

[별지 제2호 서식]

해외연수/출장 보고서

■ 출 장 자	강희정 연구위원
■ 출 장 지	OECD 파리 본부
■ 출 장 기 간	2013년 3월 24일 ~ 28일
■ 목 적	OECD 「제2차 보건 의료 재정 지속가능성 연례회의」 참석
■ 세부 활동사항	
세부 활동사항 첨부	

OECD 「제2차 보건의료 재정 지속가능성 연례회의」 참석 보고서

2013년 4월

건강보장연구실 강희정 연구위원

차 례

I. 회의 일정 및 의제	3
II. 참석자	4
III. 세션별 주요내용	5
세션 1: OECD 국가들에서 의료비 추계와 사용 - 주요 증가요인들과 정책적 함의	5
- 보건과 장기요양(long-term care)에 대한 공적 지출의 추계	5
- 의료 지출의 증가요인: 정책개발 함의	11
- 의료 지출 추계: 재정정책관점	14
세션 2: 국가들이 보건 예산을 어떻게 설정하는가?	17
- OECD국가관점, 의료시스템특성조사 예비결과	17
- 경기역행재정(counter-cyclical financing)과 지출상한(expenditure ceiling)	18
세션 3: 예산 관리 및 보건지출의 단기 통제	22
- 거시적 예산 타겟을 활용한 프랑스의 의료비 관리	22
- 의료비 통제를 위한 적극적 수가 설정: 일본 사례	26
세션 4: 의료지출의 효율성 증진을 위한 개혁 정책	28
- 경쟁을 통한 의료비 통제: 네덜란드 경험	28
- 가격정책을 통한 효율성 향상: 호주의 최근 개혁	29
세션 5: 지출 관리 도구	31
- 정보기술의 활용을 통한 의료 지출 합리화	31
- 공공조달을 통한 의료비 감소: 멕시코 의약품 관리	31
세션 6: 오늘의 과제와 미래: 건전성과 생산성 향상	33
- 재정 건실화를 위한 의료 지출	33
- 국가보건제도에서 생산성 향상: 영국 사례	34
세션 7: 보건을 위한 수입의 증대	36
- 사회적 의료공급 재정에 대한 고령화의 효과	36
- 건강증진에서 상품세의 역할	37
세션 8: Health-SBO(senior budget official) 네트워크의 활동과 미래 방향 토의	37
IV. 제2차 보건의료 재정 지속가능성 연례회의 참석자	38

I. 회의 일정 및 의제

■ 2013년 3월 25일, 1일차 회의 일정

▷ 9:30-9:40 의장 환영사

보건시스템의 재정안정성 보장을 위해 국가별로 채택하고 있는 제도와 활동의 분석 틀 소개, 향후 작업의 우선순위 제시

▷ 9:40-11:00

세션 1: OECD 국가들에서 의료비 추계와 사용 - 주요 증가요인들과 정책적 함의

- 보건과 장기요양(long-term care)에 대한 공적 지출의 추계
(OECD projections of public spending on health and long-term care)
- 의료 지출의 증가요인: 정책수립에서의 함의
(The drivers of health care spending: implications for policy making)
- 의료 지출 추계: 재정정책관점

▷ 11:00-11:30 coffee break

▷ 11:30-13:00

세션 2: 국가들이 보건 예산을 어떻게 설정하는가?

- OECD국가관점, 의료시스템특성조사(Health Systems Characteristics Survey) 예비결과
- 경기역행재정(counter-cyclical financing)과 지출상한(expenditure ceiling)

▷ 13:00-14:30 Lunch

▷ 14:30-16:00

세션 3: 예산 관리 및 보건지출의 단기 통제

- 거시적 예산 타겟을 활용한 프랑스의 의료비 관리
- 의료비 통제를 위한 적극적 수가 설정 : 일본의 사례

▷ 16:00-16:30 coffee break

▷ 14:30-16:00

세션4: 의료지출의 효율성 증진을 위한 개혁 정책들

- 경쟁을 통한 의료비 통제: 네덜란드의 경험
- 가격정책을 통한 효율성 향상: 호주의 최근 개혁

▷ 18:00 네덜란드 대사관이 주최하는 칵테일 파티

■ 2013년 3월 26일, 2일차 회의 일정

▷ 9:30-11:00

세션 5: 지출 관리 도구

- 정보기술의 활용을 통한 의료 지출 합리화
- 공공조달을 통한 의료비 감소: 멕시코 의약품 관리

▷ 11:00-11:30 coffee break

▷ 11:30-13:00

세션 6: 오늘의 과제와 미래: 회계 통합과 생산성 향상

- 재정 건실화를 위한 의료 지출
- 국가보건제도에서 생산성 향상: 영국 사례

▷ 13:00-14:30 점심

▷ 14:30-16:00

세션 7: 보건의출을 위한 수입의 증대

- 사회적 의료 공급 재정에 대한 고령화의 효과
- 건강증진에서 상품세의 역할

세션 8: Health-SBO(senior budget official) 네트워크의 활동과 미래 방향 토의

II. 참석자

소속	부서	직책	이름
한국보건사회연구원	건강보장연구실	연구위원	강희정
보건복지부	보험정책과	사무관	백진주

* 보건분야를 대표하여 보건복지부와 한국보건사회연구원에서 참석하였으며, 출장보고서는 대표로 강희정(보사연)이 작성함.

