국제보건 환경 변화에 따른
비정부 기구 의료활동의 현황과 과제

연세대학교 보건대학원
국제보건학과
김 정 아

국제보건 환경 변화에 따른
비정부 기구 의료활동의 현황과 과제

지도 오 희 철 교수

이 논문을 보건학석사 학위논문으로 제출함

2007년 7월 일

연세대학교 보건대학원
국제보건학과
김 정 아

김정아의 석사 학위논문을 인준함

심사위원_____인

심사위원_____인

심사위원_____인

연세대학교 보건대학원

국제보건학과

2007년 7월 일

감사의 글

3 월이 되었나 싶더니 벌써 7 월이 되었습니다.
여기까지 이르게 하신 하나님께 감사와 영광을 돌립니다.

논문이란 그동안 알지 못하였던 새로운 세계였습니다. 새로운 세계에 들어와서 새로운 언어와 규칙, 표현 그리고 새롭게 살아가는 법을 배우는 것 같았습니다. 그리고 그동안 접해왔던 학문적 저서와 저널들의 가치를 이제야 진정으로 깨닫게 되었습니다.

이 낯선 세계에 들어와 어린 학생 때의 습관을 버리지 못해서 방향을 잡지 못하고 있을 때, 논문의 큰 틀을 제시해주시고 논문을 쓰는 자로서 가장 근본적이고 핵심적인 태도와 원리를 일깨워주신 주심이신 오희철 교수님께 감사 드립니다.

또한 저의 부족한 점을 넓게 이해해 주시고, 힘든 과정마다 격려해 주시며 자상하고 섬세하게 지도해주셨던 부심이신 성동경 교수님께 감사 드립니다. 그리고 너무 어렵고 힘들어 논문을 더 진행할 수 있을까 포기하고 싶은 마음이 들 때마다 다시 마음을 다 잡고 끝까지 최선을 다 할 수 있도록 격려해주시고, 여러모로 조언해주신 부심이신 최충호 교수님께 깊은 감사를 드립니다.

논문을 쓰는 내내 기도해 주시고, 따뜻한 말로 응원해 주셨던 엄마 그리고 가족 모두에게 감사 드립니다.

지난 2 년 반 동안 함께 어려움을 나누며 도와주고 힘이 돼주었던 대학원 동기인 김경인, 오은정, 이지영, 조쥬유, 조하철 선생에게 감사 드립니다.

생각의 진전이 없어 힘들 때 밤 2 시가 넘도록 같이 토론하면서 생각의 실타래를 조금씩 풀어나갈 수 있도록 도와주고, 격려해 준 조본경 선생에게 고마움을 전합니다. 직장에서의 일정을 조정해주고 묵묵히 일하면서도 필요한 지원을 아끼지 않았던 병원 가족들에게 감사 드립니다.

또한 이 분야에 대해 관심을 읽지 않도록 생각할 수 있는 기회를 마련해 주시고 격려해 주신 손영익 원장님과 변춘석 원장님께 감사 드립니다.

논문을 쓰면서 배우게 된 학문에 대한 자세와 지식을 앞으로 필요한 곳에서 필요한 사람들을 위해 쓰임 받을 수 있기를 기대해 봅니다.

2007 년 7 월 14 일 김 정아

목 차

국문요약 ····· iv
I. 서론 ····· 1
1. 연구의 배경 ····· 1
2. 연구의 목적 ····· 4
3. 연구 방법 ····· 5

II. 이론적 배경: 비정부 기구 (NGO) 에 대하여 ····· 9
1. 비정부 기구 (NGO)의 정의 ····· 9
2. 비정부 기구 (NGO)의 분류 ····· 11

III. 이론적 배경: 1980년대 이후 국제보건의 변화 ····· 16
1. 일차보건의료 ····· 16
2. 의료 개혁 ····· 22
3. 공공 민간 파트너쉽 ····· 26

IV. 비정부 기구 (NGO) 의 비교: 일반의료 및 치과의료 영역 ····· 30
1. 특징 ····· 30
2. 일차보건의료의 활동 비교 ····· 36
3. 의료개혁의 활동 비교 ····· 42
4. 공공 민간 파트너쉽의 활동 비교 ····· 50

V. 결과 및 고찰 ····· 53

VI. 결론 ····· 56

참고문헌 ····· 58

영문초록 ····· 65

표 목차

표 1. 남부 NGO와 북부 NGO의 비교 ····· 12
표 2. Korten의 NGO 분류 ····· 14
표 3. 일반의료 NGO와 치과 의료 NGO의 특징 비교 ····· 35
표 4. 일차보건과 NGO 관련 수집된 자료의 수 ····· 36
표 5. 일차보건의료와 NGO ····· 41
표 6. 의료개혁과 NGO 관련 수집된 자료의 수 ····· 42
표 7. 의료 개혁과 NGO ····· 49
표 8. 공공 민간 파트너쉽과 NGO 관련 수집된 자료의 수 ····· 50
표 9. 공공 민간 파트너쉽과 NGO ····· 52

그림 목차

그림 1. 의료를 제공하는 기관들····· 15
그림 2. 공공 민간 파트너쉽의 변화 ····· 27

BOX 목차

BOX 1. Aide Odontologique Internationale (AOI)의 예 ····· 34

ABBREVIATION

AFT	Affordable Fluoride Toothpaste
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome
AOI	Aide Odontologique Internationale
ART	Atraumatic Restorative Treatment
CHW	Community health worker
DHMB	District Health Management Boards
FDI	Federation Dental International
HFA	Health for All
NGO	Non-governmental Organization
OUT	Oral Urgent Treatment
PHC	Primary Health Care
POHC	Primary Oral Health Care
PVO	Private Voluntary Organization
UN	United Nations
WHO	World Health Organization

국문 요약

국제보건 환경은 변화하고 있으며, 국제사회에서 NGO의 역할과 비중은 증가하고 있다. 1980년대 이후에 국제보건 환경의 주된 흐름은 일차보건의료(Primary Health Care), 의료개혁(Health Reform), 공공 민간 파트너쉽(Public Private Partnership)이었는데, 의료 영역에서 활동하는 NGO는 이런 변화에 맞춰 여러 모습으로 적응해 왔다.

그러나, 치과의료 영역에서는 국제보건의 환경 변화와 관련된 NGO의 활동변화에 대해 특별히 연구된 바가 없었을 뿐만 아니라, 그 동안의 연구에 의하면 치과의료 NGO의 활동은 치료에 치중되어 각 국가 주민들에게 실제적인 도움이 되지 못하고 있으며, 이에 대한 비판이 있어왔다.

따라서, 본 연구는 국제보건 변화 속에서의 치과의료 NGO의 올바른 활동방향을 모색하기 위해 관련 문헌 및 자료를 수집하여 분석하였다.

일차보건의료에서는 일차보건의료 사업의 시작 시기, 대상 지역, 일차보건의료 원리의 적용 여부에 대해 비교하였고, 의료개혁에서는 지방분권화, 시장화, 사유화의 세 가지 현상과 관련된 NGO의 활동 변화를 각각 행정의 변화가 NGO에게 미치는 영향 (지방분권화), NGO 소속 의료기관 내 시장원리의 도입 및 본인부담제 도입 여부 (시장화), 효율적 의료 서비스 전달을 위한 정부와 NGO의 협력증가 (사유화)의 측면에서

비교하였다. 공공 민간 파트너쉽은 목적에 따른 세 가지 유형인 상품 기부, 상품개발, 의료체계 파트너쉽 중 어느 유형으로 활동하는지 비교하였다.

연구 결과를 보면 치과의료 NGO는 일반의료 NGO에 비해 일차보건의료 사업의 도입시기가 늦고, 활발하지 못하였다. 의료개혁과 관련된 활동의 변화는 거의 나타나지 않은 반면, 각 국 정부는 각 국 의료제공 시 의료의 질 향상과 효율화를 위해 치과의료 NGO와의 협력을 기대하고 있었다. 공공 민간 파트너쉽을 보면 세 가지 파트너쉽 유형 중에서 상품 개발 파트너쉽(Product development partnership)으로 활동하고 있는 치과의료 NGO가 발견되었으나, 공공 민간 파트너쉽 유형은 의료영역에 비해 다양하지 못하였다.

결론적으로 1980년대 이후 치과의료 NGO는 일반의료 NGO에 비해 국제보건 변화에 민감하게 반응하지 못하였다. 그러나 2000년대 들어 국제보건과 관련된 일차보건의료, 의료개혁, 공공 민간 파트너쉽의 세 가지 변화가 동시에 일부 지역에서 소규모로 일어나고 있다.

핵심어: 국제보건, NGO, 일차보건의료, 의료개혁, 공공 민간 파트너쉽

I. 서론

1. 연구의 배경

1978년 알마아타 선언 이후 국제보건의 환경은 꾸준히 변화하였다. 1980년대가 '모든 사람에게 건강을 (Health for All, HFA)' 이라는 기치 아래, 일차보건의료(Primary Health Care, PHC)를 활동원리로 삼아, 의료에 대한 보편적 접근을 고민하고 노력하는 시기였다면, 1990년대는 관료주의로 인한 비효율성을 개선하기 위해 각 나라마다 의료 개혁이 일어났던 시기로, 행정의 지방분권화 (Decentralization), 다양한 재정을 위한 시장화 (Marketization), 효율적 의료 서비스 전달을 위한 사유화 (Privatization)를 통해 공공의료의 효율을 제고하였던 시기였다 (Green and Mathias, 1997). 2000년대 들어 AIDS와 같은 신종 전염성 질병에 대한 다각적 협력의 필요성이 커지고, 의료의 민간 영역이 확대되자 선진국과 개발도상국 모두 의료의 공공 민간 파트너쉽이 중요한 문제로 대두되었다 (Wamai, 2004).

19세기 말 기독교 선교사들은 선교활동의 하나로 개발도상국에서 의료활동을 시작하였다. 그러나 시대가 바뀌면서 의료활동의 주체가 정부 및 비정부 기구 (Non-governmental Organization, NGO)로 바뀌게

되었다 (DeJong, 1991).

구호나 개발이 주 활동 영역이었던 이들 NGO는 그 사업 대상이 개발도상국가의 소외된 사람들인 경우가 많았는데, 이러한 성격때문에 1980년대 들어서면서 알마아타 선언에서 강조된 일차보건의료의 원리를 적극적으로 수용하여 그 원리 위에 다양한 활동을 펼쳤다 (DeJong, 1991).

전 세계적으로 의료개혁이 일어났던 1990년대에 의료 영역에서 활동했던 NGO는 효율적인 의료체계를 위하여 정부와 협력하거나 NGO 소속 의료 기관 내 경쟁과 시장 원리에 따른 관리 방식을 도입하는 등의 변화를 모색하였다.

2000년대 공공 민간 파트너쉽이 확대되자 NGO는 국가, 국제기관, 민간 회사와 같은 여러 대상과 다양한 유형으로 협력을 도모하였다 (Wamai, 2004).

이와 같이 의료영역에서의 NGO는 국제보건 환경 변화에 맞춰 그 역할과 활동내용을 꾸준히 변화시켜 왔다.

그러나 치과영역에서의 NGO 는 이러한 국제보건의 환경 변화에 맞춰 활동하기보다는 수복 및 발치 위주의 치과 치료에 치중하였다.

