다. 인프라 요소가 거의 존재하지 않는 수단 주혈흡충 관리사업, 에티오피아 인구생식보건 캠페인, 네팔 의료보험 사업, 니제르 뇌수막염 예방 사업, 콩고 말라리아 예방 및 치료사업, 네팔 모자보건사업 등 그 사업 수와 예산 규모 측면에서 인프라 요소의 사업보다 빠르게 확산되며 KOICA 보건의료 사업 내에서 그 중요성을 확대해가고 있다.

함미자는 “기능별로 또는 사업의 가치사슬에 맞추어 전문화된 원조수단 간 협력체계를 구축하고 기능별로 전문성을 극대화 해 나가는 것이 원조효과를 제고하는 방안”이라고 주장한다. 그러나 이는 단지 독일, ADB 등 일부 사례를 근거로 할 뿐이며, 같은 섹터의 무상원조를 실시하는 데 있어서 KOICA-타 부처 소속 기관 간 전문성 극대화에 대한 근거로 삼기에는 부족하다.

함미자의 주장은 개발금융기관의 경험을 바탕으로, 개도국의 투자 기회 확대, 다양한 금융제공이라는 수요 측면에서 접근하고 있다. 이는 빈곤감소를 위한 첫 번째 과제로 비즈니스 활성화, 인프라, 경제협력이라는 바탕을 둔 접근방법이기 때문에 단기, 중기 사업의

원조사업효과성의 차원에서는 적절하다고 보기 어렵다. 또한 함미자는 ODA를 우리 기업의 해외 시장진출의 발판으로 활용할 것을 주장하고 있기 때문에 이러한 맥락의 원조효과성은 논외로 한다.

백일현(2013)은 사업의 효과성을 높이기 위해서는 각 기관이 개별적으로 사업을 수행하기보다, 상호 협력과 연계를 통해 추진할 때 효과가 극대화한다고 주장하고 있다. 이를 위한 예로, 백일현은 보건의료 사업의 예를 들며 EDCF, KOICA, KOFIH의 보건의료 사업의 예를 들고 있다. 그러나 백일현은 대규모 병원, 기자재, 초청연수, 병원운영 지원, 병원운영 컨설팅, 의료기기 사후관리 등을 예로 들고 있는데, 이러한 방식의 보건의료 사업이 KOICA, KOFIH, EDCF 모두가 추구하는 보건의료 ODA 사업 유형인지는 검토가 필요하다.

예를 들어, 수단의 어느 지역에서 가장 필요한 보건의료 ODA 사업이 소외열대질환관리 사업일 경우, EDCF에서 대규모 병원건립사업을 실시한다고 했을 때 KOICA, KOFIH는 소외열대질환 사업에 우선하여 EDCF 병원건립 사업에 대한 후속 또는 보완사업을 해야 하는 것이 적절하다고 할 수 있는가? 이러한 견지에서 본다면, 수원국의 입장에서 필요한 협력과 공여국의 입장에서 바라보는 협력의 유형과 내용은 매우 다를 수 있다. 여기서 가장 중요한 것은 수원국의 입장에서 필요한 수요를 바탕으로 협력이 이루어져야 한다는 것이다.

MDG에서 강조하고 있는 목표인 모성 사망률 감소, 아동사망을 감소, HIV/AIDS, 말라리아, 결핵 감소, 식수 위생 접근성 증가 등을 고려하고 개별 수원국의 보건의료 분야의 전략적 우선순위를 기준으로 했을 때 대형 병원 중심의 보건의료 ODA 사업은 보편적인 사업이 아닌 매우 특수한 유형의 제한된 사업일 뿐이다.

결국 국제사회가 공통으로 추구하며 근거를 기반으로 한 효과적인 보건의료 ODA 사업, 개도국의 수요를 적절히 반영한 보건의료 사업을 수행하는 데 KOICA, KOFIH (및 EDCF)가 어떻게 상호 협력하고 연계할 수 있는지에 대해서는 함미자(2013), 김정해 등

(2013), 백일현(2013)이 예시로 든 것과 같이 단순하고 명료하게 파악할 수 있는 부분이 아닌 상황임을 명확히 하고자 한다.

따라서 협력과 협업을 고려할 때, 한국의 부처 간 갈등조정이나 협력 그 자체를 위한 협력이 아니라, 개발도상국 내에서 사업효과성을 가져올 수 있는 협업방안이 무엇인지가 관건이 되어야 한다.

