

발 간 등 록 번 호

11-1352000-002545-01

정책보고서 2018-

2018 보건복지부 국제협력사업 기본계획 수립을 위한 기초연구



김현경 · 노대명 · 강희정 · 전진아 · 조성은 · 한솔희

【책임연구자】

김현경 한국보건사회연구원 연구위원

【주요저서】

보건복지분야 ODA 활성화 방안 연구

한국보건사회연구원, 2015(공저)

ODA 평가체계 연구-보건복지분야 사업평가의 시사점

한국보건사회연구원, 2016(공저)

【공동연구진】

노대명 한국보건사회연구원 선임연구위원

강희정 한국보건사회연구원 연구위원

전진아 한국보건사회연구원 연구위원

조성은 한국보건사회연구원 연구위원

한솔희 한국보건사회연구원 연구위원

목 차

제1장 서론	7
제1절 연구배경과 목적	9
제2장 보건복지분야 국제협력사업 배경과 현황	13
제1절 보건복지분야 국제협력사업 배경	15
제2절 보건복지분야 국제협력사업 현황	25
제3절 보건복지분야 국제협력사업 문제점	34
제3장 보건복지분야 국제협력사업 발전방향과 추진전략	41
제1절 범위와 체계	43
제2절 비전과 목표	46
제3절 추진전략	52
제4절 추진기반	62
제4장 보건복지분야 국제개발협력 사업모델 : 베트남	75
제1절 협력국 국제개발협력 환경 분석	77
제2절 보건복지 개발협력사업 모델 개발: 베트남 사례	102
부록	111
붙임 1. <국제개발협력 기본계획>과의 관계	141
붙임 2. SDGs 목표 및 세부목표 보건복지부 관련 국제협력사업	145
붙임 3. 소득군과 국가별 보건복지부 관련 국제협력사업	157

표 목차

〈표 2-1〉 SDGs 핵심목표와 5P	16
〈표 2-2〉 2018년 국제개발협력 종합시행계획 상 시행부처(기관)의 보건분야 사업 규모	27
〈표 2-3〉 분야별 ODA 규모	28
〈표 2-4〉 보건복지분야 ODA 규모 국제비교(2016년)	30
〈표 2-5〉 기타 사회인프라(160) 세부영역별·소득군별 ODA 규모	31
〈표 2-6〉 베트남 대상 복지사업	32
〈표 2-7〉 SDG 목표와 ODA 사업규모	32
〈표 3-1〉 개발원조사업에서 JICA의 사회보장이슈 개요도	48
〈표 3-2〉 일본의 국제협력사업 추진조직의 조직도	63
〈표 3-3〉 국내 보건 분야 유관 기관 및 조직	70
〈표 3-4〉 KOFIH 국가 프로파일 리포트 구성 예시(내부자료, 몽골)	72
〈표 4-1〉 개발도상국 개발환경 분석위한 DB	78
〈표 4-2〉 스웨덴 국제개발협력청(Sida) MDPA 지표 메뉴 요약	82
〈표 4-3〉 유엔개발계획(UNDP) 지수(Index)의 측정영역	86
〈표 4-4〉 베트남 인간개발지수의 연도별 추이	87
〈표 4-5〉 베트남 및 일부 국가의 인간개발지수 (2017년 HDI 기준)	87
〈표 4-6〉 Multiple Indicator Cluster Survey 조사 지표 및 값 일부	89
〈표 4-6〉 WHO Country Profile 제공항목 및 자료	90
〈표 4-7〉 국제기구별 지표	95
〈표 4-8〉 한국의 베트남 지원 추이(2010-14)	96
〈표 4-8〉 한국의 베트남 분야별 지원 현황(2010-14)	96
〈표 4-8〉 CPS 베트남 주요 경제 지표	97
〈표 4-8〉 CPS 베트남 주요 사회지표	98
〈표 4-9〉 KOFIH 국가 프로파일 리포트 구성	100
〈표 4-10〉 사회안전망 구축 프로젝트 중간성과 지표	108
〈표 4-11〉 지형별 빈곤율, 빈곤인구 분포, 2016	131
〈표 부록-1〉 1차 계획과 2차 계획의 주요 전략 차이	141

그림 목차

[그림 2-1] UHC 달성을 위한 3가지 필요요인	23
[그림 2-2] 한국의 보건분야 국제개발협력 규모 추이: 보건	25
[그림 2-3] 한국의 보건분야 국제개발협력 비율 추이(2016년)	26
[그림 2-4] 2018년 국제개발협력 사업 중 보건분야 사업유형 및 양/다자형태	26
[그림 2-5] 한국의 기타 사회인프라 ODA 규모	29
[그림 3-1] 보건복지분야 국제협력사업 기본계획 범위와 체계	45
[그림 3-2] 보건복지분야 국제협력사업 기본계획을 위한 추진전략과 정책과제	53
[그림 3-3] 미국의 국제협력사업 추진조직의 조직도	64
[그림 3-4] 보건복지분야 국제개발협력 협의체의 구성도	66
[그림 4-1] SDG Index and Dashboards Report 2018, 베트남	85
[그림 4-4] FY 2017 Vietnam Country Opinion Survey Report, 베트남의 제일 중요한 발전 과제	88
[그림 4-3] WHO에서 제공하는 베트남 건강지출 국가 정보	91
[그림 4-4] 미국 사회보장청에서 제공하는 국가별 사회보장 프로그램, 베트남	93
[그림 4-5] Bertelsmann Stiftung's Transformation Index, 베트남	94
[그림 4-6] 우리나라의 지원계획 기본 방향	99
[그림 4-7] 베트남 사회보장과 사회정책 영역	103
[그림 4-8] ADB 필리핀 사회보장 지원사업 개요	110
[그림 4-9] DOHA 네트워크	115
[그림 4-10] JICA 對베트남 영역별 프로그램 목표와 프로젝트(일부 보건, 사회보장과 사회안전망 영역)	118
[그림 4-11] 베트남과의 협력사업 현황과 전망	132
[그림 부록-1] 제2차 기본계획의 비전과 기본방향	143

제 1 장 서론

제1절 연구배경과 목적

제1절 연구배경과 목적

□ 국제협력 필요성 증대

- DAC 회원국으로서 개도국의 빈곤과 열악한 삶의 질, 불평등 해소에 기여한다는 국제적 책임
 - 다른 선진국에 비해 아직 매우 낮은 수준
- 사업추진 과정에서 개도국 정부, 타 공여국, 국제기구와의 협력을 통해 한국의 국제활동 역량을 향상
 - 개도국 협력은 상호학습의 기회
- 보건복지분야 국제적 활동에서 한국의 위상과 발언권을 높이고, 관련 국제기구 진출의 기회 및 가능성을 확대

□ 국제협력에서 보건복지분야는 그 중요성이 빠르게 증가하고 있음.

- 최근 글로벌 경제체제 하에서 국가 간 경쟁이 심화됨에 따라 국제협력의 다각화 필요성이 대두
 - 특히, 국제협력사업 강화로 신흥산업국으로 급성장 중인 아시아 국가들과의 협력기반을 형성
- 통상협력 외에도 보건안보 문제 증가, 인구구조 변화·소득불평등 심화 등 공통의 사회문제에 대한 정책경험 공유와 해결방안 모색의 필요성이 증가. 한 국가에서 해결이 어려운 국제공조 필요 분야 증가
 - 국가 간 노동이동 증가에 따른 사회보장협정체결 및 관리의 중요성 증가
 - 감염병 등 한 국가 내에서 해결이 어려운 보건안보 문제 증가
 - 저출산·고령화, 소득격차, 일자리 불안정성 증대 등 공통적으로 발생하는

사회적 위험에 대해 국가 간 협력과 경험공유로 공동 해결방안 모색 필요

□ 보건복지분야 국제협력의 중요성, 특히 개발도상국을 대상으로 하는 한국의 국제 개발협력의 중요성과 규모가 증가하는데 비해, 한국의 국제개발협력은 아직 그 시스템이 제대로 정비되지 않은 상황

○ 현재의 국제개발원조는 양자 간 외교관계에서 일회성 또는 개별사업으로 추진 되는 경우가 많아, 사업의 지속가능성과 파급효과 산출에 어려움이 크다는 문제점을 나타내고 있음

○ 이는 현재의 국제협력사업이 사업성과를 제고하는데 필요한 시스템을 제대로 구축하지 못했으며, 통상정책이나 외교정책 등과 유기적으로 연계하는 비전과 전략이 취약하다는 점을 말해주고 있음

○ 그 결과, 한국의 국제개발원조 예산은 빠르게 증가해 왔지만, 그것이 어떠한 성과를 산출할 수 있고, 그것이 평화국가라는 국제적 이미지를 확산시키는데 기여할 수 있는지에 대해서는 의문이 있음

□ 한국의 국제협력 확대가 평화국가라는 국제적 이미지를 확산시키는 데 기여하기 위해서는 한국의 보건복지분야를 핵심으로 하는 사회개발 국제협력력을 강화할 필요

○ 경제개발 중심의 기존 국제협력사업 외에도 복지 등 사회개발 분야 국제협력 사업을 강화하여 종합적이고 지속가능한 국제협력관계 구축으로의 확장 필요

○ 보건복지부의 정책영역이 국제개발의 핵심 영역(빈곤감축, 건강증진, 취약층 삶의 질 개선, 불평등 개선)과 일치하고 국제개발을 위한 매우 풍부한 콘텐츠를 보유하고 있음.

○ 후발복지국가로 단기간에 사회보장체계를 구축한 한국의 사회발전 경험을 반영한 사회개발형 ODA 사업 모델을 구축하여 적극적으로 공유할 필요

- 보건복지부의 국제개발협력 체계와 주도적인 역할 요구되는 바, 이를 위한 기본적인 틀과 중장기 발전방향을 수립해야 할 시기임.
- 지금까지의 국제협력은 사회보장협정, 고위급회담결과에 따른 협의사항 이행, 수원국 공무원 연수훈련, 국제기구회의 참석 등 지속업무 중심으로 국제이슈를 선도한다고 보기는 어려웠음.
- 미래의 국제협력은 보다 장기적 관점에서 체계적이고 적극적으로 수립하고 추진할 필요가 있음. 이를 위해 다음과 같은 방향에서 기본계획을 수립하는 방안을 제안
- 사회개발 분야 국제협력 경험이 짧은 우리나라는 각국 경제·사회여건과 문화 등에 대한 종합적 이해를 토대로 사회정책분야 국제협력 강화를 위한 중장기 계획 수립과 추진전략 구축이 필요
 - 이미 부처 및 산하기관에서 다양한 대개도국 협력사업을 진행하고 있지만, 전체 계획이나 틀 내에서 체계화되지 않고 있다는 점이 문제임.
- 보건복지부 차원에서 개발협력의 목표, 중점분야 및 국가, 계획, 기대효과 및 평가를 위한 체계를 마련하는 것이 중요
 - 목표 등을 연역적(혹은 top-down) 방식으로 설정하는 것과 더불어 지금까지 이루어진 사업을 반영하여 귀납적(bottom-up) 방식으로도 설정하는 것도 필요. 즉, 실제로 이루어진 사업의 내용 및 형태가 개도국 수요 및 현재 우리의 지원역량을 반영하는 것이라고 판단하고 이에 맞추어 방향과 계획을 수립
 - 기존 사업을 한 단계 업그레이드 한다는 점진적 접근이 필요 (질적 향상, 관련 분야의 확대, 기존 성과의 활용, 형식적 사업의 축소 등)
- 보건복지분야를 망라하는 부처 내 및 산하기관 간 종합적·체계적 ‘국제협력발전전략 및 모형’을 마련할 필요성에 대한 공감대 확산

□ 연구의 목적

○ 연구는 보건복지분야 국제협력사업 수행을 위한 중장기 비전과 계획을 수립하기 위한 기초자료를 생산하고, 한국형 보건복지 ODA 사업모델을 제시하는 데 목적이 있음.

- 국제협력사업 기본계획의 내용이 될 중장기 발전방향과 추진전략 마련
- 한국형 보건복지 ODA 사업모델 개발: 베트남 사례

제 2 장

보건복지분야 국제협력사업 배경과 현황

제1절 보건복지분야 국제협력사업 배경

제2절 보건복지분야 국제협력사업 현황

제3절 보건복지분야 국제협력사업 문제점

2

보건복지분야 국제협력사업 배경과 현황

제1절 보건복지분야 국제협력사업 배경

1. 보건복지분야 및 사회개발 국제협력 추진배경

□ (국제사회가 추구하는 가치) 국제사회가 공동으로 추구하는 <지속가능발전> 의제 설정과 핵심 목표로서 '사회개발(Social Development)' 확인

○ (지속가능발전의제 공식 채택) 2015년 9월 UN 개발정상회의에서 각국의 정상들이 향후 15년간 국제사회가 공동으로 추구할 2030 지속가능개발의제를 공식 채택하고, 개발도상국 빈곤퇴치, 불평등 해소와 경제·사회발전에 기여하는 지속가능발전목표(Sustainable Development Goals, SDGs)를 달성 위한 협력 이행을 약속

- SDGs는 '사회발전', '경제성장', '환경보존' 세 가지 축을 기반으로 하는 17개의 목표와 169개의 세부목표로 구성
 - 목표1부터 목표5은 사회발전 영역의 목표로, 이 목표 달성을 통해 빈곤퇴치 및 불평등을 해소하고 인간의 존엄성을 회복하고자 함.
- SDGs의 새로운 정신은 '단 한 사람도 소외되지 않는 것(Leave No One Behind)'
 - '사람(People)' 중심의 포용적 사회발전을 목표로 함.
- (새천년개발목표와 비교) 새천년개발목표(Millennium Declaration, MDGs)는 가난한 국가의 기초적인 빈곤 및 보건 문제를 중심으로 목표를 설정, 개발목표가 가난한 국가의 빈곤퇴치에 한정된 경향이 있음. 하지만 최빈국과 개발도상국만이 아니라 선진국의 부의 불평등과 빈곤 문제를 해소하기 위한 국제사회의 역할과 책임이 강조되면서 SDGs는 개발도상국과 선진국들이 함께 '모든 형태의 빈곤과 불평등 감소'를 달성하기 위해 공동

의 책임감을 가지도록 하였음(알기 쉬운 SDGs, p. 7).

〈표 2-1〉 SDGs 핵심목표와 5P

	사회발전	경제개발	환경
5P	사람(People)	번영(Prosperity)	지구환경(Planet)
무엇 (What)	빈곤(1), 기아(2), 건강(3), 교육(4), 젠더(5) 등	식수(6), 에너지(7), 일자리(8), 산업화(9), 불평등(10), 도시(11) 등	식수(6), 도시(11), 지속가능생산과 소비(12), 기후변화(13), 해양생태계(14), 육상생태계(15) 등
What+How	평화와 정의, 거버넌스		평화(Peace)
어떻게(How)	이행수단과 파트너십(17), 글로벌 거버넌스		파트너십(Partnership)

□ (정책적 환경) 아세안국가·남아시아·유라시아를 주요 협력대상으로, 경제 분야 외에도 사회분야에서의 국제교류를 활성화하고자 하는 현 정부의 대외정책 기조와의 연계 필요성

○ 신남방·신북방정책 추진과 ‘사람’ 중심의 ‘번영’ 위한 보건복지분야 개발협력 강화

- 신남방국가의 소득수준에 따라 빈곤해소 정책이나 포괄적인 사회안전망 구축을 필요로 하는 등 사회발전단계에 적합한 사회보장 제도를 구축하는 개발협력사업 수요가 커지고 있음.

○ 신남방정책

- (국가) 아세안 10개국(인도네시아, 말레이시아, 필리핀, 싱가포르, 태국, 브루나이, 캄보디아, 라오스, 미얀마, 베트남)+인도
- (목표) 실질 협력을 4강(미·일·중·러) 수준까지 확대하여 상호방문객 연간 1천만명, 2020년까지 상호교역액 2천억불 달성
- (내용) 3P(사람(People), 상생번영(Prosperity), 평화(Peace)) 공동체 협력 구상
 - 첫번째 P인 사람(People)은 인간존엄과 복지를 증진하고, 불평등, 빈곤, 성별격차를 극복하는 개발의 중추
 - 두 번째 P인 상생번영(Prosperity)은 특히 포용적이고 지속가능한 경제

성장에 중점을 둔.

- 세 번째 P인 평화(Peace)는 삶을 공포와 강요, 폭력으로부터 자유롭게 하고, 모두에게 정의와 인권을 누릴 수 있도록 함.
- (사회정책적 협력 수요) 포용적 관계 증진을 기치로 하는 신남방정책에서 이를 위한 사회제도적 접근 강화의 요구

○ 신북방정책¹⁾

- (국가) 러시아, 중국, 몽골, 카자흐스탄, 터키 등
- (목표와 정책방향) 평화와 번영의 북방경제공동체 시대 구현 위해 교역·투자 활성화를 포함한 문화, 인력 등 다양한 분야의 교류·협력 확대
- (주요 사업) 9-Bridge 전략(전력, 철도, 북극항로, 수산, 가스, 항만, 조선, 농업, 산업단지 등 9개 분야 동시다발적 협력사업 추진), 경험 확대를 위한 제도·금융 인프라 구축, 다양한 분야로 협력 및 교류 확대
- (기대효과) 유라시아 통합 노력에 대응하여 가교 국가의 정체성 회복, 한반도·동북아 평화체제 구축에 기여, 신성장 동력 확보, 우리 기업의 시장확대 기회요인 활용
- (신남방정책과 비교) 신남방정책에 비해 통상전략 성격이 강하고, 한국 사회제도에 대한 개발협력 요구가 있는 국가가 몽골 정도로 관련성이 상대적으로 낮지만, 인력교류 활성화 등 글로벌 경제에서 요구되는 이주노동자에 대한 사회안전망 필요성은 공통적인 성격임.

□ (정부의 방향성) 복지부 국제교류는 의료기관 뿐만 아니라, 연금, 건강보험, 사회보장 분야에서도 활발한 교류를 통해 우리나라와 동조해나간다는 것이 궁극적 목표임. 경제적 교류만으로는 큰 효과가 없고, 사회제도 분야도 함께 접근해야 한다는 방향성

1) 신북방정책 소개: http://bukbang.kotra.or.kr/ea/bp/EABP010M.html?MENU_CD=M00602&UPPER_MENU_CD=M00601

○ KOICA 분야별 중기전략 2016-2020

- KOICA는 SDG 달성을 위해 5개 중점분야(교육, 보건, 공공행정, 농촌개발, 기술환경에너지) 및 2개 범분야(성평등, 기후변화) 중기전략 수립
- KOICA는 취약계층에 대한 포용적인 접근을 확대한다는 차원에서 여성·아동·장애인의 인권향상, 성평등 실현, 인도주의 실현 등 인류의 보편적 가치를 구현하기 위한 사업을 중점추진할 예정

2. 보건복지분야 및 사회개발 SDGs 목표 달성과 가치실현의 중요성 증대

가. 빈곤 종식(목표 1)과 불평등 감소(목표 10)로 포용적 사회증진(목표 16)

□ 국제사회는 사회적 가치 실현과 포용적 사회증진 달성을 위한 이행 방안을 모색 중임.

○ (개발의 사회적 가치) UNDP의 1996년 인간개발보고서를 통해 경제성장보다는 인간개발에 중점을 둔 성장의 중요성 언급

- MDG가 시행되는 시점에 사회적 전환에 대한 논의 시작되며 사회적 가치에 대한 인식 강해짐. MDG에는 경제적 성장을 위한 목표가 있었다면, 사회적 가치를 인지하여 SDG 설정 시 사회적 전환에 중점을 둠.
- MDG와 SDG 모두 사회보장 및 사회복지의 국민적 권리라는 것을 인지하고, 두 목표의 최상위 목표는 빈곤퇴치로 설정하고 사회적 가치 측면에서 경제성장을 추진함.

○ 글로벌 개발 트렌드는 사회정책 영역의 중요성이 커지고 있으며, 사회보호(사회보장, Social Protection)는 사회정책의 하나로, 사회보호에는 사회보험을 비롯한 사회부조와 노동시장 정책을 포함.

- 사회보장(social protection), 사회안전망의 확대는 개발도상국의 내적 성장 동력을 강화하며 사회통합을 증진시키는 효과를 가져 오며, 더 나아가 부국과 빈국간의 구조화된 불평등 해소와 국제적 재분배 기능을 활성화시

킬 것으로 기대

- 지난 20년간 개발도상국, 특히 저소득국에서 빈곤층을 위한 사회보호 정책은 광범한 빈곤을 종식하기 위한 새로운 접근법으로 정착
- 사회보호의 3가지 중 사회보험은 사회안전망 중 가장 기초가 되는 사회보장제도로 일부 국가 단위로 점차 증가 중
- 사회적 가치를 실현하는 국가 가운데 사회보호 분야가 굉장히 많이 집중되고 있으며, KOICA 사회경제적 및 사회복지관련 사업이 증가하며, 개발도상국의 취약한 장애인의 재활, 일자리 등의 사업이 늘어나는 추세
- 2016년 시작되는 SDGs의 핵심 기조중 하나가 지속적·포용적 성장 및 불평등 완화인 바, 사회안전망에 대한 ODA 수요는 향후 더 증가할 것으로 보임.
- ‘건강한 삶의 확보’를 위한 보건분야, ‘불평등 축소’를 위한 사회분야, ‘포용적 지속가능 경제성장과 일자리 확보’를 위한 경제개발 분야를 통해 보건 및 사회보장 정책 부문 국제협력의 중요성 확인
- 유엔은 세계 인구의 약 80%가 삶의 다양한 위험으로부터 자신을 보호해 줄 수 있는 그리고 빈곤 위험에서 보호해 줄 수 있는 사회적 보호 장치에서 배제되어 있다는 점을 경고한 바 있음(UNTT Think Pieces, 2012, p.3).
- 그리고 2008년 리먼쇼크에서 비롯된 세계경제의 위기를 통해 사회보장체계가 저발전국 국민들의 경제적, 사회적 삶을 안정시키는 강력한 효과를 갖는다는 점을 확인하였음.
- 이는 빈곤층에게 우호적인 성장전략, 또는 포용적 성장전략의 맥락에서 강력한 경제성장 전략이 효과적인 사회통합정책 및 사회보장정책과 결합되어야 한다는 점을 확인시켜 주었음.
- (사례) 유엔 네팔팀의 개발협력은 1) 지속가능하고 포용적인 경제성장, 2) 사회발전, 3) 재난과 기후변화 위험 감소, 복원력 강화, 4) 거버넌스, 법치, 인권 증진을 중심으로 이루어짐(United Nations Country Team, 2017)

사회발전을 위한 유엔의 주요 지원 협력 영역 (p.36)

- 건강 SWAp에 대한 지속적인 지원
- 학교 부문 개발 계획(School Sector Development Plan, 2016-2022)에 대한 지속적인 지원
- 청소년 및 청소년 리더십과 참여 증진을 위한 옹호 및 기술지원
- 성에 기반한 폭력(GBV)을 예방하고 대응하기 위한 옹호 및 제도적 역량 구축
- 통계 시스템의 역량을 강화하여 정확하고 시의적절한 미시(disaggregated) 인구 데이터 생성
- 여성과 청소년을 위한 통합 성 보건 및 생식 보건 서비스의 이용 가능성을 높이기 위한 기술 지원 및 옹호
- 생존자들에게 양질의 진료와 정책을 제공하기 위해 의료 서비스 제공자들 사이에 포괄적인 지식 보장
- 여성역량강화 프로그램(President Women's Empowerment Programme)에 따라 성에 기반한 폭력에 대한 다분야 대응을 강화하고 확대함.
- 성 보건 및 생식 보건 서비스와 사회개발 프로그램 통합
- 교육과 보건 서비스에 대한 보조금과 같은 기초 사회서비스 접근성을 제고하기 위해 출생 등록(SDG 16.9)을 포함한 법적 신원 확인을 위한 기술 지원
- 다분야 영양계획(Multi-Sector Nutrition Plan II, 2018-2022) 지원
- 조혼(child marriage) 철폐를 위한 제도적 역량 강화를 포함한 정책 및 기술 지원
- 급수, 위생 및 위생 부문 개발 계획(Water Supply, Sanitation and Hygiene Sector Development Plan, 2016-2030, Draft) 지원

□ 개발협력의 기초로서의 인권

- 사회권, 여성인권, 아동인권 증진을 위한 개발협력은 취약계층에 대한 의료, 교육 서비스 등 기초적인 서비스 접근성 증대를 비롯한 사회보호 시스템 강화를 구체적인 방안으로 함.

○ 개발협력 기초로서의 인권

- 인권에 기반을 둔 접근은 유엔의 개발지원프레임워크(UNDAF)의 다섯 가지 핵심원칙 중 하나. OECD DAC은 산하 거버넌스 네트워크(GOVNET) 내에 '인권실무팀(Human Rights Task Force)'을 두고 공여국의 개발원조가 협력대상국의 인권 향상에 기여할 수 있도록 인권 원칙을 개발협력에 반영하고, 개발협력 과정에서 인권지표를 활용해 인권 상황을 분석·평가할 것으로 DAC 회원들에게 제안.
- 인권에 기반을 둔 개발협력 배경: 기존의 자선 차원의 접근, 욕구(needs)에 기반을 둔 접근의 한계를 극복하기 위해 대두됨. 기존의 개발접근에서는 개발도상국 주민들이 지원을 받는 객체인 반면, 인권에 기반을 둔 접근에서는 기본적인 욕구를 넘어 권리를 가진 주체이며 국가 및 공여기관에게 권리 실현과 관련된 책무를 요구

○ 아동인권, 노동권

- (노동권) 노동자의 사회권 실현은 전통적인 노사관계 문제에 국한하지 않고 건강권 실현, 질병과 실업이 발생했을 때의 소득 보장 등 사회보장이슈와 밀접하게 관련되어 있음.
 - 최근 <ILO C102 최저사회보호 협약>에 참여하기 위한 연구 및 개발도상국 참여가 활발함.
- 네팔의 사회권, 여성인권, 아동인권에 관한 유엔의 최종견해를 통해 본 개발협력 기초로서의 인권
 - 사회권 (CESCR 권고): 성과 재생산 건강 관련 양질의 의료서비스 접근성 제고, 안전한 임신중단 시술 이용 가능하도록 함. 보건의료인의 인식 증진(26항), 노인의 보편적 건강보장 제도화하고 관련 정보 전파(27항)
 - 여성인권 (CEDAW 권고): SDG 4, 5 교육에서의 성평등 증진(저소득가정, 오지, 낮은 카스트 계급, 선주민, 소수 종교나 소수 민족 출신, 또는 장애가 있는 여아들이 평등하게 교육받을 수 있도록 장학금 지원 또는 별도의 인센티브를 제공하기도 함. 교사들의 성평등 의식 제고를 위한 훈련,

학교가 지리적으로 안전한 곳에 위치하고 안전한 식수와 화장실을 구비할 수 있도록 함. 초등 및 중등교육에서의 여성교원 수를 늘려야 함(33항), SDG 3.1, 3.7 관련, 성과 재생산에 대한 보건교육, 농촌 및 오지에서도 양질의 여성건강에 관한 의료서비스를 이용할 수 있도록 함(39항)

- 아동인권 (CRC 권고): 아동 출생 등록 보장(25장), 농촌 지역 포함 양질의 보건의료 서비스 접근 증진을 위한 인력, 기술, 예산 배정을 늘릴 것. 신생아 사망 감소를 위한 조치 채택, 만성영양부족 상태 개선을 위한 조치, WHO와 UNICEF에 재정적 기술적 지원 요청할 것(49-50항), 아동, 특히 2015년 지진, 폭력, 트라우마 등으로 고통을 겪는 아동을 위한 정신건강 서비스 제공 위해 필요한 조치 취할 것(52항), 영양증진 계획 효과적 실행을 위한 예산 배정, 특히 취약가정, 달릿, 농촌 지역 아동을 중요하게 포함하고, 지진 피해 지역 아동들에 대해 우선순위를 둘 것. 아동들에게 적절한 생활수준을 보장하기 위해 농촌, 슬럼에 거주하는 빈곤가구에 대한 경제지원을 제공하기 위한 노력을 강화할 것, 공식적인 빈곤선과 빈곤에 대한 지표를 마련하여 빈곤상황을 지속적으로 모니터링하고, 빈곤 해소와 아동의 적절한 생활수준 보장에 대한 진전 상황을 점검할 것, 사회보장정책, 가족정책을 수립하고 이러한 정책 실행을 위한 재정 전략 마련할 것(57항).

⇒ 인권 실현을 위한 전략에서 의료서비스 접근성 개선과 여성과 아동의 건강증진, 여성과 아동의 적절한 생활수준 보장을 위한 사회보장제도 구축이 주요한 내용임.

나. 건강 (목표 3)

□ 보편적 의료보장(Universal Health Coverage) 달성을 위한 국제협력 강화

○ 보편적 의료보장(Universal Health Coverage) 일차보건의료(primary health care)의 개념을 강조한 1978년의 'Alma-Ata 선언' 이후 지속적으로 강조되는 개념으로 2030 SDG이후 글로벌 보건 이슈 논의에서의 가장 중요한

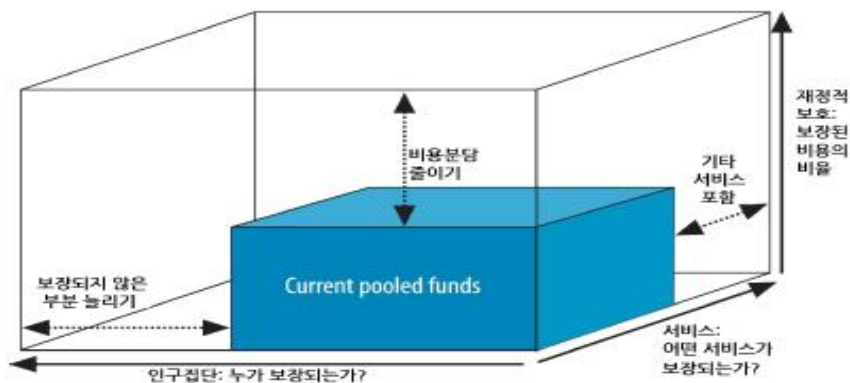
개념으로 부상함.

- Alma-Ata 선언'에서 강조하는 일차보건의료는 일차 진료를 의미한다기 보다 국가가 보건시스템의 중심적 기능을 담당하며, 개인, 가족 및 지역사회를 위해 건강증진, 예방, 치료 및 재활 등의 서비스가 통합적으로 제공되는 것을 의미함.

○ 2030 SDG에서 강조하는 보편적 의료보장은 '모든 사람들이 필요로 하는 양질의 의료서비스를 큰 재정적 부담없이 이용할 수 있도록 보장하는 것'을 의미함.

- 국제사회는 SDG에서 강조하는 보편적 의료보장에 대한 높은 관심을 보여주고 있음. 이는 보편적 의료보장이 개발도상국 뿐 아니라 모든 국가에 적용가능한 것이며, 보건시스템 전반에 걸친 역량 강화를 필요로 하는 것이기도 하기 때문임.
- 유엔 체계 하에서 보건분야를 다루는 WHO에서는 UHC 달성을 위한 3가지 측면인 인구, 서비스, 비용을 강조하고 있음. 즉 '얼마나 많은 사람들을 적절한 서비스를 통해 감당할 수 있는 비용 하에서 의료서비스를 이용할 수 있게 만드는지'가 UHC의 핵심이며, 이를 구현하는 시스템을 구축하는데 높은 관심을 보이고 있음,

[그림 2-1] UHC 달성을 위한 3가지 필요요인



출처: 남은우 외(2017). 글로벌협력사업 중장기 로드맵 구축

- 보편적 의료보장을 구현할 수 있는 체계에 대한 관심이 고조됨에 따라 각국은 일차보건의료 등 보건시스템 및 보건의료서비스 전달체계를 어떻게 구축하고 개선시킬 수 있을 지를 고민하고 있으며, 이를 실현시킬 수 있는 보건재정을 어떻게 확보하고 관리해 나갈 것인지를 고민하고 있음.
- 보편적 의료보장 달성을 위한 보건시스템 구축 및 개선은 자국의 역량만으로 해결하는 데 한계가 있음.
 - 신의료기술 등 국가간 공통의 이슈들이 계속해서 부상하고 있으며, 보건시스템 구축 및 강화를 위한 다양한 과제들을 한 국가가 대응하기에는 역부족임.
- 각국은 자국의 보편적 의료보장 달성을 위한 역량을 강화시키기 위해 국제사회와의 협력 기회를 모색하고 있으며, 보편적 의료보장 체계를 가지고 있는 국가의 사례들을 배우고 성공 노하우들을 공유하고 싶어함. 이는 한국도 마찬가지임.
 - 각국은 양자 협력을 통해 이러한 기회를 모색하고 있기도 하지만 OECD, WHO, JLN 등과 같은 다자기구와의 협력을 통해 각국의 경험을 공유하는 장을 마련하기도 함(정영애, 2017).

제2절 보건복지분야 국제협력사업 현황

1. 보건

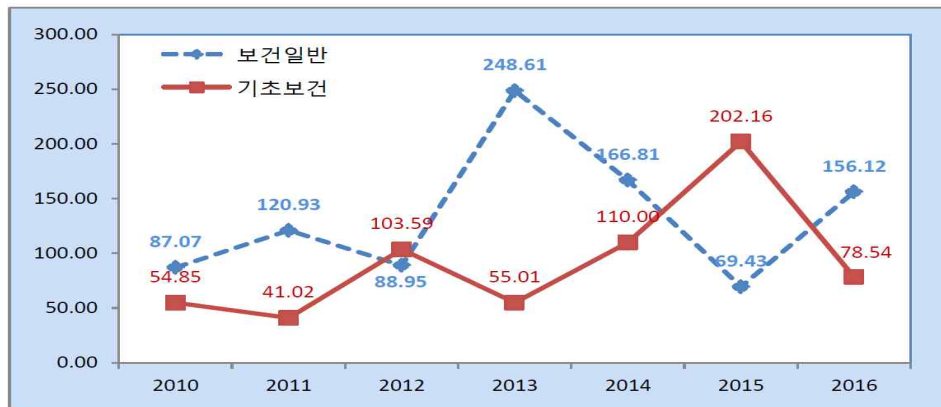
□ 보건분야 국제개발협력

○ 보건분야 ODA 규모

- 전체 ODA 규모가 증가하는 것과 같이 한국의 보건분야 개발협력 규모 역시 2010년 141.9백만 달러에서 2016년 234.7백만 달러로 약 1.7배 증가하였음(총 ODA 규모 기준).
- 보건분야는 감염성 질환 예방 및 관리 영역에 초점을 두는 기초 보건 영역과 보건시스템과 의료서비스 영역에 초점을 두는 보건 일반 영역으로 구분되며, 연도별로 어떠한 사업들을 진행하느냐에 따라 규모는 상이하게 나타남.

[그림 2-2] 한국의 보건분야 국제개발협력 규모 추이: 보건

(단위: 백만 달러)



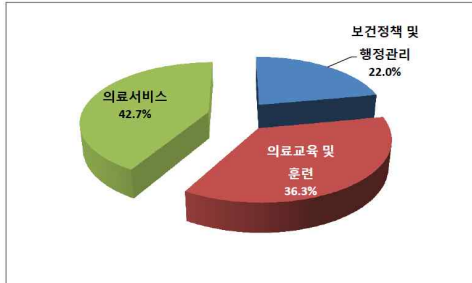
자료: OECD Statistics, <https://stats.oecd.org>(2018.7.25.)

- 2016년을 기준으로 일반 보건과 기초 보건영역의 현황을 보면, 보건의료에서는 의료서비스가 가장 높은 비중을 보이며, 기초 보건 영역에서는 기초 의료설비가 가장 높게 나타남.

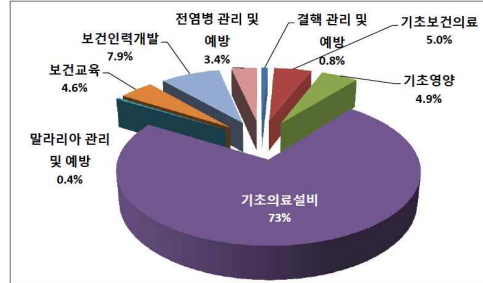
[그림 2-3] 한국의 보건분야 국제개발협력 비율 추이(2016년)

(단위: %)

〈보건 일반〉



〈기초 보건〉



자료: ODA 코리아, <http://www.odakorea.go.kr>(2018.7.25.)

○ 보건분야 ODA 사업 유형 및 양자/다자 형태

- 보건분야 ODA의 상당수는 프로젝트 사업이거나(65.1%), 연수사업(13.1%)임. 양/다자형태로 구분하면, 양자유상이 153개, 66.8%로 대다수를 차지하며 그 다음 양자무상 43개(18.8%), 다자성양자 33개(14.4%) 순으로 높음.
- 국제개발협력 보건분야 사업 중 59개(25.8%)가 2018년 신규로 추진되며, 89개(38.9%)는 3년 이하의 단기성 사업임.

[그림 2-4] 2018년 국제개발협력 사업 중 보건분야 사업유형 및 양/다자형태

(단위: %)



자료: 관계부처 합동(2017). '18년 국제개발협력 중합시행계획(안)(확정액 기준). '첨부2. 2017년도 기관별 ODA 사업예산 세부현황'을 기반으로 저자가 정리함.

○ 보건분야 국제개발협력 주체

- 보건분야 개발협력 시행기관은 기획재정부의 대외경제협력기금(Economic Development Cooperation Fund, EDCF), 외교부의 한국국제협력단(Korea International Cooperation Agency, KOICA), 보건복지부의 한국국제보건의료재단(Korea Foundation for International Healthcare, KOFIH)를 비롯해 다수의 중앙부처 및 지자체를 포함하나 국제개발협력기본법상에서 국제개발협력 주관기관으로 명시된 외교부와 기획재정부에서 보건분야 국제개발협력 사업수와 예산규모가 크고, 그 외는 보건분야 주무부처인 보건복지부에서 보건분야 국제개발협력이 활발하게 이루어짐.

〈표 2-2〉 2018년 국제개발협력 종합시행계획 상 시행부처(기관)의 보건분야 사업 규모

(단위: 개, %, 억원)

구분	외교부 (KOICA)	기획재정부 (EDCF)	보건복지부 (KOFIH)	과학기술 정보통신부	환경부	농림축산 식품부	식품의약품 안전처	지방자치 단체	합계
사업수	90 (56.6)	19 (11.9)	27 (17.0)	2 (1.3)	3 (1.9)	1 (0.6)	6 (3.8)	11 (6.9)	159 (100.0)
예산	1,099.8 (22.9)	3,289.1 (68.4)	319.7 (6.6)	12.0 (0.2)	17.5 (0.4)	31.6 (0.7)	33.2 (0.7)	0.7 (0.01)	8.5 (0.2)

주: ()는 비율을 의미함.

자료: 관계부처 합동(2017). 2018년 국제개발협력 종합시행계획(안)(확정액 기준). '첨부2. 2017년도 기관별 ODA 사업예산 세부현황'을 기반으로 저자가 정리함.

2. 복지 및 사회보장

〈표 2-3〉 분야별 ODA 규모

(단위: 백만 달러, %)

	2012	2013	2014	2015	2016
합 계	1798.69	2213.85	2249.6	2294.07	2458.13
사회 인프라 및 서비스	788.35 (43.8)	1299.65 (58.7)	914.73 (40.7)	1110.55 (48.4)	1030.7 (41.9)
- 교육	130.86	333.39	216.37	258.31	366.69
- 보건	192.54	303.62	276.81	271.59	234.66
- 인구정책 및 생식보건	11.32	23.5	5.3	31.74	4.84
- 수자원 및 위생	192.28	361.28	213.15	249.94	269.42
- 공공행정 및 시민사회	234.38	239.18	158.5	174.49	114.83
- 기타 사회 인프라(160)	26.98 (1.500)	38.70 (1.748)	44.6 (1.982)	124.48 (5.370)	40.26 (1.638)
· 사회/복지 서비스(16010)	4.93	5.24	11.09	94.00	17.63
· 고용창출(16020)	1.41	1.97	4.96	1.22	0.31
· 주거정책과 행정적 관리 (16030)	0.37	0.79	3.67	0.16	0.25
· 저비용 주거(16040)	0.51	0.43	0.66	0.09	0.00
· 기초 사회서비스 다분야 지원(16050)	1.25	11.73	1.46	0.77	2.30
· 문화와 레크리에이션(16061)	17.30	15.14	15.12	25.12	13.12
· 통계 역량 구축(16062)	0.90	3.09	7.21	1.28	2.18
· 마약 통제(16063)	0.31	0.31	0.44	0.47	4.47
경제 인프라 및 서비스	500.99 (27.9)	557.14 (25.2)	768.92 (34.2)	754.43 (32.9)	871.43 (35.5)
- 교통 및 물류	333.25	308.18	729.55	596.32	665.9
- 통신	106.21	86.19	23.65	46.26	107.2
- 에너지	58.33	158.09	8.36	97.21	88.31
- 금융 및 재무서비스	1.67	1.49	4.84	9.41	3.74
- 비즈니스 및 기타서비스	1.52	3.2	2.52	5.22	6.28
생산(산업) 부문	298.74 (16.6)	140.68 (6.4)	242.14 (10.8)	139.94 (6.1)	145.33 (5.9)
- 농업·임업·어업	275.74	114.73	207.33	97.44	90.71
- 산업·광업·건설	16.15	16.33	23.3	31.77	49.75
- 통상정책 및 조정	5.61	8.55	9.04	9.14	3.59
- 관광	1.24	1.07	2.47	1.59	1.27
다부문	105.31 (5.9)	74.02 (3.3)	141.23 (6.3)	107.46 (4.7)	162.73 (6.6)
- 물자지원/일반프로그램 원조	2.03	0.02	1	1.97	10.29
인도적 지원	17.07 (0.9)	36.44 (1.6)	68.97 (3.1)	43.86 (1.9)	67.25 (2.7)
기타	86.2 (4.8)	105.89 (4.8)	112.59 (5.0)	135.85 (5.9)	170.41 (6.9)

주: ()는 비율을 의미함.