전 세계 인구의 70% 이상이 개발도상국이나 저개발국에 살고 있고, 40 억 명 이상의 사람들이 적절한 구강관리를 받지 못하고 있는 현 상황을 감안한다면, 개발도상국가 주민들의 구강건강 향상을 목표로

일하고 있는 치과의료 NGO 의 치료에 치우친 현재 활동은 그다지 효율적이라고 할 수 없다 (Helderman and Benzian, 2006).

치과의료 NGO의 활동이 국제보건 환경 변화와 관련 없이 '치료 기부자'의 입장으로만 계속된다면, 그 활동은 전략적이지도 않고 현실과 동떨어진 소모적인 활동이 될 것이다 (Reich, 2004; Dickson, 2005).

우리나라는 1996년 OECD 회원국이 된 이후 NGO의 수가 꾸준히 증가하고 있으며, 국경을 넘어 자발적 봉사활동을 하는 치과 단체도 많이 생겨나고 있다. 하지만 이들에게 필요한 국제보건 환경변화에 맞는 전략적인 접근법을 제시하는 자료는 거의 없는 실정이다.

이러한 현실에서 국제보건 환경 변화에 대한 이해와 이에 맞게 변화를 모색해온 일반의료 NGO의 활동은 치과의료 NGO에게 필요한 많은 시사점을 제공해 준다.

2. 연구의 목적

본 연구는 1980 년대 이후 국제보건 변화 속에서의 NGO 활동을 일반의료 영역과 치과의료 영역으로 나누어 비교 연구하여 치과의료 NGO 활동 중 변화가 필요한 부분을 파악하고, 향후 치과의료 NGO 의 활동 시 국제보건 환경 변화에 맞는 보다 더 전략적이고 효과적인 접근 방법을 제시하고자 한다.

이 연구의 세부목적은 다음과 같다.

첫째, 1980 년대 이후 국제보건 변화의 내용을 살펴본다.

둘째, 국제보건의 변화에 따른 NGO 활동 변화를 일반의료 영역과 치과의료 영역으로 나누어 특징과 현황을 살펴보고, 그 차이점을 비교한다

셋째, 향후 치과 의료 NGO 가 활동할 때 국제보건 변화에 맞는 활동 방향을 제시한다

3. 연구방법

1) 자료의 수집

본 연구의 연구방법은 문헌연구로서 관련 논문 및 관계 저서를 수집 분석하였다. 일반의료 NGO 와 치과의료 NGO 의 활동 비교를 위한 자료는 다음과 같다.

일반의료 NGO 에 관한 자료는 1 억 7 천만개의 자료가 있는 미국 국립 의학 도서관에서 제공하는 온라인 서비스인 PubMed 에서 2007 년 5 월, English, Links to full text, Title /Abstract 라는 제한 아래 'primary health care and NGO', 'health reform and NGO', 'public private partnership and NGO' 라는 keyword 로 검색하여 자료를 1 차적으로 수집하였다.

검색된 문헌의 수는 'primary health care and NGO'는 38 개, 'health reform and NGO'는 12 개, 'public private partnership and NGO'는 14 개였다.

그 후 2 차적으로 다음과 같은 기준에 의해 필요한 자료를 수집하였는데, 이 때 선택된 최종 문헌의 수는 각각 8 개, 6 개, 3 개였다. 이 때 선택된 문헌에서 관련된 NGO 의 수는 primary health care (일차보건의료)는 515 개, health reform (의료개혁)은 22 개, public private partnership (공공 민간 파트너쉽)은 8 개였다.

적용된 2 차 선택의 기준은 다음과 같다.

(1) 개발도상국가에서 활동하면서, 국경을 넘어 활동하는 국제 NGO (International NGO, INGO)에 의한 것

(2) 일차보건의료: '일차보건의료 사업'에 대한 기술이 있는 것

(3) 의료개혁: 의료개혁 시 NGO 의 활동 변화에 대한 기술이 있는 것

(4) 공공 민간 파트너쉽: '공공 민간 파트너쉽 사업'에 대한 기술이 있는 것

치과의료 NGO에 관한 자료는 세계치과연맹 (Federal Dental Internationale, FDI)의 데이터베이스에 올라와 있는 저널과 자료가 주로 선택되었다.

일차보건의료에 관한 자료는 2001년 이후 발간되고 있는 저널 'Developing Dentistry' 에서 keyword 'primary health care' 에 의해 검색된 9개의 자료 중 위에서 언급한 2차 기준을 적용하여 6개의 자료를 2차 선택하였다. 의료개혁에 관한 내용은 세계치과연맹의 데이터베이스에 들어있는 7개의 각 국 구강보건 정책안 중에서 NGO의 활동에 대해 언급한 4개의 자료가 2차 선택되었다. 공공 민간

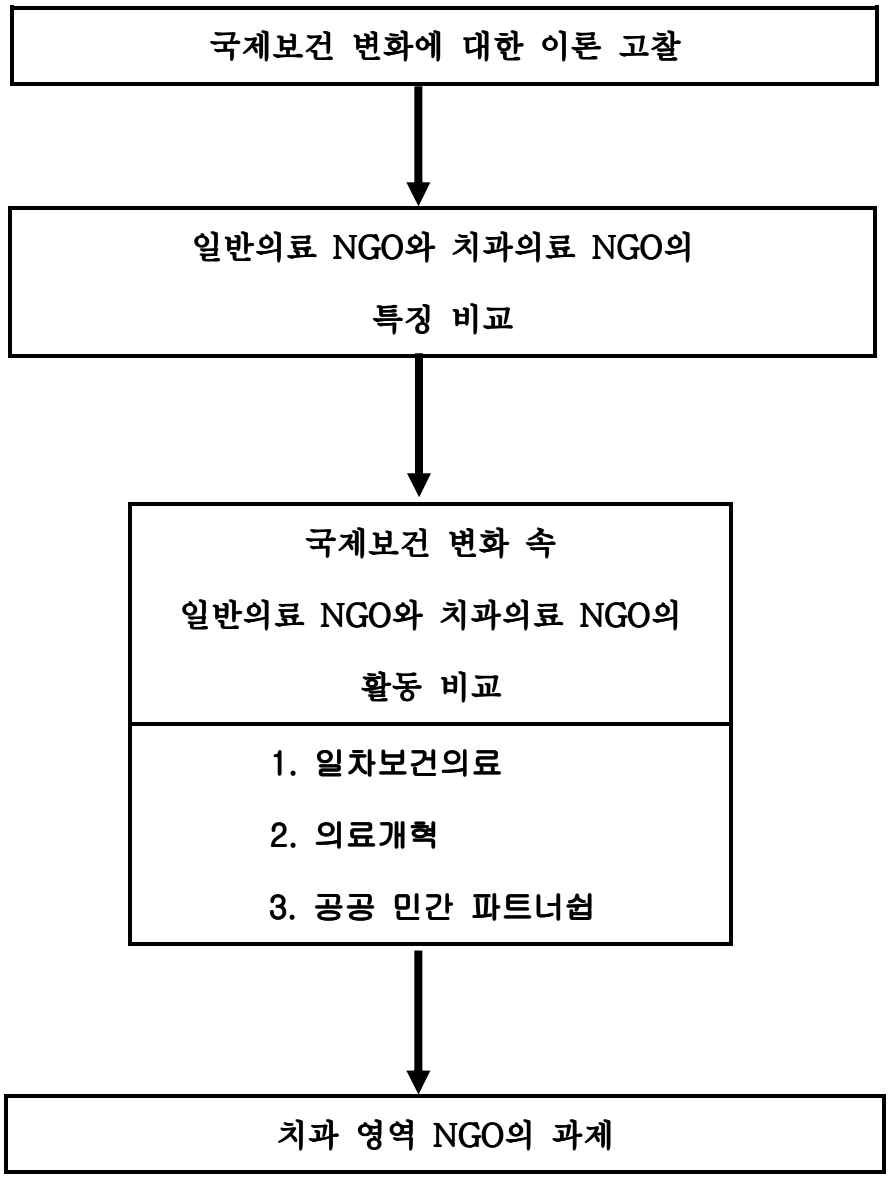
파트너쉽에 관한 자료는 'Developing Dentistry' 에서 공공 민간 파트너쉽 사업이 기술된 3개의 자료가 선택되었다.

2) 연구 범위 및 분석의 틀

연구내용으로는 먼저 I 부에서는 이 연구의 배경, 연구목적, 연구방법에 대하여 서술하였으며, II 부에서는 NGO 의 정의, 분류에 관한 이론을 다루었으며, III 부에서는 국제보건의 변화에 관한 이론을 다루었고, IV 부에서는 일반의료 NGO 와 치과의료 NGO 의 특징과 활동 현황을 비교하였다.

일차보건의료에서는 일차보건의료 사업의 시작 시기, 대상 지역, 일차보건의료 원리의 적용 여부에 대해 비교하였고, 의료개혁에서는 지방분권화, 시장화, 사유화의 세 가지 현상과 관련된 NGO의 활동 변화를 각각 행정의 변화가 NGO에게 미치는 영향 (지방분권화), NGO 소속 의료기관 내 시장원리 도입 및 본인부담제 도입 여부 (시장화), 효율적 의료 서비스 전달을 위한 정부와 NGO의 협력증가 (사유화)의 면에서 비교하였다. 공공 민간 파트너쉽은 목적에 따라 세 가지 범주인 상품 기부, 상품 개발, 의료체계 파트너쉽 중 어느 유형으로 NGO가 활동하는지 비교하였다.

3) 연구의 틀


국제보건 변화에 대한 이론 고찰
일반의료 NGO와 치과의료 NGO의
특징 비교
국제보건 변화 속
일반의료 NGO와 치과의료 NGO의
활동 비교
1. 일차보건의료
2. 의료개혁
3. 공공 민간 파트너쉽
치과 영역 NGO의 과제

II. 이론적 배경: 비정부 기구 (NGO)에 대하여

1. 비정부 기구 (NGO) 의 정의

1) 비정부 기구 (NGO)의 개념

(1) 용어의 정의

NGO란 'Non-governmental organization (비정부 기구)을 지칭하는 용어로 국제사회에서 통용되고 있다.

NGO는 유럽과 개발도상국에서 주로 사용되는 용어이며, 미국에서는 Private Voluntary Organization(PVO)라는 용어를 주로 사용되고 있다 (Green and Mathias, 1997).

본 연구에서는 일반의료 NGO와 치과의료 NGO로 나누었다. 일반의료 NGO란 'Non-governmental organization in health sector'로 번역할 수 있는데 의료 영역에서 활동하는 NGO를 뜻하며, 치과의료 NGO란 'Non-governmental organization in oral health sector'로 번역할 수 있는데 구강의료 영역에서 활동하는 NGO를 뜻한다.

(2) 역사적 배경

NGO는 본래 유럽에서 사용된 개념이다. 제 1차 세계대전 당시 영국에서 설립된 아동구제기금(Save the Fund:1919설립)과 로마카톨릭에서 설립한 'Caritas (1915년 설립)' 라는 네트웍이 NGO의 형태로 만들어지면서, NGO란 용어가 국제사회에서 등장하기 시작하였다. 제2차 세계대전 시 전쟁희생자를 위한 구제활동에서 NGO가 더욱 알려지기 시작하여, 1970 - 80년대에 유럽에서 광범위하게 사용되었다. 그러나 국제사회에서 NGO란 용어가 공식적으로 사용된 것은 1949년 UN에 의해서이다.