현재 국무총리실 2013년 연구로 보건분야 ODA 종합평가 연구가 시행 중에 있다. 동 연구에서는 KOICA, KOFIH, EDCF의 보건분야 ODA 전략, 체계, 사업내용을 평가하고 있다. 세 기관의 평가 결과와 상관없이 주의해야할 사항이 있다. 그것은 예를 들어 KOFIH의 전문성이 부처의 전문성과 동일시 할 수 있느냐는 것이다. 즉, KOFIH의 전문성이 보건복지부 산하에 있기 때문이며, 보건복지부의 분야 전문성이 KOFIH의 ODA 콘텐츠 전문성으로 기관경험을 전수한 것인지, 이와 상관없이 KOFIH가 설립되고 보건의료분야 ODA 전문인력을 대거 투입하여 자체적으로 보건의료 ODA 경험을 단기간에 집중해서 축적한 것인지는 매우 큰 차이가 있다. 후자의 경우에는 이를 부처의 전문성으로 간주할 수 있을지에 대해서는 논란의 여지가 많다. 원조분야에서 후발 주자라 할 수 있는 한국이 향후 원조분절화의 문제를 극복하고, 전문성을 확보하며, 협업을 강화하기 위해서 이는 시사하는 바가 매우 크다. 즉, 각 부처별로 ODA 콘텐츠 전문성이 비교우위에 있는 것이 맞는다면, 협업 그 자체로도 장기적인 대안이 될 수 있다. 그러나 KOFIH의 전문성이 분야별 전문가들을 위주로 한 ODA 사업전담 기관을 만들고 육성한 데서 나온 것이라면, 이는 분야별 전문가를 대거로 육성하여 한국 ODA의 전문성을 강화하되, 이를 각 부처마다 개별적으로 운영할 것인지 이러한 전문 기관들을 하나의 우산아래에 둘 것인지에 대해서는 논의의 여지가 많다. 이 주제는 본 연구범위를 벗어난다. 본 연구의 일관된 주제인 KOICA와 KOFIH의 협업을 위해서는 양 기관의 전문성을 검토하는 것은 충분히 의미가 있으나, KOICA와 KOFIH의 전문성 우위에 대한 논의 역시 본 연구 범위에 들지 않는다. KOFIH를 보건복지부의 기관 전문성과 연계시킬 수 있는지를 놓고 볼 때, 근거는 희박하다. KOFIH의 전문성이 외부 전문가를 영입하고, 육성한 것인지 보건복지부라는 부처 차원의 경험의 축적에서 비롯된 것인지는 명확하지 않다. 이는 KOFIH의 보건의료 ODA 전문성일 수는 있으나, 보건복지부 부처의 ODA 전문성으로 해석하기에는 어려운 부분이 많다. 만약 KOFIH가 보건복지부의 '기관 경험'의 축적으로 인한 산물이 아니라면, 결국 KOFIH와 같은 별도 기구를 각 부처마다 두는 것은 논란의 여지가 많다는 것이다.

2. KOICA와 KOFIH의 협업을 위한 선행 조건

가. KOICA, KOFIH의 상호 이해 증진

Agranoff 와 McGuire(2003)의 주장한 바와 같이, 공동의 목표를 추구하기 위해 상호 간에 신뢰를 쌓고, 조직의 경계선을 넘어 함께 일하는 조직문화를 개발하는 협력의 정신이 가장 중요하다. KOICA와 KOFIH는 한국의 보건의료 무상 ODA를 실시하는 대표적인 기관이나 그 동안 정책 수준에서의 무성한 논의와 달리 실무 선에서의 교류가 거의 진행되지 못했다. 사업 중복을 방지하고 사업 효과성을 높이는 데에는, 무엇보다 KOICA, KOFIH 내 보건 의료 사업을 직접 기획하고, 수행(관리)하는 실무진 간에 정보를 교류하고, 실패사례와 성공사례를 나누며 경험을 축적하는 것이 매우 중요하다. KOICA와 KOFIH 간, 협업의 첫 단계는 각 기관의 실무진들 간에 잦은 교류를 실시하며, 협업을 통해 두 기관이 개발도상국 주민들의 건강증진에 더 기여하고 한국 국민들에 대한 보건의료 ODA의 책무성을 높일 수 있다는 가능성을 상호 확인해나가는 것이 우선 필요하다. 이러한 과정에서 두 기관 간에 신뢰가 견고히 다져지면서 보다 실질적이며 효과적인 협업방안들이 도출 될 수 있을 것이다.

나. 사업의 성공, 달성하고자 하는 목표에 대한 합의

KOICA, KOFIH 간에 보건의료 ODA 사업을 통해 달성하고자 하는 목표, 그리고 성공과 실패에 대한 공통의 이해가 있어야 한다. 두 기관이 전략적으로 추진하려는 보건의료 ODA 사업의 방향, 지향점이 매우 다르다면 협업할 수 있는 요소는 그만큼 줄어들 것이다.