자료: OECD Stats. (2018.11.15.)

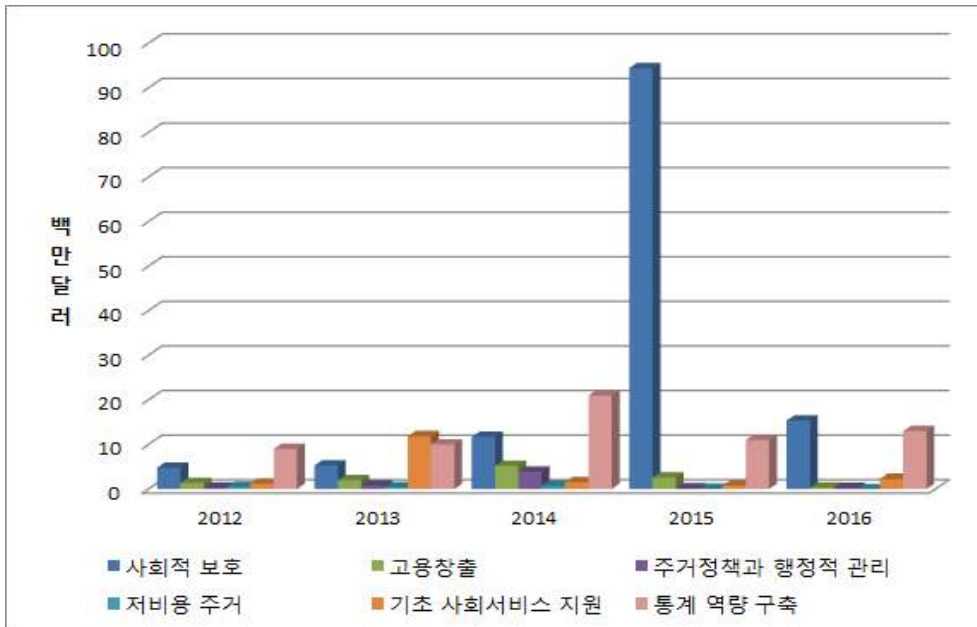
□ 사회보장 영역 국제개발협력

○ 보건분야를 제외한 사회보장 영역은 사회인프라 및 서비스에서 기타 사회 인프라 및 서비스에 포함된 사회복지서비스(social/welfare services), 고용정책, 저비용 주거, 기초 사회서비스 등 관련 소분류를 조합함으로써 유사하게 사업규모를 얻을 수 있음.

- [그림 2-5]에서 기타 사회 인프라(160) ODA 규모는 전체 ODA 대비 1.6%(2016년) 수준으로, 복지 부문 관련 세부영역에서 사회/복지 서비스 사업의 규모가 가장 크며, 최근 사업규모가 증가했음.
- 관심 영역에서 통계 역량 구축 사업과 기초 사회서비스 다분야 지원이 그 다음으로 규모가 큼.
- 기타 사회 인프라 부문에서 예산 규모가 가장 큰 영역은 문화와 레크리에이션이지만 보건복지분야에 해당하지 않음.

[그림 2-5] 한국의 기타 사회인프라 ODA 규모

(단위: 백만 달러)



자료 : OECD Stats. (2018.11.15.)

- 사회 인프라 및 서비스 분야, 그 중에서도 교육, 보건, 공공행정 영역의 ODA 규모는 매우 큰 편이지만, 문화와 레크리에이션을 제외한 기타 사회 인프라 전체 규모는 매우 작음. 이 규모가 독일은 한국의 18배(ODA 전체 규모는 10배), 영국은 16배(전체 3배), 프랑스는 6.7배(전체 3.4배)로 규모가 매우 큼.

〈표 2-4〉 보건복지분야 ODA 규모 국제비교(2016년)

	한국	호주	프랑스	독일	일본	영국	미국
합 계	2,458	2,290	8,365	24,645	21,015	7,312	31,114
사회 인프라 및 서비스	1,031	985	3,200	5,984	3,597	3,364	15,386
- 교육	367	217	1,441	2,097	510	873	1,536
- 보건	235	122	141	460	678	843	2,594
· 일반보건(121)	156	35	24	156	254	451	383
· 기초보건(122)	79	87	117	304	424	392	2,211
- 인구정책 및 생식보건	5	55	53	188	46	130	6,628
- 수자원 및 위생	269	59	846	654	1,327	224	379
- 공공행정 및 시민사회	115	493	488	2,110	447	889	3,933
- 기타 사회 인프라(160)	40	38	230	475	589	406	317
· 사회/복지 서비스(16010)	18	20	7	59	82	287	269
· 고용창출(16020)	0	1	1	82	5	108	34
· 주거정책과 행정적 관리(16030)	0	0	2	2	1	0	0
· 저비용 주거(16040)	0	1	0	1	10	3	0
· 기초 사회서비스 다분야 지원(16050)	2	6	156	313	0	0	0
· 문화와 레크리에이션(16061)	13	2	61	18	475	2	1
· 통계 역량 구축(16062)	2	8	1	0	3	6	0
· 마약 통제(16063)	4	0	1	0	12	0	13

자료 : OECD Stats. (2018.11.15.)

- 2016년 기타 사회인프라 부문을 세부영역별·소득군별로 구분하면 절반 가까이 중저소득국에 지원되며, 사회/복지 서비스, 고용창출, 기초 사회서비스 지원, 통계 역량 구축 사업에서 과반이 훨씬 넘게 중저소득국에 지원되고 있어 사회보장 ODA 사업 지원이 중저소득국을 중심으로 이뤄지고 있음을 알 수 있음.

- 최빈국에는 마약통제 지원 비중이 가장 크지만 사회/복지 서비스의 비중도 작지 않음. 반면, 중상소득국 ODA 사업 과반이상은 문화·레크리에이션으로 소득에 따라 필요한 지원의 내용도 다름을 파악할 수 있음.
- 주거정책 부문과 마약 통제의 절반, 대부분의 사업이 최빈국에 지원되고 있어 최빈국에서 생존의 기초적인 영역에서 사업수요를 짐작할 수 있음.

〈표 2-5〉 기타 사회인프라(160) 세부영역별·소득군별 ODA 규모

(단위: 백만 달러, %)

	사회/복지 서비스	고용 창출	주거정책과 행정적 관리	기초 사회서비스 지원	문화·레크리에이션	통계 역량 구축	마약 통제	전체
예산 (백만 달러)								
최빈국	3.04	0.03	0.12	0.00	2.30	0.16	4.07	9.72
기타저소득국	0.07	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.07
하위중소득국	12.66	0.24	0.05	2.00	2.01	1.29	0.38	18.63
상위중소득국	1.23	0.02	0.08	0.02	2.27	0.51	0.02	4.15
미분류	0.62	0.02	0.00	0.28	6.55	0.22	0.01	7.69
전체	17.63	0.31	0.25	2.30	13.12	2.18	4.47	40.26
분야별 예산 비중 (%)								
최빈국	31.3	0.3	1.2	0.0	23.6	1.7	41.8	100.0
기타저소득국	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0
하위중소득국	68.0	1.3	0.3	10.7	10.8	6.9	2.0	100.0
상위중소득국	29.7	0.5	1.9	0.5	54.6	12.3	0.6	100.0
미분류	8.0	0.3	0.0	3.6	85.1	2.8	0.1	100.0
전체	43.8	0.8	0.6	5.7	32.6	5.4	11.1	100.0
소득별 예산 비중(%)								
최빈국	17.3	10.0	47.7	0.0	17.5	7.5	90.9	24.1
기타저소득국	0.4	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.2
하위중소득국	71.8	76.2	21.1	87.0	15.3	59.1	8.4	46.3
상위중소득국	7.0	6.5	31.2	0.9	17.3	23.4	0.5	10.3
미분류	3.5	7.3	0.0	12.0	49.9	10.0	0.2	19.1
전체	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

자료 : OECD Stats. (2018.11.15.)

- 사회/복지서비스와 기초 사회서비스 지원은 대부분 NGO나 KOICA에서 수행하며, 각국 사회/복지서비스 제공을 위한 NGO 자원봉사나 KOICA 자원봉사와 같은 프로젝트명이 대부분임.
- 2016년 베트남을 대상으로 하는 복지사업(16010)은 다음과 같음.

〈표 2-6〉 베트남 대상 복지사업

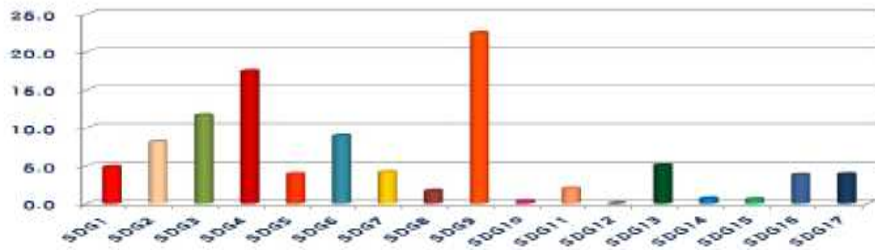
ODA시행기관	프로젝트명
한국 기반NGO	베트남 사회/복지서비스 제공을 위한 NGO 자원봉사
공여국NGO	베트남 여성
공여국NGO	호치민시 IL 지원센터 이전
공여국NGO	웰빙증진을 위한 세대간 자조적 접근 촉진
KOICA	장애인 정책 개발역량강화를 위한 한국-싱가포르 공동협력 프로젝트
KOICA	베트남 사회/복지서비스 제공을 위한 KOICA 자원봉사
국가재난관리연구소	재난 방지 및 안전을 위한 신기술 이전

○ SDGs로 본 복지분야 ODA 규모

- 복지분야 ODA에 해당하는 1번 빈곤 종식, 10번 불평등, 광범위한 사회개발에 포함되는 4번 교육, 8번 포용적 경제성장, 16번 평화·제도 분야의 사업 규모를 합산하면, 4번 교육을 제외하고는 사업규모가 매우 작음.
- ‘18년 국제개발협력 종합시행계획에 한국 복지분야 유·무상 사업의 규모를 SDGs에 따라 제시함.
- ‘18년 SDGs 이행지원 관련 사업 규모는 약 2조 4,719억원, 17개 목표 중 비교 우위 분야인 산업화, 교육, 보건, 물과 위생, 기아와 농업에 집중 배분(약 1조 7,019억원).

〈표 2-7〉 SDG 목표와 ODA 사업규모

목표	구분	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
사업 수 (개)	유상	-	8	17	9	-	26	9	-	38	-	4	-	-	-	-	3	-
	무상	53	129	138	203	14	46	24	68	120	12	54	5	45	23	20	138	63
	총계	53	137	155	212	14	72	33	68	158	12	58	5	45	23	20	141	63
규모 (억원)	유상	-	586	1,355	749	-	1,901	727	-	4,897	-	180	-	-	-	-	185	-
	무상	1,183	1,461	1,453	3,537	965	324	310	425	697	70	307	8	1,281	184	155	760	969
	총계	1,183	2,047	2,808	4,286	965	2,225	1,037	425	5,594	70	487	8	1,281	184	155	945	969
비중 (%)	유상	-	6	13	7	-	18	7	-	46	-	2	-	-	-	-	2	-
	무상	84	103	103	25.4	68	23	22	30	49	05	22	01	89	13	1.1	54	69
	총계	48	83	114	17.6	39	90	42	17	22.6	03	20	00	51	07	06	38	39



출처: '18년 국제개발협력 종합시행계획. (p. 6)

3. 보건복지부 국제협력사업 (붙임 2,3)

□ 보건복지부 관련 국제협력사업을 SDGs 목표와 협력대상국 소득군별로 분류

○ 1번 빈곤종식을 위한 사업은 한국의 복지제도 및 모델을 전수하는 연수사업과 연금과 건강보험 등 사회보장을 위한 국제협정 가입 활동으로 구분됨.

- 한국 푸드뱅크 모델, 자활사업 연수 프로그램 운용 등 사업 확산 추세

○ 3번 건강보장은 보건의료 체계 강화를 위한 기술지원, 장비 지원을 포함해 건강보험 제도 전수 및 정책 컨설팅, 감염병 관리, 개발도상국 역량 강화 사업 등으로 상대적으로 규모도 크고 사업도 다양함.

- 개발도상국을 대상으로 하는 다른 목표와 달리 감염성 질환에 대한 사업은 주로 국제기구 및 미국 등 선진국과의 상호호혜적 국제협력사업임.

○ 5번 성평등 달성과 8번 포용적 경제성장, 10번 불평등 감소에 해당하는 사회개발 및 인권개선 사업은 '한-아세안 아동인권개선권리장전개발 국제협력사업'(2018년 신규)과 '인천전략 기반 국제장애분야 개도국 협력사업' 등 소수

○ 빈곤 종식과 불평등 완화, 건강보장을 위한 역량강화 사업 대부분이 16번 포용적 사회 증진이라는 목표에 부합함.

□ 소득군별로 분류하면 보건복지부 사업 대부분이 최빈국, 하위중소득국을 대상으로 하는 국제개발협력사업

○ 그 외의 소득군과는 주로 정책개발 목적의 국제 학술대회와 한의학·보건의료

산업 수출, 감염성 질환 관리를 위한 협력체계 구축 등의 국제협력사업

□ 사업유형으로 분류했을 때 교육연수사업 또는 교육연수가 주축인 사업의 비중이 매우 큼.

○ 교육연수사업은 대표적인 역량강화 사업이지만, 일회성·단기 연수는 수원국 역량강화에 효과성이 낮다는 문제의식

- 교육연수 참가자의 한국 여행프로그램이라는 자조적 비판도 있음.

○ 역량강화 위한 중장기적 기술자문이나 전문가 파견하는 경우는 많지 않음.

제3절 보건복지분야 국제협력사업 문제점

□ (문제意識❶ 국제협력 활동에 대한 이해와 공감대 부족)

○ 국제협력과 국제개발협력사업을 포괄하는 국제협력 활동에 대한 이해가 부족

- 국제협력은 협력에 참여하는 주체들 간 상호 이익을 전제로 한 협력

- 국제개발협력은 “선진국-개발도상국 간, 개발도상국-개발도상국 간, 또는 개발도상국 내에 존재하는 개발 및 빈부의 격차를 줄이고, 개발도상국의 빈곤문제 해결을 통해 인간의 기본권을 지키려는 국제사회의 노력과 행동을 의미” (https://www.odakorea.go.kr/ODAPage_2018/cate01/L01.S01_01.jsp)

- 국제개발협력기본법에 따르면 국제개발협력은 “국가·지방자치단체 또는 공공기관이 개발도상국의 발전과 복지증진을 위하여 협력대상국에 직접 또는 간접적으로 제공하는 무상 또는 유상의 개발협력(이하 “양자간 개발협력”이라 한다)과 국제기구를 통하여 제공하는 다자간 개발협력”(제2조 제1항).

○ 국제협력 필요성에 대한 공감대 부족

- 국제협력 사업에 대한 당위성과 목적, 개념이 명확하게 세워지지 않은 상황에서 국제협력 활동의 발전을 이야기하기 어려움.

□ (문제意識②) 보건분야 위주의 국제협력사업, 복지분야 국제협력 미흡)

○ 보건복지부의 국제협력 사업이나 한국의 보건복지분야 개발협력사업은 보건 분야 위주로 진행(보건복지부 국제협력사업 현황 참조)

- 보건복지부 산하 기관 자체적으로 이루어지는 국제협력 활동 역시 보건분야가 사업수 및 사업규모에서 복지분야보다 훨씬 큼.

• 보건복지분야 MOU도 보건 분야 비중 높음: 보건 71건, 복지 5건의 MOU 체결('18.3월 기준)

- 보건복지부의 국제개발협력 사업의 주체인 KOFIH 역시 보건분야에 전문성을 가지고 있음. 보건 분야 국제개발협력 사업과 균형을 맞추어 복지 분야 국제개발협력 사업 추진 체계에 대한 고민 필요

- <표 2->의 국제비교에서 한국의 보건분야 개발협력사업은 전체 규모에 비해 비중이 매우 높은 편이며, 규모도 비보건 사회보장 영역의 9.4배에 달함 (OECD DAC 회원국 전체 평균 3.2배, 독일 1배, 프랑스 0.8배, 영국 2배).

○ 복지분야 및 사회개발의 경우 국제협력 사업을 위한 사업 영역을 무엇으로 할 것인지, 국제개발협력사업으로 진행 시 복지 분야 중 어떠한 것들을 ODA 사업화 시킬 수 있을지(사업화 대상), 그리고 어떠한 주체들이 참여하여 국제협력 사업을 기획, 개발, 추진시킬 것인지에 대한 고민이 필요함.

- 보건분야의 경우 다양한 글로벌 보건 다자기구들에서 주요 보건이슈들이 제기되고 있고, SDG의 보건목표인 보편적 건강보장 달성이라는 비전에 따라 국제개발협력 사업 및 국제협력 사업들이 진행되고 있는 구조임.

- 복지분야의 경우 국제개발협력사업의 주요 분야 중 명확한 영역을 찾기 어렵고, 복지분야 사업을 위한 방향과 전략에 대한 논의도 부재함. 사업 영역, 사업화 대상에 대한 전략을 마련하고, 어떤 주체가 사업을 기획하고 추진할지에 대한 검토가 필요함.

○ 이러한 문제점의 저변에는 경제개발 중심의 사고, 특히 사회개발²⁾을 경제개발

2) Social Development는 최근까지 사회개발로 번역되어 왔으나, 개발이라는 용어가 갖는 의미의 협소성에

의 보완재나 개별 프로그램으로 생각하는 기존의 낡은 사고가 자리

- 우리나라의 국제개발원조는 여전히 경제개발 중심의 사고가 강하게 영향을 미치고 있어, 사회개발(social development)을 왜 그리고 어떻게 강화해야 하는지 이해하지 못하는 경향이 있음
- 가까운 사례로, “경제개발이 곧 사회개발이고, 복지다” 또는 “ODA사업은 그 자체가 복지다”라는 발언은 우리나라에서 ODA 사업수행조직의 고위관리자의 입을 통해 자주 들을 수 있었던 표현

○ 결과적으로 교량을 설치하고, 공장을 건설하는 등의 사업이 사회개발의 근간이 된다는 원론적 이해에 머물러, 구체적으로 어떠한 방식의 전략적 투자를 통해 ODA사업에서 사회개발을 강화할 것인지 충분한 고민이 없다면 사회개발을 중시하는 국제적 공감대와는 거꾸로 가는 것임

- 이미 1990년대 초반부터 각종 국제협력사업에서 사회개발은 경제개발의 보완재가 아닌, 그 자체로 중요한 존재의미를 갖는 정책영역으로 인정받아 왔음
 - 그리고 이러한 기조에 따라 OECD DAC을 비롯한 각국의 ODA사업에서도 사회개발분야의 예산비중이 지속적으로 증가해 왔음
- 한 예로 Birdsall은 1993년 세계은행을 통해 발표된 한 논문에서 “경제개발의 근본적 목적은 경제성장이 아니라, 인간복지의 개선, 즉 사회개발”이라고 주장하였음(Birdsall, 1993, p.1).
 - 이후 사회개발은 인간개발(human development) 등 다양한 개념과 유사한 용어로 인식되기도 하였음
- 국내에서도 향후 ODA사업에서 사회개발을 중시해야 한다거나, 사회개발 분야에 대한 투자를 확대해야 한다는 주장이 활발하게 제기되고 있음.
 - 이는 지난 20년간 한국 사회보장제도가 빠르게 성장하여 비서구권 후발 복지국가들에게 많은 정책적 시사점을 줄 수 있다는 점을 시사(서상목, 2018).

□ (문제의식③ 국제개발협력사업 운영 전략 강화 필요)

○ 보건복지분야 국제개발협력사업의 주된 형태는 프로젝트성 연수사업으로, 양자 협력 역시 연수 형태로 진행되는 경우가 상당함.

- 일회성·단기 연수사업은 우리 발전경험을 소개하는 데 그쳐 초청연수가 추구하는 협력국의 장기적 역량강화에 한계가 있다는 평가(개발협력위원회 제13차 평가소위)
- 공여국-수원국 간 인적교류를 통해 지식과 경험을 공유하고, 이를 기반으로 신뢰를 구축하고 우호적인 관계를 형성하는 데 연수사업은 효과적이기는 하나, 단기 연수사업은 수원국의 역량강화에 효과성이 높지 않다는 점을 중요하게 인식해야 함.
- 협력국 역량 강화를 위해 연수 사업 이후 양자협력으로 이어지는 안정적·지속적 협력사업(프로그램, 인적교류, 연수 심화과정 등)으로 이어지는 구조를 구축하는 것이 필요
 - 연수사업에 참여한 공무원 네트워크가 지속적인 양자협력의 채널로 활용되고, 연수사업의 내용이 협력국의 실질적인 정책적인 결과물로 이어질 수 있도록 전문가 파견 등 지속적인 인적 교류와 역량 강화가 요구됨.
 - 참여국들이 실제 자국에서 활용, 실현할 수 있도록 하는 연수 후 환류 과정 및 연수 심화과정 운영 등이 필요함.

○ 보건복지분야 개발협력수요 조사, 기초선 조사 등을 통해 개발수요 반영하는 사업 기획 절차 강화, 보건복지분야 개발협력사업 가이드라인 마련으로 역량 강화를 위한 중장기 프로그램, 정책컨설팅 등 다양한 층위의 사업을 기획하고 추진할 필요

□ (문제의식④ 국제협력을 위한 기초 인프라(조직, 연구기반) 부족)

○ (조직) 현재 보건복지부 국제협력담당관실의 인력은 국장 1인, 과장 1인, 사무관 3인, 주무관 5인, 에디터 1인이 양자협력 및 다자 협력 보건분야 국제개발협력 사업 등 국제협력 업무를 모두 담당하고 있는 상황임.

- (연구기반) 선진국의 국제협력 활동과 관련된 축적된 노하우 및 보건복지 분야 별 대응 사례를 공유하고 주요 정책을 분석하여 공조 관계를 모색하는 기회가 제한적이었음.
 - 주요 선진국과의 공동 연구를 통한 보건 및 복지 분야 연구 기회 모색 필요
- 주요 선진국과의 공동연구는 광범위한 보건 및 복지 분야 중 한국에게도 수요가 있고, 국제적으로도 수요가 있는 분야들 중심으로 이루어져야 함. 협력국가의 보건복지분야 협력 수요 및 양자협력 가능성을 파악한 연구가 제한적이었음.
 - 양자 개발협력이 이루어지는 과정에서 수원국의 현황에 대한 정보를 파악하기는 하나 현재는 양자개발협력 사업화 가능성이 높은 경우 단기적으로 수원국 현황 정보를 파악하는 경우가 다수임.
 - 중저소득 국가의 보건 수요를 파악하기 위한 연구가 지속적으로 이루어질 필요 있음. 이는 국무조정실의 국가협력전략(Country Partnership Strategy, CPS)과 같이 보건분야에 특화된 국가별 협력 전략이 중점협력국 중심으로 구축하는 것으로 시작할 수 있음.
 - 중점협력국 중심의 연구 뿐 아니라 그 외 중저소득 국가의 각국의 보건의료 체계, 보편적 의료보장을 위한 수요 등 기초 연구 역시 수행될 필요가 있음.
- 보건복지 분야 현황과 소득 및 분배, 일자리 현황 등 협력 국가의 사회개발 수요를 파악할 수 있는 연구도 부족한 상황
 - 각국의 제도에 대한 연구는 주로 OECD 회원국을 포함하는 연구 또는 선진국 사례를 중심으로 이루어짐. 기술변화, 저출산·고령화, 불평등 심화와 같은 국제적으로 유사한 사회문제에 직면한 각국의 사례와 정책 연구는 사회정책 수립에 밑바탕이 되기 때문에 중요함. OECD 보건위원회 및 고용노동사회위원회, 사회정책작업반 논의와 관련 연구에 적극적으로 참여하고 파견 인력을 활용하는 등 연구 기반을 지속, 강화하는 것은 바람직함.
 - 하지만 국제개발협력을 위해 개발도상국의 수요를 파악하기 위해서는 중저소득국과의 보건복지분야 연구 기반을 강화해야 함.

- 현재의 관련 연구기관(한국보건사회연구원), 국가별 리포트 생산 기반이 있는 KOFIH 등의 협력, 정부간 협력 채널을 통한 중저소득국과의 공동 연구 형태

□ (문제의식⑤ 국제기구 및 국제사회 참여에서 협력 주도성 부족)

- WHO와 유엔체계 등 다자기구에 지원하는 분담금 수준이 상당한 규모이나, 국제기구에서의 논의에 주도적으로 참여하고 있다고 보기 어려움.
 - WHO에 의무분담금 약 110억원을 지원하고 있으며, WHO 본부 및 WPRO에 자발적 분담금 약 80억원을 지원하는 등 지원규모로 보면 top 20개 국가/기여자에 속함.
 - 지원금 규모에 비하여 국제기구 인력 파견, 정책 대화 등 국제기구 등과의 협력채널이 미흡함.
 - 지원금 규모에 비해 지원금 활용에 대한 모니터링 및 평가 기능은 제한적으로 이루어졌음.
- 연수와 방문단 초청과 같이 중저소득 국가를 대상으로 한국에서 한국의 제도를 공유하는 사업은 많았으나, 국제기구나 국제 사회에 참여하여 한국의 다양한 보건복지 정책 및 제도 운영 경험을 공유하는 활동은 제한적이었음.
 - WHO, OECD, JLN 등 다자기구와 UHC 관련 국제 학회나 회의체에 정기적으로 참여하여 한국의 경험을 공유하는 활동필요

□ (문제의식⑥ 분절적인 국내 보건 복지 분야 국제협력 사업 거버넌스)

- 보건복지부 국제협력담당관, 국제보건의료재단(KOFIH), 보건복지부 관련 사업과, 국민건강보험공단, 건강보험심사평가원 등 보건복지부 산하 기관에서 독립적으로 사업 시행하는 구조
- KOFIH, KOICA, EDCF 등 다양한 국제개발협력 주체에서 이루어지는 보건 및 복지 국제개발협력 사업 진행 중. 유무상 연계 확대 등 분절적 거버넌스를 극복하고 체계적·통합적 ODA를 추진하려는 시도가 강화되는 추세이지만 현

재까지 유무상 연계 실적이 미비한 상황. 분절적 거버넌스를 개선하고자 하는 국무조정실의 계획과 방향성에 따라 공동 사업, 연계 사업이 더욱 강화될 필요가 있음.

- 국회·학계·시민단체 등에서 종합전략 부실, 유·무상원조 연계 미흡, 무상원조 분절화, 사후관리 약화 등 계속 지적 ⇒ ODA 통합 추진체계 구축(안) 제시(제31차 국제개발협력위원회, 2018.06)
- 현재 연계사업 확대 중: KOFIH의 경우 2018년 현재, EDCF 연계 5개국 6개 사업, EDCF·KOICA 3자 연계 3개국 3개 사업, KOICA 무상간 연계사업 4개국 4개 사업으로 확대

제 3 장

보건복지분야 국제협력사업 발전방향과 추진전략

제1절 범위와 체계

제2절 비전과 목표

제3절 추진전략

제4절 추진기반

3

보건복지분야 국제협력사업 << 발전방향과 추진전략

제1절 범위와 체계

- 이 절에서는 <보건복지분야 국제협력사업을 위한 기본계획>에 대해 언급하기에 앞서, 보건복지분야 국제협력사업의 포괄 범위와 각 사업의 체계에 대해 간략하게 정리하고자 함.
- 단기적으로는 보건복지분야에 초점을 맞추고 있지만, 사회정책을 포괄하는 다양한 분야의 내용을 아우르는 것을 지향하고 있음.

1. 범위

- 국제협력과 국제개발협력 개념에 대한 이해
 - 보건복지부 국제협력사업 기본계획은 보건복지영역의 각 의제와 필요에 따라 상호 이익 증진을 목적으로 하는 <국제협력>과 개발도상국의 발전과 복지증진을 목적으로 하는 <국제개발협력>을 포괄하고자 함.
 - 예를 들어, 감염성 질환과 같이 한 국가에서 해결이 어렵고 소득수준에 무관하게 국제공조를 필요로 하는 경우, 그리고 저출산·고령화, 불평등 심화, 실업 등 공통의 사회문제에 직면한 경우, 양국 또는 지역, 국제사회 전체의 이익을 증진시키기 위해 양자 또는 다자간 국제협력 방안을 찾고자 함.
 - 국제개발협력은 개발국이 개발도상국의 발전을 위해 협력대상국에 직간접적으로 제공한 무상 (또는 유상) 지원
 - (정의) “국제개발협력”이란 국가·지방자치단체 또는 공공기관이 개발도상국의 발전과 복지증진을 위하여 협력대상국에 직접 또는 간접적으로 제공하는 무상 또는 유상의 개발협력(양자간 개발협력)과 국제기구를 통하여 제

공하는 다자간 개발협력을 말한다.〔국제개발협력기본법〕 제2조)

- (기본정신 및 목표) 국제개발협력은 개발도상국의 빈곤감소, 여성·아동·장애인 인권향상, 성평등 실현, 지속가능한 발전 및 인도주의를 실현하고 협력대상국과의 경제협력관계를 증진하며 국제사회의 평화와 번영을 추구하는 것을 기본정신으로 한다.〔국제개발협력기본법〕 제3조 제1항)
- 국제개발협력은 제1항의 기본정신을 추구하기 위하여 다음 각 호의 사항을 달성하는 것을 목표로 한다.
 - 개발도상국의 빈곤감소 및 삶의 질 향상
 - 개발도상국의 발전 및 이를 위한 제반 제도·조건의 개선
 - 개발도상국과의 우호협력관계 및 상호교류 증진
 - 국제개발협력과 관련된 범지구적 문제 해결에 대한 기여
 - 그 밖에 제1항의 기본정신을 달성하기 위하여 필요하다고 인정되는 사항

2. 체계

□ 보건복지분야 국제협력은 사업의 목적, 협력대상, 주제라는 3가지 분류 기준을 이용해 아래 그림과 같이 체계화가 가능

○ (목적) 상호 이익 증진 및 호혜를 목적으로 하는 국제협력과 개발도상국의 발전과 복지증진을 목적으로 하는 개발원조로 분류함.

○ (대상) 상호호혜와 개발원조 모두 사업형태는 다소 다르지만 양자 및 다자간 협력의 주체이자 대상이 될 수 있음. 이러한 사업의 추진주체는 보건복지부임

- 현재 보건복지부 및 유관기관에서 실행하는 국제협력사업 가운데 상호호혜를 목적으로 하는 양자사업은 주로 한·중·일 보건장관회의나 사회보장협정과 같은 양자 협력 및 협정의 형태이며, 다자간 협력사업은 OECD, WHO 등 국제기구 회의체에 참여하는 방식임. 개발원조 역시 보건인프라 구축이나 정책컨설팅과 같은 개발도상국과의 일대일 양자간 협력과 WHO, ADB 개발협력 분담금을 포함하는 다자간 협력이 가능.

- (주제) 보건복지부 국제협력사업의 주제(또는 주된 내용)는 보건과 복지분야의 사업들로 구분할 수 있으며, 위에 제시한 사업목적과 협력대상에 따라 서로 배타적인 사업들로 구조화될 수 있음
- 보건복지분야 국제협력사업은 주거복지나 교육복지 등의 형태로 다른 사회정책과의 유기적 협력을 통해 더 큰 성과를 기대할 수 있는 경우가 많음. 특히 개발원조분야에서는 보건복지 외에도 주거와 교육 그리고 노동분야의 사업을 연계하는 사회개발에 천착할 필요가 있음
- 아래 그림은 보건복지분야 국제협력사업이 상호호혜 정신에 기초한 국제협력과 연대정신에 기초한 개발원조로 대별되고, 그것이 재원대상에 따라 양자간 협력사업과 국제기구가 매개된 다자간 협력사업으로 세분되고, 보건과 복지분야 주제별로 구분된 사업을 예시한 것임

[그림 3-1] 보건복지분야 국제협력사업 기본계획 범위와 체계



OECD HC: OECD HEALTH COMMITTEE
 OECD ELSAC: OECD EMPLOYMENT, LABOUR, AND SOCIAL ADVISORY COMMITTEE
 WHO UHC: WHO UNIVERSAL HEALTH COVERAGE
 GHSA: GLOBAL HEALTH SECURITY AGENDA

제2절 비전과 목표

□ 비전: 〈빈곤과 질병 없는 세계에 기여하는 보건복지 국제협력〉

- 전쟁과 남북분단, 권위주의 국가와 개발지상주의 등으로 각인된 부정적 국가 이미지를 쇄신하고 평화국가의 이미지를 구축
- 세계적으로 빈곤과 질병 퇴치, 공동체와 사회개발을 위해 보건복지분야 사회 정책 경험을 공유하고 적극적으로 투자
- 비전 제시를 위한 몇 가지 가치와 원칙
 - Transparency and accountability
 - Impact and Sustainability
 - People-centered, experience sharing,

□ 목표

- 모든 국민의 행복과 안전을 보장하기 위한 국제협력체계 구축
 - 감염병 등 국가 간 보건의료분야 협력을 통한 국민건강 및 안전 보장
 - 모든 국민이 세계 어느 곳에서나 사회보장의 혜택을 누리는 체계 구축
- 가난과 질병에 시달리는 저발전국을 위한 보건복지지원 강화
 - 2000년 수원국에서 공여국으로 전환 후, 2016년 한국의 ODA 규모는 GNI 대비 0.16%로 낮은 수준이나, 2030년 0.3% 규모로 확대
 - 현재 보건분야 중심으로 수행되는 ODA 사업에서 복지분야 확대 및 보건복지분야를 아우르는 맞춤형 사업모델 개발
- 보건복지분야 국제개발협력 강화를 통한 글로벌 SDG 달성 기여도 제고
 - 기본계획의 목표설정을 위해 SDG로 준거점 설정

□ SDG를 활용한 국제협력(개발협력)사업에 대한 목표 제시

○ SDGs 1, 4, 8, 10, 16번 목표는 사회보장 영역의 국제개발협력과 유관

- 보건·복지 분야를 개별 영역으로 보는 것이 아니라 건강보장과 소득 및 서비스 보장에 걸친 포괄적인 사회보호시스템이라는 관점에서 접근할 필요
 - 분야별 한국의 비교우위를 살려 국가특성별 적합한 사업을 제시하는 사회보장 분야 개발협력 가이드라인 개발을 제안
- 한국의 사회보호시스템 구축의 경험과 제도발전 역사를 갖고 있는 보건복지부가 주도적으로 ‘사회보장’ 분야를 개발협력의 핵심적인 분야로 인지하고, 보건에서 영역을 확장
 - KOICA도 취약계층대상 복지분야 협력사업을 진행하고 있으나, 사회보장을 독자적인 영역으로 분류하지 않고 있으며, 보건 또는 공공행정 일부 영역으로 분류되어 보건복지 통합적인 사회보장 영역의 사업을 수행하는 접근방식을 취하지 않음. 따라서 해당 분야 전문성과 경험, 자원과 네트워크를 가진 보건복지부가 이 영역에 대한 협력을 강화할 것을 제안함.
 - <표 3-1>은 JICA의 개발협력사업 분야 중 ‘사회보장(Social Security)’ 분야의 가이드라인에서 관련 목표와 전략, 목표달성을 위한 틀과 접근법을 정리한 도표로, 한국 개발협력사업 체계에서는 하나의 분야로 분류되지 않으나(KOICA 분류에는 보건영역은 포함되지만, 소득보장·사회서비스 영역을 포괄하는 사회보장 분류 기준은 없음), 한국의 보건복지부 및 유관기관이 강점을 가지는 사업 분야와 분야별 시행 가능한 사업방식이 담겨져 있음.
 - <표 3-1>과 같이 국민연금, 건강보험 및 건강보장제도, 인구정책, 노인 및 아동보호, 장애인 및 소수자 지원정책 등 거의 모든 영역이 복지부의 핵심 사업 영역
 - 정책 층위 역시, 기본계획(마스터플랜), 세부정책, 정책플랫폼, 기존정책 수정 및 확장, IT기반구축, 특정사업의 전달체계 효율화, 통계작성, 인력양성 및 재교육 등 다양한 차원에서 이루어질 수 있음.

- (보건복지분야 개발협력 성과를 확인할 수 있는 성과기반체계 마련) 한국이 기술적 우위를 가지고 있는 빅데이터, ICT 기반 정보시스템 등을 활용해 개발협력 사업의 성과를 확인할 수 있는 기반 마련

〈표 3-1〉 개발원조사업에서 JICA의 사회보장이슈 개요도

개발전략 목표 1: 사회건강보장의 구축			
중기목표	하위소득국가 (1인당 GNI \$1,005 이하)	중하 소득국가 (1인당 GNI \$1,006-3,975)	중상소득 국가 (1인당 GNI \$3,976-6,925 이상)
프로그램 설계의 적합성	기초보건서비스 제공을 위한 기반 구축 비기여적 프로그램의 재정지 속가능성 보장 및 공여자와 의 긴밀한 협력	비전염성 질병 포함 및 보다 발전된 의로서비스를 위한 보장 확대 비공식적 분야 보장 확대 재정 지속가능성 보장	재정적 지속가능성 보장(의 료비용 통제) 고령화 사외에 관한 문제 논 의
효율적 및 효과적인 프로그램 관리	비기여적 제도를 위한 타게 팅 체계 개발 및 각 부처와 의 협조	비공식적 분야 보장하는 기 여적 건강보험에 대해 보험 료 수집 및 피보험자의 정보 관리 메커니즘 구축 저소득자에게 사회건강보장 제공을 위해 공공자금이 사 용될 때 수혜자격 확인을 위 한 타게팅 시스템 개발 피보험자 정보관리, 환자의 의료정보, 의료기관 지불에 대한 신뢰할 수 있는 정보 시스템 개발	비공식적 분야 보장하는 기 여적 건강보험에 대해 보험 료 수집 및 피보험자의 정보 관리 메커니즘 구축 저소득자에게 사회건강보장 제공을 위해 공공자금이 사 용될 때 수혜자격 확인을 위 한 타게팅 시스템 개발 피보험자 정보관리, 환자의 의료정보, 의료기관 지불에 대한 신뢰할 수 있는 정보 시스템 개발
인프라, 인력, 시스템	기초의료서비스 전달체계 구 축(의료인력훈련, 보건소 및 공공병원 설립 등)	의료서비스 전달체계의 지역 적 불평등 수정	의료서비스의 질 향상(공공 의료기관의 질 향상, 민간의 료기관을 공공건강보험으로 포함)
JICA의 우선영역	기초보건서비스 제공을 위한 기반 구축(보건분야 협력 틀 안에서) 비기여적 프로그램을 위한 ODA 용자 및 그랜트와 같 이 세계은행 및 아시아개발 은행 등과 같은 기여자들과 의 공동 자금 조달 또는 협 력 프로그램 고려 지식공유 및 기여제도에 대	비공식적 분야로 보장범위 확대: 기여제도가 있는 국가 에 대한 프로그램 및 서브시 스템 설계 및 개선 지원 의료비용: 의로서비스의 질 보장 및 의료비용 통제하는 의료비용 메커니즘 구축 신뢰할수 있는 정보관리 시 스템 구축: 피보험자의 신분 및 정보, 의료검진, 의료비용	의료비 관리: 의료비 시스템 및 의료비용 처리방법 개선, 의료정보 시스템 및 노인인 구의 의료비용을 위한 비용 분담 메커니즘 구축 및 개선 의료정보 시스템 및 의료비 용체계 구축 또는 개선 등과 같은 의로서비스의 관리 및 품질 개발 착수

	한 조언을 통해 정부 공무원에게 필요한 정보 제공하여 지원	지불 등의 관리	
개발전략 목표 2: 연금과 같은 소득보장의 구축			
중기목표	하위소득국가 (1인당 GNI \$1,005 이하)	중하 소득국가 (1인당 GNI \$1,006-3,975)	중상소득 국가 (1인당 GNI \$3,976-6,925 이상)
프로그램 설계의 지속가능성	사회취약계층을 위한 공공부조의 최소수준 비기여적 프로그램을 위한 재정적 지속가능성 보장 및 공여자와의 협력	기여적 소득보장 프로그램 근로자의 보장범위 확보 근로자의 소득보장의 재정적 지속가능성 보장 비기여적 소득보장 프로그램에서 사회취약계층의 보장범위 확보 비기여적 소득보장 프로그램의 재정적 지속가능성 보장	노후를 위한 효과적인 소득 보장 확보 비공식적 부문의 기여적 소득보장 프로그램 확대 기여적 소득보장 프로그램의 소득대체율 개선 재정적 지속가능성 보장
효율적 및 효과적인 프로그램 관리	비기여적 제도를 위한 타게팅 체계 개발 및 각 부처와의 협조(타 빈곤 프로그램과의 일관성 보장을 위해)	근로자를 위한 기여적 소득 보장 프로그램의 거버넌스 보장 및 이행 모니터링 근로자를 위한 기여적 소득 보장 프로그램에 신뢰할 수 있는 정보 시스템 개발 비기여적 소득보장프로그램을 위한 타게팅 시스템 개발	피보험자의 정확한 정보관리, 기여부분 수정 및 기여적 프로그램의 원활한 지불 등과 같은 하위시스템 개선 자산관리를 위한 거버넌스 향상
JICA의 우선영역	비기여적 프로그램을 위한 ODA 용자 및 그랜트와 같이 세계은행 및 아시아개발은행 등과 같은 기여자들과의 공동 자금 조달 또는 협력 프로그램 고려 공공재정관리지원의 틀에서 비기여적 프로그램을 위한 지속가능한 재정자원 향상을 위해 기술지원 제공 지식공유 및 기여제도에 대한 조언을 통해 정부 공무원에게 필요한 정보 제공하여 지원	프로그램의 재정 지속가능성 보장 및 근로자 기반 소득보장을 위한 관련 하위 시스템 구축 및 개선	a) 재무모델 선택, b) 피보험자의 정보 관리, c) 기부금 모금, d) 기부금 설정, e) pay-as-you-go연금의 경우 수급 설정 등을 통한 기여소득보장프로그램의 비공식 부문에 대한 보장범위 확대
개발전략 목표 3: 사회복지서비스의 구축			
중기목표	하위소득국가 (1인당 GNI \$1,005 이하)	중하 소득국가 (1인당 GNI \$1,006-3,975)	중상소득 국가 (1인당 GNI \$3,976-6,925 이상)
프로그램 설계의 지속가능성	고아, 특수치료가 필요한 장애인, 친척이 없는 노인, 재해 피해자, 그 외 등을 위한 최소한의 공공사회복지 서비스	장애인(아동 및 성인), 노인을 위한 지속가능한 프로그램 개발	장기돌봄 및 아동돌봄 등과 같은 서비스 확대(수혜자 확대) 재정적 지속가능성 보장

	스 제공		
효율적 및 효과적인 프로그램 관리	중앙정부와 지방정부간의, 중앙 지방정부 및 NGO, 자원봉사자, 지역사회단체, 기부자간 등의 다양한 레벨간의 조정	지원컨설팅 창구 및 지원 컨설턴트 배정등과 같은 사회복지서비스 전달체계를 위한 메커니즘 개발 서비스의 품질 보장을 위한 사회복지서비스 기준 개발	정부간, 중앙 및 지방정부간, 정부 및 민간영역간의 강한 협력 제공
인프라, 인력, 시스템	최저 수준의 사회복지 서비스를 위한 인프라 구축(가족이 없는 고령자, 고아 등을 위한 기관 설립 및 위 기관에서 근무할 인력 채용 등)	사회복지서비스 인력 훈련 자원봉사자 훈련 및 NGO 및 자원봉사자의 활동 촉진을 위한 메커니즘 개발	아동돌봄 및 장기돌봄 등과 같은 사회복지서비스를 위한 인프라 구축 사회복지전문가 훈련
JICA의 우선영역	취약계층 및 자연재해 피해자 지원: 사회적 취약계층을 위한 JICA 파트너십 프로그램의 JICA의 응급재난지원 및 일본 해외파견 봉사단, NGO 등 사회복지서비스 및 인력자원 개발: 지식공유 및 조언을 통해 전문가의 역할, 필요 서비스의 설계 및 종류에 대한 필요한 정보 제공	사회복지사를 위한 인력자원 개발 프로그램 등과 같은 사회복지서비스 시스템 개발, 사회복지기관을 위한 기준 마련 기초 수준의 복지 수요를 위해 JOCV프로그램 및 JICA 파트너십 프로그램의 활용	장기요양보호를 위해 다음 지원: 장기요양보호서비스 및 장기요양보호 전문가 개발, 보호자로서의 가족 및 자원봉사자 역량개발, 지속가능한 장기요양보호 시스템을 위한 정책 개발 사회복지서비스의 재정 지속가능성 확보: 서비스 비용분석 및 재정 자원 분석 고령화 사회 해결을 위한 지식공유 공공 및 민간뿐만 아닌 중앙 및 지방정부간, 중앙부처간의 협력 증진

자료: JICA. (2014). JICA 주재별 가이드라인: 사회보장(건강보장/소득보장/사회복지) 가이드라인.