영국을 비롯한 선진국에서 19세기 초부터 시작된 NGO는 평화, 개발, 인권, 환경, 보건, 난민구호, 아동보호, 긴급구호, 원주민 인권보호, 문화 등의 다양한 영역에 대하여 활동하였다. 1949년, NGO란 용어가 국제사회에서 공식적으로 사용된 이래, 처음에는 단순히 UN산하 기관들과 결부되어 있는 NGO를 지칭하다가, 1950년과 1968년 UN헌장 개정 후 UN 헌장 71조에 근거하여 협의적 지위(consultative status) 가 규정되었다. UN 헌장에서 의미하는 NGO는 정부나 정부간 협정에 의해 설립되지 않은 모든 비영리 사적조직을 의미한다 (고영희, 2002).

2. 비정부 기구 (NGO)의 분류

NGO 의 특성상 그 분류가 쉽지 않다. 여러 분류법 중 의료영역과 관련이 있는 분류를 보면 다음과 같다.

(1) 지향에 따른 분류

엘리엇(Elliott)은 성향(position)이나 지향하는 목표(orientation)에 따라 복지(welfare), 개발(developmental), 권한강화(empowerment)의 세가지로 NGO를 분류한다. 복지(Welfare)는 특별한 집단에 서비스를 제공하는 것이고, 개발(Developmental)은 지역주민에게 기본적인 욕구를 충족시킬 수 있도록 역량을 향상시키는 개발 프로젝트 지원을 의미한다. 권한강화(empowerment)는 주민들에게 정치과정에 참여하게 하여 그들의 사회경제적 지위를 높이는 것을 의미한다 (김혜경, 1997).

(2) 지역별 분류

NGO 의 위치에 따라 남부 NGO 와 북부 NGO 로 나뉘어 지는데, 남부 NGO 는 개발도상국의 단체들로 선진국 기관과 협력하여 지역 내 풀뿌리 조직(grass-roots organization)과 연계되어 지역발전을 도모하며, 북부 NGO 는 선진국의 단체들로서 시민사회의 구성요소인

환경, 인권, 노동 등의 범 지구적 사회 문제들에 대하여 지원단체로 활동한다 (김혁래, 1997).

표 1. 남부 NGO 와 북부 NGO 의 비교

	남부 NGO	북부 NGO
목표지역	지역사회, 지방, 지역	국가, 국제
기능	상담, 복지, 자족능력 배양	개발원조, 대변-교육 기능
접근	Bottom-up, 참여적	Top-down, 계몽적, 교육적
행위자 양식	자율적 행위자	경쟁적 행위자
연합 수준	지역수준	국가 수준
조직 형태	자치 단체, 풀뿌리 조직	연합 형태, 지원단체

출처: 김혁래, 한국의 시민사회와 비정부단체(NGO) 연구, 1997. p 37-68 표6

(3) 활동범위에 따른 분류

NGO 가 활동하는 공간적인 범주를 기준으로 분류할 경우, 우선 활동 지역이 한 국가 내에 한정되어 있는 NGO 와 국경을 넘어 활동이 이루어지고 있는 NGO 로 구분을 하는데, 전자를 국내 NGO (National NGO), 후자를 국제 NGO (International NGO)라 부른다. 한 국가의 국경을 넘어 활동을 하는 국제 NGO 는 또 다시 세계 전

지역을 활동 대상으로 하는 전 지구적 NGO (global NGO)와 아시아나 아프리카처럼 일부 지역을 활동 대상으로 하는 지역 NGO (regional NGO)로 분류될 수 있다.

국내 NGO 도 좀 더 세분하여 특정 공동체를 단위로 하여 활동하는 Community NGO, 일부 지방을 단위로 하는 Local NGO, 그리고 여기에서 좀 더 나아가 전국적인 범위에서 활동하는 National NGO 등으로 구분이 가능하다 (Bratton, 1989; 김인춘, 1997).

본 연구에서는 이들 중 국경을 넘어 활동하는 국제 NGO (International NGO, INGO)를 그 연구대상으로 한다.

(4) 개발 NGO 중 활동 내용에 따른 분류

Korten은 활동 내용에 따라 개발 NGO를 다음과 같이 분류하였는데, 구호활동과 개발활동을 하는 1세대 NGO, 개발교육을 하는 2세대 NGO, 정책활동 및 권익옹호를 하는 3세대 NGO로 분류하였다 (김혜경, 1997).

표 2. Korten의 NGO 분류

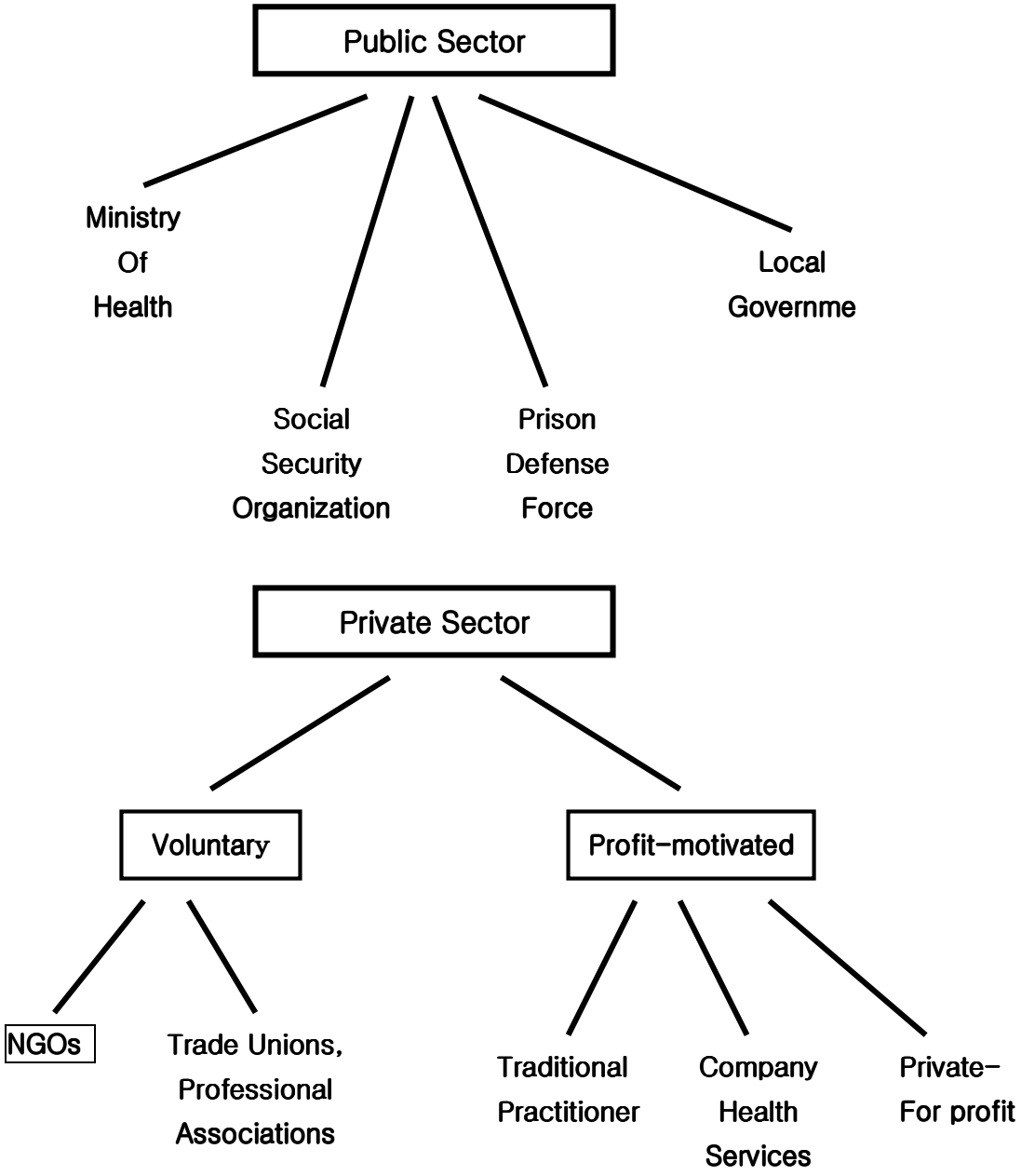
Table 2.1 Strategies of development-oriented NGOs: four generations

	Generation			
	First (Relief and Welfare)	*Second (Community Development)*	*Third (Sustainable Systems Development)*	*Fourth People's Movements*
Problem Definition	Shortage	Local inertia	Institutional and policy constraints	Inadequate mobilizing visions
Time Frame	Immediate	Project life	10–20 Years	Indefinite future
Scope	Individual or family	Neighbourhood of village	Region or nation	National or global
Chief Actors	NGO	NGO plus community	All relevant public and private institutions	Loosely defined networks of people and organizations
NGO Role	Doer	Mobilizer	Catalyst	Activist/ educator
Management Orientation	Logistics management	Project management	Strategic management	Coalescing and energizing self-managing networks
Development Education	Starving children	Community self-help	Constraining policies and institutions	Spaceship Earth

Source: Korten (1990), Table 10.1, p. 117.

출처: Green and Mathias. NGO-governmental organizations and health in developing countries, 1997. p 34 Table 2.1

그림 1. 의료를 제공하는 기관들



출처: Green and Mathias, NGO and health in developing countries, 1997. p 2

III. 이론적 배경: 1980년대 이후 국제보건의 변화

1. 일차보건의료

1) 정의

일차보건의료(Primary Health Care, PHC)란 지역사회의 주민들이 일반적으로 쉽게 이용할 수 있으며, 그들이 받아들일 수 있는 방법으로, 지역사회의 적극적인 참여에 의해서, 그들의 지불능력에 맞는 비용으로 제공되는 필수적인 의료이다 (알마아타 선언, 1978).

일차보건의료의 주 목적은 2000년도까지 의료가 모든 사람들에게 보편적으로 전달되게 하는 것으로서, 국가적 수준에서 정책적으로 '위에서 아래로' 가는 전략을 촉진하였다 (Wamai, 2004).

2) 역사적 배경

1978년 카자흐스탄 알마아타에서 일차보건의료에 대한 국제회의가 개최되었고, 알마아타 선언이 선포되었다. 이 회의에는 134개국 정부대표와 67개의 국제기구 대표가 참석하였다 (Cueto, 2004).

일차보건의료는 제 2차 세계대전 이후 일반화되어 있던 병원중심 의료 체계에서 탈피하여 재정과 의료전달체계 면에서 새로운 접근을

시도하였다.

당시 시대적 배경은 동서 냉전의 마지막 시기였다. 그리고 대부분의 주민들이 병원치료를 받을 수 없는 개발도상국가에, 선진국형 병원중심의 의료체계를 그대로 이식하는 것에 대한 비판이 학자들에 의해 제기되고 있었다. 또한 개발도상국가에서 일해왔던 기독교 의료 선교사들은 'Christian Medical Mission'이란 단체를 조직하여 필수약품 사용과 기본적인 치료 방법을 가르쳐 의료를 제공할 수 있도록 주민들을 훈련시킬 것을 강조하였고, 'Contact'이란 저널을 통해 'Primary health care'라는 용어를 처음 사용하였다. 뿐만 아니라 '맨발의사(barefoot doctor)[1]'를 이용하여 시골지역의 의료를 담당하게 했던 공산국가 중국이 UN에 가입한 시기였다. 일차보건의료는 식민지에서 해방된 많은 아프리카 신생독립국가와 제국주의 반대자들의 지지를 받았다 (Cueto, 2004).