다. 협력을 강조하는 리더쉽

협력을 강조하는 강력한 리더쉽이 뒷받침되어야 한다. 실무진 수준에서 잦은 교류를 통해 신뢰관계가 형성되고, 달성하고자 하는 목표에 대한 합의가 이루어지더라도 협업을

강조하는 리더십이 병행되지 않으면, 협업은 단지 수사에 머문 문서 상의 약속에 그칠 수도 있다. 두 기관이 협업을 통해 보다 더 적은 비용의 보건의료 ODA 예산으로 개발도상국 주민들의 건강 증진에 더 효과적으로 기여할 수 있는 방안이 있다면 협업을 실제 사업에서 구현할 수 있도록 리더십 차원의 강력한 지지가 뒷받침되어야 한다.

라. 협업이 이루어질 수 있는 유인 제도

협업이 두 기관에 불필요한 행정업무를 과도하게 초래하고, 사업수행 절차와 방식을 복잡하게 만든다면 실무자들은 업무 부담을 줄이기 위해 협업을 회피할 수도 있다. 협업을 위한 협업, 대내외 비판에 대응하기 위한 협업이 되어서는 안되며 협업을 통해 업무 효과성이 증대될 뿐만 아니라, 사업 수행 방식 등도 더 일원화되고 간소화되어 실무진들이 자연스럽게 협업을 추진할 수 있도록 하는 등의 유인책을 마련하는 것이 매우 중요하다.

3. KOICA와 KOFIH의 협업 방안

가. KOICA, KOFIH 본부 사무소 상호 인력 파견

KOICA와 KOFIH는 각 본부 사무소에 실무진을 상호 파견하여 정보를 교류하고 협력을 증진한다. 정기적인 회의를 개최하는 것만으로는 정보의 품질에 한계가 있으며, 직원을 상호 파견하여 일정 기간 동안 각 기관의 사업 기획, 관리, 조사 등 제반 절차에 참여하여 각 기관에서 별도로 축적된 경험과 교훈을 공유하며 사업 효과성을 높이는 것이 필요하다*.

* 그러나 특별한 공동의 목표 및 임무가 주어지지 않은 상호 인력 파견은 별다른 성과 없이 진행될 가능성이 있다. 따라서 상호 인력파견은 공동의 목표를 수행하기 위한 구체적인 임무와 반드시 연계되어야 한다.

나. KOICA, KOFIH 본부 사무소 실무진 정례회의, 정기 포럼 실시

KOICA, KOFIH의 실무진 차원에서 정례 회의를 개최하고 또한 정기적으로 포럼을 실시

하여 사업 사례를 공유하고 공통의 이해를 확산시킨다. 정례회의 마다 각 기관의 현안을 공유하고, 특히 현지 사무소의 현황과 주요 이슈를 공유한다.

다. KOICA, KOFIH 보건의로 ODA 전략 수립 과정에 상호 개입

궁극적으로는 KOICA, KOFIH가 하나의 ‘한국 보건의로 무상 ODA 전략’을 공통으로 수립하는 것이 바람직하나, 공통의 전략을 수립하는 데에 합의하기까지는 다소 시일이 소요될 것으로 예측된다. 이에 따라 단기적으로 KOICA, KOFIH가 각 기관의 보건의로 전략을 수립하되, 한국 보건의로 무상 ODA 전략의 일관성을 유지하기 위해, 이 전략수립 과정에 상호 개입하도록 한다.

라. KOICA, KOFIH “국별 보건의로 ODA 전략” 시범 수립 및 활용

현재 KOICA, KOFIH는 보건의로 ODA 전략을 국별로 수립하지 않고 단지 국별 전략 안에 보건의로 부분이 포함되어 있는 정도이다. 미국, 호주 등 타 국에서는 수원국마다 별도의 보건의로 ODA 전략을 수립하여 일관된 보건의로 사업을 수행하고 있는데, 우리 역시 국별로 보건의로 ODA 전략을 별도로 수립하여 보다 체계적인 보건 사업 발굴, 기획, 수행, 평가 등을 진행하는 것이 바람직하다. 당장 전체 수원국을 대상으로 실행하기는 어려울 수 있어, 특정 국가 몇 개를 선정하여 두 기관이 공통으로 국별 보건의로 전략을 수립하고 이를 활용하는 것을 실시해볼 수 있다.