□ 핵심 추진과제

○ 보건복지분야 정책협력을 위한 글로벌네트워크 구축

- 다자간 국제협력사업에서 한국의 위상을 제고하기 위한 실질적인 노력이 필요. 분담금 규모에 맞게 우리 국민의 실익을 제고하는 방안 마련
- OECD, ILO, WHO 등 국제기구에 대해 현재 우리정부가 얻고 있는 실익에 대한 냉정한 평가와 그에 따른 개선방안 마련이 필요
- 국제기구의 각종 국제협력사업 설계와 평가 등의 과정에 우리 정부와 전문가가 적극적으로 개입할 수 있는 기반 마련이 필요 : 실제보다 저평가되는 상황에 대한 적극적 개입이 필요

○ 보건복지분야 국제개발원조(ODA)의 재구조화

- 단기적으로는 다자간 ODA사업에 참여함으로써 경험을 축적하고, 중장기적으로는 한국의 독자적 ODA사업을 개발. 구체적으로 향후 3년 내에 <보건복지분야 ODA사업모형>을 개발하여 수원국에 적용
- 중장기적으로는 보건복지분야 ODA사업을 주거와 교육 등의 영역으로 확대하고 지역공동체와 함께하는 모형으로 육성. 이를 통해 수원국의 욕구에 기초한 맞춤형 한국 ODA 사업모형>을 개발

○ 보건복지분야 국제협력사업의 인프라 구축

- 보건복지분야 국제협력을 위한 국내 거버넌스 구축. 보건복지분야 주요 공공기관 및 민간단체를 아우르는 국제협력사업 설계 및 추진을 위한 <보건복지분야 국제협력위원회> 구축
- 보건복지분야 국제협력을 위한 국제정책교류 강화. 양자 및 다자간 국제협력 강화를 위해 정부와 공공연구기관 차원에서의 정책협의를 정례화. 한일, 한중 등 양자간 협의와 한중일 등 다자간 협의를 함께 강화
- 보건복지분야 국제협력 연구 및 평가기반 구축. 국제협력 및 개발원조를 위해서는 사업과 대상국가에 대한 포괄적인 기초연구와 정책평가를 위한 데이터 및 경험 축적이 필요

<국제개발원조(ODA)에서 한국의 고유한 사업모델 개발>

- <단계적으로> 사회개발 또는 사회발전의 패러다임에 초점을 둔 비전과 사업 체계 그리고 추진전략을 제시
- (1단계 : 단기목표) 다자간 ODA사업 참여로 사업역량과 네트워크 구축
 - ILO, ADB 등 아시아 저발전국에서 ODA사업을 활발하게 추진하는 국제기구의 사업에 한국의 전문가와 실무자가 참여하여 경험을 축적
- (2단계 : 중기목표) 한국의 사회개발형 ODA사업 모델의 개발 및 실험
 - 소규모의 사회개발형 ODA사업모듈을 일부 수원국 및 국제기구와 협력하여 <사업설계-실험-모니터링-평가> 과정으로 개발 추진
- (3단계 : 장기목표) 한국형 ODA사업모델 확산과 평화국가 이미지 제고
 - 소규모 실험사업 중 성과평가가 우수한 사업을 중심으로 각 수원국의 특성에 맞는 ODA사업 모듈을 구성하여 적용

제3절 추진전략

1. 보건복지분야 국제협력사업의 정책적 우선순위와 추진과제

□ 보건복지분야 국제협력사업 수행을 위한 기본계획은 앞서 설계한 8가지 영역(그림 3-1)으로 구성되며, 여기서는 7개 추진과제를 제안하고 있음.

- (1) 보건복지분야 맞춤형 ODA사업모형 개발
- (2) 국제협력정책 설계를 위한 논거마련
- (3) 개발협력사업에서 다자기구와의 협력사업 모델 개발
- (4) 국제협력네트워크를 통한 남북간 협력사업 강화
- (5) 안정된 양자간 정책협의 네트워크 구축
- (6) 양자간 사회보장협정의 확대

○ (7) OECD, WHO 등 다자간 국제협력에서 정부의 주도권 강화

[그림 3-2] 보건복지분야 국제협력사업 기본계획을 위한 추진전략과 정책과제

		보건	복지
개발 원조	양자	(1) 보건복지분야 맞춤형 ODA사업모형 개발 (2) 정책 및 사업 설계를 위한 객관적 논거마련	
	다자	(3) 개발협력사업에서 다자기구와의 협력사업 모델 개발 (4) 국제협력네트워크를 통한 남북간 협력사업 강화	
상호 호혜	양자	(5) 안정된 양자간 정책협의 네트워크 구축 (6) 양자간 사회보장협정의 확대	
	다자	(7) OECD, WHO 등 다자간 국제협력에서 정부의 주도권 강화 (정책협의 및 정책보고서 작성과정에 적극 개입)	

2. 영역별 대상별 추진전략

가. 보건복지분야 맞춤형 ODA 사업모형 개발 (1)

□ 국가별 ‘맞춤형 전략’(Customized Strategy) 수립

- 이 사업모형은 보건과 복지분야의 서비스 제공을 기본으로 하지만, 수원국의 요청에 따라 해당 지역의 욕구를 고려하여 주거나 교육, 고용 등과 관련된 핵심 사회서비스를 ‘선택적으로’ 연계할 수 있는 맞춤형 사업모형
- 맞춤형 사업모형은 협력 대상 국가의 특성(소득수준, 기존 보건복지 제도, 정치상황 등)을 고려하고, 해당지역과 지역주민의 욕구를 반영하여 최적의 지원모형을 개발하는 방식으로 운영
- 이를 위해서는 지금까지 ODA사업 분야에서 가장 큰 문제 중 하나로 지적되어 왔던 지원부처와 지원조직을 넘어선 사업연계가 가능해야 하며, 이는 사업설

계와 평가과정 전체에 걸쳐 적용되어야 함

- 맞춤형 ODA 사업모형은 수원국의 주민들이 원하는 서비스를 제공하기 위해 다양한 자원을 연계해야 한다는 점에서 <사회개발형 ODA사업모형>이 필요
- 이는 단기적으로 보건복지분야의 국제협력사업과 무관한 것처럼 보이지만, 중장기적으로 보건복지부 국제협력사업, 특히 개발협력사업이 중점적으로 개척해야 할 사업모형
- “사회개발은 경제개발의 역동적 과정과 연계하여 전체 인구의 복지를 증진하기 위하여 고안된 계획된 사회변화 과정이다” (Midgley, 1995, p.8; 국제사회복지실천, 2010, p. 78 재인용)
- 이러한 수요에 대응하기 위해서는 연구기반 강화를 바탕으로 협력국 수요에 맞는 사업 기획 및 운영을 강화할 필요가 있음
 - 중점협력국 대상 CPS를 구축하는 것과 같이 보건 및 복지 분야 국가별, 단계별 국제협력 사업 지원 계획, 이행전략, 모니터링 및 평가 방안 등이 담긴 사업 추진 전략 수립
 - ODA 사업설계 및 사업선정에서 협력국에 대한 프로파일링 리포트가 주민의 욕구에 대한 분석을 얼마나 잘 담고 있으며, 분석결과가 계획수립에 얼마나 반영되었는지를 선정기준으로 채택할 필요가 있음

<맞춤형 ODA 사업모형의 특징>

- (맞춤형 ODA 사업모형) 사회개발영역의 개별사업을 수요에 맞게 맞춤형으로 구성하는 모듈화(=〈사회개발 ODA사업 모듈〉)
 - ODA사업의 모듈화 방식이란 사회개발을 구성하는 각 하위분야의 사업을 수원국의 대상지역 주민들의 욕구에 맞게 패키지화하는 방식
 - 사회개발의 하위범주란 1)보건의료, 2)보육 및 돌봄서비스, 3)교육, 4)고용 보장(고용서비스 및 직업훈련), 5)소득지원, 6)주거서비스 등
 - 현장중심 사업설계 : 정부와 주민 등 지원대상의 욕구와 특성을 고려
- 사회개발 사업 간 연계체계 구축
 - 거버넌스 차원에서 많은 시간과 노력이 필요한 것은 각 부처가 소관하는 사회개발 하위 범주의 사업들을 연계하는 시스템을 구축하는 전략이 필요
 - 이를 위해서는 국제개발원조사업에서 보건복지부를 비롯한 사회정책 관련 부처 사업 간의 연계를 추진할 수 있는 거버넌스/정책협의체 구성이 필요
 - 국제개발협력위원회 산하의 소위원회를 구성하는 방안
 - 보건복지부가 사회개발을 위한 부처간 협의체를 구성하는 방안
 - 실제 사회개발분야 사업들을 연계하기 위해서는 관련 사업추진 기관들과의 협의체를 구성하여 운영할 필요. 관련 기관을 예시하면,
 - 보건의료 : KOFIH, 건보공단, 심평원, 기타 비영리단체
 - 복지서비스 : 사회복지관협회 등
 - 고용창출 : 중앙자활지원센터, 사회적기업진흥원, 기타 사회적경제
 - 주거개선 : LH공사, 주거복지협의회 등
 - 기술협력 : 각 전문기관 및 국책연구기관

나. 정책 및 사업 설계를 위한 객관적 논거마련 (2)

- 한국의 ODA 사업은 단기적 외교수요에 기반하거나, 중장기 사업설계 및 시행이 제한적이었던 한계를 극복하고 타당성 조사 강화, 사업심의-수행-결과환류를 통해 사업의 논거를 마련하고자 하는 방향성을 갖고 있음. 이에 기반하되, 더 나아가 보건복지분야의 정책 및 사업 설계를 위한 수요 조사와 근거 마련을 강화
- 과거 한국의 ODA 사업은 과거 대통령 방문 등 단기적 외교수요를 바탕으로 하는 양자간 협력사업이 큰 비중을 차지해왔음. 그 결과, 개발협력사업의 설계를 위한 충분한 시간과 기초자료를 확보하지 못하였고, 일정한 조건이 주어진 상태로 또는 목표와 실행방안이 괴리된 형태로 사업을 추진하는 문제가 있어 왔음.
- 현재 보건복지부와 유관기관은 기관별 사업영역에 따라 수요를 조사하고 이에 따라 개별적인 프로젝트로 진행하려는 강한 욕구를 보유
 - 유관기관은 정부간 관계, 재정지원 등 지속적인 정부의 지원을 필요로 하고, 정부는 보건복지분야 개발협력 수요를 파악하기 위한 네트워크와 콘텐츠를 필요로 함.
- 보건복지부와 국제협력 유관기관을 포함하는 논의체를 기반으로 각 기관이 파악한 수요를 보건복지부 국제협력 기본방향과 국가별 중점협력분야에 따라 통합·확대할 필요가 있음
- 이 추진과제는 국제협력사업 패키지를 구성하여 고위급 양자 면담시 구체적 협력 사항 제안을 위한 기초자료 제공에 초점을 두고 있음
- 보건복지분야 국제연수과정 중장기화 및 지속성 강화, 수원국 요구에 따른 심화 연수과정 운영, 학위과정 설립
- 다수의 보건복지분야 교육연수사업의 효과성 제고를 위해 연수과정의 평가결과 환류(feedback)해 사업 기획에 반영
- 현재 일회성·단기 프로젝트성 교육연수 사업이 협력국의 보건복지분야 역량강

화로 이어질 수 있도록 보건복지분야 및 내용을 세분화하여 심화 연수과정 운영 및 중저소득국 보건복지분야 인력 양성을 위한 중장기 훈련프로그램이나 학위 과정 설립

- 국민건강보험공단의 건강보험 국제연수과정, 국민연금공단과 OECD대한민국 정책센터가 함께 진행하는 아·태지역 공적연금 국제연수 프로그램, 복지정책과가 보건복지인력개발원과 수행하는 복지분야 초청연수 등은 수년간 지속되고 있는 단기 교육연수 프로그램임. 한국의 사회정책의 발전과 실패의 경험 공유, 연금·건강보험제도 등 특정 제도 교육에 대한 수요는 큰 반면 단기간의 제도 소개에 그치고 있는 현실임. 한국 사회정책, 복지모형에 대한 중장기 교육 프로그램 운영

다. 개발협력사업에서 다자기구와의 협력사업 모델 개발 (3)

- 한국의 정책경험과 제도에 대한 수원국의 높은 수요에 비해 제도를 공유할 수 있는 사업과 체계가 취약한 상황
 - 관련 사업은 주로 다자간 협력을 통해 이뤄지는 경향이 있으므로 보건복지분야 제도발전에 있어서 한국의 경험을 공유하고 보건복지분야 국제적 활동에서 한국의 위상과 발언권을 높이기 위해서는 다자기구가 주도하는 정책프로그램의 한 주체로서 적극 참여할 필요
 - 이를 위해 ODA 사업에 대한 보다 종합적이고 장기적인 기획이 요구됨. 더불어 다자기구를 활용한 북한과의 협력체계 구축 또한 필요
- ODA사업에서 주도적 역할을 담당하고 있는 대표적 국제기구와의 협력사업을 통해 저발전국, 특히 아시아 저발전국 대상 ODA 협력사업을 개발
 - 우리나라는 독자적으로 ODA사업을 설계하고 수행하고 평가하는 자기완결적 체계가 안정적으로 구축되어 있지 못하다는 점에서, 국제기구와의 협력사업 참여를 통해 관련된 경험을 축적하고 네트워크를 확보
 - 이를 토대로 점진적으로 양자간 ODA사업 및 다자간 ODA사업에 대한 설계와

관리능력을 강화

- 보다 야심차게는 향후 3년 내에 저발전국 대상 보건복지분야 ODA 사업에 대한 설계와 수행 그리고 평가를 아우르는 사업을 실시

라. 국제협력네트워크를 통한 남북간 협력사업 강화 (4)

- WHO, 동남아시아 지역 사무소(SEARO)를 통한 건강한 한반도 구축을 위한 협력 기회 모색
- 그동안 북한에서 많은 사업을 해온 WHO에서도 한국에 기술적 자문과 협력을 요청하고 있음. 현재의 요청 사항들이 주로 모성 건강과 감염성 질환 예방 및 관리 영역에 초점을 두고 있으나, 향후 보건시스템 구축과 관련한 수요가 발생될 수 있을 것으로 기대됨
- 남북관계의 진전이 이루어지고, 남북한 보건부 간 대화 창구가 마련이 되면, 국제기구를 통한 간접적 지원에서 남북 당국 간 직접 협력으로의 점진적 전환이 필요하여, 기존 사업을 수행해온 WHO 등과의 적절한 역할 분담이 필요

마. 안정된 양자간 정책협력 네트워크 구축 (5)

- 우리나라의 국제적 위상이 높아짐에 따라, 더불어 국제협력이 확대됨에 따라 우리정부가 다른 정부와 정책을 협의해야 하는 경우가 증가하고, 이는 보건복지정책 분야에서도 빠르게 증가하는 추세
- 문제는 경제 및 사회정책에서 지역연구의 전통이 취약한 우리나라의 경우, 경제협력이 확대되는 다양한 국가와의 정책협력 네트워크 또한 취약하다는 점
- 보건복지정책 분야에서 관련 부처와 안정적으로 정책내용을 협의하고 조율할 수 있는 기반이 구축되어 있다고 평가하기 곤란
- 일부 국가를 중심으로 정책협력 네트워크가 구축되어 있다는 점에서 그 편향성 또한 큰 문제

- 단기 그리고 중장기적으로 보건복지분야의 국제협력이 확대되는 국가의 부처 및 전문가와의 안정적인 정책협력 네트워크 구축이 필요.
- 관련 사업시행이 임박해서 네트워크를 구축하기 힘들다는 점을 감안하면, 상설적인 정책협력 네트워크의 구축과 운영에 선제적으로 투자를 확대할 필요가 있음
- 예를 들어, 한중일 보건장관회의 및 암(삼국 국립암센터 교류), 감염병(삼국 컨퍼런스), 검역(삼국 검역 교류), 저출산·고령화(삼국 인구포럼 및 고령화회담) 등 한중일 삼국간 정례정책협의 및 컨퍼런스와 같이 일본이나 중국 등 동아시아의 핵심국가 보건복지부 및 유관 국책연구기관 등이 함께하는 정례정책협의 및 컨퍼런스의 네트워크 채널을 확대하는 방안을 검토할 필요가 있음.
 - 한중일 3국간 정책 컨퍼런스와 네트워크는 정기적으로 이어지는 편이나 이를 공동연구 및 정책플랫폼 형성으로 발전시키고자 하는 논의가 반복되고 있음. 정책협력 네트워크의 한 단계 질적인 도약이 요구됨

바. 양자간 사회보장협정 등 국제협력사업의 확대 (6)

- 21세기 보건복지분야 국제협력사업은 국민들의 복지를 강화하는 방향에서 각종 정책을 추진할 필요가 있음. 이와 관련해서 다음과 같은 추진과제에 대해 언급할 수 있음
- 상호호혜를 목적으로 하는 양자간 협력은 주로 정책협력과 사회보장협정체결을 위주로 하므로, 협력국 정책과 양국간 노동이동 실태 등 연구 네트워크 강화를 통해 상호 이익 증진에 기여하는 사업을 기획 및 추진
- 사회보험료 이중납부 면제와 연금수급권 확대를 위한 연금정책국과 국민연금공단의 사회보장협정 및 행정약정 사업과 한국보건사회연구원의 한중 그리고 한일 사회보장정책 협력사업이 이에 해당함.

사. OECD, WHO 등 다자간 국제협력에서 정부의 주도권 강화 (7)

□ 국제기구 개발협력사업 분담금에 걸 맞는 정부의 사업 주도성 발휘가 필요

- 다자기구 주도 UHC 달성 이행, 건강보장 및 소득보장제도 구축(건강보험, 연금), 빈곤정책 수립 활동에 한국의 사회정책 발전 경험을 바탕으로 기술 지원 및 정책컨설팅 참여, ODA 사업 기획
- WHO 주도의 UHC 달성 이행, OECD, ILO를 중심으로 추진되는 개발도상국 공적 연금 제도 연구와 공공부조를 포괄하는 노후소득보장체계 관련 정책컨설팅 사업 등에 한국의 사회정책 발전 경험이 공유될 수 있도록 컨텐츠 강화, 국제협력 전문가 양성, 정책컨설팅 ODA 사업 기획

□ 국제기구 및 다자간 국제협력사업에서 우리의 부담수준에 걸맞는 사업주도력을 발휘할 수 있는 기반을 조성

- 국내 보건복지분야 법제도 및 정책 발전 논의를 위한 고위급 정책 대화 (High-level Policy Dialogue) 채널 구축
 - WHO, World Bank, 한중일 보건장관회의 등의 다자기구와의 국내 보건 복지 분야 법제도 및 정책 발전 논의를 위한 고위급 정책 대화 채널을 구축 하고, 여기에는 보건복지부, KOFIH 및 분야별 관련 산하 기관이 참여하는 구조를 구축하여 정기적인 회의를 개최하는 것을 제안함.
 - WHO의 경우 미국, 일본, 노르웨이, 스웨덴, 스페인, 독일, 프랑스 등 여러 회원국과 정기적인 양자회의를 개최하고 있음.
 - 고위급 정책 대화를 통해 공동 연구, 정책 컨설팅 및 설계 등을 위한 협력을 견고히 할 수 있을 것으로 기대함.
- 분담금에 대한 모니터링 및 평가
 - 다자기구 지원기금 배분은 보건복지부에서 총괄하고(예. WHO 의무분담금 및 자발적 기여금), 지원사업의 내용에 따라 산하기관 및 전문가들이 사업에 대한 평가에 참여하는 구조 필요

- WHO에 의무 분담금 약 110억원 지원, WHO 본부 및 WPRO에 자발적 분담금 약 80억원 지원, UNFPA 등에 분담금 약 130억원 지원

□ 다자기구 내 보편적 건강보장(UHC), 항생제 내성(AMR) 등 보건 이슈 논의를 주도할 수 있는 의제 개발 및 제안

○ UHC, AMR 등 글로벌 보건 논의에서 관심이 높으면서 한국이 강점을 가지고 있는 보건 이슈들을 중심으로 한국이 내세우고 국제적으로 주도해 나갈 수 있는 의제를 개발하고 WHO, OECD 등 국제 다자기구 지배기구 회의체에 제안

- (보편적 건강보장) 특히 건강보장 달성을 위한 한국의 경험들은 주로 건강보험제도 운영과 관련이 있음. 한국은 건강보험 운영 및 관리, 재정관리, 데이터 관리, 심사평가 시스템 등 축적된 노하우를 가지고 있으므로, 국제사회의 UHC 달성 이행과 관련한 보건 이슈 논의에 주도성을 가지고 갈 수 있는 분야와 아이템을 구성하고, 국제기구에 제안하는 활동이 필요함.
- (항생제 내성 등) 위 문제는 다영역적 협력에 기반한 접근을 필요로 하며, 한국은 이미 'One Health'의 가치 하에 질병관리본부, 보건복지부, 식약처, 농림축산부 등 여러 중앙부처가 협력하여 활동하고 있음. 이와 같은 보건 분야들이 상당수 있음. 이와 같은 경험을 국제사회와 공유할 수 있는 기회를 만들어가는 것이 필요함.

○ 다자기구 주도 보건 이슈 논의에 국내 전문가 참여

- WHO와 OECD에서 논의되는 관련 전문가 위원회, 전문가 자문으로 참여
 - WHO, OECD에서 논의되는 UHC, AMR 등 보건 이슈 관련 전문가 위원회의 수, 유형 등에 대한 정보가 미흡하므로, 보건복지부 국제협력과 주도로 각 국제 다자기구별 전문가 위원회 구성여부, 한국 전문가 참여 여부 등에 대한 파악 역시 선행되어야 함.
 - 현재 보건 및 사회보장분야 국제기구 회의에 한국의 전문가들이 개별적으로 참여하는 경향이 있으나, 이는 제도에 대한 전문가 개인의 이해와 견해가 반영되는 경향 있고, 때로는 왜곡된 정보가 수집되는 경우도 있음. 따

라서 관련 분야 전문가 pool 구축을 통한 학계 및 외부 전문가 파견 방식이 바람직함.

- JLN의 Quality, Patient-centered integrated care 등 분과별 소규모 collaboratives에 technical facilitator로 활동 영역 확대
- 이미 건강보험심사평가원은 2016년 medical audit 분야의 technical facilitator로 활동한 경험이 있으며, 그 결과 의료심사평가 국제표준화를 위한 의료심사평가 매뉴얼을 구성하였음. 이러한 활동은 추가적인 양자협력 사업으로 이어질 가능성이 높음.

제4절 추진기반

1. 보건복지분야 국제협력을 위한 부처 인프라 강화

□ 보건복지부 내 국제협력 인력 확보

- 현재 보건복지부 국제협력담당관실의 인력은 국장 1인, 과장 1인, 사무관 3인, 주무관 5인, 에디터 1인이 양자협력 및 다자 협력 보건분야 국제개발협력 사업 등 국제협력 업무를 모두 담당하고 있는 상황임.
- 향후 보건복지분야의 국제협력사업 증가와 사회정책분야 개발원조사업의 증가를 감안하면, 보건복지부 내에 국제협력사업을 담당하는 조직과 인력의 대폭 확충이 선행되어야 함
 - 단기적으로는 보건과 복지분야의 전문가를 중심으로 양자 및 다자간 국제협력사업을 관리할 수 있는 인력을 확충하고, 이어 보건복지분야 개발원조를 지원하고 관리할 수 있는 인력을 대폭 확충
- 사업의 효과적 관리를 위한 모니터링과 평가체계를 구축하는 방안을 연계
 - 해외의 경우 국제협력담당 부서 내 별도의 팀들이 구성되어있음.
- 해외의 경우 지역별로, 다자기구별로 조직들이 구성되어있고, 일본의 경우 전

문가들을 국제협력활동에 적극적으로 활용하고 있다는 점에서 특색이 있음.

□ 각국의 보건복지분야 국제협력을 위한 정부조직과 인력

○ 일본의 국제협력사업 조직과 인력

- 후생노동성 대신관방 국제과 내 인원이 약 40명 정도로 구성되어있음. 일본의 경우, 영역별 전문관을 두고 후생노동성의 국제협력 활동에 대한 자문을 받는 구조로 되어있는 점이 특색 있음.

〈표 3-2〉 일본의 국제협력사업 추진조직의 조직도

직책	정원	주요 업무
국제과장	1	
과장 보좌(사무계)	1	
과장보좌(예산계)	1	
(併)과장보좌(기획계)	1	과의 정책 기획 입안 및 연락 조정
과장보좌	4	
과장보좌(국제보건기관계)	1	WHO, UNAIDS, 세계 에이즈 대책기금 등에 관한 업무
과장보좌(주사)	1	WHO, UNAIDS, 세계 에이즈 대책기금 등에 관한 업무
국제기관전문관	1	WHO에 관계되는 특정 사항에 관한 조언, 조정 및 조사
(併)과장보좌 (국제노동기관제1계)	1	ILO 조약 권고
(併)과장보좌 (국제노동기관제2계)	2	ILO 국제 회의
국제조약전문관	1	국제조약체결 관련 기획 입안 및 국제 조약의 해석
국제협력실	1	
(併)실장보좌(협력기획계)	1	국제협력 관련 기획 입안 및 연락 조정
(併)실장보좌 (협력조정계)	2	ILO 멀티바이 사업 등
국제협력전문관	4	개발도상국에 대한 국제협력사업의 기술적 전문사항 관련 조사, 기획, 실시 및 평가
(併)실장보좌 (대외경제계)	1	다국간, 2개국간 경제협정
경제협정 전문관	1	다국간, 2개국간 경제협정 관련 특정 사항에 관한 조언, 조정 및 조사
경제연계 교섭 전문관	1	경제연계협정 관련
(併)실장보좌 (국제경제기관계)	1	OECD 제반회의
(併)실장보좌 (교류조정계)	1	3자 교류 등 국제 교류 및 외국인 내방객 수용

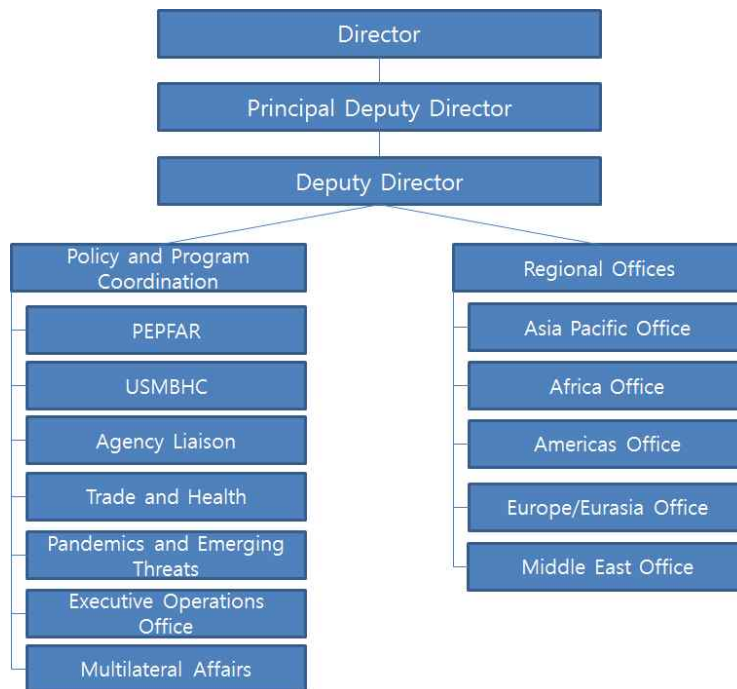
국제섭외전문관	2	OECD 제반회의 가운데 전문적 및 기술적 사항과 대신 회합
(併)실장보좌 (해외정보계)	2	해외정보 수집, 정비, 보관 및 제공, 홍보
해외정보전문관	1	해외정보 분석의 전문적 및 기술적 사항 담당
국제기획관	1	국제과 소장업무 관련 특정사항의 기획 및 입안
해외정보관	1	해외정보 수집, 분석 및 제공에 관한 특정사항 기획 및 입안
국제노동기준 연구관	1	국제노동기준연구
경제협정교섭연구관	1	경제협정연구 경제협정 교섭 관련 기획 입안 및 교섭

자료: 복지부 내부자료

○ 미국의 국제협력사업 조직과 인력

- 미국의 보건복지부(Department of Health and Human Services) 국제협력 조직인 Office of Global Affairs는 차관급 조직으로 차관보가 2명으로 구성되어 있으며, 국제협력 관련 정책 및 프로그램 조정을 하는 부서와 더불어 지역 사무소들을 두고 있는 부서로 구성되어있음.

[그림 3-3] 미국의 국제협력사업 추진조직의 조직도



자료: www.hhs.gov/about/agencies/orgchart/oga/index.html

2. 보건복지분야 국제협력을 위한 국내 및 국제 거버넌스 구축

□ 보건복지부 부서 및 산하기관의 국제개발협력 사업 조정 및 글로벌 다자기구의 효과적 대응 등을 위한 국제협력 협의체 구성 및 운영

○ 국제협력 협의체는 크게 ODA 사업을 실시하는 보건복지부 부서 및 산하기관이 참여하는 1) 국제개발협력 협의체와 2) WHO와 OECD 등 글로벌 다자기구에 참여하는 부서나 산하기관이 참여하는 다자기구 대응 협의체로 구성할 수 있음.

□ <보건복지분야 국제개발협력 협의체>는 보건복지 분야별 분과를 구성하여 보건복지부 부서와 산하기관이 참여하는 방식으로 구성

○ 국제개발협력 협의체는 보건복지부 부서와 산하기관이 참여하는 방식으로 구성하고 KOFIH를 전체 협의체 간사 역할을 부여하는 방식으로 구성

- 국제개발협력 협의체의 간사 역할을 하는 KOFIH의 역량 강화가 수반되어야 함.

• KOFIH는 현재 보건의료 분야 사업만 진행하고 있음. 보건복지 특히, 사회보장 영역의 사업을 포괄하여 담당할 수 있는 전문인력 확충이 요구됨.

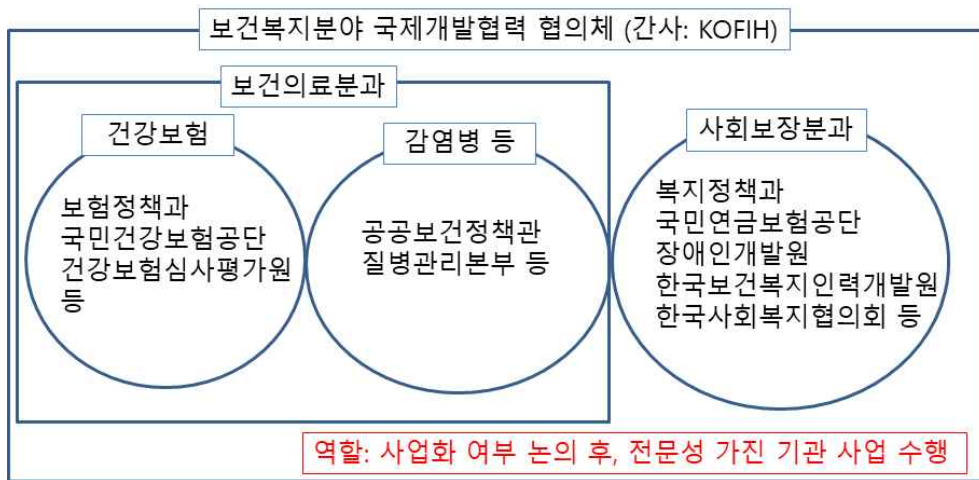
○ 국제개발협력 협의체는 보건복지의 주요 영역별로 분과를 구성하고, 주요 영역은 보건의료 분과와 사회보장 분과로 구분하는 것을 제안함.

- 보건의료 분과 내, 건강보험 소분과와 감염성질환 및 비감염성 질환 예방 및 관리 소분과를 구성하는 방식이 있을 수 있음. 건강보험 소분과의 경우, 국민건강보험공단, 건강보험심사평가원, 보험정책과 등이 주로 참여하는 구조로 구성하고, 감염성질환 및 비감염성 질환 예방 및 관리 소분과의 경우 질병관리본부, 질병정책과 등이 참여하는 구조로 구성할 수 있을 듯함.

- 사회보장분과의 경우, 빈곤, 복지, 지역사회 개발 등을 위한 기존 국제개발협력 사업들이 다양하고 소분과를 구성할 만큼 규모가 크지 않기 때문에 소분과를 구성할 필요는 없으나, 향후 사회보장 영역의 국제개발협력 사업들의 규모가 확대되면, 소분과를 구성하는 방식으로 재편 필요.

- 국제개발협력 협의체의 역할과 관련하여, 양자협력 등 국제협력 사업 수요 발생 시 국제개발협력 협의체에서 사업화 여부를 논의하고, 관련 전문성을 가진 기관이 사업을 수행하는 구조로 설계 가능함.
- 수요가 증가하는 상황에서 현재의 역량과 인프라로 무한정 양자협력 사업을 확대해 나가기 어려움. 국제협력 사업화 여부를 결정할 수 있는 기준과 원칙을 구성하는 것이 선행되어야 함. 예를 들어 ODA 사업 중점협력국 대상 사업에 우선순위를 부여하는 방법이 있을 수 있음.

[그림 3-4] 보건복지분야 국제개발협력 협의체의 구성도



- 위에 언급한 보건복지분야 국제개발협력사업 협의체 운영과 더불어 국제개발협력사업 주체들 간 협력은 사업 모형 개발, 시범 사업, 확장 모형 개발 및 운영, 필요 하드웨어 설치와 같은 방식으로 이루어질 수 있음.
- 또한 한국보건사회연구원을 포함한 연구기관들을 이 프로세스에 활용하는 것 역시 제안함. 보건분야의 경우 KOFIH를 통해 사업 모형들이 개발될 수 있으나 복지분야의 경우 KOFIH를 통해 사업들이 개발되기는 제한적이며, 그간의 복지분야 국제개발협력사업 운영 경험 역시 많지 않아 국제개발협력사업 주체에서 사업 모형을 개발하는 데 어려움이 있음. 한국보건사회연구원과 같은 연구기관들을 활용하여 사업 모형을 개발하고, 이를 시범 적용

하고 확장하는데 다양한 개발협력 주체들이 함께 참여하는 방식이 있을 수 있음.

□ <다자기구 대응 협의체>는 분야별로 분과를 구성하지 않고, WHO, OECD, ILO 등 글로벌 보건복지분야 다자기구 대응에 참여하는 보건복지부 부서와 산하기관, 관련 전문가들로 구성

○ 다자기구 대응 협의체의 경우, 글로벌 다자기구의 회의체 및 논의 구조에 참여 하고, 글로벌 다자기구에서 논의된 상황을 공유하는 방식으로 운영

- 현재 다자기구 대응에 참여하는 보건복지부 부서와 유관기관들은 질병관리 본부, 식약처, 건강보험심사평가원, 한국보건사회연구원, 연세대학교 등이 있음.

○ 글로벌 다자기구 대응의 효과성, 효율성을 제고하고 유관기관 및 전문가들과 의 정보 공유를 위한 다자기구 대응 협의체 구성 필요.

- WHO의 경우 협력 센터들이 지정되어있으나, 그동안 글로벌 다자기구 회 의체에 국가 대표단으로 참석하여 논의구조에 참여하는 구조가 아닌 민간 전문가 혹은 협력센터 자격으로 관련 주제 논의 시 개별적으로 참여하는 구 조임.

□ 국제개발협력 주체 간 협력 강화

○ 국내 국제개발협력 사업을 수행하는 주체는 다양함. 보건복지분야 국제개발협 력 사업은 대표적인 유상, 무상 원조기관인 EDCF와 KOICA와 더불어 다양한 중앙 부처 및 지자체 단위에서 이루어지고 있으며, 저마다 초점을 두는 원조 내용, 예산 규모 등이 다름.

- 보건복지부는 보건분야 국제개발협력 사업에의 전문성을 가지는 KOFIH가 있으며, KOFIH는 KOICA와 마찬가지로 무상원조 방식으로 보건분야 국 제개발협력 사업을 진행하고 있음.

○ 그간 국내외에서 한국의 국제개발협력 사업 주체 간 원조 사업의 조정 및 협력 의 필요성이 강조되어왔으며, 이에 따라 국무조정실은 국제개발협력 사업주체

간 협력을 강화하기 위한 활동을 각 주체에게 요청한 바 있음.

- 다수의 국가가 일원화된 국제개발협력 주체를 통해 원조 사업을 진행하고 있는 것과 달리 한국은 다양한 국제개발협력 주체가 원조사업을 진행하고 있으며, 한 국가에 여러 주체가 원조를 하고 있는 경우도 있음.
- 보건분야 전문성을 가진 KOFIH와 무상, 유상원조 대표 시행기관인 KOICA와 KOFIH 간 3자 협의체가 구성되어 역할들을 조정하기 위한 노력이 증대되고 있고, 다음과 같은 성공 사례도 벤치마킹할 수 있음.
 - (성공사례 예시) 우즈베키스탄 대상 국제개발협력 사업은 KOFIH, EDCF, KOICA 세 기관 간 긴밀한 협력을 통해 국립아동병원 병원 건축과 운영 컨설팅 지원 및 현지 의료 인력에 대한 한국 연수 등이 진행되고 있으며, KOFIH는 우즈베키스탄 보건부와 MOU를 체결하여 응급의료 서비스 역량 강화를 위한 사업을 추진하고 있음. 또한 EDCF 역시 1000만 달러 이상의 규모로 진행중인 심장수술센터 건립 및 1억 3000만 달러가 소요될 현대식 국립아동병원 신축 등 하드웨어를 건축하고 있음.
- 우즈베키스탄의 사례처럼 대표적인 보건분야 국제개발협력 사업 주체들 간 협력에 기반한 국제개발협력 사업 운영협의체(예. KOICA, KOFIH, EDCF가 참여하는 3자 협의체) 구상을 다시금 실현하는 등을 포함한 협력 강화 전략들이 필요함.
- 국제개발협력 사업 운영협의체의 경우 국무조정실 소속으로 배치하여 다양한 주체간 사업 조정의 역할을 국무조정실에 부여하는 방안이 가장 적절함.