그러나 일차보건의료는 이상적이고 현실적이지 않다는 비판이 곧 제기되었고, UNICEF의 적극적인 주도 아래 '선택적 일차보건의료 (Selective Primary Health Care)'라고 일컬어 지는 형태로 발전하였다. 이는 그 사업 내용을 GOBI라는 형태로 매우 구체화시켰는데, GOBI란 Growth monitoring(체중측정), Oral rehydration techniques(활수;活水),

[1] 중국 농촌의 향촌의사 제도로서 문화대혁명 당시인 1965년 마오쩌둥 주석의 지시로 일반 농민들에게 3개월 정도의 간단한 훈련을 시켜 농민들을 진료하게 한 데서 출발했다.

Breast feeding(모유 수유), Immunization(면역백신)을 의미한다.

일차보건의료는 1980년대를 통틀어 국제보건 환경에 있어 가장 중요한 개념이었다. 그러나, 일차보건의료식 접근은 국제간 자원을 동원하는 데는 성공적이었으나 계획의 소홀, 제공되는 의료의 질에 대해서는 의구심을 낳게 되었다. 즉, 사회, 경제적인 통합적 개발 없이 독자적으로 건강상태에 도달할 수 없다는 사실을 인식하게 되었다.

그럼에도 불구하고 일차보건의료의 개념은 현재까지 개발도상국에서는 여전히 유용하며 정책적으로도 많이 강조되고 있다 (Wamai, 2004).

3) 내용

(1) 일차보건의료의 원리 (WHO, 1978)

첫째, 접근성

쉽게 이용 가능해야 한다. 지역적, 지리적, 경제적, 사회적 등으로 일차보건의료를 이용하는데 차별이 있어서는 안 된다는 것이다. 즉, 일차보건의료는 모든 인간에게 평등하고, 쉽게, 이용가능 하도록 사업이 전개되어야 한다.

둘째, 적절한 기술

지역사회가 쉽게 받아들일 수 있는 방법으로 사업이 제공되어야 한다. 그 지역사회의 주민들이 편안하게 받아들일 수 있는 건강문제 해결접근을 일차보건의료에서 연구하여 사업방법으로 활용해야 한다.

셋째, 지역사회 참여

일차 보건의료를 제공하는 사람과 지역사회가 대등한 관계로 일차보건의료 사업의 동업자가 되는 것이다. 전통적으로 시행해 오던 보건의료는 보건의료 전문가가 능동적으로 지역사회 주민에게 보건의료를 제공하는 것으로 지역사회 주민은 수동적 자세였다. 그러나 일차보건의료는 지역사회가 적극적으로 참여하여 사업요구파악, 계획, 수행, 평가가 이루어져야 한다.

넷째, 상호조정

건강은 수많은 외부환경과 의료서비스 외적인 요소에 의해 영향을 받기 때문에 일차보건의료는 의료 외적인 부문에 대해서도 고려를 해야 한다. 즉 교육, 고용, 주거, 수송 등에 관심을 가져야 한다. 보건의료인력은 교육, 농업, 주택 등의

부문과 공동적인 작업을 수행할 수 있으며, 보건의료 지도자들은 이런 부문들을 지원할 수 있다.

* 일차보건의료의 필수사업내용

(서울대 보건대학원 편찬위원회, 1998)

일차보건의료의 내용은 크게 9가지로 구분된다.

① 지역사회가 가지고 있는 건강문제와 이 문제를 규명하고 관리하는 방법의 교육

② 식량의 공급과 균형 잡힌 식사

③ 안전한 물의 공급과 기본 환경위생

④ 가족계획을 포함한 모자보건

⑤ 그 지역사회의 주된 전염병에 대한 예방접종

⑥ 그 지역의 지방병 예방 및 관리

⑦. 통상질환과 상해에 대한 적절한 치료

⑧ 정신보건의 증진

⑨ 기본 약 제공

4) 일차보건의료와 NGO와의 관계

알마아타 선언의 출생 자체가 일반의료 NGO와 매우 큰 관련이 있다. 일차보건의료의 원리는 19세기 이후 기독교 NGO들이 개발도상국에서 행한 많은 시범 의료사업을 근거로 해서 만들어졌기 때문이다 (McGilvray, 1981).

알마아타 선언 이후 많은 의료 NGO들이 일차보건의료의 원리를 적극적으로 수용하여 그 원리 위에 많은 활동을 펼쳤는데, 그 이유는 개발도상국 소외된 사람들을 사업대상으로 하는 NGO의 특징적 성격 때문이었다 (DeJong, 1991).

WHO가 일차보건의료의 원리를 소개한 후 NGO는 각 국가에서 일차보건의료 체계가 구축되도록 기술적, 재정적 지원을 하거나, 구축된 일차보건의료 체계 내에서 일차보건의료 원리를 이용하여 의료사업을 행하였다.

의료사업을 할 때 대부분의 국제 NGO는 모호한 '원래의 일차보건의료(Original primary health care)' 보다는 보다 구체적인 '선택적 일차보건의료 (Selective primary health care)'의 방법을 더 선호하였다 (Cueto, 2004).

2. 의료 개혁

1) 정의

의료개혁은 지방분권화, 시장화, 사유화의 과정을 통해 이루어졌다.

지방분권화 (Decentralization)란, 공공 의료부분의 기획, 관리, 의사결정에 있어서의 힘의 분산이다 (Wamai, 2004). 의료 조직을 지방분권화하는 주된 이유는 의료체계를 지역적으로 통제하는 것이 더 효율적이고, 공평하며, 필요와 요구에 대해 더 잘 반응할 수 있기 때문이다. 이것은 의료를 제공 할 때 시장원리 아래 오직 제한된 부분에서만 정부가 개입하는 것이다 (World Bank, 1993).

시장화 (Marketization)란 1980년대 이후 IMF/World Bank가 주도하여 일어난 공공 영역의 구조조정의 한 형태로서 의료영역에 시장원리를 도입한 것이다 (Reich, 2002).

사유화 (Privatization)란 소유권이 공공에서 민간으로 이전되는 것을 말한다. 사유화의 결과 민간영역이 커져 결국 정부와의 협력이 증가하였다.

2) 배경

1990년대는 개발도상국과 선진국 양쪽 다 보건관리에 대한 기획과 조직에 큰 변화가 있었다. 공공 영역에서 관료주의와 이로 인한

비효율성에 대해 큰 비판이 일어났으며, 마거릿 대처의 국영 의료 체계(National Health Service, NHS) 를 비롯하여, 세계 각지에서 공공 의료영역에 대해 비효율성을 극복하고자 하는 노력이 있었다. 이렇게 의료개혁이 국제보건의 주요 흐름으로 자리잡은 이유는 공공 영역만으로는 의료의 질을 높일 수 없다 라는 생각이 바탕이 되었고, 정치적으로도 이 당시 이념의 변화가 일어났는데 자유시장과 경쟁의 신자유주의 [2] 를 옹호하는 우파성향으로 기울어 졌다 (Green and Mathias, 1997).

3) 내용

이 시기에 각 국가 정부는 의료개혁을 통해 관료주의의 비효율성을 극복하기 위해 노력했다.

구체적인 의료개혁의 방법으로는 (1) 행정적으로는 지방분권화, (2) 재원의 다양화를 위한 시장화, (3) 효율적 의료서비스 전달을 위한 사유화의 과정을 통해 이루어졌다 (Sahn and Bernier, 1995).

구체적인 예를 보면 지방분권화는 지방 의료 관리청을 신설하여 의료에 관한 행정적 정책 결정 및 관리를 중앙에서 지방으로

[2] 신자유주의(新自由主義, Neoliberalism)는 1970년대부터 부각하기 시작한 경제적 자유주의 중 하나로서 경제적인 자유를 추구한다. 즉, 자유시장, 규제의 완화, 재산권 등을 중시한다.

이전시켰으며, 시장화는 공공의료 영역 내에 본인부담금제 및 의료보험 체계를 도입하였고, 사유화는 민간부문을 직접 지원하거나 법의 개정을 통해 민간부문의 활동이 더욱 커지도록 노력하였다 (Sahn and Bernier, 1995). 즉, 정부는 권한을 분산하고, 시장원리를 공공영역에 도입하여, 의료전달에 있어 정부의 역할을 줄이고 비정부 영역의 역할 증가를 도모하였다 (Reich, 2002).

케냐의 예를 보면 1989년 공공 의료체계 내에서 본인부담금제가 도입되었고, 1992년 지방분권화의 형태로서 지역의료 관리청 (District Health Management Boards, DHMB) 이 설립되었다. 가격을 결정할 수 있는 권한이 중앙부처에서 지역 수준의 행정으로 이양되었다 (Wamai, 2004).

4) NGO 와의 관계

1993년 World Bank Development Report에서는 NGO가 의료환경 변화의 주체가 될 것과 변화된 의료 서비스의 제공자가 될 것을 권하고 있다 (Green and Mathias, 1997).

(1) 효율적인 관리를 위해 민간 의료제공자에게는 면허제를 NGO에게는 소속 기관의 등록 및 허가제를 도입하였으며, 정부의 지방분권화로 인해 NGO는 그 협력대상이 중앙 정부에서 지방정부로 바뀌기도 하였다 (Dejong, 1991). (2) 시장화에 대한 NGO의 변화를

보면 소속 의료기관 내 시장원리에 근거한 의료서비스를 새로 도입하거나 제공되는 의료 서비스에 대한 본인부담금이 증가하였다. (3) 민간부문을 활성화 시키는 사유화 정책을 통해 정부와 NGO와의 협력이 증가되었는데, NGO는 공공의료 부문 또는 민간의료부문의 효율적 운영 및 인력 훈련을 담당하고 그 대가로 보조금을 받았다 (Sahn and Bernier, 1995).

3. 공공 민간 파트너쉽

1) 정의

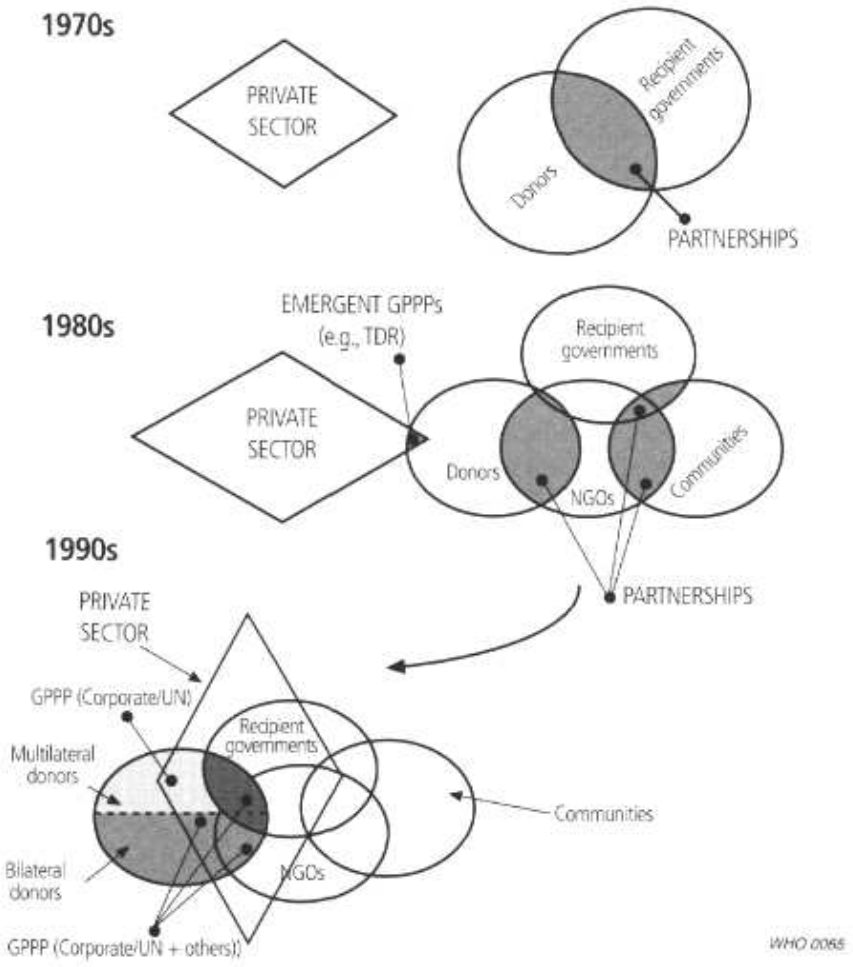
'공공 민간 파트너쉽(Public private partnerships)'은 그 정의가 매우 다양하다. 공공 및 민간 부문 사이의 모든 가능한 관계의 스펙트럼이라 정의할 수 있는데, UN 개발 프로그램 (United Nations Development Program, UNDP) 에 의하면 공공 민간 파트너쉽이란 소유권을 공유하여 계약을 맺고 함께 모험적 사업을 하는 것을 말한다 (Thomas and Curtis, 2003).