마. KOICA, KOFIH의 보건의로 ODA 연간 사업계획 수립 시 상호 개입

KOICA, KOFIH가 매년 공통의 연간 사업계획을 수립하고 그 중에서 각자의 역할 분담, 진행시기 등을 명시하는 것이 한국 보건의로 ODA의 일관성을 제고하기 위해서 보다 바람직하다. 그러나 이 역시 단 시일 내 실현가능성이 높지 않음에 따라, 두 기관이 각각 연간 사업계획을 수립하되 이 과정에 상호 개입하여, 사업 중복을 방지하고 구체적인 협력 요소를 도출하여 사업의 시너지 효과를 창출하는 것을 시도해볼 수 있다.

바. KOICA, KOFIH의 보건의료 ODA 성과관리 틀 공동 개발 및 운영

타 동료 공여국들의 상당수는 프로젝트 수준의 성과관리는 이미 오래 전에 달성하고 현재는 보다 상위 수준인 섹터 수준, 수원국 수준, 공여국 수준의 성과관리를 도입중이거나 또는 이미 실시하고 있다. 두 기관은 우선 프로젝트 수준의 성과관리를 전 사업에 도입하는 동시에, 수원국 수준 또는 섹터 수준으로 공통의 성과관리 틀을 공동으로 개발하고 운영하는 것이 필요하다. 타 동료 공여국들이 실시하고 있는 섹터 수준, 수원국 수준, 공여국 수준의 성과관리는 개별 기관의 범위를 벗어나는 것이기 때문에 반드시 공동의 성과관리 틀을 개발하고 운영해야 한다.

사. KOICA, KOFIH의 보건의료 ODA 사업 공동 기획, 모니터링 및 평가

두 기관의 보건의료 ODA 사업을 기획하는 단계에서부터 평가까지 각 기관이 보유한 우수한 인력을 활용하여 이 과정에 상호 참여한다. 각 기관 별로 축적된 경험이 상이할 수 있음에 따라 공동의 기획, 모니터링, 평가는 사업의 시행착오를 줄이고 우수한 사례를 보다 빨리 확산시킬 수 있는 계기가 될 것이다.

아. KOICA 보건의료 사업을 KOFIH가 위탁하여 수행

KOICA는 ODA 사업을 주로 용역계약 형식을 통해 NGO, 컨설턴트, 대학 및 연구소, 민간업체 등과 함께 사업을 수행하고 있다. 반면에 KOFIH는 일부 사업을 직접 수행하고 있다. KOICA, KOFIH의 가장 바람직한 협업 방안 중 하나는 KOICA의 보건의료 사업을 KOFIH가 위탁하여 사업을 수행하는 것이다. 관련된 타국의 사례로, 미국 CDC는 USAID의 HIV 사업 등에 수행기관으로 참여하고 있다. 이는 KOFIH의 특정 분야 보건의료분야 전문성을 KOICA를 통하여 보다 많은 사업 현장에서 빠르게 구현할 수 있는 좋은 방안이 될 수 있을 것이다.

자. KOICA, KOFIH의 NGO, PPP 참여 방안 공동 구축

KOICA, KOFIH는 NGO, PPP 참여 협력방안을 공동으로 구축하여 일관성을 유지하는 것이 필요하다. 두 기관이 NGO, PPP 참여 방안을 반드시 동일하게 해야 함을 의미하지는 않는다. 오히려 각 기관의 특성을 분명히 구분할 수도 있을 것이다. 한국의 보건 의료 ODA사업을 담당하는 두 기관으로서 NGO, PPP 참여를 놓고 양 기관이 경쟁하는 구도가 되는 상황은 바람직하지 않다.

차. KOICA, KOFIH의 보건의료 ODA 국가별 대표 일원화

무엇보다 모든 부처는 각 국가에서 기획, 실시하고 있는 ODA 사업 관련한 모든 정보를 현지 대사관과 공유하는 것이 매우 중요하다. KOICA, KOFIH는 단지 이러한 정보 공유 수준을 넘어 수원국 내 한국 보건의료 ODA의 대표성을 펼 수 있도록 수원국 체제를 일원화시켜야 한다. 현재 간혹 발생하고 있는 바와 같이, 수원국 내 보건부처 또는 타 부처에 양 기관의 보건의료 ODA 담당자가 개별적으로 방문하여 혼선을 초래하는 일은 매우 바람직하지 않다. 수원국 체제 일원화는 단순한 창구 일원화를 넘어, 해당 수원국 대상 보건의료 ODA 전략을 공동으로 개발하고, 수원국 내 사업 발굴, 기획, 모니터링, 평가, 회의 등 모든 사항에 양 기관이 한국이라는 하나의 대표성을 가지고 참여할 수 있도록 하기 위함이다. 같은 맥락으로 KOICA, KOFIH의 보건 전문가를 공동으로 활용한다.