3. 보건복지분야 국제협력을 위한 연구기반 구축

□ (보건분야 연구기반 구축) 국제협력사업 지원을 위한 전문가 pool 구축

○ 해외 국제협력 조직과 유사한 수준으로 단기간 내 보건복지부 국제협력 인력을 확대하는 것은 제한적

- 이러한 상황에서 일본의 사례처럼 보건복지분야 국제협력 활동 수행 지원

을 위한 인력들로 외부 전문가를 활용하는 방식을 고민해 볼 필요 있음.

- 외부 전문가를 보건복지부 내 전문관으로 채용하여 활용하는 방식도 있지만, 보건복지 분야의 다양한 다자기구에 대한 효과적 대응을 모색하기 위한 전문가 pool을 분야별로 구축하여 다자기구 대응 시 활용하는 방식을 모색해 볼 필요 있음.

○ 현재 시점에서는 국제협력분야에서 이미 활발하게 활동하고 있는 보건분야의 전문가 pool을 먼저 구축하는 방안을 생각해 볼 수 있음

- 보건분야의 경우 WHO 협력센터를 비롯하여 다자기구 대응을 지속해오고 있는 한국보건사회연구원, 국제보건의료학회 내 전문가들로 구성된 전문가 pool을 우선 구축하고 관련 대응 필요시 이들 전문가들을 자문단으로 활용하는 방식을 모색할 필요가 있음.
- 전문가 pool을 구축하고 효과적으로 활용하기 위해서는 전문가들과의 네트워크에 기반한 정보 공유 체계 형성이 필요함. 다자기구에서 어떠한 안전들이 논의되고 있는지 등에 대한 보건복지분야 국제 이슈들에 대한 정보가 제공되고 공유되는 것이 필요함.
- 국내 보건분야 유관기관 및 조직으로 향후 보건분야 국제협력 활동 수행 지원을 위한 전문가 pool 구축 시 고려해 볼만한 기관 및 조직은 <표 3-3>과 같음.

○ 보건복지 분야 국제협력사업의 전문성 제고를 위한 글로벌 다자기구에 인력 파견 지속

- 보건복지 분야 글로벌 다자기구 파견 인력의 다자기구의 활동 내용을 취합하고, 이를 발간하여 지식의 체계적 축적 도모
 - 글로벌 다자기구 중 주요 다자기구인 WHO/WPRO, OECD 등을 중심으로 파견 인력의 활동 내용을 취합하여 정책 자료의 형태로 발간하여 지식과 정보를 체계적으로 축적하는 작업부터 시작 가능할 것으로 보임.

〈표 3-3〉 국내 보건 분야 유관 기관 및 조직

주제	학회	학계/연구기관	복지부 소속·산하기관 등
감염성 질환 (Communicable Disease)	대한 감염학회 대한소아감염학회 대한결핵 및 호흡기학회 대한결핵협회 대한백신학회 대한바이러스학회 한국미생물학회 대한내과학회		질병관리본부
비전염성질환 (Non-Communicable Disease)	한국만성질환관리협회 한국영양학회 한국식품영양학회 한국보건사회학회 한국중독정신의학회 정신보건과 사회사업학회 대한금연학회 한국금연운동협의회 한국발달장애학회 한국 알코올과학회 건강형평성 학회 모자보건협회	한국보건사회연구원	질병관리본부 국립재활원
보건시스템 -보건재정 -보건지출 -의료질 지표 -예방경제 -장기요양 -보건인력 -의약품	대한예방의학학회 보건경제정책학회 비판과 대안을 위한 건강정책학회 보건행정학회	한국보건사회연구원 WHO 협력센터	질병관리본부 국민건강보험공단 건강보험심사평가원 OECD정책센터

출처: 원종욱 외(2014)3). 보건분야 글로벌 다자기구에의 전략적 참여 및 효과적인 활용방안 연구. 한국보건사회연구원 수정보완.

- (보건복지 분야 기초정책데이터 기반 구축) : 해외 중저소득 국가의 보건의료 및 사회정책환경에 대한 기초 연구 강화

○ 보건복지 및 사회발전 분야 관련 협력대상국의 상황에 대한 기초연구가 필요

3) 원종욱, 강희정, 전진아, 정지원(2014). 보건분야 글로벌 다자기구에의 전략적 참여 및 효과적인 활용방안 연구. 한국보건사회연구원

하고, 이를 협력전략에 반영하는 것이 중요함.

○ ODA 사업을 성공적으로 수행하려면, 현지 실태와 수요를 토대로 한 사업설계가 제대로 되어야 함. 이를 위해 특히 중저소득 국가 대상 양자협력사업을 위한 근거를 제공할 수 있는 연구가 필요.

○ 현재는 보건의료제도, 사회보장체계, 사회발전단계 등 보건복지분야 전반의 사회적 상황을 파악하고, 수원국의 보건복지분야 개발수요를 발굴하기 위해 필요한 구체적인 정보들을 포괄하는 국가별 프로파일링(profiling) 리포트가 생산되지 못하고 있음.

- KOFIH에서는 사업 수행 국가에 한해 국가별 보건의료협력전략 레포트를 마련하고 있음. 사업수행 국가에 한정하고 있다는 점과 보건의료 협력 전략 수립을 위해 필요한 내용들을 담고 있다보니, 수원국의 보건의료제도를 비롯한 사회보장체계, 사회발전단계와 같은 전반적인 내용이 파악되는 데는 한계가 있음.
- ADB, WHO, UNICEF 등 국제기구에서도 매우 개략적인 내용의 국가별 리포트가 생산되거나, 각 기관별 분야에 국한된 국가별 레포트가 생산되고 있어 협력국의 종합적인 사회개발 수요를 파악할 수 있는 기초 연구로 활용하기에는 미흡함.

〈예: KOFIH 프로파일링 리포트〉

- 보건복지분야 ODA 사업 진행을 위해 작성 및 내부 공유
- 국제기구 데이터와 타기관 공시 데이터를 기반으로 작성하나 국제기구 데이터를 주로 사용. 주요 출처는 UNDP, WHO, WB, 대상국 정부발간 데이터 및 보고서, KOICA, ODA KOREA, KOTRA. 그 외 국제 랭킹인 HDI도 사용.
- 사회문화적 특성에 대한 소개는 아주 간략하며, 온라인 백과사전을 참고하여 작성.

〈표 3-4〉 KOFIH 국가 프로파일 리포트 구성 예시(몽골)

항목	세부항목
지역적 특성	국명, 위치, 수도, 기후, 종족, 종교, 면적, 인구, GDP, 1인당 GDP, 정치체제, 통화단위, 독립일, 언어
인구학적 및 사회경제적 특성	전체인구, 평균연령, 15세 미만 비율, 60세 이상 비율, 연간 인구성장률, 출산율, 청소년 출산율 (출처: WHO)
경제환경과 특성	산업구조, 경제지표 (출처: WB)
사회문화적 특성	민족적 특성, 종교, 언어, 종족, 역사, 정치체제, 거버넌스 현황 (출처 Britannica 백과사전)
교육환경과 특성	인적자원개발: 인간개발지수(Human Development Index), 성불평등지수, 남녀평등지수 (출처: UNDP)
보건현황 및 지표	주요 질병 및 사망원인, 주요 보건문제 (출처: WHO)
MDG 및 POST MDG 현황	MDG 목표별 진행상황과 국가목표 (출처: 몽골 정부)
보건부 조직 체계	조직 체계, 예산 구조 (출처: WHO) 보건의료체계 (출처: ADB)
건강보험(보장) 체계	건강보험(보장)체계, 건강보험(보장) 현황 (출처: WHO, UNDP, 몽골 사회보험부)
의료인력 양성 체계	의료인력 현황 (출처: WHO)
보건의료시설 체계	보건의료시설 체계, 보건의료시설 현황 (출처: WHO)
국가 개발계획	국가 개발계획(몽골 국가개발전략 2007-2021), 보건 분야 전략 (출처: 몽골정부, 1기 몽골 CPS)
원조 현황(보건의료 중심)	원조 총액 및 활동 현황 (출처: WHO)
아국과의 관계	주요 이슈 및 체결 내용 (출처: KOTRA 해외비즈니스 정보포털)
아국 원조 현황 아국 CPS 여부	유무상 원조 지급 금액 및 내용, 민관협력 지원 (출처: KOICA, ODA KOREA)

자료: 내부자료.

- 연구기관이 수행하는 ODA 사업 중 지식공유프로그램(Knowledge Sharing Program) 또는 연수사업은 협력국 연구자와 정책 생산을 담당하는 공무원을 초청하여 연구 주제에 대한 성과물을 공유하고, 이를 토대로 사업수요를 발굴하는 사업형태가 정착되어 있어 실행가능한 공동연구의 모델을 보여주고 있음.

- 하지만 이러한 형태의 사업발굴도 포괄적인 수요를 검토하고 발굴하는 경로로는 다소 부족하므로, 기존 국제적인 공동연구 기반을 갖고 있는 학회 및 연구기관을 활용하여 현지조사와 국제 학술교류 및 공동연구를 강화하고, 이를 보건복지분야 국제협력을 위한 국가별 리포트의 토대로 삼을 수 있음.

□ OECD 등 국제기구와의 공동 연구 진행

○ OECD 등 국제기구 및 국제 UHC 관련 기관 등과 협력 및 공동 연구 수행

- 예. 한국의 UHC 현황 진단

○ 4차 산업혁명, 기술 발전에 따른 신의료기술, e-health(digital health) 등 변화하는 환경을 어떻게 국내 보건 및 복지 법제도 및 정책에 포함할 수 있을지에 대한 국제 공동 연구 및 공유 기회 모색

- 공동 연구 등을 통해 현재 호주, 영국, 캐나다, 미국 등 다수의 선진국에서 진행되고 있는 신의료기술 평가 경험과 우수사례를 공유할 수 있는 기회 마련이 필요함.

○ 최근 ILO는 사회보호최저선 프로젝트로 다양한 지역과 개발도상국의 사회보장제도 구축을 위한 사업을 진행하고 있으며, 이는 연구 역량 있는 전문가 그룹의 지속적인 참여와 연구에 대한 필요를 수반함.

- 예를 들어, ILO는 ILO-룩셈부르크 남아시아 건강보장 지원 프로젝트를 수행중이며, 이 프로젝트에 한국보건사회연구원과 한국의 보건학계 전문가를 초청하여 지속적인 정책컨설팅이 가능한 지역협력체(Regional Facility)를 조직하고 있음. 그 구체적이고 단기적인 성과물로 협력국의 보건의료시스템과 건강보장 현황에 대한 공동연구 보고서를 계획하고 있음.

□ 국제 개발협력 및 국제 협력 관련 연구 강화

○ 중저소득 국가에 대한 기초 연구와 OECD 등 다자기구와의 공동 연구도 필요하지만 국제개발협력 및 국제협력에 관한 전문적인 교육 및 연구가 필요함.

74 2018 보건복지부 국제협력사업 기본계획 수립을 위한 기초연구

- 국제보건에 대한 이해, 국제개발협력 사업 관련 기초 조사, 모니터링 및 성과 평가 등과 관련된 전문 교육 및 연구가 필요함.

제 4 장

보건복지분야 국제개발협력 사업모델 : 베트남

제1절 협력국 국제개발협력 환경 분석

제2절 사회보장 개발협력사업 해외 사례

제2절 사업모델 개발을 위한 사례연구 : 베트남

4

보건복지분야 국제개발협력 사업모델 << : 베트남

- 사회정책 국제개발협력사업 모델 개발 위해 각국의 개발환경을 파악하는 기제를 확보함. 이를 바탕으로 보건복지분야 및 사회정책 영역 사업을 종합적으로 기획한 양자·다자 협력 사례를 살펴보고, 이를 토대로 베트남을 사례로 보건복지분야 및 사회개발협력 사업을 제안함.

제1절 협력국 국제개발협력 환경 분석

1. 국제기구의 국가별 보고서와 경제사회 지표

가. 경제사회 지표 활용

- 국제사회에서 발전의 목표가 SDGs로 합의되고 약속된 바 있으므로 목표를 달성하기 위해 관련 경제사회 지표를 수집하고, 해석하는 것이 일차적인 단계
- UN, ADB, WHO, IMF 등에서 국가비교가 가능한 지표로 각국의 개발환경을 이해할 수 있는 통계치를 산출 및 발표함.
 - (UNDP) SDGs의 17개 목표와 169개 세부목표, 232개 세부지표에 대한 데이터 제공
 - 국가별, 국가소득별, 지역별, 영토유형별로 1985년에서 2018년 시계열 데이터를 제공.
 - (ADB) 45개 국가에 대한 10개 분야 지표에 대한 연간 통계를 발표하고 있음.
 - (국가) 방글라데시, 부탄, 캄보디아, 중국, 홍콩, 인도, 인도네시아, 한국, 말레이시아, 몽골, 미얀마, 네팔, 필리핀, 싱가포르, 베트남, 태국 등 45개국
 - (분야) 중점지표, 영토, 인구, SDGs, 국가계정, 재정, 국제수지, 준비금, 외

채, 중앙정부, 재정의 10개 분야로 구성

- (세부지표) 55개로 구성되어 있음.

- 그 중 중점 지표는 총인구수, 연평균 인구증가율, 하루 PPP \$1.9 기준 미만으로 생계를 유지하는 비율, 빈곤선 이하 인구비율, GDP 증가율, GNI, 물가 상승률, 국가수지를 포함.
- SDGs 관련, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 14, 15, 16, 17번 하위 34개의 세부지표 제시.

- (특징) UN에 비교하여, Bank의 특성상 국가재정상황에 대한 지표를 포함하고 있음.

○ WHO, ILO 등 국제기구도 각 기구의 특성을 반영한 지표 발표. 건강 및 노동 시장 세부 지표로 활용 가능

□ ADB, UNDP에서 구성한 베트남 관련 경제사회적 환경은 다음과 같음.

○ 보건복지분야 주요 목표인 UN SDGs 1번, 3번, 4번, 10번, 16번 관련 지표를 우선 추출

- 음영표시된 지표는 ADB에서 작성
- 표에서 음영표시된 지표를 제외하고는 UNDP 지표로 매우 광범위한 지표 운용(232개 세부지표)

○ 이와 같이 관련 DB를 운용할 수 있음.

〈표 4-1〉 개발도상국 개발환경 분석위한 DB (베트남, SDGs 1,3,4,10,16번 지표만 활용한 일부)

목표	세부 목표	세부 지표	지표명	연도	값
1	1.1	1.1.1	빈곤율(국제빈곤선 기준, %)	2016	2
1	1.1	1.1.1	하루 1.9달러 미만 취업자 비율(%)	2017	1.6
1	1.2	1.2.1	빈곤율(국가빈곤선 기준, %)	2016	9.8
1	1.3	1.3.1	적어도 한 가지 사회보장급여를 수급하는 인구 비중(%)	2016	37.9
1	1.3	1.3.1	중증장애로 장애수당 현금지원 받는 인구 비율(%)	2016	9.7
1	1.3	1.3.1	노동시장 프로그램 참여인구 비율(%)	2014	9.0

1	1.3	1.3.1	1/4분위에서 노동시장 프로그램에 참여자 비율(%)	2014	24.4
1	1.3	1.3.1	연금수급연령 노인 가운데 연금수령자 비율(%)	2016	39.9
1	1.3	1.3.1	사회부조 프로그램 수혜 인구 비중(%)	2014	17.5
1	1.3	1.3.1	1/4분위에서 사회부조 프로그램 수급률(%)	2014	48.4
1	1.3	1.3.1	사회보험 수급 인구 비중(%)	2014	15.2
1	1.3	1.3.1	1/4분위에서 사회보험 수급률(%)	2014	3.1
1	1.3	1.3.1	실업자 가운데 실업급여 수급자 비율(%)	2016	45.0
1	1.3	1.3.1	사회부조 현금지원 받는 취약계층 비율 (%)	2016	10.0
1	1.3	1.3.1	상해보장을 받는 취업자 비율(%)	2015	21.1
3	3.1	3.1.2	숙련된 보건인력이 참여하는 출산의 비율 (%)	2014	93.8
3	3.1	3.1.1	모성사망율	2014	73
3	3.2	3.2.1	1000명 당 유아사망율	2016	17
3	3.2	3.2.1	유아사망자 수	2016	26,736
3	3.2	3.2.1	5세 미만 아동 사망율 (1,000명당)	2016	21.3
3	3.2	3.2.1	5세 미만 사망 아동 수	2016	33,509
3	3.2	3.2.2	신생아 사망율 (1,000명당)	2016	10.8
3	3.2	3.2.2	사망 신생아 수	2016	17,080
3	3.3	3.3.4	B형간염 관련 항원 유병률 (HBsAg) (%)	2015	1.6
3	3.3	3.3.1	HIV 신규 감염자 수(비감염자 1,000명당)	2016	0.12
3	3.3	3.3.3	위험군 1000명당 말라리아 발병률	2016	0.147
3	3.3	3.3.2	폐결핵 (per 100,000 population)	2016	401
3	3.3	3.3.5	열대성 소외질환에 대한 정책 개입이 필요한 사람수	2016	695397 8
3	3.4	3.4.1	심혈관 질환, 암, 당뇨병, 만성 호흡기 질환으로 인한 사망률	2016	17.1
3	3.4	3.4.1	질병 및 성별 비감염성 질환에 의한 사망수	2016	30627
3	3.4	3.4.2	자살율 (100,000명당)	2016	7.3
3	3.4	3.4.2	성별, 자살로 인한 사망수	2016	6868
3	3.5	3.5.2	15세 이상 인구의 1년간, 1인당 알코올 소비량 (순알코올 리터당)	2016	8.3
3	3.8	3.8.2	전체 가구소비 또는 소득 대비 25%이상 의료비로 지출하는 인구 비율(%)	2014	2.07
3	3.9	3.9.1	대기오염으로 인한 사망율 (100,000명당 사망자)	2016	36
3	3.9	3.9.3	비의도적 중독으로 인한 사망률 (100,000명당 사망자)	2016	0.9
3	3.a	3.a.1	15세 이상 중 연령표준화된 담배 사용율 (%)	2015	23.1
3	3.b	3.b.2	원조국별 의료연구 및 기본 보건분야에 대한 총 원조 (millions of constant 2016 United States dollars)	2016	79.1
3	3.b	3.b.2	원조국별 의료연구 및 기본 보건분야에 대한 총 원조. 순 지불액 (millions of constant 2016 United States dollars)	2016	71.0
3	3.b	3.b.1	DTP3에 접근 가능한 대상집단 비율 (%)	2016	96
3	3.b	3.b.1	MCV2에 접근 가능한 대상집단 비율 (%)	2016	95
3	3.d	3.d.1	13 국제보건규제 중점 역량의 평균	2014	96
3	3.d	3.d.1	국제보건규제 종류별 역량 (%)	2016	100
4	4.1	4.1.1	교육수준 및 성별 최소 수학 능력 (%)	2015	80.9
4	4.1	4.1.1	교육수준 및 성별 최소 읽기 능력 (%)	2015	86.2
4	4.2	4.2.2	정규교육 참여율 (정규 초등학교 입학 1년 전) (%)	2016	89.6

4	4.5	4.5.1	교육수준별 수학 성취에 대한 성 패리티 지수 (비율)	2015	1.04
4	4.5	4.5.1	교육수준별 읽기 성취에 대한 성 패리티 지수 (비율)	2015	1.126
4	4.5	4.5.1	교육수준별 훈련된 교사의 성 패리티 지수 (비율)	2016	1.005
4	4.5	4.5.1	교육수준별 읽기 성취에 대한 언어 시험 평가 지수 (비율)	2015	0.868
4	4.5	4.5.1	교육수준별 읽기 성취에 대한 네이티브 패리티 인덱스 (비율)	2015	0.782
4	4.5	4.5.1	조직화된 학습 참여율에 대한 성 패리티 지수 (비율)	2016	0.965
4	4.5	4.5.1	교육수준별 읽기 성취에 대한 저-고 사회경제적 지위 지표 (비율)	2015	0.827
4	4.5	4.5.1	교육수준별 수학 성취에 대한 지역-도시 패리티 지표 (비율)	2015	0.852
4	4.5	4.5.1	교육수준별 읽기 성취에 대한 지역-도시 패리티 지표 (비율)	2015	0.880
4	4.b	4.b.1	수혜국별 장학금 장학금 원조액 (millions of constant 2016 United States dollars)	2016	37.183
4	4.c	4.c.1	최저 교원교육을 받은 교사 비율 (%)	2016	99.5
10	10.1	10.1.1	소득 하위 40%의 가구소비 증가율 또는 1인당 소득 증가율 (%)	2014	4.51
10	10.1	10.1.1	가구소비 증가율 또는 1인당 소득 증가율(%)	2014	2
10	10.6	10.6.1	국제 기구 내 개도국의 투표권의 비율 (%)	2016	0.572
10	10.b	10.b.1	총 개발원조 (US달러)	2016	8132.68
10	10.c	10.c.1	송금액 비율별 송금 비용 (%)	2015	7.86
16	16.2	16.2.1	신체적 체벌 혹은 심리적 공격성을 경험한 1-14세 아동비율	2014	68.4
16	16.5	16.5.2	뇌물수수 비율 (뇌물 요청을 적어도 한 번 경험한 기업비율)	2015	26.1
16	16.8	16.8.1	국제기구 내 개도국의 가입 비율 (%)	2016	0.532
16	16.9	16.9.1	5세 미만 출생 등록 아동 비율 (5세 미만 아동 대비 %)	2014	96.1

자료: <https://unstats.un.org/sdgs/indicators/database> 에서 2018. 12. 21 인출

□ 지표 활용 사례

○ SDGs 1번, 빈곤종식

- 2017년 보고서에 따르면 2000-2004년 동안 29.7%였던 빈곤율 혹은 하루 \$1.9이하로 사는 사람들의 비율이 2010-2013년간 10.3%로 감소
- 캄보디아, 인도네시아, 중국, 베트남의 빈곤율이 1990년대과 비교하여 40-50%p 감소
- 방글라데시, 인도는 30%p 감소.
- 그러나 아직도 빈곤율은 아태지역에서 제일 높다고 볼 수 있음.

○ SDGs 4번, 평등한 교육

- 1,820만 명의 아동이 초등교육을 받지 못하고 있으며, 부탄, 캄보디아, 인도에서 10-18%정도의, 제일 낮은 유아교육 비율을 기록하였음.
- 초등교육 완수율이 높아짐에 따라 기초교육 이후 교육 시스템의 강화에 대한 수요가 늘어나고 있음.
- 그러나 유아, 초등, 중등 교육 교사의 수가 충분하지 못하고, 기초교육 단계에서 훈련된 교사의 비율이 방글라데시에서 낮게 나타남.

○ SDGs 10번, 불평등 해소

- 아태지역에서 ADB 데이터 분석이 가능한 국가 21개 국가 중 14개 국가가 하위 40% 중에서 소득이나 지출의 증가율이 인구당 지출이나 소득 증가율에 비해 높음.
- 사회발전에 대한 관심도도 증가하고 있음. 사회지출이 정부 지출에서 차지하는 비율이 지난 20년간 증가하고 있음.
- 그러나 임금과 사회이전이 GDP에서 차지하는 비율이 ESCAP 고소득 국가에서는 감소하고 있음.
- 국가간 고령과 부의 측면에서 불평등이 심화되고 있음. 지니 계수, 팔마 계수에서 소득 불평등은 계속 높게 유지되고 있으며, 특히 중국, 인도, 인도네시아, 필리핀에서 증가하고 있음.

□ 국제기구 외에 광범위한 경제사회지표로 활용도 높은 공여국 사례: 스웨덴 국제개발협력청 MDPA 지표 메뉴⁴⁾

○ MDPA 수행에 도움이 되는 지표를 모아서 만든 자료이며 지표는 지속해서 추가되고 있음. 해당 자료 사용 시 다음과 같은 유의사항이 있음.

- 본 문서는 범주별 보편적인 크로스컨트리 지표의 링크를 제공하는 가이드임.
- 국가별 상황, 연구의 깊이 및 목적에 따라 필요한 지표가 상이할 것이며, 본 가이드를 따르는 것은 의무사항이 아님.

4) Sida (Swedish International Development Cooperation Agency) MDPA (Multidimensional Poverty Analysis) Menu of Indicators

- 필요시 현재 MDPA의 구조를 따라 분류된 지표의 구성을 변경할 수 있으며 MDPA에 완성도를 제고하기 위해서 본 자료에 제시된 크로스컨트리 지표와 더불어 더욱 구체적인 국가별 데이터를 사용할 필요성이 있음.

〈표 4-2〉 스웨덴 국제개발협력청(Sida) MDPA 지표 메뉴 요약

범주			지표	
1. 빈곤 개요 및 불평등			World Development Indicators: World Bank (Link to the overall databank)	
			Multidimensional Poverty Index (MPI)	
2. 빈곤의 4 가지 범주	2.1 자원	소득	GDP per capita (current, constant, etc.)	
			GDP per capita growth	
		송금액 및 정부 보조금	Personal Remittances, received (% of GDP)	
			Share of unemployed receiving regular periodic social security unemployment benefits by schemes and sex (%)	
		보건 (성건강 및 모자보건 포함)	Life expectancy at birth, total, female, men (years)	
			Maternal mortality ratio (modeled estimate, per 100,000 live births)	
			Prevalence of HIV, (% of population ages 15-49, children ages 0-14; total, female, male)	
		교육	Literacy rate, population 15+ years 15-24 years, total, female, male (%)	
			Mean years of schooling, total, female, men	
		자본금 및 천연자원	Land rights (female/male)	
			Adjusted net savings, including particulate emission damage (% of GNI)	
	2.2 기회 및 선택	고용	Labor force participation rate for ages 15-24 and 15+, total/female/male (%) (modeled ILO estimate)	
			Ratio of female to male labor force participation rate (%) (modeled ILO estimate)	
		재원 및 시장 접근성	World Bank: Access to financial institution services (by age, gender, etc): Global FinDev Database	
			Account at a financial institution, total/female/male (% age 15+) [ts]	
		의료 서비스 접근성	Nurses and midwives (per 1,000 people)	
			Physicians (per 1,000 people)	
		물 및 위생시설 접근성	Little Green Data Book:	Internal freshwater resources per capital
				Access to improved sanitation (% of total population), rural/urban
		사회 기반 시설 접근성	Access to electricity; total, rural, urban (% of rural population)	
			Value lost due to electrical outages (% of sales)	
		기술	Research and development expenditure (% of GDP)	
			Computer, communications and other services (% of commercial service exports/imports)	

범주		지표	
3. 개발 맥락	사회 및 고용 보장 접근성	Coverage of social insurance programs, safety net programs, unemployment benefits and ALMP in poorest, 2nd, 3rd, 4th, richest quintile (% of population)	
		Share of unemployed receiving regular periodic social security unemployment benefits by schemes and sex (%)	
	2.3 파워 및 발언권	관련 지표 (Indicator)	World Justice Project (WJP) Rule of Law Index
		가 있는 지수 (Index) ⁵⁾	Varieties of Democracy Index
		Share of seats in parliament (% held by women)	
		Birth registration (proportion of children under 5 years of age)	
	2.4 인간안보	관련 지표 (Indicator)	Worldwide Governance Indicators: Political Stability and Absence of Violence
		가 있는 지수 (Index)	Inform Risk Index
		Battle-related deaths (number of people)	
		Homicide rates per 100,000 people	
		인식 조사	Perception survey (Afrobarometer and Latinobarometro etc.)
	3.1 정치적 및 제도적 맥락	관련 지표 (Indicator)	Varieties of Democracy index
		가 있는 지수 (Index)	The World Bank's Public Expenditure and Financial Accountability diagnostic (PEFA)
		CPIA property rights and rule-based governance rating (1=low to 6=high)	
		Birth registration (proportion of children under 5 years of age)	
		종합적인 경제 지표	
	3.2 경제적 및 사회적 맥락	인구 역학	Urban/rural population
			Population living in slums (% of urban population)
		국가 재정 지표	
		사회 지표	CPIA building human resources rating (1=low to 6=high)
			Children out of school, total/female/male (% of total/female/male primary school age)
		민간 부문 환경	
	3.3 환경적 맥락	관련 지표 (Indicator)	Notre Dame GAIN Index rank
		가 있는 지수 (Index)	Environmental Performance Index
		Deforestation and Biodiversity (annual deforestation % of change)	
		CPIA policy and institutions for environmental sustainable rating (1=low to 6=high) Disaster risk reduction progress score (1-5 scale; 5=best)	
		유용한 분석 틀	WAVES - Wealth Academy of ecosystems services
	3.4 안보/평화적 맥락	관련 지표 (Indicator)	Global Peace Index
		가 있는 지수 (Index)	Annual assessment in the OECD/DAC States of fragility
		Internally displaced persons	
		Children age 2-14 years who has experienced any violent discipline	

범주	지표
	(psychological aggression and/or physical punishment) in the past month %

출처: Sida(2017) 번역 및 표로 재구성

주: 표에는 일부의 지표 및 지수만 예시로 포함되어 있으며 전체 내용은 부록 참고.

- 국가별 ‘맞춤형 전략’ 수립을 위한 근거를 마련하기 위해서는 일차적으로 위와 같은 지표 정보를 바탕으로 각국의 정치상황, 기존 보건복지 제도 등 더욱 구체적인 환경을 이해할 필요가 있음.
- 국별, 지역별 프로파일링 리포트 작성으로 보건복지 분야를 포함한 구체적 현황을 분석
 - 또한 현지 대사관, 산하기관 파견자 등 통해 해당 국가의 요구사항 파악
- 이를 통해 국가별 ‘맞춤형 전략’으로 협력 패키지 구성하고 고위급 양자면담시 구체적 협력사항 제안, MOU 체결 등으로 추진

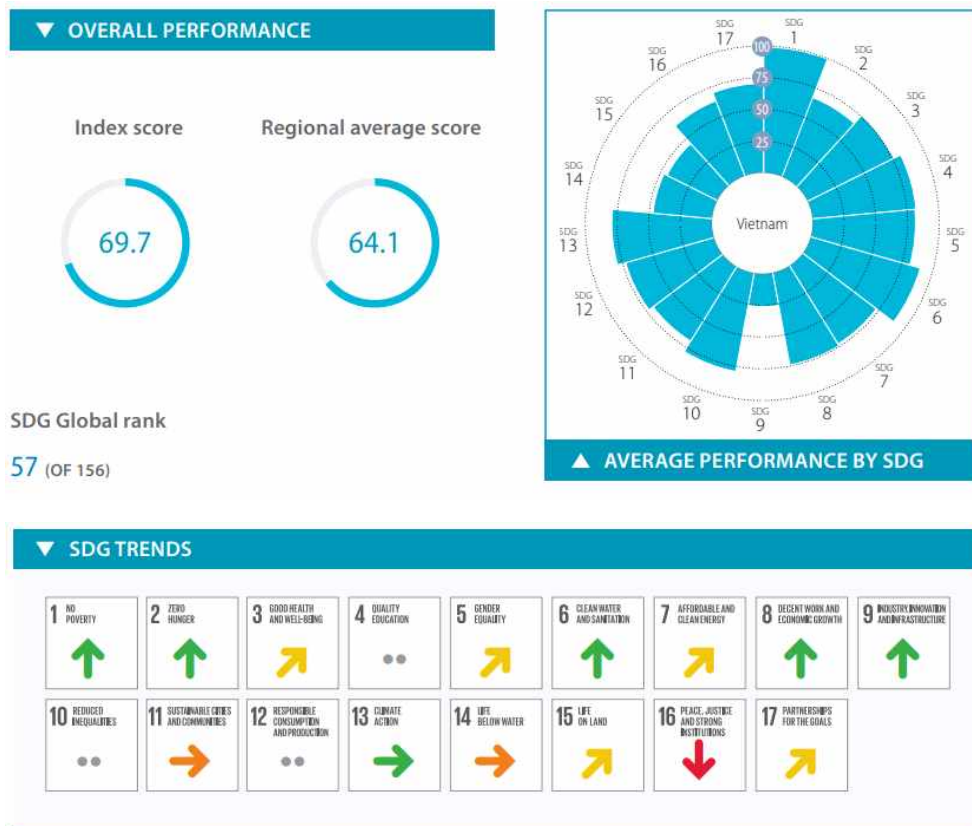
나. 국제기구 발간 국가 프로파일링 리포트

- 국제기구 홈페이지의 데이터베이스에서 대상국가의 연도별, 주제별 통계를 얻을 수 있음.
- 대체로 인구, 경제, 국가계정, 환경, 물가, 빈곤율(하루 \$1.99PPP 미만으로 생활하는 취업자), 치사율, 출산율 등을 포함하고 있음.
- 그러나 이러한 수치적, 거시적 데이터로는 대상국가의 사회, 역사, 경제발전 등에 대한 문맥을 파악하기 어려움.
- 1) United Nations – Sustainable Development Goals
 - SDGs의 세부목표에 대한 모든 상세 지표를 포함하는 데이터베이스를 구축하

여 제공

- SDG Index and Dashboards Report 2018을 발간하여 국가별 SDGs 세부 지표별 값, 평가, 트렌드를 간략히 제공

[그림 4-1] SDG Index and Dashboards Report 2018, 베트남



Notes: The full title of Goal 2 "Zero Hunger" is "End hunger, achieve food security and improved nutrition and promote sustainable agriculture".
The full title of each SDG is available here: <https://sustainabledevelopment.un.org/topics/sustainabledevelopmentgoals>

출처: Jeffrey Sachs 외. (2018). SDG Index and Dashboards Report 2018

□ 2) UNDP

- 유엔개발계획(UNDP)은 매년 문해율, 평균수명, 1인당 실질국민소득 등 교육, 건강, 경제수준 3가지 영역을 토대로 인간개발지수(Human Development Index)를 산출하며 이를 바탕으로 각 국가의 선진화 정도를 평가하고 있음.

- 인간개발지수가 각 영역별 평균값으로 산출됨에 따라 불평등(Inequality), 남녀불평등(Gender Inequality)을 반영하지 못하는 한계로, 이를 반영한 추가적인 지수를 제시하고 있음. 구체적으로 인간개발지수(Human Development Index: HDI), 불평등 조정 인간개발지수(Inequality-adjusted HDI: IHDI), 남녀평등지수(Gender Development Index: GDI), 성불평등지수(Gender Inequality Index: GII) 등이 있음.

〈표 4-3〉 유엔개발계획(UNDP) 지수(Index)의 측정영역

지수명	측정영역	세부측정	산출국가수
인간개발지수(Human Development Index: HDI)	인간발달의 중요한 3가지 영역, 건강하고 장수하는 삶, 지식의 접근, 적절한 생활수준을 측정함. 0에서1사이의 값을 가지며 수치가 높을수록 인간개발 성취가 높음을 의미함.	- 기대 수명 - 평균교육연수: 25세 이상 성인인구의 교육연수 - 기대교육연수: 학령기 아동의 기대교육 연수 - 1인당 GNI	189개국
불평등 조정 인간개발 지수 (Inequality-adjusted HDI: IHDI)	인간개발지수(HDI)는 각 국가의 인간발달에 대한 평균값만으로 산출됨. 이에 각 영역 내에서의 불평등(Inequality) 수준을 반영하지 못함. 이에 인간개발지수에 불평등 정도를 반영하여 조정된 지수임.	인간개발지수(HDI)의 각 영역의 불평등 수준을 고려하여 각 영역의 평균값에서 불평등정도를 차감하여 계산.	151개국
남녀평등지수(Gender Development Index: GDI)	인간개발에서 남녀격차를 측정하는 지표임. 젠더개발지수는 인간개발지수에서 성별 격차를 반영한 지수임.	인간개발지수(HDI)의 남성대 여성의 비율	164개국
성불평등지수(Gender Inequality Index: GII)	각 국가의 성불평등 정도를 측정하기 위하여 2010년부터 도입한 지수임. 기존 성평등 관련 여성권한척도(GEM)와 남녀평등지수(GDI)를 대체하는 지수임. 젠더에 기초하여 여성이 얼마나 차별을 받는지 측정한 지수로 0에서 1사이의 값을 가지며, 0에 가까울수록 남녀평등, 1에 가까울수록 불평등을 의미함. 3가지 영역, 성생식건강(Reproductive health), 여성권한	- 모성 사망 - 청소년 출산율 - 여성 의원 비율 - 중등이상을 교육을 받은 인구 - 남성과 여성의 노동시장 참여율	160개국

	(Empowerment), (Economic activity)에서의 성별 불 평등을 반영함.	경제활동 성별 불	
--	---	--------------	--

자료: UNDP(2018) Human Development Indices and Indicator: 2018 Statistical Update _Viet Nam을 바탕
으로 저자 재구성

주: 산출국가수는 2018년 유엔개발계획(UNDP)보고서 기준임.

- 자료수집이 가능한 모든 국가를 포함하고 있어, 산출된 지수값으로 연도별 추
이나 국가 간 비교를 통해 해당국가의 인간개발 선진화 수준의 변화와 정도를
판단할 수 있음.

〈표 4-4〉 베트남 인간개발지수의 연도별 추이

	기대여명	기대교육연수	평균교육연수	1인당 GNI (2011 PPP\$)	HDI 값
1990	70.5	7.8	3.9	1,379	0.475
1995	72.0	9.3	4.6	1,936	0.529
2000	73.3	10.6	5.4	2,712	0.579
2005	74.3	11.3	6.4	3,348	0.616
2010	75.1	12.0	7.5	4,241	0.654
2015	76.1	12.7	8.0	5,263	0.684
2016	76.3	12.7	8.1	5,589	0.689
2017	76.5	12.7	8.2	5,859	0.694

자료: UNDP(2018) Human Development Indices and Indicator: 2018 Statistical Update _Viet Nam, p.2

〈표 4-5〉 베트남 및 일부 국가의 인간개발지수 (2017년 HDI 기준)

	HDI 값	HDI 순위	기대여명	기대교육연수	평균교육연수	1인당 GNI (PPP US\$)
베트남	0.694	116	76.5	12.7	8.2	5,859
필리핀	0.699	113	69.2	12.6	9.3	9,154
태국	0.755	83	75.5	14.7	7.6	15,516
동아시아 및 태평양 국가	0.733	—	74.7	13.3	7.9	13,688
HDI 중위값	0.645	—	69.1	12.0	6.7	6,849

자료: UNDP(2018) Human Development Indices and Indicator: 2018 Statistical Update _Viet Nam, p.3

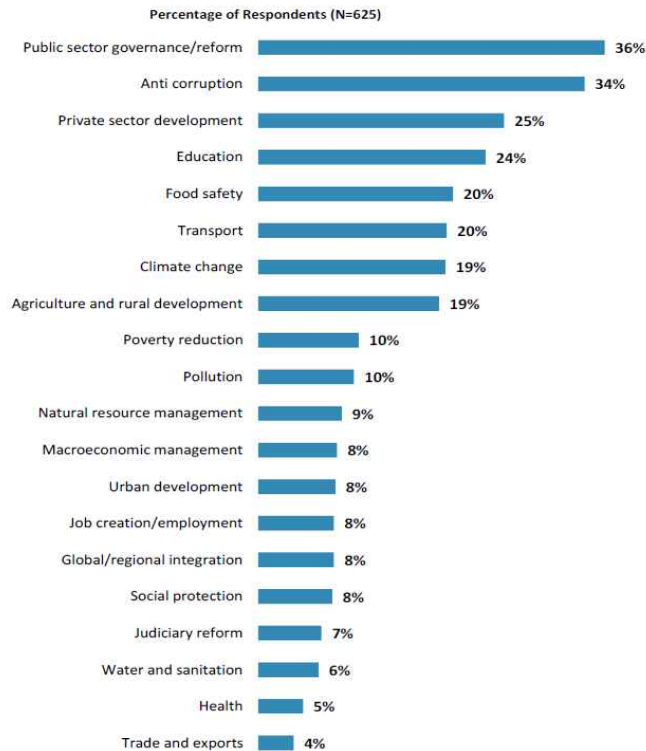
□ 3) World Bank

- FY 2017 Vietnam Country Opinion Survey Report를 통해 World Bank의 내부 전문가들이 응답하는 대상국가에 대한 인식조사 결과를 발표
- 대상국의 주요 이슈, WB의 분야별 영향력, 향후 WB의 역할 등을 조사.
 - 전문가들의 주관성이 담긴 정보로 객관적 수치와는 다른 시사점을 제공

[그림 4-4] FY 2017 Vietnam Country Opinion Survey Report, 베트남의 제일 중요한 발전 과제

Development Priority

- **Year comparison:** Respondents in the previous FY'14 Country Survey indicated that the most important development priorities in Vietnam were “*public sector governance/reform*” (50%) and “*education*” (34%).



"Listed below are a number of development priorities in Vietnam. Please identify which of the following you consider the most important development priorities in Vietnam. (Choose no more than THREE)"
(Respondents chose from a list. Responses combined. Top 20 of 27 response options shown.)