공공 민간 파트너쉽은 사유화의 결과 나타난 '협력'과는 구별된다. '파트너쉽(Partnership)'이라는 용어는 '협력(Collaboration)'의 의미로 일반적으로 사용되어 왔지만, 최근에 나타나고 있는 협력의 한 형태를 일컫는 말이다 (Nishtar,2004; Widdus, 2001).

초기에는 공공 부문의 효율화를 위해 정부와 민간영역과의 협력형태로 시작하였으나 오늘날에는 STD (sexually transmitted infection), 말라리아와 같은 질병의 예방, 백신과 약품에 대한 접근성 향상, 그리고 의료전달체계의 향상에 초점을 맞추고 있다 (Thomas and Curtis, 2003).

그림 2. 공공 민간 파트너쉽의 변화

Fig. 1. **Shift in private and public relationships.** (Shown is the shift in the relationships between organizations over this time, with the gradual convergence of the public and private-for-profit sectors after an initial period marked by discreet or minimal collaboration, to an era in which linkages were forged more openly, to current full-scale enthusiastic endorsement of partnership).



출처: Buse K, Walt G. Global public private partnerships: A new development in health? p 551, fig 1

2) 배경

2000년대에는 국제보건의 관심이 의료와 관련된 여러 영역이 서로 협력할 수 있는 정책적 접근으로 넘어갔다. 공공 민간 파트너쉽은 오래 전부터 있어왔지만, 1990년대부터 보건개발의 주요 전략으로 법리적 수준에서 논의되었다.

국제사회에서 공공 민간 파트너쉽이 등장한 이유에는 (1) AIDS와 같은 질병 양상의 변화 (2) 인터넷과 같이 수평적 협력을 뒷받침할 수 있는 기술적 향상 (3) 공공 의료영역의 비효율성을 극복하고자 하는 노력 등이 그 이유로 여겨진다.

3) 내용

공공 민간 파트너쉽은 그 형태가 매우 다양하다. 공공 민간 파트너쉽의 분류 방법은 여러 가지가 있는데 기관의 형태에 따라, 활동의 유형에 따라, 그리고 지향하는 목적에 따라 분류할 수 있다 (Buse and Walt, 2000).

본 연구에서는 '목적에 따른 분류' 방법에 의해 다음과 같이 세가지 범주로 분류하겠다.

(1) 상품의 기부, 분배 파트너쉽 (Product-based partnerships):

이 유형은 일차적으로 도달범위를 증가시키기 위한 약품 기부

프로그램이다.

예) the Global Alliance for Vaccine Initiative (백신)

(2) 상품 개발 파트너쉽 (Product-development partnerships):

이 유형은 공공의료를 위해 필요하나 시장성이 없어 상품화가 어려운 의료 관련 상품의 시장개발과 관련이 있으며, 상품의 발견과 기획, 개발 및 상업화, 매매(marketing)에 필요한 위험을 공유한다.

예) NetMark (해충제거제, 살충제), PHASE (개인위생와 교육, 기생충약), Salt Iodization Pakistan (요오드 소금)

(3) 의료 체계 파트너쉽(Systems/issues-based partnerships):

이 유형은 시장의 실패를 극복하고 비의료 자원을 동원하여 단일한 질병에 대해 지속적이고 전략적인 서로 다른 접근을 하는 것이다.

예) Roll Back Malaria (말라리아), Stop TB Initiative (결핵)

4) NGO와의 관계

공공 민간 파트너쉽에서는 공공 영역은 대부분 정부나 정부 소속 기관, 민간 영역은 민간기업과 NGO이다. 민간 기업의 경우 이익을 추구하는 반면, NGO는 이익추구를 하지 않거나 그 정도가 미미하므로, 정부와 NGO와의 협력은 더욱 증가되고 있다.

IV. 비정부 기구 (NGO)의 비교

일반의료 및 치과의료 영역

1. 특징

1) 설립시기

일반의료 NGO의 활동은 19세기 말로 거슬러 올라간다. 당시 NGO란 용어는 등장하지 않았으나 전세계로 파견된 기독교 선교사들에 의해서 개발과 구호활동의 일부로 의료 활동이 시작되었다. 제2차 세계대전 이후 종교와 관련이 없는 일반 NGO (secular NGO)가 대거 등장했으며 이들은 의료를 사회개발의 일부로 보고 지역사회의 역량을 강화시켜 의료가 그들의 책임이 되도록 하였다 (DeJong, 1991).

세계치과연맹에 등록된 'Dental Aid Organization'을 대상으로 한 연구[3]를 보면. 치과의료 NGO는 대부분 1980년대 이후 설립되었다. 이들은 Korten의 분류에 의하면 대부분 구호활동과 개발활동을 하는

[3] 2001년 Benzian은 이들이 NGO인지 확인하기 위해 1차 설문지를 보내고, 1차 설문 결과 NGO로 확인된 단체에 대해 2차 설문을 실시하였는데, 1차 설문 시 그 회답율은 36.2%였다

1세대 NGO와 개발교육을 하는 2세대 NGO에 속한다(Benzian, 2002).

2) NGO의 수

일반의료 NGO의 전 세계적인 현황은 잘 문서화 되어있지 않다. 단편적 자료에 의하면 미국의 경우 국제보건과 관련된 NGO가 400개 이상이다. 캐나다의 경우에는 82개의 NGO가 있고, 이들 중 많은 NGO가 캐나다 국내 활동도 하고 있다. 또한 비슷한 수의 NGO각 각각 유럽과 호주에도 활동하고 있다 (Smith, 1989).

2001년 세계치과연맹에 등록되어 있는 'Dental Aid Organization'의 수는 216개였는데, 2006년 연구에서 Helderman과 Benzian은 전세계 최대 500개 정도로 추정하고 있다.

3) 크기

일반의료 NGO의 크기는 보통 작은 편이지만, 매우 다양하다. 한가지 목표만 가지고 활동하는 NGO에서 여러 나라와 여러 분야에서 구호와 개발 활동을 하고 있는 규모가 매우 큰 NGO (예. Catholic Relief Services, Oxfam)에 이르기까지 그 크기가 다양하다 (Smith, 1989).

치과의료 NGO는 수많은 일반의료 NGO에 비해 크기가 작은 편이다. 더욱이 충치나 치주염 같은 구강병의 유병율을 고려해보면 그 크기는 매우 작다 할 수 있다 (Benzian, 2002).

4) 예산의 규모

일반의료 NGO의 경우 예산은 5만 달러에서 수백만 달러까지 다양하다 (Smith, 1989). 예를 들어 1988년에 Sudan에 있는 40개의 NGO를 살펴보면, 10개의 NGO가 3-4년 기간의 3백만 달러 예산의 프로그램을 시행하고 있었다. 40개 중 4개의 NGO는 3년 이상의 기간으로 1-2백만 달러의 예산의 프로그램을 수행하였다. 나머지 대다수는 50만 달러 이하로 상대적으로 예산의 규모가 작은 프로그램이다 (Mburu, 1989).

치과의료 NGO의 예산의 규모를 보면, 북부 NGO는 예산 규모 10만 달러 이하가 10% 이하이고, 남부 NGO는 10달러 이상이 18.8%였다. 수입은 대부분 기부에 의존한다 (Benzian, 2002).

5) 주요사업

19세기 캐나다에 있는 NGO는 해외 선교활동과 관련이 많았다. 미국의 경우 록펠러 재단은 1930년대와 1940년대 황열과 십이지장충과 같은 문제를 다루었으며, 포드 재단은 여러 해 동안 많은 나라에서 서로 다른 기간에 목표를 달리하며 활동하였고 의료는 거의 항상 다면적인 프로그램의 일부였다 (Smith, 1989).

그 동안 조사된 일반의료 NGO의 주요사업은 의료 제공, 조사 및 연구, 의료 지원, 정책 옹호, 기금마련, 상호조정 이다 (Green and Mathias, 1997).

치과의료 NGO의 사업을 보면, 북부 NGO 사업의 높은 우선순위는 치료, 기술적 도움, 교육과 훈련이고, 낮은 우선순위는 기금조성, 역학조사, 옹호 활동이다. 남부 NGO에서는 교육과 훈련, 치료, 지역사회 개발이고, 낮은 우선순위는 기금조성, 응급구호, 연구(조사)이다. 교육활동은 보조인력 훈련에 맞추어져 있다. 사업은 주로 개인적인 접촉을 통해 시작되었다가 나중에 다른 NGO나 의료 기관으로 넘어간다. 치과의료 NGO는 시간과 경험이 축적될수록 그 활동내용이 크게 변하기도 하였는데 그 예를 보면 다음과 같다.

BOX 1. Aide Odontologique Internationale (AOI)의 예

AOI는 프랑스에 사무실을 두고 제3세계 국가의 치과 영역에서 활동하고 있는 NGO이다. AOI는 설립 첫해의 활동의 주로 재료를 보내거나 자원봉사자를 보내어 발치를 주로 하였다.

그러나 그 후 다음과 같은 점들을 고려하기 시작하였다.

- 효율성 (NGO 활동이 건강에 도움이 되는가?)
- 타당성 (NGO 활동이 중요한 문제를 잘 해결하고 있는가?)
- 적합성 (NGO 활동이 인력, 재료, 재정 면에서 현실성 있는 접근을 하는가?)
- 지속성 (NGO 활동이 시간이 지나도 지속적인 결과를 만들고 있는가?)

오늘날 AOI는 구강 건강증진 사업에 초점을 맞추어 활동하고 있다

출처: Ouattara and Varenne. Affordable fluoridated toothpaste for developing countries, 2002. p. 8-13

6) 회원 수

일반의료 NGO의 회원 수는 한 명에서 수 천명, 수 십만 명에 이르기까지 다양하다 (Smith, 1994). 치과의료 NGO의 회원 수는 51명 이하가 대부분이다 (Benzian 2004).

위에서 언급한 일반의료 NGO와 치과의료 NGO의 전체적인 특징을 요약해보면 표 3과 같다.