카. KOICA, KOFIH의 사업효과성 제고를 위한 시범 사업 실시

KOICA, KOFIH의 사업 효과성을 제고하기 위한 시범 사업을 실시한다. 시범사업의 방식은 매우 다양할 수 있다. 예로, 두 기관이 하나의 사업을 함께 실시하는 경우도 있을 수 있고, 이와 달리 각자 개별 사업을 실시하되 서로 다른 범주의 사업을 특정 지역 내 동시에 실시하면서 사업의 시너지 효과를 창출할 수도 있다. 이 경우에 각자 개별 사업을 실시하되 사업관리, 모니터링, 평가 등은 통합적으로 실시할 수도 있다. 이와 같이 다양한

방식으로 시범사업을 실시하면서 두 기관이 어떻게 협업하는 것이 사업효과성 제고 측면에서 가장 바람직한지를 실증적으로 도출해낼 수 있다.

타. KOICA, KOFIH의 국내 대학, 연구소, 전문가 활용 방안 공동 구축

KOICA, KOFIH 두 기관에서 활용하는 전문 인력 및 기관의 풀은 일부 중복된 부분도 있으나 그렇지 않은 부분도 있다. 이러한 전문 인력 및 기관을 공동으로 활용하는 것은 매우 중요하다. 이를 위해 전문인력 및 기관의 풀을 공동으로 구축한다. 한 기관의 사업 조사, 기획 등의 과정에 타 기관에서 관련 기관 또는 인력이 참여하는 일을 불허하는 상황은, ODA사업에 대한 대국민 책무성, 개발도상국 주민들의 건강증진을 위한 사업효과성 증대 등 어떤 측면에서 보더라도, 결코 다시 발생해서는 안되는 일이다.

파. 시범사업 실시(KOFIH), 사업 확대 (KOICA) 역할 구분

KOFIH는 사업효과성을 제고하는 새롭고 혁신적이며 창의적인 사업을 지속적으로 발굴 및 수행하여 이를 성과관리체계를 통해 검증하고, KOICA는 사업효과성이 검증된 이와 같은 사업을 보다 광의의 지역과 국가에 확산(scaling up) 시키는 역할을 담당하는 것 역시 좋은 협업 방안이 될 수 있다.

4. 결론

본 연구는 기관의 통폐합과 같은 조직 및 체계의 변화는 연구대상 범위에 포함시키지 않고 KOICA, KOFIH의 기관 간 협업 방안만을 주요한 연구 대상 범위로 하였다. 그러나 KOICA, KOFIH의 협업방안이 한국 보건의로 무상 ODA의 근본적이고 장기적인 해법이 될 수 있는지, 아니면 다만 기관의 통폐합 등 장기적인 대안이 마련되고 실현되는 과정에서 임시방편으로 활용될 수 있는 대치인지에 대해서는 분명히 할 필요가 있다. 본 연구의 서두에서 살펴보았던 무상원조 분절화로 인해 발생하는 대내외적 문제, 본 연구를 수행하면서 확인한 타 동료국가들의 여러 사례와 교훈으로 미루어 볼 때, 한국 보건의로

무상 ODA를 두 기관이 실시하는 것은 장기적으로 바람직하지 않다. 특히 타 기관에서 발달한 협업방안은 서로 다른 기관이 거의 동일한 영역의 사업을 수행하면서 협업이 진행 된다고 보다는, 각 기관의 특성과 업무가 분명히 구분되는 상황에서 원조 효과성을 증진 시키기 위해서 협업이라는 방안을 도출하는 경우가 주를 이룬다. 이러한 맥락에서 보자면 협업이 과연 한국 보건의료 무상 ODA에 대한 최선의 방안인지 그 논란의 여지는 매우 크다. 따라서 단기적으로 두 기관의 협업을 논의하고 시도해가는 동안 한국 보건의료 무 상 ODA의 중장기적인 방향이 어떠해야 하는지에 대해서는 건설적인 논의가 멈추지 말아야 할 것이다.