* 재정분야를 대표하여 조세연구원에서 3명 참석함(IV.참석자 참조).

Ⅲ. 세션별 주요내용

SESSION 1: OECD 국가들의 보건지출 추계와 활용

1. 보건과 장기요양(long-term care)에 대한 공적지출의 OECD 추계

(Public Spending On Health And Long-Term Care: A New Set Of Projections)

발표: Mrs. Christine de la Maisonneuve and Mr. Joaquim Oliveira-Martins, OECD Secretariat

■ 2060년까지 연장된 새로운 추계의 주요 결과

- OECD 국가들과 BRIICS의 보건의료 및 장기요양에 대한 공적지출의 새로운 추계
 - 추계의 불확실성을 감안해도 향후 50년간 보건의료와 장기요양 지출은 빠른 증가추세를 보임.
 - OECD국가들의 보건의료 및 장기요양의 전체 지출은 2006~10년 GDP의 약6% 수준이며, 과거보다 강력한 비용통제 정책 시행을 가정하는 「비용 절감 시나리오」에서 2060년 9.5%까지 증가하는 것으로 추계됨.
 - 비용에 대한 통제정책의 강화가 없다고 가정하는 「비용 증가 시나리오」에서는 GDP의 14%까지 증가함.
 - BRIICS의 일부 국가들은 증가폭이 더욱 커서 시나리오에 따라 GDP 비중이 현재 2.5%에서 5.3%, 9.8%까지 증가를 보임.
- OECD 국가들 간 보건의료 및 장기요양 지출의 차이는 각 국가들의 인구학적 추세와 소득 및 비공식 장기요양 공급의 초기 요건들이 반영된 결과임.
 - 한국, 칠레, 터키, 멕시코는 공공 보건지출에서 평균 이상의 증가가 예측됨. 반대로 미국, 영국, 북유럽 국가들은 향후 50년간 평균보다 낮은 증가가 예측됨.
- 모든 국가들에서 보건의료 및 장기요양은 공공지출의 증가를 주도할 것임.
 - 「비용 절감 시나리오」를 중심으로 비교하면, OECD국가들의 평균 공공보건의료지출은 2010년 GDP의 5.5%에서 2060년 8%까지, 장기요양 공공지출은 0.8%에서 1.6%까지 증가할 것으로 추계됨.
 - BRIICS의 경우, 평균 공공보건의료지출은 2010년에 GDP의 2.4%에서 2060년에 4%이상까지 증가되지만 장기요양 공공지출은 0.1%에서 0.9%까지로 증가가 추계됨.
- 지출증가의 영향요인들은 분야별로 차이가 있음.
 - 보건의료 지출은 대부분 기술발전, 상대가격, 외생요인들(제도와 정책들)의 결합효과에 의해 증가되는 것으로 추계됨.

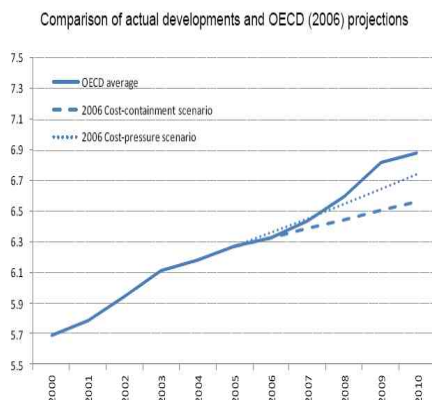
- 반면, 장기요양 지출은 대체적으로 시장보다 낮은 생산성 증가에 의한 것임.
- 고령사회에서 노인의 건강수준 향상(소위 “건강한 고령화(Healthy ageing)” 가정)과 소득증가에 대한 지출 반응의 합리적 가정에 의하면, 보건의료 및 장기요양 공공지출의 증가 추세에서 순수한 인구와 소득 효과의 역할은 미미함.

- 다른 사회 지출 프로그램의 경쟁적 증가를 감안할 때, 보건의료 및 장기요양 지출의 예상 추세는 대부분 국가들의 주요 관심사가 될 것임.