□ 4) Unicef와 베트남 정부

○ Multiple Indicator Cluster Survey는 베트남 정부와 유니세프가 공동 진행한 조사임. 총 5회 진행되었으며 1996년, 2000년, 2006년, 2010-2011년, 2013-2014년 조사내용을 담은 보고서가 발간되었음.

- 2014년 보고서를 기준으로 10,200개 가구를 조사하였으며, 10,190명의 15-49세 여성과 3,3316명의 아동을 인터뷰하였음.

○ 생활상을 반영할 수 있는 설문조사로 베트남의 가구단위의 생활수준을 보여주며, 특히 아동과 여성이 처한 상황을 보여주는 지표로 구성.

- 아동치사율, 영양(모유수유), 아동건강, 물과 위생, 아동발달, 생식건강, 문맹과 교육, 아동보호, HIV/AIDS, 미디어 접근성과 IT 로 구성됨.

- 세부지표에는 관련이 있는 MDG 지표 번호도 기재.

〈표 4-6〉 Multiple Indicator Cluster Survey 조사 지표 및 값 일부

CHILD MORTALITY				
Early childhood mortality				
MICS Indicator		Indicator	Description	Value
1.1		Neonatal mortality rate	Probability of dying within the first 28 days of life	11.95
1.2	MDG 4.2	Infant mortality rate	Probability of dying between birth and first birthday	16.21
1.3		Post-neonatal mortality rate	Difference between infant and neonatal mortality rates	4.26
1.4		Child mortality rate	Probability of dying between the first and fifth birthdays	3.59
1.5	MDG 4.1	Under-5mortality rate	Probability of dying between birth and fifth birthday	19.74
* Indicator values are per 1,000 live births and refer to the five-year period before this survey.				

NUTRITION				
Breastfeeding and infant feeding				
MICS Indicator		Indicator	Description	Value
2.5		Children ever breastfed	Percentage of women with a live birth in the last two years who breastfed their last live-born child at any time	96.9
2.6		Early initiation of breastfeeding	Percentage of women with a live birth in the last two years who put their last newborn to the breast within one hour of birth	26.5
2.7		Exclusive breastfeeding under 6 months	Percentage of infants under 6 months of age who are exclusively breastfed ¹	24.3

출처: General Statistics Office and UNICEF. (2015). Viet Nam Multiple Indicator Cluster Survey 2014,

Final Report, (p. 3)

□ 5) WHO country profile

- 질병 관련 데이터와 건강보장(험) 시스템에 대한 정보를 제공하며 홈페이지에서 국가별 통계를 주제별로 제공하고 있음. (http://www.who.int/gho/countries/vnm/country_profiles/en/)

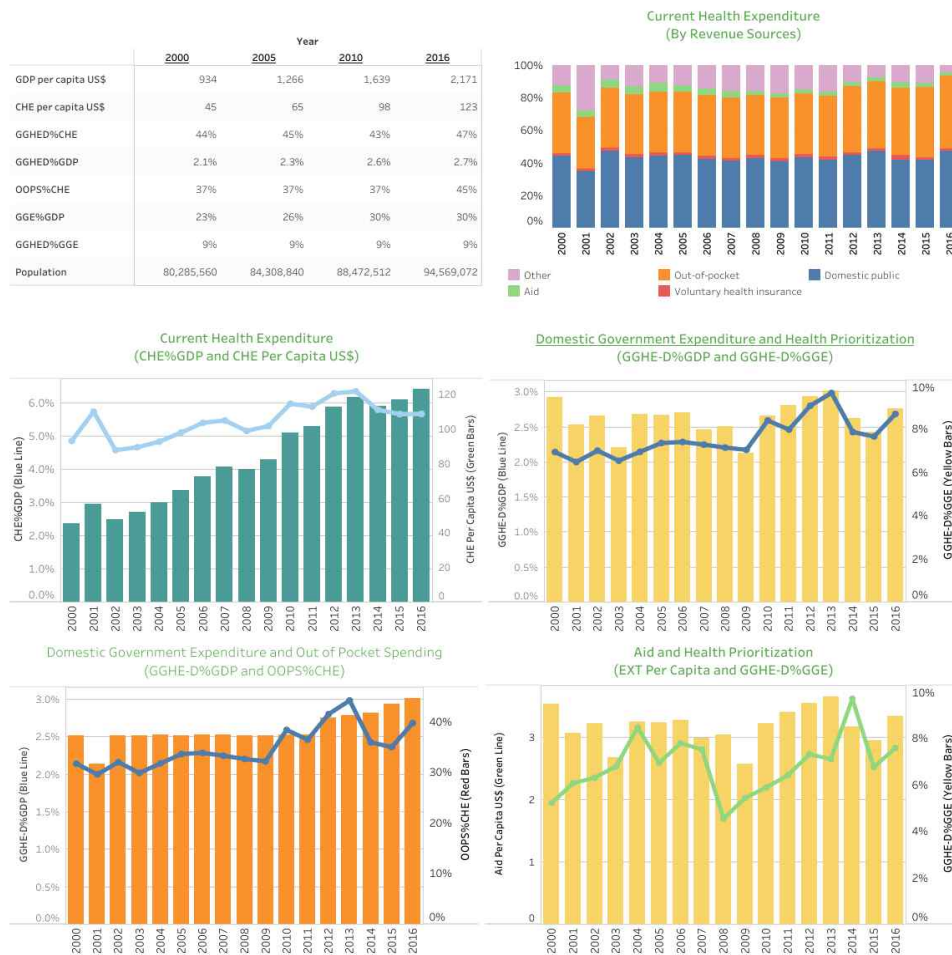
〈표 4-6〉 WHO Country Profile 제공항목 및 자료

항목	제공 자료
Chronic diseases	WHO Chronic Diseases and Health Promotion database
Environmental health	Estimates on the use of water sources and sanitation facilities (WHO/UNICEF Joint Monitoring Programme) WHO environmental burden of disease country profiles
Health equity monitor	Country profile
Health systems	Governance and aid effectiveness Health financing
HIV/AIDS	AIDS info country fact sheets
Immunization	Immunization surveillance, assessment and monitoring online country profiles Immunization coverage country punchcard, 2000-2015 Review of National Immunization Coverage (WHO/UNICEF)
Infectious diseases	Cholera Influenza laboratory-based surveillance: number of specimens positive for influenza by subtypes
Malaria	Malaria country profile
Maternal, neonatal and child health	Child mortality estimates, UN Inter-Agency Group on Child Mortality Estimation Countdown country profile (UNICEF/WHO and partners) Trends in Maternal Mortality (WHO, UNICEF, UNFPA, The World Bank and the United Nations Population Division)
Noncommunicable diseases	Noncommunicable diseases country profile
Nutrition	Nutrition Landscape Information System (NLIS) indicator summary WHO Global Database on Anaemia WHO Global Database on vitamin A deficiency WHO Global data bank on infant and young child feeding WHO Global Database on Child Growth and Malnutrition
Substance use and mental health	Alcohol Resources for the prevention and treatment of substance use of disorders Tobacco control Mental health
Tuberculosis	TB country profile
Urban health	Country profile
Violence and injuries	Road safety, Violence prevention

[그림 4-3] WHO에서 제공하는 베트남 건강지출 국가 정보

Country Selected
Viet Nam

Health Expenditure Profile Viet Nam



Note: Expenditure excludes capital investments. Per capita values in constant US\$. Macroeconomic data such as GDP and GGE taken from international sources including IMF and World Bank. Domestic government health expenditure (GGHE-D), Current health expenditure (CHE), General government expenditure (GGE), Out-of-pocket spending (OOPS), External Resources (EXT), Gross domestic product (GDP).

Source: WHO Global Health Expenditure Database. For more information visit <https://bit.ly/2sdlJdW> or contact nha@who.int

자료: WHO Global Health Expenditure Database. Health Expenditure Profile Vietnam.
(apps.who.int/nha/database/country_profile/Index/en에서 2019.08.26. 추출)

□ 기타 해외 발간 자료

○ 미국 사회보장청(Office of Social Security Administration)

- 국가별 사회보장 현황과 체계에 대한 포괄적인 정보를 제공.
(<https://www.ssa.gov/policy/docs/progdesc/ssptw/2018-2019/asia/index.html>)
- 노령(유족), 장애, 상병/출산, 산재, 실업, 가족 수당에 관련한 모든 법, 지급 범위, 재정 출처, 사회보험료 납부기준, 수급자 기준, 담당부처 등 보건복지 관련 핵심 정보를 간략히 정리하여 제공.
- 한눈에 국가 체계를 파악하기 매우 용이하나, 수치적 데이터에 불과하여 국제협력을 위한 국가 문맥을 파악하기는 어려움.

[그림 4-4] 미국 사회보장청에서 제공하는 국가별 사회보장 프로그램, 베트남

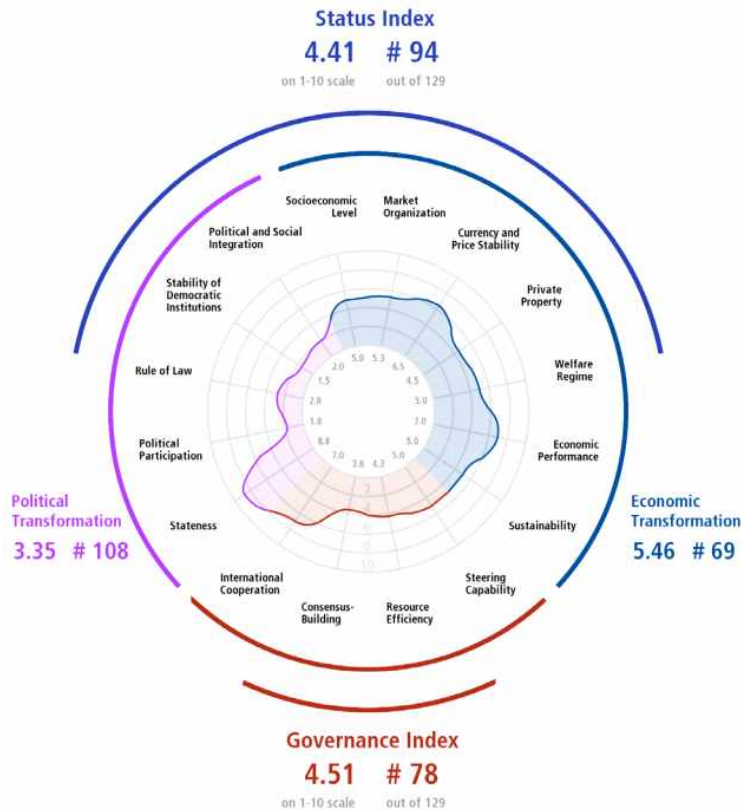
<p style="text-align: center;">Vietnam</p> <p style="text-align: center;">Exchange rate: US\$1.00 = 22,956 dong.</p>	
<p>Old Age, Disability, and Survivors</p> <p>Regulatory Framework</p> <p>First law: 1961 (public-sector employees).</p> <p>Current laws: 2009 (elderly), 2012 (disabled persons), 2013 (social assistance), and 2014 (social insurance).</p> <p>Type of program: Social insurance and social assistance system.</p> <p>Note: As of December 1, 2018, certain foreign national employees are covered under the social insurance program. Employers will pay contributions on the employees' behalf until 2022, when the same contribution rates that apply to Vietnamese citizens will also apply to foreign nationals.</p>	<p>The rural poverty line is 700,000 dong a month.</p> <p>The maximum monthly earnings used to calculate contributions are 20 times the legal monthly minimum wage for civil servants.</p> <p>The legal monthly minimum wage for civil servants is 1,390,000 dong.</p> <p>Social assistance: None.</p>
<p>Coverage</p> <p>Social insurance: Public- and private-sector employees with at least a one-month contract, including household workers; employees in agriculture, fishing, and salt production; civil servants; employees of cooperatives and unions; police and military personnel; part-time workers in communes, wards, and townships; and certain foreign citizens legally working in Vietnam.</p> <p>Voluntary coverage for self-employed persons and citizens of Vietnam without mandatory coverage.</p> <p>Social assistance: Needy persons.</p>	<p>Employer</p> <p>Social insurance: 14% of monthly covered payroll.</p> <p>The minimum monthly earnings used to calculate contributions are the legal monthly minimum wage for civil servants.</p> <p>The maximum monthly earnings used to calculate contributions are 20 times the legal monthly minimum wage for civil servants.</p> <p>The legal monthly minimum wage for civil servants is 1,390,000 dong.</p> <p>Social assistance: None.</p>
<p>Source of Funds</p> <p>Insured person</p> <p>Social insurance: 8% of gross monthly covered earnings. The minimum monthly earnings used to calculate contributions are the legal monthly minimum wage for civil servants.</p> <p>The maximum monthly earnings used to calculate contributions are 20 times the legal monthly minimum wage for civil servants.</p>	<p>Government</p> <p>Social insurance: Provides subsidies as needed; the total cost of old-age pensions for workers who retired before 1995; contributes as an employer.</p> <p>Social assistance: The total cost.</p> <p>Qualifying Conditions</p> <p>Old-age pension (social insurance): Age 60 (men) or age 55 (women) with at least 20 years of contributions (at least 15 years of contributions for women civil servants living in communes, wards, or townships).</p> <p>Age 55 (men) or age 50 (women and coal miners) with at least 20 years of contributions, including at least 15 years of employment in coal mining or other hazardous or arduous working conditions, or in certain geographic regions; at any age with at least 20 years of contributions, including 15 years in extremely hazardous or arduous working conditions, and an assessed loss of work capacity of at least 61%</p> <p>Age 51 (men, gradually rising to age 55 by 2020) or age 46 (women, gradually rising to age 50 by 2020) with at least 20 years of contributions and an assessed loss of work capacity of at least 61%.</p> <p>Age 50 (men) or age 45 (women) with at least 20 years of</p>

자료: US Social Security Administration. (2018). Social Security Programs throughout the World Vietnam.

○ Bertelsmann Stiftung's Transformation Index(BTI)

- 네덜란드에 기반을 둔 국제 연구 네트워크이며, 국가 데이터를 제공하고 있음. (<http://www.bit-project.org/en/country-reports>)
- 베트남을 기준으로 살펴보면, 정치참여, 정치사회적 문맥, 거버넌스 등에 대한 자료를 포함하고 있음.

[그림 4-5] Bertelsmann Stiftung's Transformation Index, 베트남



자료: Bertelsmann Stiftung, BTI 2018. (2018). Country Report Vietnam.

〈표 4-7〉 국제기구별 지표

국제기구	UN	ADB		World Bank	UNICEF & Viet Nam정부
지표명	Sustainable Development Goals(SDGs)	Key Indicators	Basic Statistics	World Development Indicators	Multiple Indicator Cluster Survey
지표수	17개 목표에 대한 169개의 세부목표와 232개 세부지표	13개 지표 하위지표 330개	12개 지표 하위지표 55개	지표 1600개	(조사 중.)
연도 ⁶⁾	1992-2018	2000-2017	2002-2017	1970년대-2017	2013-2014
링크	https://unstats.un.org/sdgs/indicators/database/	https://data.adb.org/dataset/viet-nam-key-indicators	https://data.adb.org/dataset/basic-statistics-asia-and-pacific	https://datacatalog.worldbank.org/dataset/world-development-indicators	mics.unicef.org/surveys 에서 베트남으로 소팅
설명	보건복지부 영역에 부합하는 목표(특히 1, 3, 5, 8, 10, 16, 17)에 맞는 지표와 데이터를 제공하고 국가별 데이터를 상세하게 제공	국가에 대한 개략적 정보를 파악하기 용이한 '주요지표'로 구성. - 그러나 빈곤/불평등/사회보장 등에 대한 내용은 없고, 주로 경제 및 무역, 에너지 자원 등 경제지표로 구성	Key indicators 일부지표에 SDGs의 일부 지표, 빈곤인구 비율(Proportion of Population below \$1.90 PPP a day)를 추가하여 국가 정보를 제공. - Key indicator보다 사회전반에 대한 지표 다수 포함.	ADB에 비해 사회상황을 나타내는 지표로 구성된 경향 - ADB의 경우 고용에 대해서는 고용률 하나만 제시하고 국가채무, 무역, 통화 등의 경제지표를 포함하고 있다면, WB는 상세한 교육수준에 따른 실업률 등을 보여주는 것이 그 사례.	서베이를 진행하여 가구의 생활상을 보여주는 지표로 구성됨. - TV가 있는 가구의 퍼센트, 핸드폰을 하나는 가진 가구의 퍼센트, 유아사망률, 문맹률, 아동노동률 등이 그 예.
내용	빈곤 종식 기아 종식 및 지속가능한 농업 건강한 삶 보장 및 웰빙 양질의 교육 보장 및 평생학습 기회 증진 성평등 달성 깨끗한 물과 위생 모두를 위한 깨끗한 양질의 일자리와 지속가능한 경제 성장에너지 산업, 혁신, 사회기반 시설 불평등 감소 지속가능한 도시 지속가능한 생산과 소비 기후변화 대응 해양생태계 보존 육상생태계 보존 평화 및 포용적 사회증진, 정의 접근, 이행수단 강화, 지속가능발전을 위한 글로벌 파트너십 활성화책 임성 및 포용적 제도 구축	인구 총인구 인구밀도 인구증감율 도시인구 Labor force 고용률 (산업별) 실업률 경제참여율(성별) 국민계정 -GDP(산업별) -GNI 가격지표 에너지 돈과 은행 정부재정 대외무역 무역방향 국제수지 국제준비금 환율 외채	주요 지표 총인구 인구증감율 영토 인구 SDGs 지표 (SDGs 17개 목표의 세부지표 34개 제시) 국민계정 돈 국제수지 준비금 외채 중앙정부재정	빈곤격차 무급가족종사자 인적자본지표 소득분위, 5분위 ODA 액수(데이터부재) 교육수준별 실업 노동 참여 농업 및 식량보장 기후변화 경제성장률 교육 에너지 및 채굴 환경 및 천연자원 재정 분야 발전 젠더 보건 영양 및 인구 거시경제적 취약성 및 부채 사적부문 발전 공적부문 운영 사회 발전 사회적 보호 및 노동 무역 도시 개발	노동, 아동인권, 여성인권 등

6) 데이터 수집시작 연도, 최신데이터 연도, 수집주기가 국가별, 지표별로 다름.

2. 국내 국가 프로파일링 리포트

□ 국내 ODA 유관기관의 국가 프로파일링 리포트

- 사회정책 분야에 대한 실태와 정책현황과 같이 보건복지분야 개발협력 수요발
굴을 위해 필요한 포괄적이고 구체적인 정보를 제공하는 국내 보고서는 없는
실정임.

□ 1) 국가협력전략(Country Partnership Strategy, CPS)

- 「베트남 국가협력전략(CPS for the Socialist Republic of Vietnam)」과 같
이 국가의 전략, 국제기구 보고서 토대로 국가의 경제 및 사회 일반 현황과 주
요 협력분야, 협력 전략 개괄
- 원조 성과평가: 베트남 제1차 국가협력전략(2011-2015) 개요, 한국 대베트남
지원 현황

〈표 4-8〉 한국의 對베트남 지원 추이(2010-14)

(백만 달러, 명목가격)

연도		2010	2011	2012	2013	2014	계
무 상	약정	22.62	24.05	20.61	48.63	108.14	224.05
	집행	32.45	30.08	33.89	35.95	50.34	182.71
유 상	약정	270	181.6	253.12	216	123.63	1,044.35
	집행	68.75	116.37	173.7	206.51	136.71	702.04
계(집행)		101.2	146.45	207.59	242.46	187.05	884.75

자료: OECD 통계

출처: 관계부처 합동(2016). 베트남 국가협력전략(2016.12)

〈표 4-8〉 한국의 對베트남 분야별 지원 현황(2010-14)

(백만 달러, 집행액, 명목가격)

구분	운송/ 저장	보건	교육	환경보호	식수공급 /위생	통신	기타 다부문
금액	486.29	114.49	69.44	56.32	54.62	27.47	20.30
비율(%)	55	12.8	7.8	6.4	6.2	3.1	2.3

출처: OECD 통계

출처: 관계부처 합동(2016). 베트남 국가협력전략(2016.12)

○ 수원국 분석

- 수원국 개발현황: 인구, 정치, 빈곤감소, MDG 달성 등 일반현황, 경제·사회·인프라·법분야
 - 베트남은 2010년 하위 중소득국에 진입
 - 절대빈곤율은 감소했으나, 소수민족 및 중부소외지역 등 취약그룹 및 지역을 중심으로 한 양극화가 주요 현안임. 취약지역의 보건의료 불평등 개선이 필요한 상황임.
- 수원국 국가개발전략: 2011-2020 사회경제개발전략(SEDs), 2016-2020 사회경제개발계획(SEDP)
- 수원체제 및 공여국 협력체제
 - 베트남은 기획투자부(Ministry of Planning and Investment)가 ODA 주무부처로 원조계획과 조정 담당
 - 일본, 한국 등 주요 양자 공여국, 세계은행, ADB 등 주요 다자금융 기구가 참석하는 원조 공여국 회의 개최
 - 수원현황: 2010-14년 베트남 해외원조액은 총지출(gross disbursement) 기준 총 222억 2,924억 달러로 동남아시아에서 해외원조 규모가 가장 큰 국가
 - 동 기간 상위 공여국 및 기관은 **일본(33%)**, IDA(28.1%), ADB(7%), 프랑스(4.9%), 한국(4.4%), 독일(3.5%) 순임.

〈표 4-8〉 CPS 베트남 주요 경제 지표

	경 제 지 표	단위	2012	2013	2014	2015 ^a	2016 ^b
국 내 경 제	G D P	억 달러	1,556	1,706	1,859	1,988	2,148
	1 인 당 G D P	달러	1,753	1,902	2,051	2,171	2,321
	경 제 성 장 륜	%	5.2	5.4	6.0	6.5	6.4
	실 업 륜	%	2.7	2.8	2.5	2.5	2.5
대 외 거 래	경 상 수 지	백만 달러	9,267	7,745	9,144	1,342	-1,871
	F D I 순 유 입	*	7,168	6,944	8,050	8,460	8,300
	외 환 보 유 액	*	25,400	26,000	34,296	-	-

자료: 한국수출입은행 해외경제연구소(2015), 베트남 국가신용도 평가리포트

자료:

〈표 4-8〉 CPS 베트남 주요 사회지표

항목	2000	2005	2010	2011	2012	2013	2014	2015
인간개발지수	0.575	0.733	0.653	0.657	0.660	0.663	0.666	-
국가빈곤선 이하 인구 비율	-	-	20.70	-	17.20	-	13.50	-
1인당 GNI (Atlas, 달러)	400	680	1,270	1,390	1,550	1,740	1,900	1,980
초등학교 순등록률	98.2	90.2	98.0	99.3	98.1	98.0	-	-
초등학교 수료율	99.0	93.2	-	102.7	102.0	99.2	106.2	-
중학교 순등록률	-	-	-	-	-	-	-	-
중학교 수료율(lower secondary)	68.3	86.7	-	77.9	78.4	77.4	93.8	-
모성사망비(10만명 당)	81.0	61.0	58.0	56.0	56.0	55.0	54.0	54.0
5세 이하 아동 사망률(1,000명 당)	33.8	28.5	24.8	24.2	23.5	22.9	22.3	21.7
HIV/AIDS 발병률(15-49세)	0.2	0.4	0.4	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5
결핵 발병률(10만명 당)	197.0	176.0	155.0	151.0	147.0	144.0	140.0	-
기대 수명	73.1	74.1	75.0	75.2	75.3	75.5	75.6	-
홍역 예방접종 비율(12-23 개월)	97.0	95.0	98.0	96.0	96.0	98.0	97.0	97.0
안전한 식수 접근가능 인구 비율	77.4	84.5	91.3	92.6	93.8	95.1	96.4	97.6
형성된 위생시설 접근가능 인구 비율	52.9	61.4	69.7	71.4	73.1	74.7	76.3	78.0
초중등학교 남학생 대비 여학생 등록비율	-	-	-	-	-	-	-	-
성불평등지수(GII)	-	-	-	0.305	0.299	0.322	0.308	-
남성대비 여성의 노동 참여율	88.3	88.6	88.9	88.8	88.9	88.8	88.7	-

자료: World Development Indicators. (2016). Human Development Index.

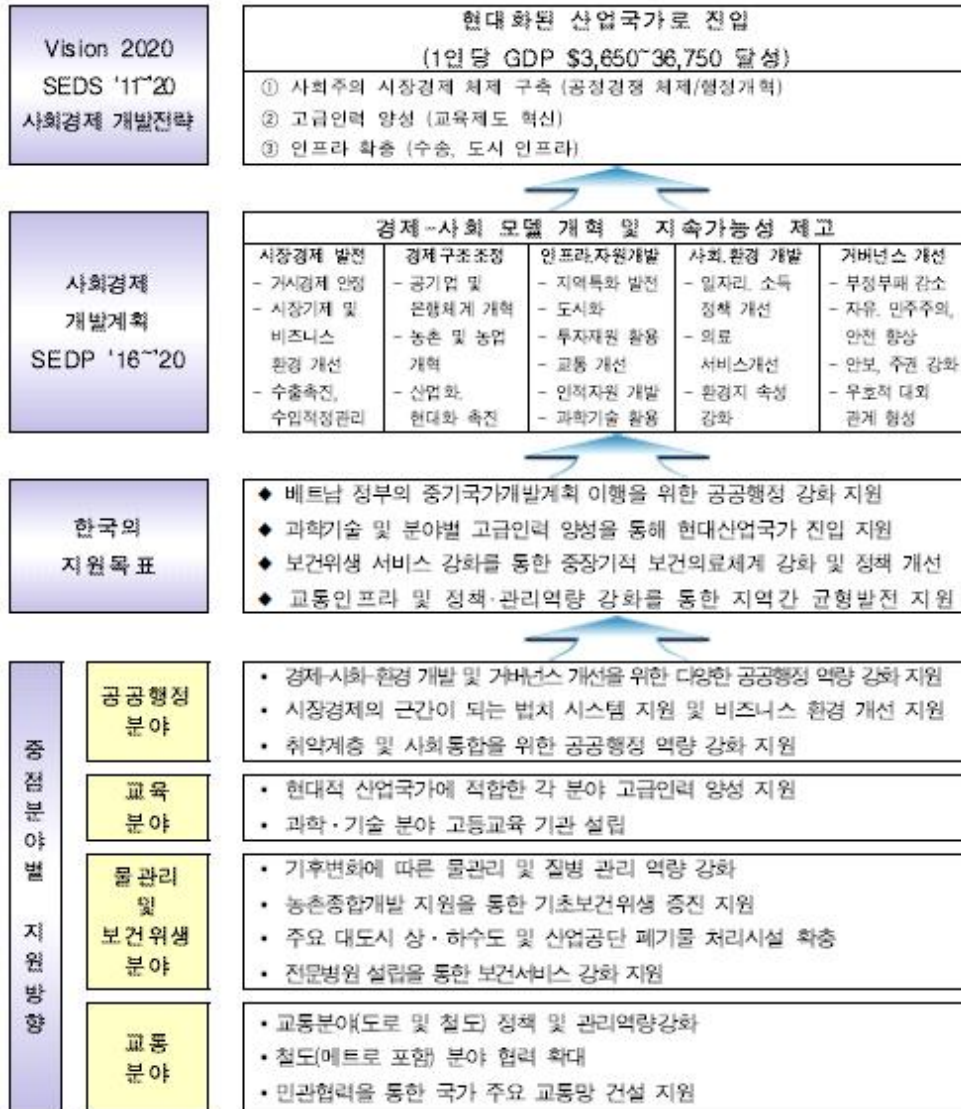
○ 우리나라의 지원계획: 중점협력분야별 지원방안

- 교통
- 공공행정: (목표일부) 취약계층 및 사회통합을 위한 공공행정 역량 강화
- 물관리 및 보건위생: (목표일부) 기초 보건위생 서비스 접근성 강화를 통한 중장기적 보건위생 체계 강화와 정책 개선
- 교육

○ 이행전략: 타 공여기관과 협력, 유무상 연계 강화, 민관협력

- 민관협력: 소외계층 지원을 위한 현지 CSO 등과의 협력, 베트남 경제사회 개발정책 공동연구 실시

[그림 4-6] 우리나라의 지원계획 기본 방향



자료: 관계부처 합동(2016). 베트남 국가협력전략(2016.12)

□ 2) KOFIH

○ 보건복지분야 ODA 사업 진행을 위해 내부적으로 공유.

○ 국제기구 데이터와 타기관 공시 데이터를 기반으로 작성

- 주요 출처는 UNDP, WHO, WB, 대상국 정부발간 데이터 및 보고서,

KOICA, ODA KOREA, KOTRA. 그 외 국제 랭킹인 HDI도 사용.

- 사회문화적 특성에 대한 소개는 아주 간략하며, 온라인 백과사전을 참고하여 작성.

〈표 4-9〉 KOFIH 국가 프로파일 리포트 구성

항목	세부항목
지역적 특성	국명, 위치, 수도, 기후, 종족, 종교, 면적, 인구, GDP, 1인당 GDP, 정치체제, 통화단위, 독립일, 언어
인구학적 및 사회경제적 특성	전체인구, 평균연령, 15세 미만 비율, 60세 이상 비율, 연간 인구성장률, 출산율, 청소년 출산율 (출처: WHO)
경제환경과 특성	산업구조, 경제지표 (출처: WB)
사회문화적 특성	민족적 특성, 종교, 언어, 종족, 역사, 정치체제, 거버넌스 현황 (출처 Britannica 백과사전)
교육환경과 특성	인적자원개발: 인간개발지수(Human Development Index), 성불평등지수, 남녀평등지수 (출처: UNDP)
보건현황 및 지표	주요 질병 및 사망원인, 주요 보건문제 (출처: WHO)
MDG 및 POST MDG 현황	MDG 목표별 진행상황과 국가목표 (출처: 몽골 정부)
보건부 조직 체계	조직 체계, 예산 구조 (출처: WHO) 보건의료체계 (출처: ADB)
건강보험(보장) 체계	건강보험(보장)체계, 건강보험(보장) 현황 (출처: WHO, UNDP, 몽골 사회보험부)
의료인력 양성 체계	의료인력 현황 (출처: WHO)
보건의료시설 체계	보건의료시설 체계, 보건의료시설 현황 (출처: WHO)
국가 개발계획	국가 개발계획(몽골 국가개발전략 2007-2021), 보건 분야 전략 (출처: 몽골정부, 1기 몽골 CPS)
원조 현황(보건의료 중심)	원조 총액 및 활동 현황 (출처: WHO)
아국과의 관계	주요 이슈 및 체결 내용 (출처: KOTRA 해외비즈니스 정보포털)
아국 원조 현황 아국 CPS 여부	유무상 원조 지급 금액 및 내용, 민관협력 지원 (출처: KOICA, ODA KOREA)

자료: 내부자료

□ 3) KOTRA

- 경제분야 지표와 경제진출 전략을 위한 보고서를 홈페이지(www.kotra.or.kr)에 공시

- 시장전망, 경제지표, 시장분석, 진출전략, 주요 이슈 등을 포함.

3. 협력국 내부 사회발전 전략

- 2011-2020 사회경제개발전략(Socialist Republic of Vietnam, 2016)

- 2016년 4월 국회 비준은 연평균 6.5~7%의 경제성장률, 1인당 GDP

- 2016-2020 사회경제개발계획(Socialist Republic of Vietnam, 2016)

- 2016년 4월 국회 비준은 연평균 6.5~7%의 경제성장률, 1인당 GDP 3,200~3,500달러 달성을 목표로 함.

- (주요목표) 거시경제 안정화 및 경제성장률 제고, 경제구조조정 및 성장모델 변화, 생산성과 경쟁력 강화, 시민안전·복지·삶의 질 개선, 자연재해 등의 기후변화 대처 및 환경보호, 국가안전 보장, 외교업무 및 국제통합 활동 강화, 국가보호를 위한 우호적 환경 조성, 국제사회에서의 국제적 지위 향상 및 선진 공업국으로의 발전임.

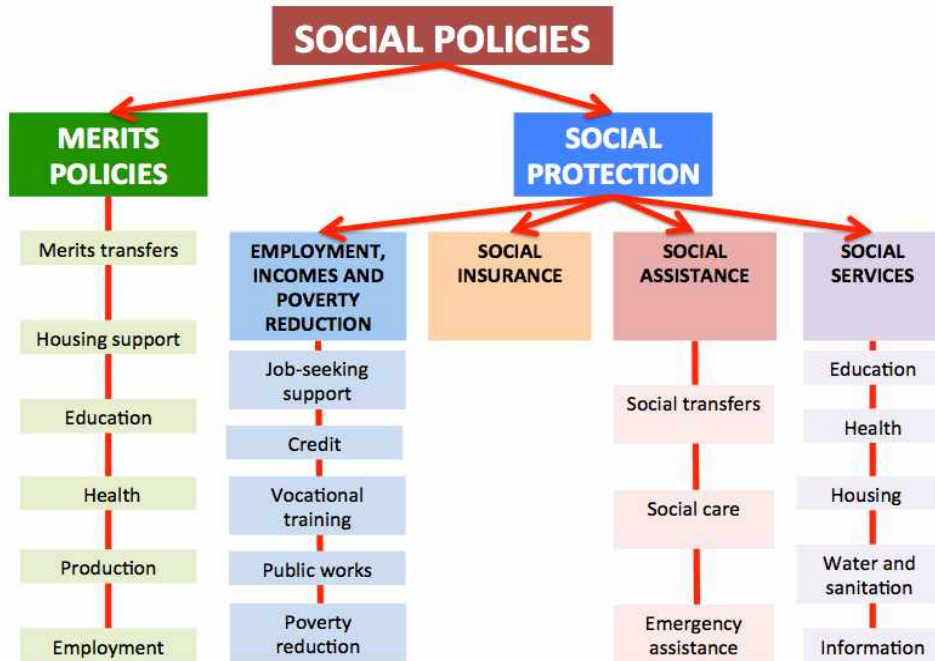
제2절 보건복지 개발협력사업 모델 개발: 베트남 사례

1. 베트남 보건복지 및 사회 개발협력 수요

□ 베트남 개발 수요

- (베트남의 당면한 과제) 베트남의 사회정책 영역에서 베트남은 한국과 시차를 둔 사회문제를 거의 동일하게 경험하고 있음.
 - 산업화와 고령화, 높은 비공식 노동 등의 사회적 현상에 직면하여 실업, 질병, 노화라는 사회적 위험에 대비하는 사회정책적 대응이 절실한 시점.
- 베트남과 같은 하위중소득국(2010년 진입)은 공여국 사업 우선순위에서 점차 밀려나는 수원국인 동시에 기초분야 문제를 해결하고 제도적·정책적 기틀을 구축해야 하는 과제를 안고 있어, 제도 구축과 역량강화, 정책컨설팅 등의 개발수요가 커지는 국가
 - 연금, 건강보장정책, 사회부조시스템 구축 등 사회정책에 대한 한국의 경험 공유에 대한 수요가 있음.
 - 베트남 정부는 2017년 4월 Master Plan on Social Assistance Reform(MPSAR)(2017-2025)을 승인하고 2030년까지 사회부조 포괄성과 충분성을 강화하고자 함.
 - [그림]과 같은 영역 개요도를 바탕으로 종합적인 사회보장제도 설계 중

[그림 4-7] 베트남 사회보장과 사회정책 영역



출처: Stephen Kidd (2015), Social Assistance in Viet Nam, A Review and Proposal for Reform

□ 베트남 보건복지분야 ODA 사업 전망

○ 한국은 2005~14년 對베트남 양자 유무상 사업 규모(누적)에 있어서 일본과 프랑스에 이어 세 번째로 지원실적이 큰 나라

- 일본 14,853백만불, 프랑스 2,493백만불, 한국 2,200백만불

○ 베트남 중점협력 분야는 (i) 환경 및 녹색성장, (ii) 기술 및 직업 훈련, (iii) 교통인프라로 보건복지분야 협력사업 미미함.

- 복지분야 뿐만 아니라 보건분야 ODA 사업 또한 활성화되어 있지 않음. 베트남 정부의 한국에 대한 개발수요가 보건복지분야로 확장되지 않은 상태.

• 2011~13년 80만불 규모로 베트남 의료보험제도 구축 역량강화사업이 있었으나 지속되지 않음.

- 복지분야 협력은 주로 시민단체(NGO)와 개별 사업 단위로 진행되는 실정.
- 하지만, 전쟁을 겪은 국가로 장애인 사업에 대한 필요가 여전히 높고, KOICA도 낙후지역인 베트남 중부 지역에 대한 자원투자를 강화하고 있어, 보건분야 격차해소나 장애인 사업 등 발굴 전망 있음.
- 베트남 CPS 보건위생 분야 개발수요에 따르면 베트남의 보건위생 인프라(의료인력, 병원설비 등)는 대부분 하노이, 호치민 등 일부 대도시에 집중되어 있어 지역 간 의료서비스 편차가 매우 큼. 이에 따라, 베트남은 국가보건 의료시스템을 개선 및 현대화하여 실질적인 국민보건 의료서비스의 향상, 의료시스템 인프라 구축, 주요 지역과 기타 지역 간의 보건의료 환경 및 의료서비스의 격차해소를 추진하기 위한 투자가 필요한 실정임.

2. 보건의료·사회보장 개발협력 사업 사례

- 보건의료 및 사회보장분야 다자협력과 양자협력 사례를 제시함.
 - 양자협력의 경우 베트남을 대상으로 가장 큰 규모의 양자협력을 시행하는 일본의 사례를 위주로 제시함.
- 제시된 사례는 모두 보건의료 및 사회보장 분야, 또는 ADB와 같이 교육과 공공행정, 의료분야를 포괄하는 사회개발 사업, 또는 해당분야 역량강화를 위한 교육훈련사업의 예로 내용이나 방식 면에서 한국이 참고할 만한 사례가 많음.
 - 베트남은 라오스 등과 같은 최빈국이 필요로 하는 사업과는 다름. 하지만 지역격차가 커 지역단위로 이와 같은 사업을 기획할 수 있음.
 - World Bank(WB)와 Asian Development Bank(ADB)와 같은 국제금융기관의 경우 큰 재원 규모를 바탕으로 한 사업이 다수로 한국이 이와 유사한 사업을 하기는 쉽지 않음.
 - 양자협력이라도 일본, 미국과 같은 국가들의 사업규모 역시 한국이 미치기 힘든 수준임. 한국의 제도적 강점과 정책역량을 활용하여 소프트파워를 활용한 협력 사업을 강화 및 확대하는 것이 바람직한 방향성

- 하지만 WHO, ILO, UNICEF와 같은 UN기구들은 각국의 보건의료, 사회 보장, 노동·사회정책을 수립하는 정책컨설팅 사업을 다수 진행하고 있으며 사업을 진행하는 데 있어서 펀딩과 소프트웨어 제공 방식으로 협력할 수 있는 국가와의 협력 사업을 확대하고 있음. 한국은 사회정책 분야 지식과 정책경험을 바탕으로 국제기구와의 협력에 참여할 역량 있음. 특히 아시아 지역 사회정책 허브로서 자리매김할 역량도 있음.

가. 다자협력

1) 세계은행(WB) 사례

- 인도네시아(하위 중소득국) 사회부조 개정 프로그램(Indonesia Social Assistance Reform Program)
 - 2015년 새정부가 들어서면서 인도네시아의 사회부조 프로그램(특히 조건부 현금이전 프로그램) 중 빈곤 및 불평등 감소에 가장 효과적인 프로그램으로 Family Hope Program(PKH) 명시함.
 - 사회부조 개정 프로그램은 현금이전 프로그램의 보장범위 확장 지원, 전달체계 강화, 타 보완적 사회복지 프로그램과의 협력 개선을 목표로 함.
 - 프로그램은 2017.5-2021.6 진행되며, 세계은행(WB)에서 49.32억 달러를 인도네시아 재정부(MoF)에 차관하여, 인도네시아 사회부(MoSA)에서 수행함.
 - 프로그램은 효율성, 투명성, 책임성 개선을 위해 전달체계 강화, PKH 수급자를 위한 기초 사회서비스 및 보완적 사회부조 프로그램 접근성 강화, 조건부 현금이전 프로그램의 포괄성 증대 및 보장성 확대를 구성으로 진행함.
 - 프로그램의 효과를 측정하기 위한 지표로 5가지를 선정함.
 - 현물지급방식으로 전환한 PKH(Family Hope Program) 수급가구 sub-district의 비율
 - 타 사회부조 프로그램을 수급중인 PKH 수급가구의 비율

- 최소 85%정도 초등, 중등, 및 고등학교에 다니는 PKH 수급 가구 중 7-18세 아동의 비율
- 프로토콜에 따라 기본적인 건강 및 영양 관련 서비스를 받은 PKH 수급가구 중 0-6세 아동의 비율
- 총 PKH 수급가구의 수

□ 캄보디아(최빈국) 빈곤층의 생계 증진 및 유대 프로그램 (Livelihood Enhancement and Association for Poor Project, LEAP)

- 캄보디아 빈곤층의 생계 증진 및 유대 프로그램은 빈곤 및 취약가구의 금융서비스 접근 증진과 소득발생 및 소단위 인프라 접근 기회 제공을 목표로 함.
- 세계은행 국제개발협회(2,000만 달러) 지원 및 캄보디아 정부(200만 달러) 지원을 통해 프로그램 진행 됨.
- 프로그램은 농촌빈곤의 제도 구축 및 강화, 기술 및 고용기회 증진, 기본 서비스 및 지역사회 인프라 개선과 도시빈곤의 기술 및 고용기회 증진으로 구성됨.
- 프로그램의 효과를 측정하기 위한 지표로 3가지를 선정함.
 - 수혜자 수 및 수혜자 여성의 비율, 자립가구 비율
 - 새로운 혹은 개선된 고용 혹은 증가된 소득을 포함한 기술개발 훈련 참가자 비율
 - 지역사회 인프라 투자가 수혜자 수요를 반영했다고 느끼는 수혜자의 비율

□ 라오스(최빈국) 빈곤감소기금(3차)(Lao PDR-Poverty Reduction Fund III Project)

- 라오스 빈곤감소기금 사업은 지속가능성을 보장하는 포괄적인 지역사회 개발 과정을 통해 빈곤 지역사회를 위한 기본 서비스 접근성 증진을 목표로 함.
- 세계은행 국제개발협회(3,000만 달러) 지원 및 라오스 정부(600만 달러) 지원을 통해 사업 진행.