참고문헌

국내문헌

- 강민아. 2013. 우리나라 ODA 현황 및 추진방향: 기관 간 협업활성화를 중심으로. 한국 정책학회
- 권율. 2006. 우리나라 대외원조정책의 선진화 방안. 서울: 대외경제정책연구원
- 김은미, 마재신, 임은미. 2007. 개발협력 집행체제 개선방안 및 유엔기구의 다자개발협력 방안에 관한 연구. 서울: 외교통상부.
- 김정해, 손혁상, 권율, 이원희, 이창길. 2013. 한국형 공정개발원조의 효과적 추진을 위한 통합체계 연구. 서울: 한국행정연구원
- 맹준호. 2012. 대외원조환경 변화와 한국의 개발협력 전략. 한국행정학회 동계학술대회. 서울. 12월.
- 백일현. 2013. 우리나라 ODA 현황 및 추진방향: 기관 간 협업활성화를 중심으로. 한국 정책학회
- 오대영. 2013. 우리나라 ODA 현황 및 추진방향: 기관 간 협업활성화를 중심으로. 한국 정책학회
- 윤태용. 2013. 우리나라 ODA 현황 및 추진방향: 기관 간 협업활성화를 중심으로. 한국 정책학회
- 이태주. 2009. 유무상 원조체계의 이원화 문제. OECD/DAC 가입과 우리대외원조의 개선방안 세미나. 송영선의원실/국제협력학회. 서울: 대한민국국회 (2009.04.06)
- _____. 2013. 우리나라 ODA 현황 및 추진방향: 기관 간 협업활성화를 중심으로. 한국 정책학회
- 임도빈. 2013. 우리나라 ODA 현황 및 추진방향: 기관 간 협업활성화를 중심으로. 한국 정책학회
- 정진규. 2013. 우리나라 ODA 현황 및 추진방향: 기관 간 협업활성화를 중심으로. 한국 정책학회

정혁. 2013. 한국형 ODA를 위한 원조체제 강화방안. 한국개발협력 4호.

참여연대. 2008. 2008 ODA 정책보고서: ODA 목적과 원조체제. 서울: 참여연대 국제연대위원회

외국문헌

Acharya, Arnab, Ana Teresa Fuzzo de Lima and Mick Moore. 2006. Proliferation and Fragmentation: Transaction costs and The Value of Aid, *Journal of Development studies* 42, no. 1:1-21

Arimoto, Yutaka and Hisaki Kono. 2007. Foreign aid and recurrent cost: donor competition, aid proliferation and budget support. RIETI discussion paper series 07-E-051. Tokyo: Research Institute of Economy, Trade and Industry.

Burall, Simon and David Rodman. 2006. Developing a methodology for assessing aid effectiveness: an options paper. London: Overseas Development Institute.

Hansen, Henrik and Finn Tarp. 2000. Policy arena and aid effectiveness disputed. *Journal of International Development* 37, no. 6:66-92.

IDA. 2007. Aid architecture: an overview of the main trends in official development assistance flows. International development association resource mobilization. Washington D.C.: World Bank.

IDB/IDRC. 2002. Organizational assessment: a framework for improving performance. Ottawa: International Development Research Centre.

Jim Yong Kim, Paul Farmer, Michael E Porter. 2013. Redefining global health care delivery. doi:10.1016/S0140-6736(13) 61047-8

Knack, Stephen. 2006. The effects of donor fragmentation on bureaucratic quality in aid-recipient countries. Research brief. Washington D.C.: World Bank.

World Bank. 2008. Aid architecture: an overview of the main trends in official development assistance flows. Washington D.C.: World Bank.

2013. DAC Peer Review: Australia, Paris: OECD

2012. DAC Peer Review: Canada, Paris: OECD

2011a. DAC Peer Review: USA, Paris: OECD

2011b. DAC Peer Review: Greece, Paris: OECD

2011c. DAC Peer Review: Netherlands, Paris: OECD

2010a. DAC Peer Review: Germany, Paris: OECD

2010b. DAC Peer Review: Japan, Paris: OECD

2010c. DAC Peer Review: UK, Paris: OECD

2010d. DAC Peer Review: Belgium, Paris: OECD

2010a. DAC Peer Review: Ireland, Paris: OECD

부록 1. 서면 인터뷰 용 질문지

가. USAID 대상

Background

We are health specialists working at the Social Development Team of the Korea International Cooperation Agency (KOICA). We are sending you this mail for the purpose of collecting invaluable lessons from your experiences in relation to coordination mechanisms across ministries and the methods for involving and managing diverse non-state entities in each project cycle.

Over the last decade, we have seen an increasing number of domestic departments setting up their official development assistance (ODA) programs in Korea, particularly in the health sector. The Ministry of Health and Welfare of Korea has been expanding the implementation of ODA in the health sector, while KOICA represents development cooperation of the Korean government.

This changing environment calls for concerted efforts to find the best way to improve the performance of foreign assistance with a consolidated approach; hence, the emerging issue regarding health ODA in Korea is how to collaborate and coordinate among diverse government agencies, specifically between KOICA and the Ministry of Health and Welfare.