표 3. 일반의료 NGO와 치과 의료 NGO의 특징 비교

	일반의료 NGO	치과의료 NGO
설립시기	19세기	대부분이 1980년대 이후
NGO의 수	미국 400개 이상, 유럽 각각 400개 이상, 캐나다 82개 호주 각각 80개 이상	세계 치과의사 연맹에 등록 216개 최대 500개로 추정
크기	작다 - 메가급 크기 다양하다	작다.
예산의 규모	5만 - 수백만 달러	북부 NGO 10만 달러 이상이 대부분 남부 NGO 10만 달러 이하가 대부분
주요사업	의료 제공, 조사 및 연구, 의료 지원, 정책 옹호, 기금마련, 상호조정	의료제공(치료), 기술적 도움, 교육과 훈련
회원 수	수 명- 수십만 명	51명 이하가 대부분

2. 일차보건의료의 활동비교

1978년 알마아타 선언 당시 치과의료는 일차보건의료 필수사업에 포함되지 않았다. 1994년 WHO의 본부에서 손기구를 이용하여 충치를 없애고 충전하는 비침습적 수복치료 (Atraumatic Restorative Treatment, ART) 의 개념이 처음 소개되었고, 이후 WHO에 의해 구강건강 영역에 일차보건의료의 개념이 도입되었다. 1990년대 후반부터 일차 구강보건의료 (Primary Oral Health Care, POHC) 사업이 여러 나라에서 시도되고 있다 (Helderman 등, 1999).

일반의료 NGO 와 치과의료 NGO 의 일차보건의료 활동 비교를 위해 수집된 자료는 표 4 와 같다.

표 4. 일차보건과 NGO 관련 수집된 문헌의 수

	일반의료 NGO	치과의료 NGO
출처	PubMed	Developing Dentistry
검색된 문헌의 수	38	9
선택된 자료의 수	8	6
문헌 속 관련 NGO의 수	515	8

Keyword: primary health care and NGO

1) 시작 시기

일반의료 NGO 의 일차보건의료 프로그램의 일반적 시작 시기는 참고한 문헌에 정확히 나와있지 않았다. 조사된 자료 중 가장 이른 시기에 등장하는 NGO 관련 일차보건의료 사업은 1985 년이다. 이에 비해 치과의료 NGO 의 일차보건의료 사업은 1998 년이다.

2) 대상지역

일차보건의료가 소개된 후 일반의료 영역의 경우 일차보건의료 사업은 급격한 증가를 보이며, 거의 모든 나라에서 행하여졌다 (Mburu, 1989).

치과의료 영역의 경우 1990년대 후반 WHO가 일차 구강보건의료 사업을 방글라데시, 네팔, 인도네시아, 탄자니아에서 시행하였다 (Helderman 등, 1999). 수집된 자료에서 WHO 외 NGO와 관련된 사업은 United Mission in Nepal (UNM)의 네팔, Committee of German Doctors for Developing Countries의 필리핀, 두 가지 예가 있었다. NGO와 상관없이 정부의 주도하에 일차 구강보건의료 사업을 하고 있는 곳도 있었는데, 그 예는 인도, 파키스탄, 피지, 캄보디아이다. 캄보디아와 파키스탄에서는 일차 구강보건의료 사업 중 치료와 관련된 장비를 NGO가 지원하였다.

3) 필수 사업

일차 구강보건 사업의 필수 사업은 건강한 행동양식의 증진, 구강 교육 강조, 정기 검사, 자가 관리에 의한 예방, 응급 치료이다 (Helderman 등, 1999). 일차 구강보건의료 (POHC)의 필수사업은 일차보건의료 (PHC) 필수사업보다 예방과 통증 해소에 더 큰 비중을 두고 있다.

4) 일차보건의료 원리 적용

(1) 접근성

일반의료 NGO 에 일차보건의료 사업은 그 규모가 큰 경우가 많았다. 예를 들어 방글라데시에서 1999-2002 년 27 개의 NGO 가 함께 활동하여 일차보건의료 사업을 펼친 결과 그 사업효과가 최극빈층 인구의 1/3 에 도달하였으며, 최극빈층 인구의 반 이상에서 신생아 사망률과 유아사망률이 낮아졌다 (Mercer, 2004).

치과의료 NGO 는 조사된 모든 사업이 다 시범사업에 해당되어 전국적인 효과는 거의 나타나지 않았다.

(2) 적절한 기술

일반의료 NGO는 면역 백신, 전염병, 모자보건, 영양, 가족계획,

생식의학이 포함된 Essential Service Package 또는 GOBIFFF등의 기술 및 전략이 소개되었다. GOBIFFF는 Growth monitoring, Oral hydration, Breast feeding, Immunization, Food supplement, Family planning, Female education을 뜻한다.

치과의료 영역은 기본 구강 건강 패키지 (Basic Package of Oral Care, BPOC)가 WHO 에 의해 소개되어 일차구강보건의료 사업의 중요한 방법이 되었다. BPOC 란 구강영역에서의 일차보건의료 시 사용된 기술로서, 그 구성요소는 ART (Atraumatic Restorative Treatment), AFT (Affordable Fluoride Toothpaste), OUT (Oral Urgent Treatment)이다. ART 란 비침습적 수복치료를 뜻하는 것으로 손 기구를 이용하여 충치를 없앤 후 주로 glassinonomer 로 충전하는 방법인데, 전기 장비를 사용하지 않기 때문에 주민들의 치료에 대한 접근성이 좋고 보편적으로 보급될 수 있다. AFT 란 비용을 지불할 수 있는 불소의 도포로서 주요 칫솔질 교육 및 불소치약 보급과 관련이 있다. OUT 은 구강질환 중 통증을 해결하는 것으로서 발치 및 기본 응급의학을 포함하며, 치료가 어려운 경우 상위기관에 의뢰를 포함한다 (Helderman, 2006).

(3) 지역사회 참여

일반의료 NGO 는 일차보건의료 사업 수행 시 정부의 일차보건의료 체계 내 존재하는 마을진료소를 중심으로 하여, 지역사회 건강요원 (Community Health Worker, CHW)을 주로 이용함으로써 지역사회의 참여가 이루어졌다.

치과의료 NGO 의 일차 구강보건의료 사업을 보면 마을 진료소보다는 학교가 주요 근거지가 되었고, 어린이나 청소년이 사업의 주대상이었다. 마을 진료소에서는 BPOC 의 요소 중 OUT 을 행하였는데, 모자보건 시 지역사회 건강요원 (CHW)이 구강건강 교육을 같이 행하도록 훈련하였다.

일차보건의료에서 비교된 내용은 표 5 와 같다.

표 5. 일차보건의료와 NGO

	일반의료 NGO	치과의료 NGO
시작 시기	1980 년대 중반부터	1990 년대 후반부터
대상 지역	거의 모든 나라	WHO 에 의해 방글라데시, 네팔, 인도네시아, 탄자니아 NGO 에 의해 네팔, 필리핀, 국가 정부에 의해 인도, 파키스탄, 피지, 캄보디아
필수사업	건강문제 규명 및 교육 영양, 환경, 위생 모자보건, 가족계획 면역에 의한 풍토병 예방 기본약 제공	건강한 행동양식의 증진 구강 교육 강조 정기 검사, 자가 관리에 의한 예방 응급 치료
PHC 원리 적용		
접근성	전국적 규모 소외된 계층을 담당	주로 시범사업
적절한 기술	Essential Package of Service pack GOBI-FFF	Basic package of Oral Care
지역사회 참여	CHWs, 외지 진료소	CHWs, 외지 진료소, 학교를 이용한 예가 비교적 많음

PHC = Primary health care, 일차보건의료

CHWs = Community health workers

GOBI-FFF = Growth monitoring, Oral hydration, Breast feeding, Immunization, Food supplement, Family planning, Female education

3. 의료개혁의 활동 비교

의료개혁과 관련된 NGO 활동 변화는 지방분권화, 시장화, 사유화의 세가지 현상으로 나누어 파악할 수 있다. 그러나 이 세 가지 현상은 독립적으로 발생하지 않고 동시에 발생하는 경우가 대부분이다.

본 연구에서 (1) 지방분권화는 정부의 지방분권화된 의료 행정으로 인해 NGO에 미치는 영향을, (2) 시장화는 NGO 소속기관에서 시장원리에 근거한 서비스 제공이나 본인부담금제의 증가를, (3) 사유화는 민간부문의 NGO와 정부와의 협력 증대를 의미하고 있다.

이를 위해 조사된 자료는 표 6과 같다.

표 6. 의료개혁과 NGO 관련 수집된 문헌의 수

	일반의료 NGO	치과의료 NGO
출처	PubMed	세계치과연맹의 각 국가 구강보건 정책안
검색된 문헌의 수	12	7
선택된 문헌의 수	6	4
문헌 속 관련 NGO의 수	22	5

Keyword: health reform and NGO

1) 지방분권화

일반의료 영역의 예를 보면 다음과 같다.

케냐에서는 1983년 지역 위원회가 NGO의 제안서를 허가하거나 거부하는 것에 대한 책임을 맡게 되었다. 짐바브웨에서는 NGO 운영을 위해 지역 담당자에게 허락을 받아야 했다 (Dejong, 1991).

치과의료 영역에서는 이에 관련된 자료가 발견되지 않았다.

2) 시장화

일반의료 NGO:

(1) 우간다

1991-92년 연구를 보면 지역별로 선택된 10개의 NGO에 속해있는 병원과 일차보건의료 기관 [4] 에서 명확한 기준으로 본인부담제가 시행되고 있었고, 본인부담금은 NGO 소속 의료기관 재발경비 (recurrent cost)의 31 -41%를 차지하고 있었다 (Okello 등, 1998).

생식보건 (Reproductive Health)에서 활동하는 NGO의 20% 정도는 소속 의료기관에서 시장원리에 맞는 서비스를 제공할 계획을 가지고 있었다 (Mugisha, 2005).

[4] 원문에 Health Center, Dispensary-maternity unit 이라고 표기됨

(2) 탄자니아

탄자니아 정부는 1993년 정부소유 병원에 공식적인 '본인부담금제'를 도입하였으며, 그 이후 일차보건의료 분야에도 확대해 왔다 그러나 이 제도는 극빈층, 5세 이하 어린이, 산모에게는 해당되지 않았다. 하지만 1990년대 NGO 소속 의료 기관에서는 5세 이하 어린이 치료에 대한 '본인부담금제'의 급격한 증가가 있었다. 1999년-2002년 연구에 의하면 조사된 모든 NGO 소속 의료 기관에서 5세 이하 어린이 치료에 대한 본인부담금제를 실시하고 있었고, 본인부담금도 정부소유 의료기관보다 더 높았다 (Manzi 등, 2005).

(3) 시에라리온

시에라리온에서는 모든 계층에서 일차 치료에 대한 경제적 부담은 민간 의료기관 및 NGO 소속 의료기관 이용 시 발생하였다.

1989-90년 조사된 NGO 소속 의료기관은 정부 및 민간 소속 의료기관과 기타 다른 종류의 의료기관[5] 보다 의료 비용이 더 높았다 (Fabrican 등, 1999).

---

[5] 원문에 'Other medical'이라고 표기되었고 Traditional healer, Herbal self-treatment, Drug peddler, Had drugs at home 가 그 범주에 속함

치과의료 NGO

치과의료 NGO는 일반의료 NGO처럼 소속 기관에서 본인부담금제의 도입이 증가된 예는 나타나지 않았다. 그렇지만 치과치료에 대해 본인부담금제를 적용한 경우는 있었는데, 일차 구강보건의료 사업 시 ART를 제공할 때 등록비를 받거나 ART 자체에 대한 작은 양의 비용은 책정되어 있다.