○ 마을개발계획을 기반으로 지원할 여러 마을로 구성된 Kum Ban 개발 계획을 수립하여 3년간 지원하는 사업임.

- Kum Ban 및 마을의 요구 평가 및 개발계획 준비를 위해 Kum Ban 및 마을의 역량 강화를 위한 기술적 지원 제공
- 지역사회 및 지방정부의 역량강화를 위한 기술적 지원 제공
- 농촌개발 및 빈곤퇴치를 위한 국가위원회에 기술적 지원 제공
- 영양관련 생계 활동 개발 및 시행, 금융 및 생산 등 생계활동에 대한 지식증진을 위한 여성의 자립그룹에 초점을 맞춘 자립그룹 마을의 역량강화 지원 제공

○ 사업의 효과를 측정하기 위해 서비스 종류에 따른 기본서비스 접근성 증진된 가구 비율과 프로젝트 수혜자 수(성별 및 인종으로 분류)를 지표로 둬.

□ 베트남 사회안전망 강화 프로젝트 (World Bank, 2014; 김현경 외, 2015, pp. 126~7)

○ 세계은행의 사회안전망 강화 프로젝트는, 베트남 사회보장제도 현황 및 수혜자, 정책의 효과를 정확히 파악하고, 효율적인 경영정보시스템(Management Information System)을 도입하여, 궁극적으로 통합적인 사회보장시스템을 구축하는 것을 목표로 함.

○ 주요 지원 분야는 △ 사회보장 및 빈곤 감축 시스템 강화, △ 통합적인 사회보장프로그램 구축, △ 정책시행 및 관리 역량강화 등 크게 세 가지임.

- 사회보장 및 빈곤감축 시스템 강화를 위해서는 우선적으로 사회보장제도 및 빈곤층에 대한 데이터베이스가 구축되어야 하는 바, 2015년 인구 총조사에서 세계은행의 주도로 사회보장제도 수혜자들을 대상으로 한 기초 설문조사가 진행됨.
- 사회보장 관련 정책들을 통합적으로 관리할 수 있는 경영정보시스템이 현재 구축 단계임.
- 또한 정책 시행 및 관리 역량 강화를 위해 네 개 주 (Ha Giang, Than

Nam, Tra Vinh, Lam Dong)에서 통합적 사회보장정책네트워크가 구축되었음.

○ 동 사업은 2018년까지 사회보장제도관련 데이터베이스 구축, 전국적인 신규 통합경영정보시스템 구축, 수혜지역 확장 등을 목표로 하고 있음.

- 아래 표 <표 4-10>과 같이 성과지표를 설정하고 꾸준한 성과지표 관리를 통해 2018년까지 성과목표를 100% 달성할 계획임.

<표 4-10> 사회안전망 구축 프로젝트 중간성과 지표

지표	초기(2014)	현재(2015)	목표(2018)
사회보장제도 관련 데이터베이스 구축	전무함	임시 데이터 베이스 구축 (1단계 완료)	경영정보서비스에 기반한 데이터 베이스 구축
신규 경영정보시스템 구축	매뉴얼 시스템	초기 현황 파악 완료	전국적으로 자동화된 경영정보시스템 구축
수혜지역 확장	0	0	75%

자료: World Bank(2014). Social Assistance System Strengthening Project.

2) 아시아 개발 은행(ADB) 사례

□ 필리핀(하위 중소득국) 사회보장 지원 사업(The Social Protection Support Project in the Philippines)

○ 2000년대 중반 급격한 경제성장에도 불구하고 필리핀의 빈곤률은 지속적으로 높고 증가하였으며, 빈곤의 주요 원인 중 하나가 인적자본, 특히 건강 및 교육에 대한 고질적인 투자부족임.

- 결과, 필리핀은 보편적 초등교육, 모성사망률, 생식보건서비스의 새천년개발목표(MDG)를 달성하지 못함.
- 정부의 빈곤 식별 및 인력개발을 위한 노력은 사회분야에 대한 적은 예산, 약한 빈곤 관련 체계, 정책 및 제도 조정의 부재, 비효율적 프로그램 등으로 인해 문제가 되어 정부는 사회보장제도를 강화하기 시작함.

○ 필리핀 사회복지 및 개발부는 조건부 현금이전 프로그램(CCT) 확장 및 파일럿 사업 진행, 빈곤 타게팅 개선, 모니터링 및 평가 개선, 프로그램 통합 및 점진적

예산 확대를 통한 예측가능한 사회보장재정 확보 등을 진행하여 조진부 현금 이전 프로그램은 사회보장 개혁의 초석이 됨.

- 필리핀 사회보장 지원사업은 소득 빈곤 및 비소득 빈곤의 감소를 목표로 필리핀 정부의 사회보장 아젠다 중 4Ps 프로그램 및 빈곤감소를 위한 Lisahanan 국가가구 타게팅 시스템(NHTS-PR) 확대 및 시행을 지원하며, 정부의 사회보장 아젠다를 효과적으로 시행하기 위해 역량개발 및 제도 강화에 대한 기술적 지원 제공함.

[그림 4-8] ADB 필리핀 사회보장 지원사업 개요

ADB ASIAN DEVELOPMENT BANK		中文 Careers Contacts Business Center Search
About ADB News & Events Data & Research Publications Countries Projects & Tenders ADB Institute		
» Projects		
Philippines: Social Protection Support Project		
Sovereign (Public) Project 43407-013		Status: Active
Overview Project Data Sheet Documents Stories Tenders		Download as PDF Print
Project Name	Social Protection Support Project	
Project Number	43407-013	
Country	Philippines	
Project Status	Active	
Project Type / Modality of Assistance	Loan Technical Assistance	
Source of Funding / Amount	Loan 2662-PHI: Social Protection Support Project Ordinary capital resources US\$ 400.00 million TA 7586-PHI: Capacity Development for Social Protection Technical Assistance Special Fund US\$ 800,000.00 TA 7587-PHI: Strengthened Gender Impacts of Social Protection Gender and Development Cooperation Fund US\$ 300,000.00 TA 9079-PHI: Strengthening Social Protection Reforms Technical Assistance Special Fund US\$ 1.00 million Loan 3369-PHI: Social Protection Support Project (Additional Financing) Ordinary capital resources US\$ 400.00 million Loan: Social Protection Support Project (Additional Financing) World Bank US\$ 450.00 million TA: Strengthening Social Protection Reforms (Supplementary) Technical Assistance Special Fund US\$ 1.00 million	
Strategic Agendas	Inclusive economic growth	
Drivers of Change	Gender Equity and Mainstreaming Governance and capacity development	
Sector / Subsector	Education / Pre-primary and primary - social protection initiatives Health / Mother and child health care Public sector management / Social protection initiatives	
Gender Equity and Mainstreaming	Gender equity	

자료: <https://adb.org.projects/43407-013/main#project-pds>

- ADB는 2011년부터 사업을 시작하여 2015년 말까지 4억 달러를 지원하여 4Ps 프로그램을 통해 44만명의 빈곤 가정에 주기적인 현금지원을 함
 - 현금지원은 자녀를 학교에 보내며, 보건센터 방문, 가족개발 세션에 참석한 가구에게 제공됨.
- 사회보장 지원사업을 통해 효율적인 빈곤가구 선정 국가 타겟팅 체계를 시행하고, 빈곤가구에 보건 및 교육을 위한 조건부 현금이전을 지원하고, 조건부 현금이전 프로그램 운영역량을 강화하였으며, 사회보장프로그램 모니터링 및 평가 시스템을 개선함.

3) 국제노동기구(ILO) 사례

□ 플래그십 프로그램

- ILO의 플래그십 프로그램 5가지 중 모두를 위한 사회보장체계 구축 (Building Social Protection Floors for All, SPF) 사업은 아직 개발되지 않았거나 단절된 사회보장제도가 있는 국가의 사회보장체계 구축을 목표로 둠.
 - 국가적인 수준으로 모두를 위한 사회보장체계는 적어도 평생 필수적인 보건의료 제공, 모든 아동을 위한 사회보장, 근로연령층 모두에게 소득보장 (특히 실업, 질병, 장애, 상해), 모든 노인을 위한 연금 제공 필요로 함.
 - 정부, 사회파트너, 시민사회 조직, 사회보장제도 관리자 및 UN시스템 조정 및 포괄적 사회보장체계 조율을 통해 통합됨.
 - 사회보장 현황에 대한 평가 수행 및 기존 사회보장계획 개정 혹은 새로운 사회보장계획 수립뿐만 아닌 사회보장계획 이행 지원함.
- 태국(상위 중소득국) 사회보장체계 구축
 - UN Partnership Framework(UNPAF)내에서 태국정부와 UN체계 파트너십 간의 6가지 핵심 요인 중 하나로 사회보장 선정하므로 사업을 진행하게 됨.
 - 국제노동기구를 팀장으로 지정하여 UNRCO, UNICEF, UNFPA, WHO,

UNESCO, UNCP, UN WOMEN, World Bank 등 총 9 기관으로 구성된 사회보장체계 합동 팀을 구성하여 효과적인 기관 간 협력의 좋은 예시가 됨.

- 제도의 재정이 지속가능하며, 포괄적이고 일관된 국가 사회보장 체계 구축하여 보장수준의 간격 좁히며 불평등 감소를 목표로 함.
- UN체계, 정부기관, 근로자 대표 및 고용주 대표, 시민사회 등에서의 사회보장에 대한 역량을 구축하여, 유용하고 효율적인 조정(coordination) 및 지식공유 체계를 제공하고, 태국의 포괄적인 사회보장체계의 진취적인 개발을 증진함.

○ 동남아시아 건강보장 확대(Support to the extension of Social Health Protection in South-East Asia)

- 프로젝트는 보편적 건강보장(UHC)과 ILO의 최저사회보호 프로그램(2016-30)의 틀 안에서 베트남(하위 중소득국), 라오스(최빈국), 미얀마(최빈국)의 건강보장 확대를 목적으로 함.
 - 42개월간 지속되며, 6개월 단위로 이해관계자들과 조율
- 프로젝트는 지역적 지식교류, 공동연구, 건강보장 정책 영역에서 연구기관 등에 대한 훈련기회를 제공할 수 있으며, 국가 단위에서 건강보장전략 수립과 다른 개발협력 파트너와의 활동과도 연계할 수 있을 것으로 기대됨.
- 다양한 정책 컨설팅과 지식교류, 공동연구 등에 초기부터 협력국으로 참여할 방안을 검토할 필요가 있음. 관련/후속 프로젝트 기획, 펀딩 가능성도 검토 필요

○ 남아프리카 국가사회보장체계 구축

- 잠비아, 모잠비크, 말라위는 급격한 경제성장을 기록하였지만, 빈곤감소 및 인간개발 분야에서 불평등한 발전이 발생. 사회보장은 세계인권선언(1948)에 의한 인권적인 문제일 뿐만 아니라 노동생산성 증진과 적절한 일자리를 찾을 수 있게 하며, 총수요를 안정화시키고 지역경제를 활성화 시켜 지속가능한 경제성장에 기여함.

- Irish Aid 및 ILO는 남부 아프리카의 국가사회보장체계구축 프로젝트를 시행하여 잠비아, 모잠비크, 말라위 3개의 국가에서 시범적으로 기본사회보장을 2014-16년 3년간 진행함.
- Regional Peer Learning Process를 통해 지역의 사회보장체계 수립에 대해 다양한 접근방식 학습, 지식개발 및 역량구축 tool 측면에서 중요한 차이를 확인하고 국가의 수요와 비슷한 도전과제를 기반으로 한 혁신적인 훈련 패키지 개발하며, 남부아프리카 국가에 연구결과 공유를 통해 남-남 학습방식 증진을 목표로 함.
- 사업 수행을 위해 구체적인 경제적 타당성 조사에 대한 실질적 지원, 법학 전문지식 제공, national dialogue 과정 지원, 사회보장체계 구축의 거버넌스 및 행정적인 측면에 관한 자문을 제공함.
- 사업을 통해 3가지 성과가 나타남.
 - 근거기반 National Dialogue를 통해 국가 환경에 적합한 사회보장체계 수립을 위한 정책 및 혁신적인 전략 개발
 - 예산계획 및 국가 모니터링 체계를 포함한 사회보장의 확대를 위해 개선된 법률, 행정 및 거버넌스 구조는 국제 사회보장기준에 따라 설계
 - 3개국의 사회보장체계 수립에 대한 지식기반 및 모니터링 역량 개선

가. 양자협력

□ 일본 對베트남 보건의료 영역 및 장애인지원 ODA 사업 사례

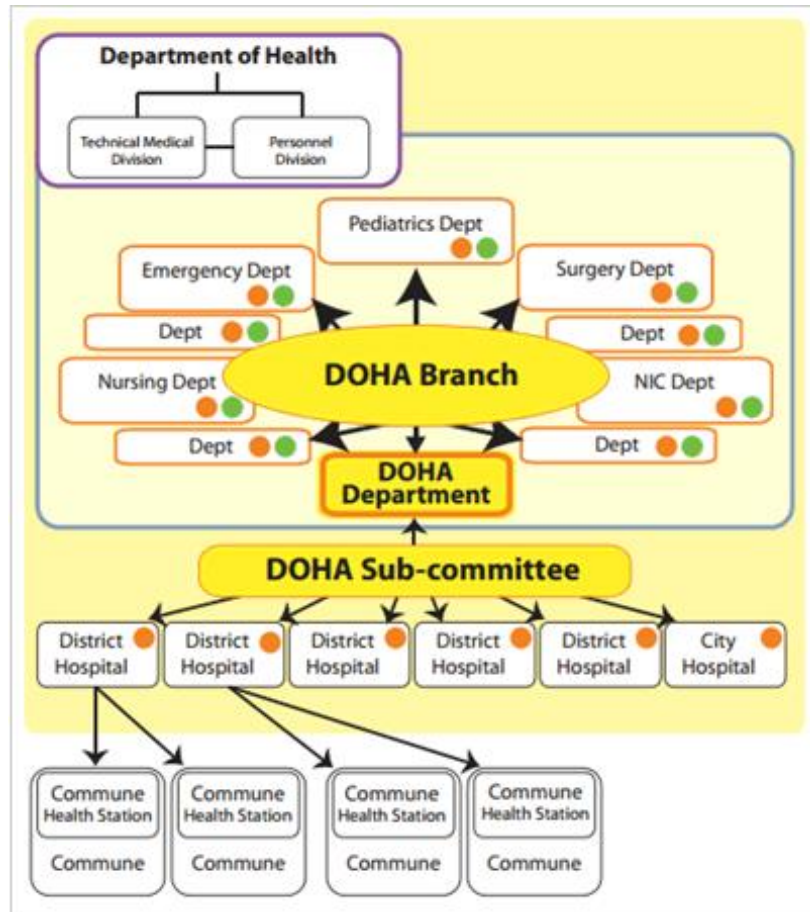
○ (JICA) 북서지방 의료서비스 강화를 위한 프로젝트(Project for Strengthening Medical service in Northwest Provinces)⁷⁾

- 일본은 베트남에서 주로 1) 경제성장 및 인프라, 2) 환경, 3) 거버넌스 분야에 주력하고 있는 바, 보건분야에 대한 ODA는 상대적으로 적은 편임 (김현경 외, 2015, p, 121).

7) <https://www.jica.go.jp/project/english/vietnam/022/outline/index.html>

- 대상지역: 6 Northwest Provinces: Hoa Binh, Lao Cai, Dien Bien, Lai Chau, Son La, Yen Bai
- 기간: 2013/3/20~2017/3/19
- 참여조직: Medical Service Administration - Ministry of Health (MSA-MOH), Department of Health (DOHs) in Provinces, 주정부 및 지방 병원
- (배경) 의료진 훈련은 베트남 보건분야 최우선 과제 중 하나이며, 중앙 수준의 주요 병원은 주 차원의 의사와 간호사를 위한 지속적인 의료 훈련을 촉진하는 데 중요한 역할을 함. 하지만 현재 시장 중심의 경제 발전 결과로 가장 숙련된 보건인력은 대도시와 도시 지역에 집중되어 있으며, 외곽과 농촌 지역에는 인력 규모와 숙련수준 미흡한 문제가 있음. 특히 베트남에서 가장 열악한 지역 중 하나인 북서지역은 의료진이 극도로 부족. 따라서 이 지역의 의료서비스 개선을 위한 사업
 - JICA는 호아빈 지방, 2004.12월~2009.12월 ‘건강관리 강화 프로젝트’를 진행하여 지방 보건부 관리 역량 강화를 위해 주정부 차원에서 지구 (district) 수준으로 교육 및 감독 강화를 지원함. 이 프로젝트의 성과로 1) DOHA(보건의료 사무실, Direction Office for Healthcare Activities) 네트워크가 안착화되어 잘 작동하고, 2) 정보 연계를 통해 주와 지구 단위 병원간 환자 연계시스템이 작동. 따라서 호아빈 지역과 베트남 보건부는 호아빈 모델을 인근 지역에 보급할 것을 요청함.
- (목표) 북부 산악지역의 지속가능한 의료서비스 개선을 위해 DOHA 및 환자연계 시스템 강화
- (결과물) 1) 호아빈 모델을 대상 지역으로 확대하기 위한 DOHA 운용을 위한 보건부 역량 강화, 2) 호아빈 지방과 같은 환자연계 시스템 구축

[그림 4-9] DOHA 네트워크



자료: <https://www.jica.go.jp/project/english/vietnam/022/outline/index.html>

- (JICA) 간호인력 훈련을 위한 협력: “신입 간호사의 임상 훈련 시스템 강화”에 관한 기술 협력 프로젝트(Vietnam and Japan Cooperate in Training for Nurses, 2016)
 - 베트남 일본 국제 협력기구(JICA)와 보건부 과학 기술 훈련 국장, “신입 간호사의 임상 훈련 시스템 강화”에 관한 기술 협력 프로젝트에 서명(2016년 2월)
 - (목표) Dien Bien, Vinh Phuc, Binh Dinh 및 Dong Nai 지방의 중등 의

료 학교, 대학교 및 대학교의 신입 간호사 훈련. 하노이의 바흐 마이 병원 (Bach Mai Hospital)과 세인트 폴 병원 (St. Paul Hospital)에서 실습하는 신입 간호사 대상.

- (배경) 베트남에는 여전히 전문 간호사가 부족하여 인적 자원의 질을 향상시키기 위해 신입 간호사의 임상 훈련 시스템 표준화에 대한 큰 요구가 큼
- (내용) 신규 간호사를 위한 역량 기반 임상 훈련을 위한 표준 교과과정, 트레이너 훈련 (TOT) 시스템, 모니터링, 감독 및 감사 시스템, 전국 규모 확장을 위한 로드맵 개발
- (현황) 현재 베트남에는 약 150개의 간호학교가 있으며 새로 졸업 한 간호사의 수는 36,000 - 40,000명
- (확장성) 베트남과 다른 아세안 국가들은 서로의 의료 서비스, 간호 서비스 및 치과 서비스를 인정하는 계약을 체결. 협정에 따르면, 면허를 가지고 있는 회원국의 시민은 다른 회원국에서 일할 수 있음.

○ (JICA) 베트남 심혈관 질환 의료기술 지원 프로젝트(The Project for Medical Technical Support of Cardiovascular Diseases in Vietnam)⁸⁾

- 의료진 강의 및 실습, 의료진 기술 모니터링 지원
- 선천성 심장 질환의 외과 치료에 관한 집중 강의 코스 개설
- 오카야마 대학 병원 베트남 의료진 교육 훈련, 오카야마에서 교육훈련을 이수한 베트남 의료진이 매뉴얼 작성
- 심혈관 수술, 마취, 집중 치료, 소아 심장학, 의료 공학 및 간호로 일본에서 1명, 각 분원에서 3명으로 각 분야의 리더그룹 형성
- 중환자 병원에서 심혈관 수술의 기본 및 고급 콘텐츠 프로그램과 신생아 환자 및 수술 후 장기 외래 환자의 기본 외래 환자 관리를 포함한 수술 전 진단 및 관리, 위성 병원에서 강의 시작
- 하노이와 호치민시 분원의 자율 집중 강의, 베트남 지원이 다른 참가자의

8) https://www.jica.go.jp/vietnam/english/activities/c8h0vm00004cfemz-att/GC_19.pdf

추가 교육 및 실습 위해 상호 방문

○ (JICA) 베트남 재활모델 개발과 재활 인적자원 훈련을 위한 프로젝트, 페달휠체어 활용⁹⁾

- (배경·필요성) 교통사고 등으로 이동이 어려운 장애인 증가, 재활사업의 필요성 증대됨. 다른 한편으로 베트남의 재활 수준은 매우 낮음. 병원에 머무는 기간은 매우 짧고, 퇴원 후 사후관리가 거의 되지 않는 상황. 따라서 재활을 통해 사회에 복귀할 수 있도록 재활 인력과 환경을 마련할 필요와 요구가 큼. 환자중심 재활모델을 구축하여 의료기관에 확산시키고, 인력을 양성하고자 함.
- (목표) 중장기 목표: 재활모델 개발과 관련 병원에 확대, 인력 양성, 프로젝트 목표: 페달휠체어를 활용하는 환자중심 재활 모델 구축
- (대상지역) 하노이와 근방, 호치민시(베트남식 휠체어 R&D)
- (기간) 2013/12~2016/11
- (기대효과) 해당 기기의 재활효과 연구 및 결과 확산, 새로운 재활모델 연구 및 제도화, 바흐마이 병원의 재활인력 훈련, 저소득 가구 등 다양한 사용자로 기기 접근성 확대

9) https://www.jica.go.jp/vietnam/english/activities/c8h0vm00004cfemz-att/GC_18.pdf

[그림 4-10] JICA 對베트남 영역별 프로그램 목표와 프로젝트(일부 보건, 사회보장과 사회안전망 영역)

Development Issue 2-2	【Current Situation and Challenges】 While Vietnam has achieved remarkable economic growth by introducing market economy, Vietnamese society seems to be vulnerable as well. Besides the current inadequate system for healthcare services and social security, differences in the quality of such social services are widening among regions. Furthermore, income gap between people in urban areas and those in rural areas where 70% of total population resides increases, and rural economy is still underdeveloped. In addition to maternal and child healthcare and infectious diseases, recently, noninfectious diseases have also become serious.			【Cooperation Policy for the Development Issues】 <Health> Based on the Five Year Health Development Plan 2011-2015, Japan supports following areas for improving basic social services: 1. Improving healthcare system by continuing existing cooperation with 3 major hospitals (Bach Mai Hospital in Hanoi City, Hue Central Hospital in Hue City, and Cho Ray Hospital in Ho Chi Minh City). 2. Providing ODA loans to improve infrastructure at provincial hospitals. 3. Strengthening measures against infectious disease by producing vaccine and improving examination of high risk pathogens. <Support for Social Vulnerable, EXpansion of Social Security> Japan supports the socially vulnerable people such as disabilities and victims of human trafficking by improving social welfare for disabilities and preventing human trafficking. <Agriculture and Rural Development> Japan supports sustainable economic development and sets following areas as main targets: 1. Increasing agricultural productivity based on farmers' activities. 2. Industrial development utilizing local resources and conditions of location. 3. Promoting high-value added agricultural and fishery productions through improving institutions to secure food safety. 4. Strengthening food security by measures against cross-border infectious diseases.										
	Social and Living-Standard Improvements and Rectifying Disparities	Program	Objectives of Program	Project	Scheme	Schedule						Assistance Amount (100 Million Yen)	Note	
Health Care		To Support Institutional Health Care and Medical Administration System (Strengthening of Health Care and Medical Organizations' Function, Cooperation among Organizations, etc.), and Infectious Disease Control.	Project for Improvement of the Quality of Human Resources in the Medical Service System	TCP	FY 2012 or Before	FY 2013	FY 2014	FY 2015	FY 2016	FY 2017 or After	5.5			
			Project for Strengthening Medical Service in Northwest Provinces	TCP						2.6				
			Regional and Provincial Hospital Development Project (II)	LA						86.9				
			Project for Implementing Maternal and Child Health Handbook for Scaling up Nationwide	TCP						2.2				
			Project for Strengthening Medical Rehabilitation Service in the Southern Area of Vietnam	TCP						0.8				
			Project for Capacity Development for Laboratory Network in Vietnam of Biosafety and Examination of Highly Hazardous Infectious Pathogen	TCP						3.5				
			The Project for Strengthening Capacity for Measles-Rubella Combined Vaccine Production	TCP						6.2				
			Health Care / Medical	JOCV										
			Grassroots and Human Security Grant Aid	GGA										
			Health Care / Medical	JPP										
			Issue-Based Training etc.	TR										
			Social Security and Safety-Net	To Support Social Security and Safety Net for Vulnerability such as Disabled, Human Trafficking	Asia-Pacific Development Center on Disability (Phase 2)	TCP							4.4	
					Project for the Establishment of Anti-Trafficking in Persons Hotline	TCP								
					Healthcare/Medical/Social Welfare	JOCV								
Grassroots and Human Security Grant Aid	GGA													
Healthcare/Medical/Social Welfare	JPP													
Issue-Based Training etc.	TR													

【Legend】 「PS」 = Preparatory Study 「DD」 = Detail Design 「TCP」 = Technical Cooperation Project 「STC」 = Science Technical Cooperation Project 「TCDP」 = Technical Cooperation for Development Study 「EXP」 = Expert 「TR」 = Training in Japan, 「CTR」 = Country-Focused Training 「JOCV」 = Japan Overseas Cooperation Volunteers 「SV」 = Senior Volunteers 「JPP」 = JICA Partnership Program 「**TA」 = Technical Assistance implemented by Organizations other than MOFA and JICA 「GA」 = General Grant Aid 「NPGA」 = Non-Project Type Grant Aid 「GGA」 = Grant Assistance for Grassroot Human Security Project 「GCGA」 = Grassroot Cultural Grant Aid 「LA」 = Loan Aid (Yen Loan) 「SAPI」 = Special Assistance for Project Implementation 「ML」 = Multilateral Cooperation through International Organizations etc..

□ 독일 베트남 지역보건시스템 증진 사업¹⁰⁾

- 독일개발은행과 독일원조집행기관인 GIZ (Deutsche Gesellschaft fuer Internationalzale Zusammenarbeit)가 공동으로 지원하는 베트남 지역보건 시스템 증진 사업은 2009년 시작되었음.
- 베트남의 50여개 주(州) 중 빈곤층 및 소수민족이 집중되어 있는 5개 주를 대상으로 하고 있음
 - 다섯 개의 주는 모두 베트남의 북부 산간 지역 및 중부 고원 지역에 위치하였는데, 이들 주는 도시지역에 위치한 다른 주들에 비해 사회기반 인프라가 열악하여 각종 보건 서비스에 대한 접근률이 상당히 낮음
 - 주정부의 재정상태가 열악하고 공무원의 수준이 낮아, 보건서비스 개혁을 추진할 수 있는 역량도 부족한 상태임.
- 동 사업은 소외계층의 보건서비스 접근률을 높이는 것을 목표로 △ 정책 컨설팅, △ 보건인력 교육, △ 원격진료 서비스 지원 등 크게 세부분을 집중적으로 지원함.
 - 정책 컨설팅은 주정부 및 지방정부 보건정책 관련 공무원들의 역량강화와, 29개 병원의 경영능력 강화 등을 주로 함.
 - 보건인력 교육은 보건인력의 예방 및 진료 능력 강화, 자궁암과 신생아 케어와 같은 수요가 높은 분야에의 역량 강화에 중점을 두고 있음.
 - 원격진료서비스는 아직 추진 단계에 있는 사업인데, 도로 및 병원 인프라 부족으로 의료서비스 접근이 어려운 산간 지방을 중심으로 원격진료네트워크를 구축하는 사업임.
- 현재까지 약 14개 병원을 대상으로 “경영개혁 5개년 계획”이 수립되었고, 대부분의 병원에서 이미 정부 승인 및 예산 수립이 확정되어 추진단계에 있음.
 - “경영개혁 5개년 계획”은 병원별로 연간 운영 계획을 수립하고, 병원원내

10) GIZ 홈페이지. <https://www.giz.de/en/worldwide/18592.htm>에서 인출. (2015.12.19.)

전자경영 시스템을 구축하며, 보건인력들이 체계적이고 시스템화된 교육을 받을 수 있도록 하는 것을 주요 내용으로 함.

- 이를 위해 독일 정부는 병원경영수업을 개설하여 베트남 보건부(Ministry of Health)의 인증을 앞두고 있으며, 향후 전국적으로 1,000개 병원에 병원 경영수업을 제공할 예정임.

○ 또한, 29개 병원의 2,000여명의 의사, 간호사, 조산사, 약사 등이 신생아케어, 응급처치, 중환자케어, 엑스레이 및 초음파 진료, 약물 오남용 및 중독 치료 등에 관한 교육을 완료하였음.

- 이로 인해 베트남의 병원 위생이 전반적으로 증진되었고, 병원 감염율이 감소하였으며, 무분별한 항생제 사용과 신생아 사망률도 크게 감소한 것으로 나타남.

□ 미국 베트남 장애인 지원 사업 사례¹¹⁾ (김현경 외, 2015, pp. 127~8)

○ 미국의 2014-2018 베트남 국가협력개발전략(Country Development Cooperation Strategy)에서 중점적으로 다루고 있는 분야는 “소외계층을 위한 기회 확충”임 (USAID, 2014).

- 이는 베트남의 포용적 성장을 지원한다는 미국의 지원계획의 일환임.

○ 소외계층을 위한 기회 확충의 일환으로 미국은 기존의 장애인 지원사업을 발전 및 확대시켜 2015년부터 대규모로 베트남의 장애인 지원 사업을 추진하고 있음.

- 미국은 1989년부터 베트남 장애인 지원사업을 지속적으로 실시하고 있는데, 기존의 장애인 지원사업은 단순 물자 (휠체어, 생활 보조금 등)에 그치고 있어 장기적인 효과를 기대하기 어려웠음.

○ 신규 베트남 장애인 지원사업은 1) 물리치료, 직업 교육, 언어치료 제공, 2) 치료역량 강화, 3) 장애인 관련 정책 역량강화 등 크게 세가지로 구성됨.

11) USAID 홈페이지. <https://www.usaid.gov/vietnam/persons-with-disabilities>에서 2015. 12. 18. 인출 및 담당자 인터뷰 바탕으로 작성

- 물리치료와 직업교육, 언어치료는 장애인이 일상생활 및 사회참여에 필수적인 바, 장애인 및 가족들에게 교육환경 제공, 교육에대한 정보 제공, 효율적인 교육 프로그램 배정을 위한 유관기관 연계강화 등이 주로 지원됨.
- 또한 치료인력에 대한 훈련, 지역단위로 필수 치료설비 지급. 그리고 치료의 질과 양 제고를 위한 정책강화도 지원됨.
- 장애인의 인권을 증진하기 위해 장애인협회와 후견인협회를 후원하고, 정부의 장애인 정책 수립에 관련된 컨설팅을 제공함.

□ 사회정책 영역 역량강화 사업

○ 독일 국제협력기구 GIZ: 역량모델 WORKS (Capacity WORKS)

- (배경) 개발협력 상황을 고려한 관리 모델의 개발 필요성 증대
- (비전) 지속가능한 개발을 위한 모델로서의 Capacity WORKS
- (목표) 명확하고 설득력 있는 전략 지향(협력주체·방법에 대한 명확한 이해, 작동가능한 프로그램 구현, 전략 과정에 대한 이해 등), 학습능력 향상에 초점을 둔 혁신
- (중점추진분야) 모성보건, 환경분야, 식수 및 위생분야
- (모델 요인) 1) 전략: 명확 및 최선의 전략적 방향
 - 2) 협력: 누구와 협력하고 어떻게 할 것인가에 대한 명확한 이해
 - 3) 운영구성: 조작가능한 운영 구조
 - 4) 과정: 핵심전략 과정에 대한 명확한 이해
 - 5) 학습 및 혁신: 학습역량 개발 및 통합 방안

○ 스웨덴 국제개발협력청 SIDA: 국제훈련 프로그램 (International Training Programmes, ITP)

- (배경) 프로그램에 참가하는 국가 및 참가자가 스스로의 변화에 대한 의지가 있다는 가정 하에 중저소득국가 출신의 자격을 갖춘 참가자 대상으로 전문 훈련 프로그램 제공

- (비전) 개별 국가 및 단체에서 개혁의 결정권을 지닌 참가자에게 훈련의 자격이 주어지며, 해당 프로그램의 이수가 관련 조직의 향상된 변화에 기여하는 것에 목적을 둔
- (목표) 개별 역량강화 훈련이 아닌 참가자가 속한 단체 및 분야의 계획에 변화를 줄 수 있도록 역량을 강화시킴이 목적
- (중점추진분야) 협력국가의 사회적, 환경적 및 경제적 발전에 전략적으로 중요한 분야를 다루고 있으며, 협력국이 선정한 우선순위와 수요에 기반을 두어 다양한 프로그램 제공

3. 베트남 보건의료·사회보장 개발협력 사업 개발

- 한국과 착수 단계에 있는 다양한 보건의료 및 사회보장 분야 협력사업의 효과성을 제고하기 위해서는 베트남의 수요에 부응해 기진행되고 있는 한국-베트남간 사업의 기획을 강화하고 중장기적인 시야를 바탕으로 사업을 확대하는 것이 현실적이며 가장 요구되는 작업임.
- 한국은 베트남 양자협력에서 세 번째로 큰 비중을 차지하고 있는 만큼 양국 교류가 이미 활발함. 하지만 보건의료·사회보장 분야에 대한 사업은 비중이 크지 않고, 특히 정책컨설팅은 초기 수준임.
- 한국은 OECD대한민국정책센터, ILO 아태지역 사무소와의 협력을 통해 아태지역 정책컨설팅 사업을 진행하고 있음. 주로 교육연수 사업으로 이뤄지는 국제기구와의 협력사업을 확대·강화함으로써 아태지역 사회정책 네트워크 허브로서 기능할 방법을 모색
- 개별 사업단위로 진행되는 협력사업을 사회개발을 틀 안에서 상호 연계, 확대할 수 있는 방향성을 제시하고자 함.
- 첫 번째 단계는 보건복지 영역에서 기 진행되는 사업, 또는 수요가 확인되는 사업들의 연계성을 강화하여 효과성을 제고하는 것임.

- 두 번째는 보건복지 영역을 넘어서 교육, 주거 영역으로 확대하여 사회개발 모형 구축의 가능성을 진단해보고자 함.

가. 베트남 보건의료·사회보장 영역 협력사업 확대·개발

□ (보건의료) 베트남 보건의료 영역 ODA 사업 동향과 수요

- (양자·다자협력) 베트남 보건부와 WHO는 베트남 건강보험 제도 안착과 강화, 의료시스템의 공적 기능 강화, 의료서비스 질 향상을 위해 한국과 장기적 협력 관계 구축 및 한국 제도 공유에 대한 수요가 있음.
 - 베트남 보건부와 WHO는 한국의 건강보험심사평가제도(Health Insurance Review & Assessment Service, HIRA), 한국보건의료인국가시험원의 자격증 제도에 주목하고, 한국에 제도 전수를 위한 협력관계 구축을 요청. 이에 한국보건의료인국가시험원(이하 국시원)에서는 ‘베트남 국가시험원 설립 협력사업’ 수행.
 - 베트남의 해당 수요에 따라 국시원과 협력관계가 구축되었으나, 사업 및 협력관계가 안정적·장기적 전망이 없다는 문제가 있음. 해당 사업에 대한 지속적인 수요 및 성과 확인을 통해 장기적이고 안정적인 예산확보 및 사업 형성이 요구됨.
 - 단기 교육연수 사업이 아니라 한국의 제도와 경험을 공유하고 안착시키기 위해 장기적이고 안정적인 정책컨설팅, 장기 인력 파견 등의 수요가 있음.

□ 베트남 국가시험원 설립 협력사업(2018년)

○ 기존 추진배경 및 경과

- 베트남에서는 의사 국가시험 도입 준비 과정 중, 해외 벤치마킹을 위하여 국시원을 방문하였음
- 이에, 국시원에서는 베트남의 의사 국가시험원(National Medical Council) 설립 및 도입과 관련하여 자문을 통해 지원을 하기로 함

○ 관련예산

- 기존예산: 약 10,000,000원

○ 구체적 협력내용

- 국가시험원 설립 및 국가시험 시행 자문 관련 MOU 체결 예정
- 자문관 파견 예정

○ 협력 주체

- 베트남 보건부

○ 향후 추진계획

- MOU 체결 및 자문관 파견 예정

○ (UHC 다자협력) ILO-룩셈부르크 공동 프로젝트 “동남아시아 건강보장 확대 (Support to the extension of Social Health Protection in South-East Asia)”와 같은 국제기구 프로젝트에 하나의 주체로 참여

- 프로젝트는 보편적 건강보장(UHC)과 ILO의 최저사회보호 프로그램 (2016-30)의 틀 안에서 베트남, 라오스, 미얀마의 건강보장 확대를 목적으로 함.

- 42개월간 지속되며, 6개월 단위로 이해관계자들과 조율

- 프로젝트는 지역적 지식교류, 공동연구, 건강보장 정책 영역에서 연구기관 등에 대한 훈련기회를 제공할 수 있으며, 국가 단위에서 건강보장전략 수립과 다른 개발협력 파트너와의 활동과도 연계할 수 있을 것으로 기대됨.

- (한국의 참여가능성과 방식) ILO와 아세안 주요국가인 태국은 이 프로젝트를 시작으로 아세안 국가로 건강보장 프로그램을 확대하고자 하는 계획을 세우고, 보건 분야 석사 학위과정 설립을 논의하고 있음. 이 과정에서 다양한 정책 컨설팅과 지식교류, 공동연구 등에 초기부터 협력국으로 참여할 방안을 검토할 필요가 있음.

- 한국이 보건 분야 석사 학위과정 커리큘럼 논의, 강의·공동연구 수행 등

전문가 참여

- 후속 프로젝트 기획, 펀딩을 통해 아세안 국가를 대상으로 하는 건강보장 제도 구축을 위한 다자협력의 주요 주체로 한국의 보건복지부가 참여하는 방안

□ (사회보장) 베트남 소득 및 복지서비스 보장 영역 ODA 사업 동향과 수요

○ (노후소득보장, 연금제도 양자협력) 현재 국민연금공단(NPS)과 단속적인 협력 관계를 맺고 있음. 베트남은 NPS 뿐만 아니라 한국 연금제도와 기초연금을 포함한 노후소득보장제도 전반에 관한 다각적인 경험을 공유할 지속적인 파트너를 찾고 있음.

- 한국의 국민연금과 같은 공적연금제도에 대한 관심은 크고 지속적임. 이 수요를 바탕으로 공적연금 국제연수와 같은 교육연수 프로그램이 커리큘럼의 변화발전과 더불어 지속 및 확대되고 있음. 제도 실무 관련 교육내용이나 기관방문 확대가 이러한 과정을 보여주고 있음.

- 하지만 단기적인 교육연수사업의 한계는 여전히 있으므로, 보험계리 전문가 등 아태지역 인적역량 강화를 위한 중장기 교육프로그램 설계·구축, 공동연구, 전문가 인적교류를 통해 협력국가 간 지식·경험 교류 위한 허브 역할 수행 위해 한국 보건복지부와 연금공단, 한국보건사회연구원을 비롯한 연금 전문가가 참여하는 방식을 적극적으로 고려할 수 있음.