■ 새로운 추계의 배경

- OECD(2006)년의 2050년 장기 공공 의료비 추계를 2060년까지 연장하여 새롭게 추계함.
- 2006년 추계에서 비용 상승 가정에 의해 OECD 평균이 2050년 GDP의 13%에 이를 것으로 추계되었음.
- 2010년까지 실제 GDP 비중은 2006년의 추계결과보다 높았으며, 이는 전체 공공지출에서 보건 의료와 장기요양의 점유율이 증가한 결과로 추정됨.

Figure 1.1 Evolution of public health and long-term care expenditure¹

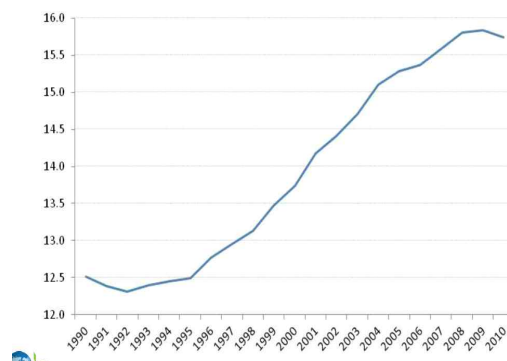


1. Unweighted average of available OECD countries. As a % of trend GDP.

Source: OECD Health Database (2011), OECD (2006).

The share of health and LTC expenditure has increased in total public expenditure

(unweighted average of OECD countries)

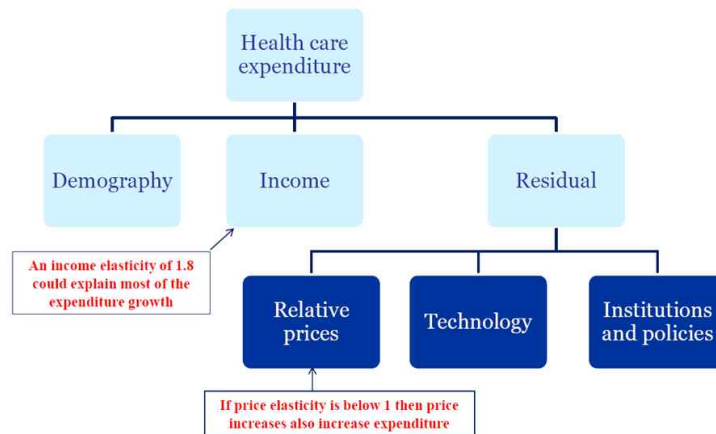


- 새로운 추계에서는 국가별 보장범위 확대, 보건의료 및 장기요양 지출에서의 향후 증가를 추정하는 방법이 개선되었음.
- 34개 OECD국가 뿐 아니라 브라질, 중국, 인도, 인도네시아, 러시아, 남아프리카(이하 BRIICS)에 대해서도 추계하여 결과를 비교함.
- 2006년 추계와 같이 보건의료와 장기요양으로 구분하여 이루어졌으며, 각 분야내에서 인구학적 요인과 기타 비인구학적 요인으로 구분하여 증가세를 추계함.

■ 보건의료

○ 공공 보건의료 지출의 영향요인(drivers)

- 공공 보건 의료비 지출의 영향요인은 인구학적 요인과 비인구학적 요인으로 구분됨.
- 인구학적 요인들은 인구집단의 연령구조와 광범위하게 관련됨.
- 반면, 비인구학적 요인인 소득효과는 합의되지 않은 문제로 남아있음(소득탄력성의 정확성 문제).
- 정확한 소득탄력성에 대한 논란과 별도로 과거 추계에서 인구학적 요인과 소득효과의 합이 의료비 증가의 상당부분을 설명하지 못하고 잔차(residual)를 가짐.
- 잔차 부분을 설명하는 요인들에는 상대가격, 기술적 진보, 보건정책과 제도들이 포함됨.



○ 1995-2009년(지난 15년간) 보건의료 공공지출의 연평균 증가율에 대한 각 요인의 상대적 기여를 분석한 결과(1995-2009 연령구조변화 반영, 0.8 또는 1의 소득 탄력성 적용)를 토대로 연평균 증가율 크기에서 연령효과와 소득효과를 제외하여 잔차 크기를 추정함.

- OECD 전체 연평균 4.3% 증가에서 순수한 인구 효과는 0.5%에 불과함. 잔차 효과는 약 2%를 차지함.

BRIICS에서 잔차효과는 더욱 커서 약 2.5%에 이름.