According to the OECD DAC peer review, we found that you have developed various ways of coordinating mechanisms across government agencies or departments. However, further details particularly related to the health sector are not articulated in this document, specifically at the headquarter and field levels.

Therefore, the purpose of this correspondence is to collect invaluable lessons from your experiences. We kindly request you to respond to the questionnaire below. It would be highly appreciated if you could share your vast experiences in relation to coordination and collaboration among different entities.

In addition, we would like to ask you to share detailed guidance or criteria on how to involve and manage non-state entities such as academic institutes, NGOs, consultants, and the private sector in each project/program cycle, including the way of assuring and controlling project/program quality.

Your response will be incorporated into the process of developing a better approach for collaborating with different ministries and non-state entities of Korea.

Part I [Coordination Mechanism]

Q1. [Characteristics of each government ministry]

According to the OECD DAC peer review, USAID, CDC, and MCC are implementing health projects for the US foreign assistance.

Would you please explain the distinct characteristics or feature of health ODA project by each ministry or agency? (USAID, CDC, MCC)

- Are the types of health ODA projects clearly distinguished by each ministry? Have health ODA projects sometimes happened to be duplicating or overlapping between ministries?

Q2. [Ways of overcoming fragmentation and inconsistent approach]

Do you have an independent entity for coordinating all the different ministries or agencies in the area of health ODA?

If you do not have a coordinating or collaborating organization or entity, what specific steps do you usually take to avoid duplicating health ODA projects?

Have you encountered any difficult experiences resulting from duplicated projects in the same partner countries, such as facing criticisms internally and/or externally (e.g., aid fragmentation, inefficient performance, inconsistent implementation, or waste of foreign assistance resources)?

If so, how did you overcome these challenges? How did you resolve the issue at the head office and field levels? What recommendation can you give us in the context of Korea?

Q3. [Budget allocation]

How much budget has been allocated to each ministry or agency annually for ODA health projects?

How do you allocate the health sector budget for foreign assistance into each government ministry?

Do you have clear criteria for allocating the budget for ODA health projects? If so, would you please kindly share the criteria or guidance with us?

- Who can participate in the decision-making process for allocating the health ODA budget for each ministry or agency? By what process is a final decision made for budget allocation of foreign assistance for the health sector?

Q4. [Characteristics of human resources]

It would be appreciated if you could share the details related to health ODA of each ministry in terms of the specialty and expertise of department, the number of staffs, and organizational chart at headquarter level and partner country level.

Part II [Implementing Mechanism]

Q1. [Project initiation, aligning with partner or donor country strategies]

It is well known that you have your own health strategy.

In our case, feasibility studies or area assessments are normally initiated after a partner country submits a proposal to the KOICA country office.

In your case, do you take any particular measures for helping a partner country submit a proposal aligned with your agency's health ODA strategy? For example, you may give guidance to the relevant officials of a partner country through recommendations or hold a meeting with them for enhancing the common understanding of each side's health strategies before the partner country submits a proposal.

Or do you just allow the partner country to submit a proposal aligned with its own strategy to your country office? If the latter, what steps do

you take to align a proposed health project with your health ODA strategy? After a (recipient) partner country submits a proposal, what process do you take until it gains final approval or rejection in each ministry? Would you please share the workflow from project submission to rejection or approval?

Q2. [Mechanism of involving various entities]

Do you have any guidance for making different non-state entities participate in each phase of project cycles: assessment, design, implementation, monitoring, and evaluation (e.g., guidance for reinforcing the participation of a university or academic institute in conducting monitoring or evaluation)?

Do you provide guidance for consultants, NGOs, or the private sector to take advantage of each respective strengths in the assessment, designing, or implementation phase so that they can contribute to each project or program step with their full potential (e.g., actively involving consultants in the assessment or design steps, and NGOs in implementation steps)?

If you do not provide such guidance, does it mean that any entity can submit a bid proposal in each phase of the entire project cycle?

Q3. [Current status of the involvement of entities]

In any case, would you please kindly share the information on the overall percentage of participation in feasibility studies, design, implementation, and evaluations by respective entities, such as academic institutes, NGOs, the private sector, and consultants?

Your thoughts, advice, and/or instruction would be highly appreciated.

Irrespective of the existence of specific guidance, from your experience, what strengths or weaknesses do you think respective entities have for each phase of feasibility study, design, implementation, and evaluation?

Q4. [Managing entities, control of quality and performance]

How do you manage those entities? How do you discern the capacity of each respective organization? Do you have a particular department or human resources for assuring or controlling the quality of their performance? How do you evaluate the capacity of each entity? How do you assure the quality of each entity's product? What mechanism or approach do you employ for managing competency and capacity of diverse entities or organizations?