- 2018년 베트남과 사회보장협정 및 행정약정을 위한 협정 실무회담 및 약정 회담 등을 추진할 계획

□ 국민연금공단(NPS) 공적연금 제도연수 교류협력 사업

○ 추진배경 및 경과

- (추진배경) 우리나라의 국민연금제도 도입·확대 경험을 전수하고, 양국 간 정보 및 인적 교류를 활성화하여 우리나라 국가 이미지 제고와 해당국 연금제도발전에 기여

- (추진경과) 22개국 대상 제도연수 실시, 5개국 연금제도 교류협력 MOU 체결, 6개국 반환일시금 지급 협력 MOU 체결

○ 관련예산

연도	2013	2014	2015	2016	2017
사업비(단위: 만원)	-	3,000	3,000	3,000	3,100

* '14년부터 '17년까지「국민연금 국제연수과정 설치 및 운영에 관한 MOA」체결로 OECD대한민국정책센터가 지원했고, 올해부터는 지원 및 예산 확보를 통해 6,500만원

○ 구체적 협력내용

- (국제연수) 2013년부터 23개국을 대상으로 총 39회에 걸쳐 국민연금제도 운영, 연금개혁 및 확대 경험 등에 대한 국제연수 실시
- (MOU) 국민연금공단과 상대국 연금기관 간 MOU 체결 및 시행
 - 연금제도 정보교환 및 인적교류를 위한 교류협력 MOU 체결
 - 반환일시금 지급 편의 제고를 위한 MOU 체결 및 시행

○ 협력 대상국가('18.9월 기준)

국제연수	교류협력 MOU	반환일시금 편의제고 MOU
방글라데시, 부탄, 미얀마, 네팔, 베트남 , 캄보디아, 우즈베키스탄, 인도네시아, 스리랑카, 파키스탄, 말레이시아, 몽골, 라오스, 이란, 중국, 브루나이, 필리핀, 미얀마, 태국	몽골, 인도네시아, 베트남 , 네팔, 파라과이, 태국	태국, 몽골, 인도네시아, 우즈베키스탄, 스리랑카, 키르기스스탄

○ 2018년 추진실적

- 제5차 정기 아태지역 공적연금 국제연수 실시 ('18.6월)
- 말레이시아, 인도네시아, **베트남**, 스리랑카 연금기관(EPF) 대상 맞춤형

방문 제도연수, 태국 연금기관 대상 현지 제도연수 제공 ('18.4~9월)

- 태국 사회보장청과 국민연금공단 간 제도연수 및 연금제도 정보교환 등 교류협력 활성화를 위한 MOU 체결 ('18.9월)
- ODA 지원 사업을 국민연금제도 분야 등 복지 분야로 확대하기 위해 외교부에 KOICA 정부부처 제안사업 제안서(글로벌연수사업 - 다국가 연수) 제출 ('18.8월)

○ 향후 추진계획

- 몽골 연금기관 대상 방문연수, 스리랑카 연금기관(SSB) 대상 현지연수 제공 ('18.10~11월)
- 스리랑카 연금기관과 국민연금공단 간 연금제도 정보교환 및 인적교류 활성화를 위한 교류협력 MOU 체결 추진 ('18.11월)

○ (연금제도 양자·다자협력) ILO 베트남 사무소를 비롯해 동아시아 지역사무소는 아시아 지역을 대상으로 연금개혁을 주축으로 하는 노후소득보장제도 설계 및 정책컨설팅 사업을 기진행하고 있음.

- 한국은 ILO의 연금관련 교육과정을 아태지역에 구축하는 과정에 참여, 제도 구축을 위한 인력파견, 공동연구 등을 ILO와 협력적으로 수행할 수 있음.

○ UN 국제기구들은 베트남의 지속적인 발전에 주목하여 베트남을 포용적 성장의 시범사례로 만들기 위해 보건복지정책, 노동시장 정책 역량강화에 투자하고 있음.

- 아일랜드 원조청(Irish Aid)과 ILO 공동 프로젝트(2017-2020)로 “포용적 성장, 사회보호와 일자리(Inclusive Growth, Social Protection and Jobs)” 시행 중.

- 프로젝트(ILO/Irish Aid project)는 베트남을 포함해 일부 선정된 파일럿 국가를 대상으로 사회보호 촉진과 강화, 남남간(South-South) 협력과 지식교류를 목적으로 함. 남남간 지식교류와 역량강화를 통한 사회보호 강화에 대해 논의하고, 각국의 경험과 좋은 사례를 확산할 수 있는 기

회를 제공할 것으로 기대됨.

- 프로젝트는 ILO의 Global Flagship Programme on Building Social Protection Floors for All (SPF's) 2016-30을 실행하는데 기여
- 베트남의 해당 프로젝트는 한국의 취약계층 보호와 소득증대, 이를 통한 성장이라는 기조에도 부합하므로, 사회보호를 위한 역량강화 사업 참여를 통해 성공사례 확산에 기여할 수 있을 것으로 기대.
- 지식컨텐츠 제공(복지부, 보사연), 신규 펀딩 등 방식을 통해 ILO의 프로젝트, 또는 ILO/Irish Aid project에 참여할 가능성에 대한 논의 가능

○ 한국의 사회복지 정책 교육연수사업 확대

- 한국은 사회복지 정책 및 제도 수립 과정에서 다양한 성공과 실패를 경험해왔음. 축적된 경험과 제도에 대한 단기 교육연수사업이 진행되고 있음.
- 하지만 사회제도와 정책은 각국의 환경에 적합하게 설계 및 운영되어야 하고, 사회복지사와 같은 전문인력도 확대되어야 함. 중장기 교육연수와 공동연구, 장기 지식 및 인력교류 등 지속적인 교류협력을 강화할 수 있도록 대상국 확대, 예산 확대, 중장기적인 사업 기획 등이 요구됨.

□ Welfare Korea Academy

○ 기존 추진배경 및 경과

- (추진배경) 정상 해외 순방 시 체결된 사회복지분야 협력에 관한 MOU를 계기로 국제협력에 관한 제도적 통로 마련 필요
 - 우리의 우수한 복지모델을 수출하고 상대국의 복지제도 개선 및 복지인력 역량강화를 지원하는 국제협력 사업 개발
 - (추진경과) '17년부터 복지분야 초청연수 본격시작(복지부 민간경상보조사업)
 - 한국의 사회복지 정책, 사회서비스 제도 등 노하우와 경험 공유
- * '17년 몽골, 우간다, 에티오피아 30명 2.5억/ '18년 몽골, 라오스 20명 1.9억 ('17년 2회 28명 수료, '18년 상반기 10명 수료)

○ 관련예산

- (기존예산) '17년 250백만원 (3개국) → '18년 190백만원* (2개국)

* '18년 초청대상 : (상반기) 라오스 10명 / (하반기) 몽골 10명

○ 구체적 협력내용

- 한국 사회복지 정책·제도 공유를 통해 수원국 복지정책 발전 적용점 도출 및 복지정책 역량강화

〈 Welfare Korea Academy 교육일정(안) 〉

1일차	2일차	3일차	4일차	5일차	토/일
입교식	한국 사회복지 정책 및 사회복지법	공공부조와 자활사업	한국 사회복지 전달체계	사회문제와 사회복지	
액션플랜 워크숍1 (라오스현황발표)	현장방문 〈보건복지부〉	자산형성 지원제도	고용보험 및 산재보험 제도	한국의 국민연금제도	한국문화 시찰
한국 복지국가의 형성과 발달	〈조치원 읍사무소〉	현장방문 〈충북자활센터〉	한국문화 체험	현장방문 〈국민연금공단〉	
한국어 이해					
6일차	7일차	8일차	9일차	10일차	11일차
한국의 건강보험제도	한국 사회복지서비스 현황	사회서비스와 전자바우처	노인복지서비스	액션플랜 워크숍4 (액션플랜 수립)	
현장방문 〈건강보험공단〉 〈사회보장정보원〉	장애인 복지서비스	현장방문 〈영명보육원〉	액션플랜 워크숍3 (국제NGO미팅)	액션플랜 워크숍5 (액션플랜 발표)	출국
	현장방문 〈청주장애인 종합복지관〉	아동복지서비스 액션플랜 워크숍2 (라오스 이슈분석)		수료식	

○ 협력 대상국가

- 사회복지분야협력에 관한 MOU 체결국 중 ODA 수원국에 해당하는 몽골, 에티오피아, 우간다, 라오스('18.2월 기준)

○ 협력 주체

- 사업총괄 및 모니터링·평가 : 보건복지부 복지정책과
- 사업수행 및 운영 : 한국보건복지인력개발원 글로벌협력센터

○ 향후 추진계획

- 신남방정책에 따라 아세안 연수 확대 예정(복지부 복지정책과 협력)

* 아세안+3: 동남아 국가연합 10개국(라오스, 싱가포르, 필리핀, 말레이시아, 태국, 미얀마, 인도네시아, 캄보디아, **베트남**, 브루나이)+중국, 일본, 한국

- 복지분야 초청연수 확대를 위해 한국사회복지협의회 국제협력사업 협력방안 협의
- 연수종료 후, 라오스 복지연수 수요조사 및 현장 모니터링 수행을 위한 현지방문(11월, 노동사회복지부)
- 복지분야 초청연수 ODA 예산(복지부 보조금예산)이 한정적이기 때문에, 외교부 글로벌연수 정부부처 수요조사에 적극 대응
- '19년 복지분야 연수 계획수립 및 과정개발(~12월, 교수연구실 협업)

□ 베트남 보건복지분야 ODA 신규 사업 제안

○ 보건의료서비스 지역격차 완화를 위한 협력사업

- (필요성) KOICA 베트남 사무소에서의 인터뷰와 일본에서 시행되고 있는 북서지방 의료서비스 강화 프로젝트, 독일 지역보건시스템 증진사업의 배경, 그리고 WB의 보고서에 따르면, 베트남 도시지역의 빈곤율은 완화되고 새천년개발목표 달성율이 높지만 북부 고산지대의 빈곤율은 매우 높아 극심한 지역격차를 보여주고 있음.
- 보건의료 서비스는 가장 기초적인 욕구 달성을 위해 필수적인 영역이지만 이에 대한 지역격차도 큼. 숙련된 보건의료인력과 의료시설 모두 대도시와 도시 지역에 집중되어 있어 북서지역, 소수민족의 의료서비스 접근성 개선은 베트남 보건의료 정책에 있어서 매우 중요한 영역임.
- 독일, 스웨덴 등의 베트남 보건의료 영역 사업은 감소하는 추세이고, 일본의 보건의료 영역 사업은 여전히 활발함. 일본의 북서지역 의료접근성 제고를 위한 사업은 주로 의료인력 양성, 간호인력 교육, 환자연계 시스템 강화

등임. 한국의 협력사업 기획을 위해서는 기존 사업의 효과성과 사업내용을 검토하고, 베트남 보건부와 의 논의를 통해 한국의 정책적 경험을 살릴 수 있는 사업을 기획할 필요가 있음.

- 국가간 관계에 기반한 사업구상이 요구됨.

〈표 4-11〉 지형별 빈곤율, 빈곤인구 분포, 2016

	Poverty Headcount Rate (%)		Population composition with location (%)		Population distribution across locations (%)	
	Ethnic Minorities	Kinh & Hoa	Ethnic Minorities	Kinh & Hoa	Ethnic Minorities	Kinh & Hoa
Urban	20.4	0.7	4.5	95.5	8.7	34.7
Rural Communes						
Coastal	25.4	4.1	3.4	96.6	0.9	4.8
Inland delta	12.1	3.8	2.8	97.2	6.3	41.4
Hills/midlands	9.4	1.7	6.8	93.2	1.7	4.4
Low mountains	34.4	5.3	28.9	71.1	23.0	10.7
High mountains	57.0	10.4	72.8	27.2	59.4	4.2

자료: World Bank(2018). Climbing the Ladder: Poverty Reduction and Shared Prosperity in Vietnam(p. 24)

○ 장애인 복지 확대를 위한 협력사업 강화

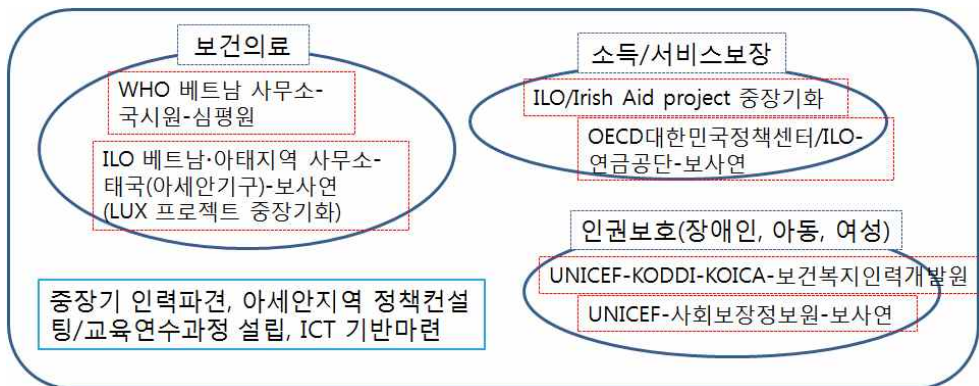
- 베트남은 한국과 마찬가지로 전쟁을 경험한 국가로 이로 인한 장애인 문제가 심각하고, 복지정책적 대응이 요구되는 국가임. 그리고 일본의 장애인 지원사업 배경에 따르면 경제성장과 더불어 교통사고 등으로 인해 장애인은 증가하는 데 비해 복지나 재활서비스에 대한 정책적 대응은 미흡한 수준임.
- 미국과 일본의 장애인 지원사업의 내용과 성과 등을 확인한 후 지속성과 연대성에 기반한 한국의 장애인 지원사업으로 한베 국가관계 제고에도 도움이 되는 사업을 구상할 수 있음.
 - 일본의 사업은 발달장애 R&D 등 의료기기 사업적인 성격이 강함.
 - 한베간 역사적인 관계성과 전쟁을 경험한 유사성, 지역적 접근성, 격차 해소와 취약계층 기회확대 등의 배경과 취지상 의의와 중요성이 매우 큰 사업으로 기대됨.

- KODDI의 사업 강화와 공동연구 확대 필요

○ 사회보장을 위한 ICT 기반 사업

- 사회보장 강화를 위해 빈곤선 설정, 소득수준 파악 등 통계 확보를 위한 기술기반이 형성되어야 하며, 한국은 ICT 분야, 특히 사회보장 분야 기술기반 강화에 있어서 장점을 갖고 있음.
- WB의 베트남 사회안전망 강화 프로젝트가 효율적인 정보시스템을 도입하여 궁극적으로 사회보장시스템을 구축하고자 하였음. WB 사업 성과를 확인할 필요
- 사회보장제도 및 빈곤층에 대한 데이터베이스 등은 우리 행복e음, 건강보험 빅데이터 등과 유사한 정보시스템으로 구축 가능. 따라서 베트남뿐만이 아니라 사회보장제도를 구축하는 모든 개발국에서 필요로 하므로 확장가능성도 크고 제도 구축을 위한 연계사업으로 발굴할 가능성도 매우 큰 사업
- 한국의 사회보장정보원, 건강보험공단이 협력 주체

[그림 4-11] 베트남과의 협력사업 현황과 전망



○ 국제기구 사업 다자간 파트너로 참여

- 한국은 World Bank나 ADB처럼 대규모 편당을 활용해 다양한 사회보장 프로그램 구축을 시도하기에는 경험과 예산이 부족함.
- 하지만 사회정책 발전, 건강보장제도·의료시스템, 사회보험 및 공공부조 제

도 구축, 제도 시행을 위한 인프라 구축의 경험은 풍부함. 이를 개발협력사업으로 기획하고 실행한 경험이 부족.

- 따라서 콘텐츠는 풍부하되 이를 실행한 경험부족을 보완하고, 다자간 국제협력에서의 주도권 강화라는 목표를 달성하기 위한 첫 단계로 국제기구의 사회보장 프로그램 구축 및 역량강화 사업의 전문 컨설턴트로 참여하는 방안 모색
- 보건복지부 관련 기관의 국제협력 담당자 및 관련 전문가 풀을 마련하고, 보건복지부가 채널로서 전문가들을 참여할 수 있도록 하는 방안.

나. 사회개발 모형 구축을 위한 협력사업과 토대 마련

□ (맞춤형 ODA 사업모형) 사회개발영역의 개별사업을 수요에 맞게 맞춤형으로 구성하는 모듈화(=〈사회개발 ODA사업 모듈〉)

- ODA사업의 모듈화 방식이란 사회개발을 구성하는 각 하위분야의 사업을 수원국의 대상지역 주민들의 욕구에 맞게 패키지화하는 방식
- 사회개발의 하위범주란 1) 보건의료, 2) 보육 및 돌봄서비스, 3) 교육, 4) 고용보장(고용서비스 및 직업훈련), 5) 소득지원, 6) 주거서비스 등
 - [그림 4] 〈베트남 사회보장과 사회정책 영역〉을 그린 사회정책 개요도가 동일한 영역을 포괄함.
- 현장중심 사업설계 : 정부와 주민 등 지원대상의 욕구와 특성을 고려

□ 사회개발 사업 간 연계체계 구축

- 거버넌스 차원에서 많은 시간과 노력이 필요한 것은 각 부처가 소관하는 사회개발 하위 범주의 사업들을 연계하는 시스템을 구축하는 전략이 필요
 - 한국은 보건복지부가 보건의료, 보육 및 돌봄서비스, 소득지원 영역, 고용노동부가 고용보장과 소득지원, 교육부가 교육분야를, 국토부가 주거서비스를 담당하고 있으며, 각 개발협력 사업도 해당 부처에서 소관함.

- 하지만 취약계층을 대상으로 하는 사업은 고용서비스, 교육사업, 주거서비스 모두 복지부 사업의 지원대상과 직접적으로 연계되어 있어, 통합적인 사회보장체계 구축 및 사회개발을 위해서는 복지부가 중심적인 역할을 할 필요가 있음
- 이를 위해서는 국제개발원조사업에서 보건복지부를 비롯한 사회정책 관련 부처 사업 간의 연계를 추진할 수 있는 거버넌스/정책협의체 구성이 필요
 - 국제개발협력위원회 산하의 소위원회를 구성하는 방안
 - 보건복지부가 사회개발을 위한 부처간 협의체를 구성하는 방안
- 실제 사회개발분야 사업들을 연계하기 위해서는 관련 사업추진 기관들과의 협의체를 구성하여 운영할 필요. 관련 기관을 예시하면,
 - 보건의료 : KOFIH, 건보공단, 심평원, 기타 비영리단체
 - 복지서비스 : 사회복지관협회 등
 - 고용창출 : 중앙자활지원센터, 사회적기업진흥원, 기타 사회적경제 조직
 - 주거개선 : LH공사, 주거복지협의회 등
 - 기술협력 : 각 전문기관 및 국책연구기관
- (정부간 협력 관계 형성 및 사업구상) 사회보호 분야를 망라하는 제도 구축을 위해 정부간 협력체 구성 및 사회개발을 위한 중장기 협력 계획 수립
- 베트남의 사회보장제도 관련 부처인 보건부(Ministry of Health, MOH)와 노동보훈사회부(Ministry of Labour-Invalids and Social Affairs, MOLISA), 한국의 보건복지부가 협력적 관계를 지속하기 위해 조직 구성
 - 보건과 복지 영역 거버넌스에 제안된 바와 같이 논의체를 구성하고, 국제협력관실이 두 논의체의 논의 통합, 종합적 사업 구상
- 보사연과 베트남 각 부처 산하 연구기관, 대학 등을 중심으로 연구 네트워크 구축하여 보건복지분야 현황 프로파일링 및 개발사업계획서 작성
 - 베트남 사회정책 및 사회개발을 위한 협력사업을 기획하기 위해 베트남 프

로파일링 리포트를 양국 공동연구로 작성

- 베트남 기획투자부의 원조계획으로 수행될 수 있도록 기획
- 보건복지부와 베트남 정부간 중심으로 보건의료 및 사회보장 핵심분야 협력사업을 진행하면서, 국제개발협력위원회 내에서 소위원회 구성 및 타 부처와의 협의체 통해 타 부처 사업과 확대 및 연계

참고문헌 <<

- 국제개발협력시민사회보험·한국국제협력단(2015). 알기쉬운 지속가능발전목표. 국제개발협력 시민사회보험·한국국제협력단.
- 관계부처합동(2008). 제3차 장애인정책발전 5개년 계획. 관계부처합동.
- 관계부처합동(2012). 제4차 장애인정책종합계획 2013~2017. 관계부처합동.
- 관계부처합동(2017). '18년 국제개발협력 종합시행계획(안). 관계부처합동.
- 관계부처합동(2015). 제2차 국제개발협력 기본계획(안). 관계부처합동.
- 관계부처 합동(2016). 베트남 국가협력전략(2016.12)
- 관계부처 합동(2017). '18년 국제개발협력 종합시행계획(안)
- 김성희, 이송희 외(2012). 제4차 장애인정책종합계획(2013~2017) 수립방안 연구. 보건복지부·한국보건사회연구원.
- 김성희, 윤상용, 이승기 외(2011). 장애인서비스지원체계 개편 연구. 보건복지부·한국보건사회연구원.
- 김성희, 윤상용, 강민희 외(2010). 장애인의 통합사회 구현을 위한 복지정책 연구 - 장애인정책 발전 5개년계획 복지분야 중간점검. 한국보건사회연구원.
- 김성희, 이송희(2012). 장애인활동지원제도 도입에 따른 개선방안. 보건복지포럼 2012년 2월 호
- 김성희, 이송희(2012). 일본 장애인자립지원제도의 발전과 장애등급 판정체계 고찰. 보건복지포럼 2012년 3월호
- 김찬우 외(2008). 장애인 장기요양보장을 위한 정책 연구. 가톨릭대학교.
- 김현경 외(2015). 보건복지분야 ODA 활성화 방안 연구. 한국보건사회연구원
- 남은우, 김하윤, 신동은, 이태호, Yuliya Dronina, 이재원(2017). 글로벌협력사업 중장기 로드맵 구축. 국민건강보험공단
- 보건복지부·한국보건사회연구원(2012). 제4차 장애인정책종합계획(안) 수립 관련 정책토론회. 보건복지부·한국보건사회연구원.
- 서상목, 한국의 사회개발 경험도 수출할 수 있다, 서울경제, <백상논단>, 2018년 10월 21일자
- 이주영. (2018.11.26.). 사회개발과 인권기반 국제협력) 국제개발협력기본법. 자문회의 자료.
- 정영애(2017). 국제표준 심사평가 매뉴얼 (Medical Audits Toolkit) 개발의 의미와 시사점. HIRA 정책동향 11권 2호. 건강보험심사평가원. p16-25.
- 한국수출입은행. (2015). 베트남 주요 경제지표.

- Bertelsmann Stiftung, BTI 2018. (2018). Country Report Vietnam.
- Dahlgren, G. and Whitehead, M. (1991) *Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health*. Stockholm: Institute for Futures Studies.
- Fried. P. F., Tangen, C. M., Walston, J., Newman, A. B., Hirsch, C., Gottdiener, J., Seeman, T., Tracy, R., Kop, W. J., Burke, G., and Mcburnie. (2001). Frailty in older adults: evidence for a phenotype, *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 56A(3).
- General Statistics Office and UNICEF. (2015). Viet Nam Multiple Indicator Cluster Survey 2014
- Japan International Cooperation Agency. (2014). JICA 주제별 가이드라인: 사회보장(건강보장/소득보장/사회복지) 가이드라인.
- Japan International Cooperation Agency. (2014). JICA Thematic Guideline: Social Protection. JICA.
- Jun BH & Lee HG. (2000). An investigation of the intake of the health food among the salarymen in Seoul. *Kor J Soc Food Sci* 16(1), pp.9~16.
- Kang MH(1994). Nutritional status of Korean elderly people. *Korean J of Nutr*, 24(6), pp.616~636.
- Nancy Birdsall(1991), Social Development is Economic Development, World Bank, Working Papers : Poverty and Human Resources, WPS 1123, April 1993, 29p
- Socialist Republic of Vietnam(2016). The Five-Year Socio Economic Development Plan 2016-2020
- Socialist Republic of Vietnam(2016). Vietnam's Socio-Economic Development Strategy for the Period of 2011-2020
- Stephen Kidd (2015), Social Assistance in Viet Nam, A Review and Proposal for Reform
- Sachs, J., Schmidt-Traub, G., Kroll, C., Lafortune, G., Fuller, G. (2018). SDG Index and Dashboards Report 2018. New York: Bertelsmann Stiftung and Sustainable Development Solutions Network(SDSN).
- United Nations Country Team Nepal. (2017). United Nations Development Assistance Framework for Nepal 2018-2022: 2017. United Nations: United Nations.
- UNDP(2018) Human Development Indices and Indicator: 2018 Statistical Update

_Viet Nam

UNTT. (2012). Think Pieces.

US Social Security Administration. (2018). Social Security Programs throughout the World Vietnam

World Development Indicators. (2016). Human Development Index.

World Bank(2014). Social Assistance System Strengthening Project.

World Bank(2018). Climbing the Ladder: Poverty Reduction and Shared Prosperity in Vietnam

국제사회복지실천, (2010).

〈<http://www.kyobobook.co.kr/product/detailViewKor.laf?&mallGb=KOR&ejkGb=KOR&barcode=9788958102151&orderClick=LBB&Kc=SETRETAgendasearch>〉

ADB. 필리핀 사업 정보. 〈<https://adb.org/projects/43407-013/main#project-pds>.〉

GIZ 홈페이지. (2015.12.19.). 〈<https://www.giz.de/en/worldwide/18592.htm>〉

JICA 사업.

〈https://www.jica.go.jp/vietnam/english/activities/c8h0vm00004cfemz-att/GC_19.pdf〉

〈https://www.jica.go.jp/vietnam/english/activities/c8h0vm00004cfemz-att/GC_18.pdf〉

Vietnam and Japan Cooperate in Training for Nurses, 2016.
〈<https://www.jica.go.jp/vietnam/english/office/topics/press160202.html>〉

신북방정책 소개.

〈http://bukbang.kotra.or.kr/ea/bp/EABP010M.html?MENU_CD=M00602&UPPER_MENU_CD=M00601〉

WHO Global Health Expenditure Database. Health Expenditure Profile Vietnam.
〈apps.who.int/nha/database/country_profile/Index/en에서 2019.08.26. 추출〉

OECD Stats. ODA 규모. 〈<https://www.data.oecd.org/oda/net-oda/htm>〉

붙임 1. <국제개발협력 기본계획>과의 관계

1. <국제개발협력 기본계획> 개요

□ 국제개발협력 기본계획의 역사

- 한국은 2010년 OECD DAC 가입으로 공식적인 원조공여국이 되었고, ODA 규모 지속 증가시키면서 새천년개발목표(MDGs) 이행을 목표로 국내 ODA 정책 수립·이행
 - 국제개발협력 1차 기본계획('11~'15) 수립·이행
 - 국제개발협력위원회 중심의 거버넌스 구축
 - ODA 사업 조정 및 효과성 제고
 - MDGs에 이어 SDGs 제시되면서 한국의 ODA 정책도 SDGs를 수용하여 정합성 제고 필요
- 현재의 제도적 기반 하에 2차 기본계획('16~'20) 수립하여 SDGs 이행 목표 달성에 기여할 수 있는 종합전략 마련
 - 「국제개발협력기본법」에 따라 위원회는 5년마다 중기 ODA 전략인 <국제개발협력 기본계획> 수립

〈표 1〉 1차 계획과 2차 계획의 주요 전략 차이

1차 계획	2차 계획
유·무상 통합추진기반 구축	유·무상간 통합전략 강화
Bottom up 방식 사후적 조정	Top down 방식 전략적 계획 수립
ODA 규모의 지속적 증가	ODA 사업의 질적 제고
ODA 평가시스템 도입	ODA 평가 및 환류 시스템 강화
시민단체·기업·학계 참여를 위한 제도 마련	참여를 통한 시너지 창출
일반국민의 ODA 인식 제고	세계시민으로서 ODA에 능동적 참여

□ '제2차 국제개발협력 기본계획'의 목차와 주요 내용

○ 목차

- | |
|---|
| I. 국내외 국제개발협력 환경
II. 제1차 기본계획 추진결과 평가
III. 국제개발협력 추진방향
IV. 국제개발협력 주요 추진과제
1. 통합적인 ODA
2. 내실있는 ODA
3. 함께하는 ODA
V. 향후 계획 |
|---|

○ 주요내용

- 국내외 국제개발협력 환경 분석
 - (국제환경) '15년 9월 UN 개발정상회의에서 2030 지속가능개발의제 공식 채택
 - (국내환경) ODA 사업 주체 다변화(공공·민간), ODA 자원 확대 제약, ODA 효과성·투명성 제고 요구 강화
- 제1차 기본계획 추진결과 평가
 - (ODA 규모) ODA/GNI '14년 0.13%로 목표(0.25%) 미달성
 - 유·무상 비율 목표(40:60), 양·다자 비율 목표(70:30) 대체로 유지한 반면, '14년 ODA 비구속성 비율은 62%로 목표(75%)에 미치지 못함.
- 국제개발협력 추진방향
 - 비전과 기본방향, 추진과제
 - 제2차 국제개발협력 방향: 자원규모 확대('20년까지 GNI 대비 0.20% 달성), 유·무상/양·다자/비구속성 비율 목표 설정
 - 자원 운용계획: (지역별) 아시아 중심 유지하되 아프리카 확대, (소득그룹별) 최빈국 무상원조 위주, (분야별) 경제인프라, 환경, 소녀 보건·교육,

농촌개발 분야 중점 지원, (형태별) 프로젝트 외 프로그램 등 형태 다변화

- 향후 계획

- 시행계획 수립·추진: 각 부처는 기본계획을 바탕으로 매년 기관별 시행계획 수립, 유상(기재부), 무상(외교부) 분야별 시행계획(1년단위) 수립
- 제2차 기본계획 본격 추진: '16년부터 본격 추진, 국개위 중심으로 조율
- 평가 및 점검: '17년 OECD DAC 동료평가(Peer Review) 결과 참조하여 기본계획 중간평가 실시, 국내외 환경 변화 및 주요 정책 환경 변화시 국개위 통해 점검 및 조정

[그림 1] 제2차 기본계획의 비전과 기본방향

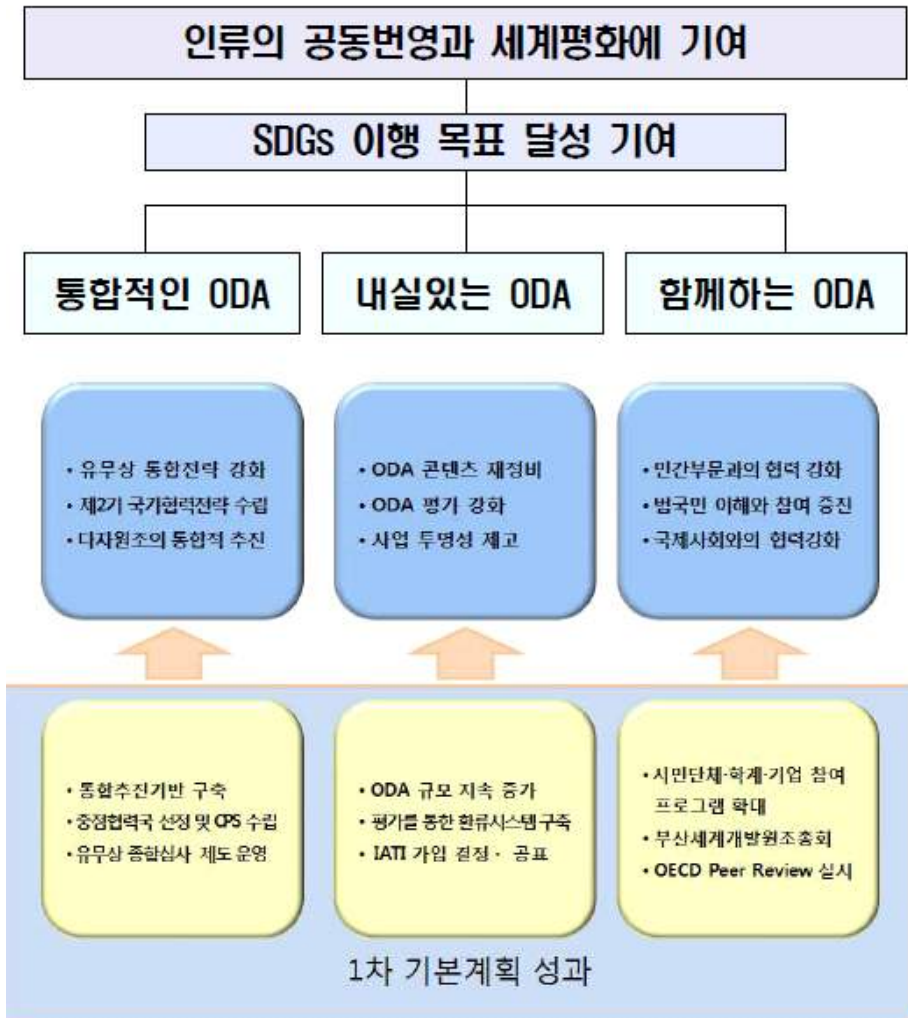
2. <제2차 국제개발협력 기본계획>과 <보건복지부 국제협력사업 기본계획>

□ <보건복지부 국제협력사업 기본계획> 차별성

- 범위: 개발협력(체계에서 개발원조)사업을 계획의 범위로 하는 반면, 보건복지부 기본계획은 개발협력과 상호호혜적 국제협력을 포괄함.
- 목적
 - 보건복지분야의 특성과 전문성, 자원을 토대로 보건복지분야 국제협력의 중장기 방향과 전략, 추진체계를 마련하고자 함.
 - 개발협력에 있어서 제2차 국제개발협력 기본계획의 비전과 문제의식을 발전적으로 수용하여, 보건복지분야에서 구체화함.

□ 상호보완적이며 효율적인 보건복지분야 개발협력사업 역할 조정

- (현재 분야별 접근의 한계) 보건영역은 국제개발협력의 주요 분야로 구분되어 큰 비중을 차지하는 반면, 복지영역과 보건과 복지를 포괄하는 사회보장영역은 하나의 분야로 구분 및 인식되고 있지 않아, 빈곤종식 및 불평등 완화, 포용적 성장, 인권보장 등을 위한 중요한 영역임에도 해당 분야의 규모는 매우 작고 성장하지 못하는 한계가 있음.



- (사회정책 컨설팅 수요) 보건복지분야를 포괄하는 사회보장 및 사회개발을 위해 개별 단위 사업과 더불어 종합적이고 정합적인 사회정책 설계 및 정책컨설팅에 대한 개발수요 증가에 대응하고자 함.
- (연계 통해 효과성 제고) KOICA에서 취약계층 및 장애인 지원 사업 등 다분야 사업을 확대하고자 하는 계획과 함께 무상기관간 연계(통합적인 ODA)를 통해 보건복지분야 ODA 사업의 효과성 제고할 수 있음.
- (보건복지부 유관기관간 효율적 거버넌스 활용) 현재 독립적으로 사업을 수행하는 보건복지부 유관기관간 국제협력 거버넌스 구축으로 현재의 네트워크 및

자원 활용을 극대화, 보건복지부의 협력국 보건복지수요 파악을 바탕으로 사업의 적절성 제고

붙임 2. SDGs 목표 및 세부목표 보건복지부 관련 국제협력사업

SDGs 목표

세부목표

1. 빈곤 종식

1.1 2030년 까지 1일 생계비 1.25 달러 미만 인구 근절

1.2 각 국가 빈곤정비에 따라 2030년 까지 빈곤수준의 인구 절반으로 감소

1.3 국가별 모두를 위한 사회보장제도 및 조치 이행: 2030년까지 빈곤 및 취약계층에 대한 실질적 보장 달성

복지정책과	복지정책과	복지정책과
한국 푸드뱅크 모델의 세계화	복지분야 초청연수 (Welfare Korea Academy(WKA))	한국형복지모델 전수사업
<ul style="list-style-type: none"> 저소득층 결식 문제 완화를 위해 소외계층에 기부식품 제공을 통한 민간 사회안전망 구축 전문가 파견: 한국의 우수 푸드뱅크·푸드마켓 운영 노하우 전수 초청연수: 시설 탐방을 통한 현장학습, 기부물품 접수 배분·유통기간 관리 등의 심화 교육실시를 통한 사업종사자 업무수행능력 향상 도모 진출 희망국: 몽골, 베트남, 미얀마, 태국, 말레이시아 (기존) 해외 푸드뱅크 리더십 세미나 참석 예산 총 35백만원(2013~2017) 연간 240백만원('19) 한국사회복지협의회 수행 	<ul style="list-style-type: none"> 복지모델 수출 및 상대국 복지제도 개선/인력 역량강화를 지원하는 초청연수 프로그램: 한국 사회복지제도 및 정책 강의, 복지현장 방문 - '18년 초청대상 : (상반기) 라오스 10명 / (하반기) 몽골 10명 ○ (대상국가) 몽골, 에티오피아, 우간다, 라오스 - 신남방정책에 따라 아세안 연수 확대 예정(동아시아3국+동남아10개국) ○ '17년 250백만원 (3개국) → '18년 190백만원 ○ 한국보건복지인력개발원 수행 및 운영 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 베트남(호치민시, 13~현재), 몽골(16~현재) 사회복지관계자 초청연수 및 전문가 파견(총 11회, 102명 참가) ○ 총 2.18억('13~'17) ○ 한국사회복지협의회 수행

연금정책국&국민연금공단 사회보장협정 및 행정약정(기존)	국민건강보험공단 국제사회보장협회 (ISSA) 활동(기존)	연금정책국/국민연금공단 공적연금 제도전수 교류협력 사업(기존)
<ul style="list-style-type: none"> ○ 사회보험료 이중납부 면제 및 연금 수급권 확대를 위한 양국 연금 가입기간 합산 ·(이중납부면제) 상대국에 파견된 근로자 및 상대국에서 일시 자영하는 사람에 대해 5년 보험료면제 ·(가입기간합산) 연금수급 위한 최소 가입기간(10년) 부족시, 상대국 가입기간 합산하여 수급권 인정 ○ 2013(74백)~2017(38백) ○ 32개국과 협정이 발효·시행, 4개국 협정서명 완료(2018.9월 기준) - 가입기간 합산 및 보험료 면제 협정 22개국 - 보험료 면제 협정 10개국 	<ul style="list-style-type: none"> ○ ISSA는 전세계 사회보장제도를 보호·유지·발전시키고자 설립된 국제기구로 한국의 국제적 위상제고를 위해 1979년 정회원으로 가입 ○ 국제연수과정 ISSA 협력방안 모색(강사지원) ○ ISSA 집행이사 및 건강보험전문위원 참여 ○ 빅데이터 운영사례 국제회의 발표 ○ 동아시아지역사무소 운영: 한국, 중국, 일본, 몽골 (4개국 15개기관) ○ 158개국 323개(17) 정부부처 및 사회보장기관 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 우리나라 국민연금제도 도입·확대 경험 전수 ○ 2013 ~ 2018.9월말까지 총 39회 591명 대상 제도연수 실시 - 참여국가: 총 23개국 ○ 연금기관 간 MOU 체결 - 국제연수: 아시아 19개국 - 교류협력 MOU: 아시아 5개국, 남미 1개국 - 반환일시금 편의제고: 아시아 6개국 ○ 2014년(3천만)~2019(3.1천만) ○ 국민연금공단 협력 ○ (추진계획) - 스리랑카 연금기관과 국민연금공단 MOU 체결 - 몽골, 스리랑카 연금기관 대상 연수

1.4 2030년까지 모든 사람들(특히 빈곤층)의 경제적 자원, 공공서비스, 소유권, 토지 및 기타 형태의 부동산, 상속, 천연자원, 신기술 그리고 금융서비스 등에 대한 평등한 권리 보장

복지정책과 근로빈곤층 자립지원을 위한 자활사업 연수 프로그램(신규)
<ul style="list-style-type: none"> ○ 공무원 초청연수 프로그램 진행: 자산형성 지원 사업 (희망키움/내일키움통장), 자활근로사업 및 자활기업 등 자활일자리 사업 ○ 베트남, 라오스 등 ○ 보건복지부 자립지원과, 중앙자활센터, 한국자활연수원 ○ 2018

1.5 2030년 까지, 빈곤층 및 취약계층의 회복력을 구축, 기후 관련 재해, 경제적, 사회적, 환경적 충격 및 재난에 대한 노출 및 취약성 감소

1.a 개발도상국(특히 최빈국)의 빈곤퇴치를 위한 프로그램 및 정책 이행을 위해 증강된 개발 협력을 포함, 다양한 자원 동원 보장

1.b 빈곤층 및 성인지 개발전략에 기반한 국가, 지역 및 국제수준의 탄탄한 정책 프레임워크 수립

2. 기아 종식 및 지속가능한 농업

3. 건강한 삶 보장 및 웰빙

3.1 2030년까지 모성사망 비율을 10만명 당 70명으로 감소

국제협력담당관 (KOFIH) 지역보건의료 체계 강화
<ul style="list-style-type: none"> ○ 산전·후 진찰, 시설분만을 제고, 예방접종, 인력교육, 보건시설 개보수 및 장비지원 등 모자보건사업 및 일차의료체계 강화

3.2 2030년까지 모든 국가에서 예방가능한 신생아와 5세 이하 유아사망종식

국제협력담당관 (KOFIH)
지역보건의료 체계 강화
○ 산전·후 진찰, 시설편만을 제고, 예방접종, 인력교육, 보건시설 개보수 및 장비지원 등 모자보건사업 및 일차의료체계 강화

3.3. 2030년까지 에이즈, 결핵, 말라리아, 열대병 및 주요 비감염성 질환 퇴치

3.4 2030년까지 비감염성질환으로 인한 조산 사망을 1/3로 감소, 정신건강 및 웰빙 증진

3.5 약물남용 예방 및 치료 강화

3.6 2020년까지, 세계적으로 도로교통사고 사망 및 상해 절반으로 감소

3.7 2030년까지 성 및 생식적인 보건서비스에 대한 보편적 접근권 보장

국제협력담당관 (KOFIH)
지역보건의료 체계 강화
○ 산전·후 진찰, 시설편만을 제고, 예방접종, 인력교육, 보건시설 개보수 및 장비지원 등 모자보건사업 및 일차의료체계 강화