또한 한국의 국제 NGO인 '치과의료 선교회'에서 키르기즈스탄에 설립한 '메림치과'는 제공되는 의료서비스에 대해 본인부담금제를 적용하였다.

3) 사유화

일반의료 NGO

(1) 케냐

케냐에서는 의료개혁 이후 의료서비스 제공, 건강증진, 정책결정 면에서 NGO의 역할 증가가 두드러졌다. 케냐 정부는 NGO 소속 의료 기관에게 운영비를 주기도 하였는데, NGO 소속 의료기관은 이 운영비로 의료 기관 하부 조직을 지원하거나 의료체계 개발에 사용하였다. 1998년 이후 NGO는 의료 전달 뿐 아니라 정책 결정에도 관여하고 있다 (Wamai, 2004).

(2) 캄보디아

1998년 캄보디아 정부는 1백만 명 규모의 지역을 5개 구역으로 나누고 민간부문과 계약을 맺었다. 계약자는 의료전달과 인력관리 면에서 자율성이 있었다. 한 NGO는 Pereang 지역에서 4년 계약을 맺어 건강요원(health worker)에게 지급되어야 할 비용, 행위에 기초한 직원의 임금 구조, 의료의 질, 비공식적 개인시술의 중단, 무상의료 제공의 폐지 등에 관여하였다. 이후 2000년에는 NGO는 개별 계약 체계를 통해 직원과 계약하였으며, 140명의 의료요원 (health worker)을 담당하고 있는 의료기관 하부 기관과 계약을 맺어 관리하였다 (Soeters and Griffiths, 2003).

(3) 짐바브웨

1997년 연구에 의하면 짐바브웨 두 지역 NGO 소속 의료기관과 정부사이에는 명확한 계약을 체결한 상태는 아니었다. 그러나 정부는 NGO소속 의료기관에게 보조금을 주고, NGO 의료기관은 그 지역주민에게 정부병원과 같은 의료 서비스를 제공하였다. 후에 지방분권화 정책이 심화되면서 불필요한 행정력이 동원될 것이라는 우려에도 불구하고 정부는 NGO 소속 의료기관과 명확한 내용의 계약을 하였다 (Mills 등, 1997).

(4) 잠비아, 말라위, 우간다에서는 NGO 소속 기관들이 정부로부터 기부금을 받아 운영과 인력 훈련에 사용하였다 (Sahn and Bemier, 1995).

치과의료 NGO

치과영역에서는 이와 관련된 자료가 거의 발견되지 않았다.
따라서, 치과의사연맹에 자료로 올라와있는 각국의 구강정책을 통해 각국의 정부가 기대하고 있는 치과의료 NGO의 역할을 일반의료 NGO의 역할과 비교하고자 한다.

(1) 캄보디아

캄보디아에서는 2000년, 보건부 관계자와 캄보디아 치과의사 협회, 지방 병원 치과의사, 구강악안면학 관계자, 그리고 NGO가 함께 모여 캄보디아 구강정책에 관하여 논의하였다. 이 논의를 토대로 2001-2005년 캄보디아 구강의료정책이 만들어졌는데 이 중 행동계획안에서 NGO의 협력이 필요한 부분을 명시하고 있다. 그 내용은 다음과 같다.

- 일차보건의료 통합 프로그램의 기획과 개발, 치과의사와 치과

간호사[6]의 계속 교육 및 훈련 / 구강보건향상을 위한 연수회 기획

- 국가 구강건강 계획 수행 시 관리능력 향상을 위한 조직 개발 및 의료 인력의 역량 강화 / 구강 보건인력 교육과 훈련을 위한 정책과 프로그램의 개발 / 치과 간호사의 자격인정을 위한 교육안 개발 / 학교 교사 및 모든 구강건강 교육인력의 기술 및 역량 강화

- 연구비 및 기금 개발

(2) 네팔

네팔의 국가 구강보건 정책안을 보면 정부와 NGO의 협력을 명시하고 있는데, NGO가 시골 지역에서 기본구강건강 서비스 제공할 것을 권장하고 있다.

(3) 인도

인도의 구강건강정책을 보면 치료 비용을 줄이기 위해 NGO와 협력하여야 한다고 적고 있다 (Lal 등, 2004).

[6] 원문에 'dental nurse'라고 표기됨

(4) 케냐

케냐의 '2002-2012 년 국가 구강정책 및 전략안' 에서 구강건강 서비스의 질을 향상시키기 위해 NGO와 같은 민간부문과 협력해야 함을 적고 있다.

의료개혁에서 비교된 내용은 표 7와 같다.

표 7. 의료 개혁과 NGO

	일반의료 NGO	치과의료 NGO*
지방분권화		
지역의료청의 NGO 관리	케냐, 짐바브웨	자료 없음
시장화		
시장원리의 도입	우간다, 탄자니아, 시에라리온	
본인부담제 도입	우간다	키르기즈스탄의 메림치과
사유화		
효율적인 의료제공을 위해 정부-NGO의 협력 명시		캄보디아, 네팔, 인도, 케냐
효율적인 의료제공을 위해 정부로부터 보조금 지급	케냐, 캄보디아 짐바브웨, 말라위, 잠비아, 우간다,	

* 치과의료 NGO는 실제로 일어난 활동이 아닌 각 국가의 구강보건 정책안에 근거함

4. 공공 민간 파트너쉽의 활동 비교

공공 민간 파트너쉽의 활동 비교를 위해 수집된 자료는 표 8과 같다.

표 8. 공공 민간 파트너쉽과 NGO 관련 수집된 자료의 수

	일반의료NGO	치과의료 NGO
출처	PubMed	Developing Dentistry
검색된 문헌의 수	14	3
선택된 문헌의 수	3	3
문헌 속 공공 민간 파트너쉽 사업의 수	8	3

Keyword: Public private partnership and NGO

일반의료 영역에서는 인도, 파키스탄, 방글라데쉬에서 각각 신생아 사망률, 비감염성 질환, 결핵을 줄이기 위해 정부와 협력하여 다각적 노력을 하였다. 선택된 문헌 중에는 상품 기부 및 분배 파트너쉽이나 상품 개발 파트너쉽의 유형은 나타나지 않았고, 위의 세 가지 예가 모두 의료 체계 파트너쉽에 속하였다.

'Initiative on Public-Private Partnerships for Health of the Global Forum for Health Research' 의 데이터베이스에는 질적으로 인정된 91개의 공공 민간 파트너쉽의 예가 분류되어 있다. 이들 내용을 보면 76개는 AIDS, 결핵, 말라리아와 같은 감염병의 예방과 조절에 관한 것이고, 4개는 생식의학에 관한 것이며, 3개는 영양결핍, 보건정책과

조사(1개), 화학약품 안전성(2개), 실명과 백내장 (4개) 이다 (Nishita, 2004).

또한 2003년 World bank에서 발간된 Thomas and Curtis 의 연구에 의하면 말라리아나 AIDS 같은 감염병의 예방과 조절에 관한 것이 2개, 손씻기와 같은 위생습관에 관한 것 1개, 요오드 소금 소비에 관한 것 1개, 살충제의 생산에 관한 것 1개의 예가 발견되었다.

치과의료 영역에서는 네팔과 버키나 파소(Burkina Faso) 에서 정부와 치과의사회, 그리고 NGO (AOI) 와 민간기업이 협력하여 비용을 부담할 수 있는 가격의 치약을 생산하고 분배하였다. 또한 네팔에서는 불소소금 생산에 있어 정부와 NGO인 Micronutrient Initiative (MI), 민간 기업(Salt Trading Corporation)이 협력한 예가 있었다.

공공민간 파트너쉽에서 비교된 내용은 표 9와 같다

표 9. 공공 민간 파트너쉽과 NGO

	일반의료 NGO	치과의료 NGO
상품 기부 및 분배	-	_
상품 개발	-	AOI (Burkina Faso) UNM (Nepal) MI (Nepal)
의료 체계 향상	Medical Relief Society (India) Heartfile (Pakistan) 6개의 NGOs (Bangladesh)	_

AOI: Aide Odontologique Internationale
UNM: United Nepal Mission
MI: Micronutrient Initiative

V. 결과 및 고찰

1. 결과

치과의료 NGO는 일반의료 NGO보다 일차보건의료 사업의 도입 시기가 늦고, 그 규모도 시범사업에 불과하다. 이는 일차 구강보건사업의 개념이 1990년대 후반에 소개 되었기 때문이다. 일차 구강보건사업이 시기적으로 늦게 도입됨에 따라 의료개혁, 공공 민간 파트너쉽과 같이 시대를 달리하여 일어났던 국제보건 변화들이 치과의료 영역에서는 2000년대 들어 일부 지역에서 소규모로 동시에 일어나고 있다.

치과의료 NGO가 각 국가의 의료개혁에 반응한 예가 기록된 자료는 거의 없었다. 일반의료 영역에서는 NGO가 각 국의 의료개혁 시 다양하고 복잡하게 변화해 왔지만, 치과영역에서는 개혁된 내용을 반영한 구강보건 정책 자체가 아직 확립이 안되었거나 의료개혁의 영향이 치과영역까지 도달하지 않았다고 할 수 있다.

시장화와 관련하여 치과의료 NGO의 본인부담금제 도입이 증가한 예는 발견되지 않았으나, 치과 치료 제공 시 본인부담금제를 적용한 예는 있었다.

치과의료 NGO 는 공공 민간 파트너쉽이 '상품 개발'이라는 한 가지

유형의 모습만 발견되었다.

2. 고찰

1996년 12월 우리나라는 OECD 에 가입한 이후 각 분야에서 활동하는 NGO의 수가 크게 증가하였다. 치과영역에서도 자원봉사단체의 성격으로 국경을 넘어 다른 나라에서 치과의료 활동을 펼치는 경우가 많아졌다. 그러나 이러한 활동이 많아졌는데도 불구하고 이에 대한 올바른 지침을 제시해주는 문헌은 거의 없었다. 치과의료 NGO에 관한 선행연구로는 치과 NGO의 현 상황에 대한 2002년 Habib Benzian의 연구와 치과 북부 NGO의 역할에 대한 1994년 Arnold Sporad의 연구가 있었으나 Benzian의 연구는 국제보건 환경의 변화가 언급되지 않았고, Sporad의 연구는 문헌을 구할 수가 없었다. 일반의료 NGO에 관한 연구로는 2004년 Wamai의 연구가 있었으나 이 연구는 국제보건 변화와 관련되어 핀란드와 케냐의 의료구조에 초점을 맞춰 비교한 연구였다. 본 연구는 국제보건의 변화를 살펴보고, 이 변화에 맞추어 활동해온 일반의료 NGO와 비교함으로써 치과의료 NGO의 활동에 대한 지침을 제시하는 것이다. 따라서 아직 활발하게 연구되지 않은 '국제보건과 치과의료 NGO'에 대한 주제를 다루고 있는 점에서 본 연구의 가치가 있으리라 생각한다.

본 연구를 할 때 어려운 점은 치과영역 문헌의 부족이었다. 이로 인하여 국제보건 변화에 따른 NGO의 활동을 비교할 때, NGO 예산이나 수의 변화와 같은 1차 자료에 근거하지 않고, 일반의료 영역과 치과의료 영역에서 연구된 문헌의 사례를 비교하여 연구하였다. 그러나 이렇게 선택된 사례들이 NGO의 활동변화에 대한 전체 흐름을 대표한다고 볼 수 없다. 비교 시 수치화된 변수로 비교되지 않았기 때문에 타당성의 면에서 미흡하다 할 수 있다. 따라서 향후 이에 대한 더욱 구체적이고 깊은 연구가 필요하리라 생각된다.