나. 타국 대상

Background

We are health specialists working at the Social Development Team of the Korea International Cooperation Agency (KOICA). We are sending you this mail for the purpose of collecting invaluable lessons from your experiences in relation to coordination mechanisms across ministries and the methods for involving and managing diverse non-state entities in each project cycle.

Over the last decade, we have seen an increasing number of domestic departments setting up their official development assistance (ODA) programs in Korea, particularly in the health sector. The Ministry of Health and Welfare of Korea has been expanding the implementation of ODA in the health sector, while KOICA represents development cooperation

of the Korean government.

This changing environment calls for concerted efforts to find the best way to improve the performance of foreign assistance with a consolidated approach; hence, the emerging issue regarding health ODA in Korea is how to collaborate and coordinate among diverse government agencies, specifically between KOICA and the Ministry of Health and Welfare.

According to the OECD DAC peer review, we found that you have developed various ways of coordinating mechanisms across government agencies or departments. However, further details particularly related to the health sector are not articulated in this document, specifically at the headquarter and field levels.

Therefore, the purpose of this correspondence is to collect invaluable lessons from your experiences. We kindly request you to respond to the questionnaire below. It would be highly appreciated if you could share your vast experiences in relation to coordination and collaboration among different entities.

In addition, we would like to ask you to share detailed guidance or criteria on how to involve and manage non-state entities such as academic institutes, NGOs, consultants, and the private sector in each project/program cycle, including the way of assuring and controlling project/program quality.

Your response will be incorporated into the process of developing a better approach for collaborating with different ministries and non-state entities of Korea.

Part I [Coordination Mechanism]

Do you have an independent committee for coordinating all the different ministries in the area of ODA? If yes, what are the roles and responsibilities of the committee, and how are they coordinated?

If you do not have such an entity, what specific steps do you usually take to coordinate and collaborate between different ministries implementing ODA at the head office and field levels?

Part II [Implementing Mechanism]

Q1. [Project initiation, aligning with partner or donor country strategies]

It is well known that you have your own health strategy.

In our case, feasibility studies or area assessments are normally initiated after a partner country submits a proposal to the KOICA country office.

In your case, do you take any particular measures for helping a partner country submit a proposal aligned with your agency's health ODA strategy? For example, you may give guidance to the relevant officials of a partner country through recommendations or hold a meeting with them for enhancing the common understanding of each side's health strategies before the partner country submits a proposal.

Or do you just allow the partner country to submit a proposal aligned with its own strategy to your country office? If the latter, what steps do you take to align a proposed health project with your health ODA strategy? After a (recipient) partner country submits a proposal, what process do you

take until it gains final approval or rejection in each ministry? Would you please share the workflow from project submission to rejection or approval?

Q2. [Mechanism of involving various entities]

Do you have any guidance for making different non-state entities participate in each phase of project cycles: assessment, design, implementation, monitoring, and evaluation (e.g., guidance for reinforcing the participation of a university or academic institute in conducting monitoring or evaluation)?

Do you provide guidance for consultants, NGOs, or the private sector to take advantage of each respective strengths in the assessment, designing, or implementation phase so that they can contribute to each project or program step with their full potential (e.g., actively involving consultants in the assessment or design steps, and NGOs in implementation steps)?

If you do not provide such guidance, does it mean that any entity can submit a bid proposal in each phase of the entire project cycle?

Q3. [Current status of the involvement of entities]

In any case, would you please kindly share the information on the overall percentage of participation in feasibility studies, design, implementation, and evaluations by respective entities, such as academic institutes, NGOs, the private sector, and consultants?

Your thoughts, advice, and/or instruction would be highly appreciated.

Irrespective of the existence of specific guidance, from your experience, what strengths or weaknesses do you think respective entities have for each phase of feasibility study, design, implementation, and evaluation?

Q4. [Managing entities, control of quality and performance]

How do you manage those entities? How do you discern the capacity of each respective organization? Do you have a particular department or human resources for assuring or controlling the quality of their performance? How do you evaluate the capacity of each entity? How do you assure the quality of each entity's product? What mechanism or approach do you employ for managing competency and capacity of diverse entities or organizations?

연구자료 사회개발 2013-05-269

한국 보건의료 무상 ODA의 협업방안에 관한 연구

발 행 2013년 12월
발 행 인 김 영 목
발 행 처 한국국제협력단
편 집 인 사회개발팀
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 동 화

[본 보고서의 저작권은 한국국제협력단에 있으며,
한국국제협력단의 허락없이 무단 전제와 복제를 금합니다.]
발간물 등록번호 11-B260003-000266-14