3.8 재우위험관리, 필수 보건서비스,약품 및 백신 접근 보장 등을 통한 보편적 의료보장 (UHC) 달성

국제협력담당관 (KOFIH)	국민건강보험공단	국민건강보험공단	국민건강보험공단
KOFIH 보건의료 ODA 사업 현황 및 계획(기존)	건강보험 국제연수과정 운영(기존)	가나·에티오피아 정책 협력사업(기존)	필리핀 건강보험청 협력사업(기존)
○ (건강보험제도 컨설팅 사업) 건강보험공단, 심평원이 공동 참여하여 가나 및 에티오피아 건강보험청에 기술자문 및 연수 등	○ 건강보험 도입 관련 연수프로그램 진행: 개발도상국 보건부 공무원 및 보건의료 전문가 대상 UHC 등 건강보장 핵심이슈 연수 ○ 국제기구 MOU 체결/갱신 ○ 아태지역, 아프리카, 중남미 등 연평균 30개국 250명 연수 ○ 2014년~2017년(2.95억) ○ 복지부 국제협력관실, WHO/WPRO, UNESCAP, ISSA, 심평원	○ 보건복지부 개도국 건강보험제도 정책 컨설팅 사업추진에 참여: 기초조사, 국제포럼, 공동연수, 초청연수 ○ 2013~ ○ 복지부, 건보공단, 심평원, KOFIH, 보건의료 전문가 참여 ○ 2014년 78.9백만, 2017년도 4천 5백만원 ○ (계획) 가나 지역가입자 2차 시범사업 확대운영, 에티오피아 직장건강 보험 도입 및 지역기반 건강제도 확대지원	○ 필리핀 보건부 및 건강보험청 수요에 따라 WB가 건보공단에 필리핀 건강보험 개선사업 기술지원 파트너로 참여 요청 ○ 필리핀 건강보험청 자격, 징수관리 자동화를 통한 업무효율성 개선 ○ 예산 WB 부담 ○ 2017 요청, 2018 진행중

국민건강보험공단 ‘오만 건강보험제도 도입방안’ 연구용역 사업(기존)	건강보험심사평가원 바레인 건강보험심사평가시스템 수출(신규)	국민건강보험공단 외국제도점하 방문단 응대(기존)
<ul style="list-style-type: none"> ○ 오만은 석유자원 고갈(‘50)로 인해 건강보험제도 도입을 검토 중, 한국에 건강보험제도 정책컨설팅 요청(2012) ○ 오만 건강보험제도 도입 방안 최종보고서 제출 및 복지부, 오만 보건부에 보고 ○ 현지실태조사 및 최종보고 ○ 2012 요청~2015년 최종보고 ○ 2014년 3억에서 추경예산 요청 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 한-바레인간 바레인 국가건강보험시스템 개혁 협력 프로젝트 협약 체결(2017.3) ○ 바레인 보건의료제도 설계, 인프라 구축 ○ HIRA시스템(4개) 구축 예정 - DUR(‘18.9.완료), NEMR(‘19.3.완료), NHIIS & SUN(‘19.5.완료) ○ 韓-바레인 SEHATI-IT 프로젝트 유지보수 계약 추진(‘19.7) ○ 2017~2020 총 32개월간 USD 1,502.7만(173억) ○ 복지부 해외의료총괄과 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 한국의 보편적건강보장(UHC) 도입관련 정보제공, 제도구축지원 ○ 국외방문단에 맞춤형 정보 제공, 업무협약 체결 ○ 미국, 유럽, 아시아, 아프리카 41개국 ○ 복지부 국제협력과실, 외교부 등 정부기관, 연세대 등 관련학회 협력 ○ 27백만원

3.9 2030년까지 유해화학물질, 대기, 물, 토양 오염으로 인한 사망 및 질병 건수 감소

3.a 담배규제기본협약 이행 강화

건강정책국
WHO FCTC(담배규제기본협약) 국제분담금(기존)
<ul style="list-style-type: none"> ○ FCTC: 담배소비 및 흡연 감소를 위한 보건분야 최초의 국제협약 ○ 국제분담금 격년 납부(14년 2.59억, 16년 2.67억) ○ (협력 대상국가·기구) WHO FCTC 총회 및 사무국(181개 당사국 기준)

3.b 주로 개발도상국에 영향을 끼치는 감염성 및 비감염성 질병에 대한 백신 및 의료 연구개발 지원

국제협력담당관 (KOFIH)	공공보건정책관	공공보건정책관
감염병 관리	WHO 및 WPRO와의 협력강화(신규)	미국 CDC(Centers for Disease Control and Prevention)과의 협력강화(신규)
<ul style="list-style-type: none"> ○ 글로벌보건안보구상 수행의 일환으로 감염병(결핵) 관리체계 강화 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 감염병에 대한 국제감시체계 참여 및 국제공조체계 구축 ○ WHO 및 WPRO(western pacific)에 국내 전문인력 파견 ○ 신종감염병 관련 정보의 신속한 파악과 국내인력 전문성 제고 ○ 2019년부터 파견 	<ul style="list-style-type: none"> ○ CDC 협력 및 글로벌 보건안보구상 협력 강화 ○ 미국 CDC 내 연락담당관 파견 ○ 감염병 등 질병관리 협력강화, 글로벌보건 안보구상 선도그룹으로 역할 강화 ○ 2019년부터 파견

3.c 개발도상국에서의 보건 자원, 보건인력 채용, 개발, 훈련, 확보 등 대폭 확대

국제협력담당관 (KOFIH)	국제협력담당관 (KOFIH)	한국보건사회연구원
인력 중장기 연수	유·무상 연계	개도국 보건분야 공무원 역량개발 (부처지원사업) (기존)
<ul style="list-style-type: none"> ○ 초청 교육 및 자문교수 파견을 통한 수원국 맞춤형 의료인력 양성 프로그램(이종욱 펠로우십) 지원('07~'17년, 29개국 742명) 	<ul style="list-style-type: none"> ○ EDCF 차관 병원에 대한 의료진 교육, 운영 컨설팅, 의료기기 운영·관리 기술 전수 등 -(추진계획) 유무상 연계사업 추진 관련 관계기관 상시 업무협의 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 3개년 초청연수 실시 ○ 보건의료 프로젝트 도출 ○ 연수 참여자들의 네트워크 수립해 자국의 보건의료 발전 협의체를 수립할 수 있도록 기획 ○ 2013~2015

한의학정책관	한의학정책관	한의학정책관
WHO 전통의약 활성화 지원(기존)	한의학 진출교류협력 세미나(기존)	한의학 해외홍보진료센터 구축(기존)
<ul style="list-style-type: none"> ○ WHO('16년~), WPRO('03년~) 전통의약 활성화 사업 지원 및 전문기술관(한의사) 1인씩 파견 ○ 2013(4.8억)~2017(6억) 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 한의학 수요 발굴 및 진출협력을 위한 협력 파트너 발굴 매칭지원 ○ 한의학 진출 확산을 위한 홍보 및 비즈니스 기회 ○ 2016(1억7백)~2018(1.3억) ○ 미국, 우즈베크, 카자흐스탄, 키르기스스탄 등 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 진출가능성이 높은 전략 국가 중심으로 국립 병원 또는 민간의료기관 내 원내원 형태의 한의진료센터 구축·운영 ○ 2015(1.5억)~2018(1.5억) ○ 러시아·CIS, 일본, 동남아시아 등

한국보건산업진흥원	한국보건산업진흥원	한국보건의료인국가시험원
중동 정부간 보건의료협력 지원(신규)	외국의료인 국내연수 수행(신규)	베트남 국가시험원 설립 협력사업
<ul style="list-style-type: none"> ○ 중동국가의 의료수요는 크게 증가하고 있으나 낮은 의료수준으로 인해 해외의료에 대한 수요가 지속적으로 확대 ○ 한-UAE-사우디 간 보건의료협력 성공사례를 기반으로 사업 확대 ○ 양해각서 체결, 유치채널 발굴 및 환자 송출 확대, 의료시스템 진출지원 ○ 2011~2017(1,567백만) ○ 아랍에미리트, 사우디아라비아, 이란, 쿠웨이트, 카타르, 바레인, 오만 ○ 복지부, 한국보건산업진흥원, 대학병원, 민간기업 참여 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 외국인 환자 유치 및 한국의료 해외 진출 활성화 목적으로 연수사업 실시 ○ 한-몽 서울프로젝트, 한-러 보건의료협력, 중동 의료진 연수 등 3개 연수 프로그램 기획 및 운영, 총 140명 수료 ○ 방문교수 및 현지동문회 개최 지원 ○ 연수생 및 연수기관 의견수렴홍보사업(신규) ○ 몽골, 러시아, 사우디아라비아 등 연수 수요국 ○ 우즈베키스탄 등 CIS 국가, 몽골, 미국 등 ○ 국내의료기관 참여 ○ 2015(801백만) ~2017(635백만) 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 베트남 의사 국가시험원 설립 및 시험 도입 관련 자문 ○ MOU 및 자문관 파견 예정 ○ 예산 1천만원 ○ 베트남 보건부

3.d 모든 국가, 특히 개발도상국에서 국내 및 국제적 건강위험에 대한 조기 경보, 위험 경감 및 관리 역량강화

국제협력담당관 (KOFIH)	국제협력담당관 (KOFIH)	한국보건산업진흥원
KOFIH 보건의료 ODA 사업 현황 및 계획(기존) <ul style="list-style-type: none"> ○ 보건의료지원 사업 수행을 위한 재단법 제정 및 설립('06년) ○ 아시아 8개국, 아프리카 6개국 총 14개국 대상 총 22개 사업 추진 중 ○ 예산: 5.4억원('07년) → 188억원('18년) 	KOFIH 보건의료 ODA 사업 현황 및 계획(기존) <ul style="list-style-type: none"> ○ (의료기기 관리) 에티오피아(‘15년~) 및 라오스(‘18년~)에 국가단위 의료기기 관리운영 체계 구축 및 역량 강화 	정부간 보건의료협력 지원(기존) <ul style="list-style-type: none"> ○ 글로벌 보건의료시장은 정부차원에서 투자를 확대하고 있으며 G2G협력을 통한 의료 수축전략으로 장기적 보건의료 협력 가능 ○ 중국 보건의료 협력: 보건의료협력 MOU 체결, G20 실무회의 개최를 통한 진출 기반 조성 ○ 러시아, 중앙아, 동남아 보건의료 협력지원: MOU체결 ○ 중국, 러시아·CIS·몽골, 동남아, 중동, 미국 중남미, 유럽 등 ○ 2014(1471백만) ~2017(2,098백만) ○ 해외의료사업과

한국건강증진개발원	국민건강보험공단	국민건강보험공단
건강증진 국제협력사업(기존) <ul style="list-style-type: none"> ○ 국제건강증진재단네트워크 회원국으로서 국가간 건강증진 협력 사업 추진 ○ 해외 보건의료인력 탐방 프로그램 운영 ○ 건강증진 연구 및 사업 관련 국제세미나 개최 ○ WHO 건강증진리더십 프로그램 국제자문관역할 수행 ○ 한국 건강증진 우수사례 WHO 주관 회의에 공유 ○ 직원연수프로그램(태국) ○ 복지부 건강정책과, KOICA, WHO, WPRO, INHPF 회원국, OECD, 페루, 네팔, 베트남 등 아시아, 중남미 저개발 국가 ○ '11(20백만)~'17(30백만) 	KSP-WB 공동컨설팅 연구용역 사업(기존) ‘페루 의료정보 관리시스템 투명성 및 책임성 제고’ <ul style="list-style-type: none"> ○ WB와의 협력사업으로 용역사업 수행 ○ 건강검진·증진, 만성질환관리, 지역가입자확대사업 ○ 페루, 칠레, 아르헨티나, 과테말라 보건의료 진출지원 협력사절단 참여(2016) ○ 페루(직장건강보험청, 지역의료보험청), 건보공단, 심평원 컨소시엄 구성, MOU체결 및 착수보고 ○ 2018년 완료 예정, 105백만원 수탁사업 	KSP-WB 공동컨설팅 연구용역 사업(기존) ‘콜롬비아 의료서비스 평가 및 재정관리 제도 개선지원 사업’ <ul style="list-style-type: none"> ○ 한-콜 보건의료 MOU 체결('15), 현지실태조사, 자문회의, 공동연구, 현지실태조사, 워크숍 ○ KSP-WB 공동컨설팅 ○ 콜롬비아 사회보장자원관리기구, 건보공단, 심평원 ○ 2017년 최종보고서 제출, 예산 128백만원

한국보건사회연구원	한국보건사회연구원	한국보건사회연구원
제 9차 한중일 보건장관회의 (부처지원사업) (기존)	WHO 주요 이슈분석 및 대응 전략 수립 (부처지원사업) (기존)	보건복지분야 ODA사업 활성화(신규)
<ul style="list-style-type: none"> ○ 보건분야 글로벌 다자기구의 보건외제 논의 동향 검토 ○ 한중일 공동성명서, 한-중, 한-일 양자 면담 아젠다 설정 ○ 2007~2016 	<ul style="list-style-type: none"> ○ WHO 지배기구 회의체 참석 및 의제 대응 ○ WHO 보건 이슈 논의 동향 모니터링 및 공유 ○ 2014~2017 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 경제개발 및 보건의료분야 사업 경험 공유, 연구와 사업 추진 ○ ODA사업 평가체계 개발, 보건복지분야 ODA 사업포럼

4. 양질의 교육 보장 및 평생학습 기회 증진

5. 성평등 달성

5.1 모든 곳에서 모든 여성과 소녀에 대한 모든 형태의 차별 종식

5.2 인신매매, 성적 착취 및 다른 형태의 착취를 포함하여 공적·사적 영역에서 모든 여성과 소녀에 대한 모든 형태의 폭력을 제거

한국보건복지인력개발원
한-아세안(가칭) 아동인권개선권리장전개발 국제협력사업(신규)
<ul style="list-style-type: none"> ○ 라오스, 캄보디아, 인도네시아, 베트남 등에서 아동에 대한 노동착취와 성 착취, 권리구제의 한계점이 지적되고 있음 ○ 아동성매매, 인신매매 해결을 위한 국가 간 MOU 체결 ○ 아동인권 전문가 파견 및 현지 교육, 실행방안 마련 ○ 2018~2019 추진 계획 ○ 2.3억 필요

5.3 아동 결혼, 조혼, 강제결혼, 그리고 여성 할례와 같은 모든 형태의 유해한 관습 제거

5.4 공공서비스, 사회기반시설, 사회보호정책, 가정 내 책임 공유 촉진 등을 통해 무급 돌봄 노동 및 가사노동에 가치 부여

5.5 정치, 경제, 공공부문 등 모든 의사 결정 수준에서 여성의 완전하고 효과적인 참여와 리더십에 대한 동등한 기회 보장

5.6 국제인구개발회의의 행동계획과 베이징 행동강령 및 그 검토회의 결과문서에서 합의한 성 및 생식보건, 재생산권에 대한 보편적 접근 보장

5.a 여성에게 경제적 자원에 대한 권리 및 토지, 기타 유형의 자산, 금융서비스, 유산, 천영자원에 대한 오너십 및 통제권 접근에 대한 평등한 권리를 위해 국내법에 따라 개혁 시행

5.b 여성의 자력화를 증진시키는 구현기술, 특히 정보통신기술의 활용 확대

5.c 모든 수준에서 성평등과 여성 및 여아의 자력화가 이루어지도록 견고한 정책 및 시행가능한 법안 채택 및 강화

6. 깨끗한 물과 위생

7. 모두를 위한 깨끗한 에너지

8. 양질의 일자리와 지속가능한 경제성장

8.1 국가 상황에 따라 1인당 소득 증가 유지, 특히 최빈국의 경우 연간 국내총생산 성장률 최소 7% 유지

8.2 노동집약적 산업부분 및 고부가가치 산업에 중점을 두고 사업 다각화, 기술업그레이드 및 혁신으로 생산성 향상

8.3 생산활동, 일자리 창출, 기업가정신, 창의성 및 혁신 지원, 금융서비스에 대한 접근 확대

포함 소규모 비즈니스 및 중소기업의 개발지향 정책 증진
8.4 2030년까지 소비 및 생산에서의 글로벌자원 효율을 점진적으로 개선; 선진국의 주도하에 10년 주기 프로그램 통해 경제성장으로 인한 환경훼손 억제
8.5 2030년까지 장애인 및 청년 포함 모든 여성, 남성을 위한 생산적 완전고용 및 양질의 일자리 창출, 동일가치노동에 대한 동일임금 달성
8.6 2020년까지 교육 및 훈련에 참여하고 있지 않거나 실업상태의 청년 비율 대폭 감소
8.7 강제노동, 현대식 노예제, 인신매매 근절, 소년병 징집 및 동원을 포함한 아동노동 금지 및 종식 보장을 위한 조치, 2025년까지 모든형태의 아동노동 근절

한국보건복지인력개발원
한-아세안(가칭) 아동인권개선권리장전개발 국제협력사업(신규)
<ul style="list-style-type: none"> ○ 라오스, 캄보디아, 인도네시아, 베트남 등에서 아동에 대한 노동착취와 성 착취, 권리구제의 한계점이 지적되고 있음 ○ 아동성매매, 인신매매 해결을 위한 국가 간 MOU 체결 ○ 아동인권 전문가 파견 및 현지 교육, 실행방안 마련 ○ 2018~2019 추진 계획 ○ 2.3억 필요

8.8 고용이 불안정한 노동자 및 이주노동자(특히 여성)의 노동권 보호 및 안전한 작업환경 촉진
8.9 2030년까지 일자리 창출, 지역 문화와 제품 증진 등의 지속가능 관광 촉진을 위한 정책 설계 및 시행
8.10 보험업, 금융업 및 금융지원서비스의 접근가능범위를 확대하기 위해 국가 내 금융 기관의 역량강화
8.a 개발도상국, 특히 최빈국에 대한 무역원조 증가
8.b 2020년까지 청년 고용을 위한 글로벌 전략 개발 및 운용, ILO 세계고용협약 이행

9. 산업, 혁신, 사회기반 시설

10. 불평등 감소

10.1 2030년까지 소득하위 40%의 소득성장률을 점진적으로 국가평균보다 높게 달성 및 유지
10.2 2030년까지 나이, 성, 장애, 인종, 종교, 기타 사회경제적 지위를 막론하고 사회, 경제, 정치적 참여 권한 확대
10.3 차별적인 법, 정책 및 관행 등을 철폐하여 평등한 기회를 보장하고 불평등 감소
10.4 재정정책, 임금정책, 사회보장정책 등의 정책 도입 및 더 높은 수준의 평등 달성

장애인정책국 인천전략 기반 국제장애분야 개도국 협력사업	국민건강보험공단 국제 학술행사 개최(기존)	한국보건사회연구원 한일 사회보장정책 협력사업(기존)	한국보건사회연구원 한중 사회보장정책 협력사업(기존)
<ul style="list-style-type: none"> ○ UNESCAP 지역 장애분야 개발계획인 '인천전략(13~'22)의 주도국으로 회원국 내 장애분야 국제협력사업 개발 및 추진 ○ 인천전략 기금 조성(KOICA 지원) 후 국제기구 협력사업, 글로벌 연수사업, ODA사업, 민관협력사업, 장애정책 및 제도구축 정책컨설팅, ODA 분야 양자협력 확대, MOU 체결 진행 및 추진 ○ 2013~2018(연간 15억) ○ 라오스, 미얀마, 베트남, 우즈베크, 네팔, 인도네시아, 카자흐스탄 등 ○ 협력주체: KOICA 사회개발실, 장애인개발원 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 정례적 국제 학술교류를 통해 사회보장제도 개선의 시사점 확보 및 임직원 역량강화 필요 ○ 해외석학 초청 세미나 개최 ○ 국제 심포지엄 개최 ○ 호주, 미국, 일본, 대만, 필리핀, 캐나다, OECD, WHO ○ 2017년 2.53억 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 정책연구분야의 협력을 위한 MOU체결, 정례적인 연구협력 진행 ○ 정책포럼 및 연구인력 상호교류 및 지원사업 시행 ○ 제1차 한일 사회보장정책 정례포럼, 제 2차 정례포럼 개최 2012~2018 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 2014 아시아 각국 공공부조제도 전문가 초청 컨퍼런스 ○ 2015 중국 민정부 정책연구센터와 MOU 체결 ○ 한중 국제 컨퍼런스, 한중일 컨퍼런스, 아시아 사회정책연구 개최 ○ 2014~2017

10.5 글로벌 금융시장 및 기관의 규제 및 모니터링 개선 및 이행조치 강화

10.6 글로벌 국제경제 및 금융기관의 의사결정과정에서 개발도상국가의 입장이 반영되도록 강화

10.7 계획적인 이주정책 이행 및 안전하며 정규적이고 책임있는 인구의 이주 및 이동을 위한 편의 제공

10.a WTO 협정에 따라, 개발도상국(특히 최빈국) 특별대우 조치에 대한 규정 이행

10.b 외국인직접투자 포함 공적개발원조(ODA)와 기타 재원이 필요한 국가(최빈국, 아프리카 국가, 군서도서개발국 등)에 지원될 수 있도록 장려 및 재원의 흐름이 국가계획과 프로그램에 부합하도록 권장

10.c 2030년까지 이주자 송금 수수료를 3% 미만으로 감소 및 5% 초과 송금 장벽 제거

11. 지속가능한 도시

12. 지속가능한 생산과 소비

13. 기후변화 대응

14. 해양생태계 보존

15. 육상생태계 보존

16. 평화 및 포용적 사회증진, 정의 접근, 책임성 및 포용적 제도 구축

16.1 모든 형태의 폭력 및 폭력관련 사망률을 상당 수준으로 감소

16.2 아동 대상 학대, 착취, 인신매매 등 모든 형태의 폭력 및 고문 종식

한국보건복지인력개발원
한-아세안(가칭) 아동인권개선권리장전개발 국제협력사업(신규)

16.3 국내·국제적 수준에서 법치 증진 및 모두를 위한 정의에 평등한 접근 보장

16.4 2030년까지 불법자금 및 무기거래 감소, 불법취득자산의 환수 및 반환조치 강화, 모든 형태의 조직범죄 퇴치

16.5 모든 형태의 부정부패 및 뇌물수수 감소

16.6 효과적, 투명적, 책임적인 제도 개발

복지정책과	복지정책과	연금정책국&국민 연금공단	국민건강보험공단	건강보험심사평가원
한국 푸드뱅크 모델의 세계화	한국형복지모델 전수사업	사회보장협정 및 행정약정(기존)	‘오만 건강보험제도 도입방안’ 연구용역 사업(기존)	바레인 건강보험심사평가 시스템 수출(신규)

16.7 대응적, 포용적, 참여적, 대의적 의사결정 보장

16.8 글로벌 거버넌스 제도에서 개발도상국의 참여 확대 및 강화

16.9 2030년까지 출생등록을 포함하여 모두에게 법적 신원 부여

16.10 국내법 및 국제적 합의에 따라, 정보에 대한 공공 접근성 및 기본적 자유 보호

16.a 테러 및 범죄 예방을 위해 국제협력 포함한 국가제도 강화

16.b 지속가능발전을 위한 비차별적 법규 및 정책 증진 및 강화

17. 이행수단 강화, 지속가능발전을 위한 글로벌 파트너십 활성화

17.1 조세 및 기타 수익 징수 국내역량 개선을 위해 국내 자원 동원 강화

17.2 GNI의 0.7%를 ODA로 제공하고 GNI의 0.15~0.20%를 최빈국에 제공하는 목표를 가진 다수의 선진국의 공약을 포함하여, 선진국의 완전한 ODA 공약 이행

17.3 다양한 원천으로부터 개발도상국을 위한 추가 자원 동원

17.4 필요경우, 채권금융, 채무 탕감 및 채무 재조정 축진을 목표로 하는 정책조정을 통해 개발도상국의 장기채무건전성 확보 지원, 채무위기 완화 위해 고채무빈국의 외채문제 대응

17.5 최빈국을 위한 투자 촉진 체제 도입 및 이행

17.6 과학, 기술, 혁신접근법으로 북-남, 남-남, 지역 및 국제 삼각협력 강화; 기존 메커니즘, 특히 UN체계의 메커니즘 간의 조정과 세계적인 기술촉진 메커니즘 등을 통해 상호합의된 사항에 대한 지식공유강화

17.7 상호합의에 의한 양해적, 우호적 조건 포함 개발도상국에 우대조건으로 친환경적 기술 개발, 이전, 보급, 확산 촉진

17.8 2017년까지 최빈국을 위한 기술은행 및 과학기술혁신 역량구축 메커니즘 운영을 전면 가동하고 정보통신기술(ICT) 위주의 핵심기술 사용 강화

17.9 개발도상국의 지속가능한 목표를 효과적으로 달성하기 위해 목표지향적인 역량강화 이행, 국제사회 지원(남-북, 남-남, 삼각 협력 포함) 강화

복지정책과	복지정책과	연금정책국/국민연금공단
복지분야 초청연수 (Welfare Korea Academy(WKA))	한국형복지모델 전수사업	공적연금 제도전수 교류협력 사업(기존)

복지정책과	국제협력담당관 (KOFIH)	국민건강보험공단
근로빈곤층 자립지원을 위한 자활사업 연수 프로그램(신규)	KOFIH 보건의로 ODA 사업 현황 및 계획(기존)	건강보험 국제연수과정 운영(기존)

국민건강보험공단	국제협력담당관 (KOFIH)	한국보건사회연구원
외국제도전환 방문단 운영(기존)	KOFIH 보건의로 ODA 사업 현황 및 계획(기존)	개도국 보건분야 공무원 역량개발 (부처지원사업) (기존)

한의약정책관	한국보건산업진흥원	
WHO 전통의약 활성화 지원(기존)	외국의료인 국내연수 수행(신규)	

17.10 도하개발의제의 최종협상 결과 포함, 보편적, 규칙기반, 개방적, 비차별적, 공평한 세계 무역기구(WTO) 산하 다자무역체제 증진
17.11 최빈국의 글로벌 수출 비중이 2020년까지 2배로 증가한다는 전망 하에 개발도상국의 수출 증대
17.12 최빈국 수입품에 대한 특혜원산지규정 투명성 및 명료성 포함 최빈국의 무관세 및 수 량규제 없는 시장접근에 대한 WTO 결정을 시의성 있게 이행
17.13 정책 조정과 정책 일관성 등을 통해 글로벌 거시경제의 안정성 강화
17.14 지속가능발전을 위한 정책 일관성 강화
17.15 빈곤퇴치 및 지속가능발전을 위한 정책 수립 및 이행에 대한 각국의 정책적 재량 및 리 더십 존중
17.16 지속가능발전을 위한 글로벌 파트너십 강화, 지식, 전문성, 기술, 재원을 동원 및 공유 하는 다양한 이해관계자간 파트너십으로 글로벌 파트너십 강화

국민건강보험공단	국민건강보험공단	한국보건산업진흥원
가나·에티오피아 정책 협력사업(기존)	필리핀 건강보험청 협력사업(기존)	중동 정부간 보건의료협력 지원(신규)

한의약정책관	한의약정책관	한국보건산업진흥원
한의약 진출교류협력 세미나(기존)	한의약 해외홍보진료센터 구축(기존)	정부간 보건의료협력 지원(기존)

장애인정책국	인구아동정책관	인구아동정책관
인천전략 기반 국제장애분야 개도국 협력사업	국제 인구 컨퍼런스	한·중·일 고령화 회담

한국건강증진개발원	국민건강보험공단	국민건강보험공단
건강증진 국제협력사업(기존)	KSP-WB 공동컨설팅 연구용역 사업(기존) '페루 의료정보 관리시스템 투명성 및 책임성 제고'	KSP-WB 공동컨설팅 연구용역 사업(기존) '콜롬비아 의료서비스 평가 및 재정관리 제도 개선지원 사업'

국민건강보험공단 국제 학술행사 개최(기존)	한국보건사회연구원 한일 사회보장정책 협력사업(기존)	한국보건사회연구원 한중 사회보장정책 협력사업(기존)
한국보건사회연구원 제 9차 한중일 보건장관회의 (부처지원사업) (기존)	한국보건사회연구원 WHO 주요 이슈분석 및 대응 전략 수립 (부처지원사업) (기존)	한국보건사회연구원 보건복지분야 ODA사업 활성화(신규)
17.17 파트너십의 경험 및 재원조달 전략을 바탕으로 효과적인 공공, 공공-민간, 시민사회 파트너십 증진		
17.18 2020년까지 양질의 시의적절하고 신뢰가능하며 세분화된(소득, 성별, 연령, 인종, 민족, 이주상태, 장애여부, 지리적 위치 및 기타 국가별 맥락에 따라) 데이터의 가용성 향상위한 역량강화 지원 확대		
17.19 2030년까지 GDP 보완을 통해 지속가능발전 정도 측정 방법 개발을 위해 기존의 이니셔티브를 기반으로 개발도상국의 통계역량강화 지원		

붙임 3. 소득군과 국가별 보건복지부 관련 국제협력사업

소득수준	국가	SDG Goal	SDG Sub-Goal	보건/복지	사업유형	사업명	수행기관	담당과
최빈국	네팔	3	3.d	보건	세미나, 자문관, 연수사업	건강증진 국제협력사업	한국건강증진개발원	건강정책과
	네팔	10	10.4	복지	MOU, 제도구축, 정책컨설팅, 전문가파견, 연수사업	인천전략 기반 국제장애분야 개도국 협력사업	KOICA, 장애인개발원	장애인정책국
	라오스	1	1.3	복지	연수사업	복지분야 초청연수	한국보건복지인력개발원	복지정책과
	라오스	1	1.4	복지	연수사업	근로빈곤층 자립지원을 위한 자활사업 연수 프로그램	중앙자활센터, 한국자활연수원	자립지원과
	라오스	3	3.d	보건	체계구축, 역량강화	의료기기 관리	KOIFH	국제협력담당관
	라오스	5	5.2	복지	MOU, 전문가 파견, 현지교육	한-아세안(가칭) 아동인권개선권리장전개발 국제협력사업	한국보건복지인력개발원	
	라오스	10	10.4	복지	MOU, 제도구축, 정책컨설팅, 전문가파견, 연수사업	인천전략 기반 국제장애분야 개도국 협력사업	KOICA, 장애인개발원	장애인정책국
	미얀마	1	1.3	복지	전문가 파견, 연수사업	한국 푸드뱅크 모델의 세계화	한국사회복지협의회	복지정책과
	미얀마	10	10.4	복지	MOU, 제도구축, 정책컨설팅, 전문가파견, 연수사업	인천전략 기반 국제장애분야 개도국 협력사업	KOICA, 장애인개발원	장애인정책국
	에티오피아	1	1.3	복지	연수사업	복지분야 초청연수	한국보건복지인력개발원	복지정책과
	에티오피아	3	3.8	보건	기술자문, 연수	건강보험제도 컨설팅 사업	KOIFH	국제협력담당관
	에티오피아	3	3.8	보건	정책 컨설팅, 국제포럼, 연수	가나·에티오피아정책협력사업	국민건강보험공단	국제협력담당관
	에티오피아	3	3.d	보건	체계구축, 역량강화	의료기기 관리	KOIFH	국제협력담당관
	우간다	1	1.3	복지	연수사업	복지분야 초청연수	한국보건복지인력개발원	복지정책과
	캄보디아	5	5.2	복지	MOU, 전문가 파견, 현지교육	한-아세안(가칭) 아동인권개선권리장전개발 국제협력사업	한국보건복지인력개발원	
하위 중소득국	가나	3	3.8	보건	기술자문, 연수	건강보험제도 컨설팅 사업	KOIFH	국제협력담당관
	가나	3	3.8	보건	정책 컨설팅, 국제포럼, 연수	가나·에티오피아정책협력사업	국민건강보험공단	국제협력담당관
	과테말라	3	3.d	보건	컨설팅, 보건의료진출	KSP-WB 공동컨설팅 연구용역 사업 '페루 의료정보 관리시스템 투명성 및 책임성 제고'	국민건강보험공단	
	몽골	1	1.3	보건	전문가 파견, 연수사업	한국 푸드뱅크 모델의 세계화	한국사회복지협의회	복지정책과
	몽골	1	1.3	복지	연수사업	복지분야 초청연수	한국보건복지인력개발원	복지정책과
	몽골	1	1.3	복지	연수사업	한국형복지모델 전수사업	한국사회복지협의회	복지정책과
	몽골	3	3.c	보건	연수사업	외국의료인 국내연수 수행	한국보건산업진흥원	해외의료사업과
	몽골	3	3.d	보건	보건의료협력	정부간 보건의료협력 지원	한국보건산업진흥원	해외의료사업과
	베트남	1	1.3	복지	전문가 파견, 연수사업	한국 푸드뱅크 모델의 세계화	한국사회복지협의회	복지정책과
	베트남	1	1.3	복지	연수사업	한국형복지모델 전수사업	한국사회복지협의회	복지정책과
	베트남	1	1.4	복지	연수사업	근로빈곤층 자립지원을 위한 자활사업 연수 프로그램	중앙자활센터, 한국자활연수원	자립지원과
	베트남	3	3.c	보건	MOU, 자문관 파견	베트남 국가시험원 설립 협력사업	한국보건의료인국가시험원	
	베트남	3	3.d	보건	세미나, 자문관, 연수사업	건강증진 국제협력사업	한국건강증진개발원	건강정책과
	베트남	5	5.2	복지	MOU, 전문가 파견, 현지교육	한-아세안(가칭) 아동인권개선권리장전개발 국제협력사업	한국보건복지인력개발원	

	베트남	10	10.4	복지	MOU, 제도구축, 정책컨설팅, 전문가파견, 연수사업	인천전략 기반 국제장애분야 개도국 협력사업	KOICA, 장애인개발원	장애인정책국
	우즈베키스탄	3	3.c	보건	세미나 개최	한의학 진출교류협력 세미나	한의학정책관	한의학정책관
	우즈베키스탄	3	3.c	보건	연수사업	외국의료인 국내연수 수행	한국보건산업진흥원	해외의료사업과
	우즈베키스탄	10	10.4	복지	MOU, 제도구축, 정책컨설팅, 전문가파견, 연수사업	인천전략 기반 국제장애분야 개도국 협력사업	KOICA, 장애인개발원	장애인정책국
	인도네시아	5	5.2	복지	MOU, 전문가 파견, 현지교육	한-아세안(가칭) 아동인권개선권리장전개발 국제협력사업	한국보건복지인력개발원	
	인도네시아	10	10.4	복지	MOU, 제도구축, 정책컨설팅, 전문가파견, 연수사업	인천전략 기반 국제장애분야 개도국 협력사업	KOICA, 장애인개발원	장애인정책국
	키르기스스탄	3	3.c	보건	세미나 개최	한의학 진출교류협력 세미나	한의학정책관	한의학정책관
	필리핀	3	3.8	보건	기술지원	필리핀 건강보험청 협력사업	국민건강보험공단	국제협력담당관
상위 중소득국	필리핀	10	10.4	보건	국제 학술행사	국제 학술행사 개최	국민건강보험공단	
	말레이시아	1	1.3	보건	전문가 파견, 연수사업	한국 푸드뱅크 모델의 세계화	한국사회복지협의회	복지정책과
	아르헨티나	3	3.d	보건	컨설팅, 보건의료진출	KSP-WB 공동컨설팅 연구용역 사업 '페루 의료정보 고나리시스템 투명성 및 책임성 제고'	국민건강보험공단	
	이란	3	3.c	보건	MOU, 의료진출	중동 정부간 보건의료협력 지원	한국보건산업진흥원, 대학병원, 민간기업	해외의료사업과
	중국	3	3.d	보건	보건의료협력	정부간 보건의료협력 지원	한국보건산업진흥원	해외의료사업과
	중국	3	3.d	보건	회의	제9차 한중일 보건장관회의(부처지원사업)	한국보건사회연구원	
	중국	10	10.4	복지	MOU, 국제 학술행사	한중 사회보장정책 협력사업	한국보건사회연구원	
	중국	17	17.16	복지	국제 학술행사	국제 인구 컨퍼런스	한국보건사회연구원	인구정책총괄과
	중국	17	17.16	복지	MOU, 경험공유	한중일 고령화 회담	한국보건사회연구원	인구정책총괄과
	카자흐스탄	3	3.c	보건	세미나 개최	한의학 진출교류협력 세미나	한의학정책관	한의학정책관
	카자흐스탄	10	10.4	복지	MOU, 제도구축, 정책컨설팅, 전문가파견, 연수사업	인천전략 기반 국제장애분야 개도국 협력사업	KOICA, 장애인개발원	장애인정책국
	콜롬비아	3	3.d	보건	컨설팅, 실태조사, 워크숍	KSP-WB 공동컨설팅 연구용역 사업 '콜롬비아 의료서비스 평가 및 재정관리 제도 개선지원 사업'	국민건강보험공단	
	태국	1	1.3	보건	전문가 파견, 연수사업	한국 푸드뱅크 모델의 세계화	한국사회복지협의회	복지정책과
	태국	3	3.d	보건	세미나, 자문관, 연수사업	건강증진 국제협력사업	한국건강증진개발원	건강정책과
	페루	3	3.d	보건	세미나, 자문관, 연수사업	건강증진 국제협력사업	한국건강증진개발원	건강정책과
	페루	3	3.d	보건	컨설팅, 보건의료진출, 컨소시엄	KSP-WB 공동컨설팅 연구용역 사업 '페루 의료정보 고나리시스템 투명성 및 책임성 제고'	국민건강보험공단	
그 외	CIS	3	3.c	보건	진료센터 구축/운영	한의학 해외홍보진료센터 구축	한의학정책관	한의학정책관
	OECD	10	10.4	보건	국제 학술행사	국제 학술행사 개최	국민건강보험공단	
	WHO	10	10.4	보건	국제 학술행사	국제 학술행사 개최	국민건강보험공단	
	대만	10	10.4	보건	국제 학술행사	국제 학술행사 개최	국민건강보험공단	
	동남아시아	3	3.c	보건	진료센터 구축/운영	한의학 해외홍보진료센터 구축	한의학정책관	한의학정책관
	동남아시아	3	3.d	보건	보건의료협력	정부간 보건의료협력 지원	한국보건산업진흥원	해외의료사업과
	러시아	3	3.c	보건	진료센터 구축/운영	한의학 해외홍보진료센터 구축	한의학정책관	한의학정책관
	러시아	3	3.c	보건	연수사업	외국의료인 국내연수 수행	한국보건산업진흥원	해외의료사업과
	러시아	3	3.d	보건	보건의료협력	정부간 보건의료협력 지원	한국보건산업진흥원	해외의료사업과
	미국	3	3.b	보건	협력강화, 담당관 파견	미국 CDC과의 협력강화	공공보건정책관	공공보건정책관
	미국	3	3.c	보건	세미나 개최	한의학 진출교류협력 세미나	한의학정책관	한의학정책관
	미국	3	3.c	보건	연수사업	외국의료인 국내연수 수행	한국보건산업진흥원	해외의료사업과
	미국	3	3.d	보건	보건의료협력	정부간 보건의료협력 지원	한국보건산업진흥원	해외의료사업과

미국	10	10.4	보건	국제 학술행사	국제 학술행사 개최	국민건강보험공단	
바레인	3	3.8	보건	기술지원	바레인 건강보험심사평가시스템 수출	건강보험심사평가원	해외의료총괄과
바레인	3	3.c	보건	MOU, 의료진출	중동 정부간 보건의료협력 지원	한국보건산업진흥원, 대학병원, 민간기업	해외의료사업과
사우디아라비아	3	3.c	보건	MOU, 의료진출	중동 정부간 보건의료협력 지원	한국보건산업진흥원, 대학병원, 민간기업	해외의료사업과
사우디아라비아	3	3.c	보건	연수사업	외국의료인 국내연수 수행	한국보건산업진흥원	해외의료사업과
아랍에미레이트	3	3.c	보건	MOU, 의료진출	중동 정부간 보건의료협력 지원	한국보건산업진흥원, 대학병원, 민간기업	해외의료사업과
오만	3	3.8	보건	정책컨설팅	오만 건강보험제도 도입방안 연구용역 사업	국민건강보험공단	국제협력담당관
오만	3	3.c	보건	MOU, 의료진출	중동 정부간 보건의료협력 지원	한국보건산업진흥원, 대학병원, 민간기업	해외의료사업과
유럽	3	3.d	보건	보건의료협력	정부간 보건의료협력 지원	한국보건산업진흥원	해외의료사업과
일본	3	3.c	보건	진료센터 구축/운영	한의학 해외홍보진료센터 구축	한의학정책관	한의학정책관
일본	3	3.d	보건	회의	제9차 한중일 보건장관회의(부처지원사업)	한국보건사회연구원	
일본	10	10.4	보건	국제 학술행사	국제 학술행사 개최	국민건강보험공단	
일본	10	10.4	복지	MOU, 국제 학술행사	한일 사회보장정책 협력사업	한국보건사회연구원	
일본	17	17.16	복지	국제 학술행사	국제 인구 컨퍼런스	한국보건사회연구원	인구정책총괄과
일본	17	17.16	복지	MOU, 경험공유	한중일 고령화 회담	한국보건사회연구원	인구정책총괄과
중남미	3	3.d	보건	보건의료협력	정부간 보건의료협력 지원	한국보건산업진흥원	해외의료사업과
중동	3	3.d	보건	보건의료협력	정부간 보건의료협력 지원	한국보건산업진흥원	해외의료사업과
칠레	3	3.d	보건	컨설팅, 보건의료진출	KSP-WB 공동컨설팅 연구용역 사업 '페루 의료정보 고나리시스템 투명성 및 책임성 제고'	국민건강보험공단	
카타르	3	3.c	보건	MOU, 의료진출	중동 정부간 보건의료협력 지원	한국보건산업진흥원, 대학병원, 민간기업	해외의료사업과
캐나다	10	10.4	보건	국제 학술행사	국제 학술행사 개최	국민건강보험공단	
쿠웨이트	3	3.c	보건	MOU, 의료진출	중동 정부간 보건의료협력 지원	한국보건산업진흥원, 대학병원, 민간기업	해외의료사업과
호주	10	10.4	보건	국제 학술행사	국제 학술행사 개최	국민건강보험공단	