결과의 면에서 보면 일차 구강의료사업은 아직 시범사업에 불과하기 때문에 추후 치과영역에 일차 구강의료사업이 활발해진 후 구체적인 비교가 필요하다고 생각한다. 의료개혁에서는 비교된 치과의료 자료가 실제적 사업내용이 아니라 각국의 구강정책안을 근거로 했기 때문에 의료개혁에 대한 다양한 현상을 반영하지 못한 아쉬움이 있다. 공공 민간 파트너쉽에서 비교된 일반의료 자료는 PubMed 뿐 아니라 WHO, World Bank에서 발간한 문헌과 같이 다른 자료가 그 비교의 기준이 되었다. 따라서 치과의료 영역의 비교된 자료와 그 범위가 달라 타당성의 면에 있어 아쉬움이 있다.

결론적으로 비교된 자료의 내용과 범위에 있어 아쉬움이 있지만 국제보건 환경 변화와 관련된 치과의료 NGO의 활동 변화를 살펴보았다는 점에서 그 의의가 있으리라 생각한다.

VI. 결론

1980년대 이후 국제보건 환경은 변화하고 있으며, NGO는 이런 변화하는 환경에 여러 가지 모습으로 적응해 왔다. 그러나, 치과의료 영역에서의 NGO의 활동은 치료에 치중되어 각 국가의 주민들에게 실제적인 도움이 되지 못하고 있으며, 이에 대한 비판이 있어왔다.

본 연구는 국제보건 변화 속에서의 치과의료 NGO의 올바른 활동방향을 모색하기 위해 문헌연구 및 관련자료를 수집 분석하여, 일차보건의료, 의료개혁, 공공 민간 파트너쉽의 면에서 일반의료 NGO와 치과의료 NGO를 비교하였다. 그 결과 치과의료 NGO의 활동은 국제보건 변화에 맞춰 민감하게 변화하지 않았고, 2000년대 들어 그 활동의 변화가 소규모로 동시에 일어나고 있음을 알게 되었다. 따라서, 치과의료 NGO가 저개발국이나 개발도상국에서 활동할 때에 본 연구의 결과를 바탕으로 다음과 같이 제언한다.

첫째, 적극적으로 일차보건의료의 원리를 적용해야 한다.

전 세계 인구의 70%가 구강건강 관리를 받지 못하고 있는 현실을 생각할 때 일차보건원리는 치과의료 NGO가 중점을 두고 수행을 해야 할 전략적 방법이다. 또한 1990년대 후반 이후 일차 구강보건의료에 의한 시범사업이 여러 국가에서 행하여 지고 있으며, 각 국가 정부의 일차

구강보건의료 체계를 정착시키려는 노력이 많아지고 있다.

둘째, 각 국가의 의료개혁 상황을 살피고, 그 국가에서 기대하는 치과의료 NGO의 역할을 수행할 수 있도록 준비해야 한다. 정책 결정 시 각 국가 정부는 NGO를 포함한 민간부문과 협력을 도모하는 것이 현 국제보건의 흐름이다. 따라서 주민들의 더 나은 구강건강의 향상을 위하여 정책 결정시 참여할 수 있도록 노력해야 하며, NGO 소속 의료기관에서도 국가 의료 보험 체계의 확대와 같은 상황을 예측하고 대응할 수 있는 준비가 필요하다.

셋째, 국제적 수준에서 다양한 영역에서 다양한 대상과 다양한 방법으로 협력이 필요하다. 정부 뿐 아니라 민간 기업과 같은 다양한 협력대상자도 고려하여야 한다. 치과의료 특성상 금연이나 구강 건강증진과 같은 다른 유형의 공공 민간 파트너쉽으로 그 활동 범위가 확장되어야 한다.

참고문헌

<국내문헌>

고영희. 의료복지 분야의 NGO 활동에 관한 연구. 명지대학교 지방자치대학원 석사논문, 2002

김인춘. 비영리 영역과 NGOs. 동서연구 1997; 9(2): 5-35

김혁래. 한국의 시민사회와 비정부단체(NGO) 연구. 동서연구 1997; 9(2): 37-68

김혜경. OECD회원국 개발NGO의 활동유형과 과제. 동서연구 1997; 9 (2): 101-137

서울대 보건대학원 편찬위원회. 보건학 개론. 서울대학교 출판부,1998

차용경. 한국 비정부 단체의 현황과 문제점에 관한 연구. 경희대학교 대학원 석사논문, 2000

한상연, 양기근. 지역개발 NGO의 현황과 발전방안. 사회과학논총 2000; 18: 85 -101

<외국문헌>

Benzian H. Dental aid organisations: baseline data about their reality today. Int Dent J 2002; 52: 309-14

Bratton M. The Politics of Government-NGO Relations in Africa. World Development 1989; 17(4): 569-87

Buse K, Walt G. Global public private partnerships: Part I, A new development in health? Bulletin of the World Health Organization 2000; 78(4): 549-61

Buse K, Walt G. Global public private partnerships: Part II, What are the health issues for global governance? Bulletin of the World Health Organization 2000; 78(5): 699-709

Cueto M. The Origins of Primary Health Care and Selective Primary Health Care. Am J Public Health 2004; 94(11): 1864-74

DeJong J. Nongovernmental Organizations and Health Delivery in Sub-Saharan Africa. Population and Human Resources Department of World Bank, 1991

Dickson M. Volunteering: Beyond an Act of Charity. J Canada Dent Association 2005/2006; 71(11): 865-69.

Fabricant SJ, Kamar CW, Millis A. Why he poor pay more: Household

curative expenditures in rural Sierra Leone. Int J Health Plann Manage 1999; 14: 179-99

FDI. Oral health policy in Rwanda. Report of the 1st National Stakeholder Workshop, 2005

Geller GA. Non-governmental organizations in international health: past successes, future challenges. Int J Health Plann Manage 1996; 11: 19-31

Green A, Mathias A. Non-governmental organizations and health in developing countries. Macmillan Press, 1997

Helderman PW, Benzian H. Implementation of a Basic Package of Oral Care: towards a reorientation of dental NGOs and their volunteers. Int Dent J 2006; 56: 44-8

Helderman WP, Mikx F, Begum A, et al. Integration oral health into primary health care-experiences in Bangladesh, Indonesia, Nepal and Tanzania. Int Dent J 1999; 49: 240-8

Lal S, Paul D, Pankaj, et al. National oral health care program (NOHCP) Implementation strategies. Indian J Community Med 2004; 29(1): 3-10

Manzi F, Schellenberg JA, Adam T, et al. Out of Pocket payment for under five health care in rural southern Tanzania. Oxford

University Press, 2005. p 85-93

Mburu FM. Non-government organizations in the health field: collaboration, integration and contrasting aims in Africa. Soc Sci Med 1989; 29(5): 591-7

McGilvray JC. The Quest for Health and Wholeness. German Institute for Medical Missions, 1981. p 3-7

Mercer A, Khan MH, Daulatuzzaman M, et al. Effectiveness of an NGO primary health care programme in rural Bangladesh: evidence from the management information system. Health Policy Plann Manage 2004; 19(4): 187-98

Mills A, Hongoro C, Broomberg J. Improving the efficiency of district hospitals: is contracting an option? Tropical Med Int Health 1997; 2(2):116-26

Ministry of Health in Kenya. National oral health policy and strategy plan 2002-2012, 2001

Ministry of Health in Kingdom of Cambodia. National oral health master plan 2001-2005, 2000

Ministry of Health in Tanzania. Policy guideline for oral health in Tanzania, 2002 Mugisha F, Birungi H, Askew I. Are reproductive health NGOs in Uganda able to engage in the

health SWAp? Int J Health Plann Manage 2005; 20: 227–38

Mwesigye F. Priority Service Provision under Decentralization: A Case Study of Maternal and Child Health Care in Uganda. Makerere University, 1999

Nishita S. Public private partnerships in health: a global call to action. Health Research Policy Systems 2004; 2 (5):1-7

Okello DO, Lubanga R, Guwatudde D, et al. The Challenge to restoring basic health care in Uganda. Soc Sci Med 1998; 46 (1): 13-21

Ouattara S, Varenne B. Affordable fluoridated toothpaste for developing countries. Developing Dentistry 2002; 2: 8-13

Pradhan A, Yee R. Basic Package of Oral Care (BPOC). Developing. Dentistry 2003; 3 (2): 27-31

Reich MR. Reshaping the state from above, from within, from below: implications for public health. Soc Sci Med 2002; 54: 1669- 75

Sahn D, Bernier R. Have structural adjustments led to health sector reform in Africa? Health Policy 1995; 32: 193-214

Smith K. Non-governmental organizations in the health field: collaboration, Integration and contrasting aims. Soc Sci Med 1989; 29 (3): 395 - 402

Soeters R, Griffiths F. Improving government health services through

contract management: a case from Cambodia. Health policy Plann 2003; 18 (1): 74 - 83

Sporad A. The roles of northern non-governmental organizations in oral health care in underdeveloped countries. Department of public health, University College London, 1994

Thomas and Curtis. Water and Sanitation, Public Private Partnerships for Health. World Bank, 2003

Wamai RG. Recent International Trends in Health System Organization, Development and Collaborations with Government in Transforming Health Care Systems. University of Helsinki Finland, 2004

WHO Collaborating Centre for Oral Health Care Planning and Future Scenarios. Basic Package of Oral Care. 2007년 5월 http://www.whocc-nijmegen.nl/BPOC.pdf 에서 검색가능

Widdus R. Public-private partnerships for health: their main targets, their diversity, and their future directions. Bulletin of the World Health Organization 2001; 79 (8):713- 20

World Bank. World Development Report, 1993

World Health Organization. The World Health Report, 2000

Yee R. Affordable fluoridated toothpaste for developing countries. Developing Dentistry 2002; 2: 8 –12

Yee R. Salt Fluoridation: A Strategy For Healthy Smiles in Developing Countries. Developing Dentistry 2005; 6 (1): 7-10

ABSTRACT

A study on present status and future direction of Non-governmental organizations in health sector under changing international health

Kim, Jeong Ah
Dept. of International Health
Graduate School of
Public Health
Yonsei University

(Directed by Professor Heechoul Ohrr M.D, Ph D)

The circumstances of international health are changing and the role of Non-governmental organization (NGO) is getting more important. Since 1980s the main stream of international health was primary health care, health reform, and public private partnership. NGOs in health sector have been adjusting their roles to these changes.

However, there are few studies on 'international health trend and

NGOs in oral health' and treatment- focused activities of NGOs in oral health are criticized in terms of efficiency and substantial help for the people.

The purpose of this study is to suggest the right direction for the NGOs in oral health when they work in the third world.

The analytic point of this study is the comparison of NGOs role in health sector and in oral health sector under the circumstances of primary health care, health reform and global public private partnership.

The result is that the primary health care project was introduced later and not active in NGOs in oral health sector compared to the NGOs in health sector. The change of NGOs role in oral health sector related to health reform was rarely found, but the governments plan to collaborate with NGOs for the quality and efficiency of national oral health service. The NGOs in oral health has not various types in global public private partnership.

In conclusion, NGOs in oral health sector need to change more in their roles to adapt the changing international health circumstances.

Keyword: international health, NGO, primary health care, health reform, public private partnership