3) Residual: Estimation of the expenditure residual (1995-2009) assuming an income elasticity of 0.8

Average annual growth rate (in %)

	Health spending	Age effect	Income effect	Residual	Memo item: Residual with unitary income elasticity
Selected countries:					
Australia	4.1	0.4	1.7	1.8	1.4
Canada	2.6	0.6	1.3	0.8	0.5
France	1.6	0.5	0.9	0.3	0.0
Germany	1.7	0.6	0.8	0.2	0.0
Italy	3.1	0.6	0.4	2.1	2.0
Japan	2.7	1.2	0.4	0.7	0.5
Korea	11.0	1.1	3.1	6.5	5.7
Portugal	4.6	0.6	1.2	2.4	2.0
Sweden	3.2	0.2	1.6	1.4	1.0
United States	3.6	0.3	1.1	2.3	2.0
Brazil	4.8	0.6	1.2	2.9	2.6
China	11.2	0.6	7.3	3.0	1.3
India	6.6	0.3	4.2	2.0	1.0
OECD total average	4.3	0.5	1.7	2.0	1.5
BRIICS average	6.2	0.5	3.2	2.5	1.7
Total average	4.6	0.5	2.0	2.0	1.5

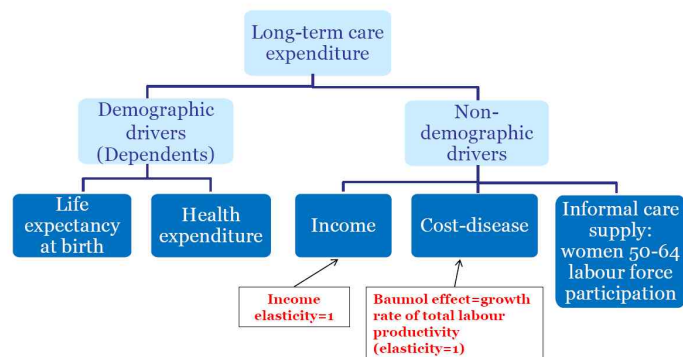
- OECD 국가 간 잔차의 변이(-1.2~5%)가 너무 커서 이를 추계에 적용시 추계결과의 신뢰도에 부정적인 영향을 미칠 수 있으므로 2060년까지 공공 지출 추계에서는 잔차의 평균을 모든 국가에 적용함.

■ 장기요양

○ 장기요양 공공지출의 증가 요인

- 장기요양 지출의 결정요인은 인구학적 요인과 비인구학적 요인으로 구분됨. 인구학적 요인에는 장기요양서비스가 필요한 인구수와 관련되며, 기대 수명과 의료비 증가의 영향을 받음. 비인구학적 요인은 소득 증가와 공공 장기요양서비스에 대한 수요 변화와 관련됨.
- 소득은 생활수준 향상을 통해 장기요양 공공지출 증가에 직접적인 영향을 미치고 cost-disease (relative productivity or Baumol) 효과를 통해 간접적 영향을 미침.
- 가정에서 장기요양 서비스 제공의 중요성에 따라, 장기요양에 대한 공적 지출 수요는 공식 노동참여율의 증가에 따라 변화될 수 있음.

The drivers of LTC expenditure

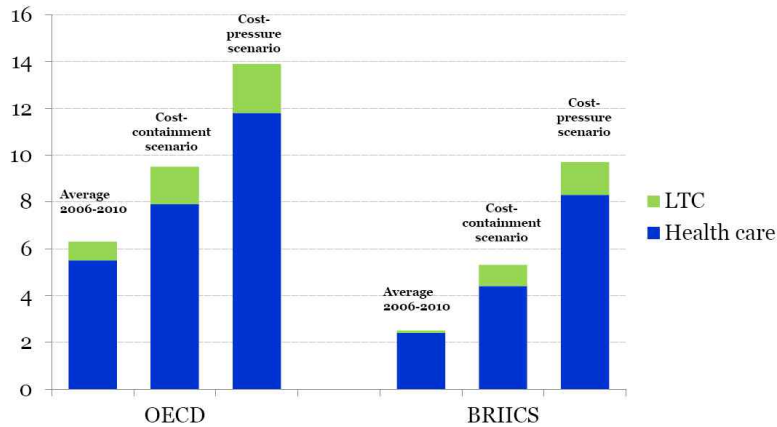


■ 결과의 통합과 비교

○ 보건의료와 장기요양에 대한 공공지출의 국가별 추계 결과

- 보건의료와 장기요양 지출은 향후 50년간 공적 재정에 상당한 부담을 주는 것으로 추계됨.
- 비용 상승 시나리오에 의하면, OECD국가 전체 평균으로 GDP 점유율이 출발시점(2006-10년 평균) 6.2%에서 2060년에 13.9%까지 평균 2배 이상 증가를 보였으며, 비용 절감 시나리오에서도 9.5%까지 증가가 예측됨.

Projected levels of public Health and LTC expenditure
(as a % of GDP in 2060)



Cost pressure: healthy ageing, income elasticity=0.8, residual=1.7% per year
Cost containment: healthy ageing, income elasticity=0.8, residual phasing out over the projection period
 Convergence mechanism based on differences across countries in health shares to GDP in the base year compared with OECD average



12

- 2010-2060 기간 동안 GDP대비 지출 점유율이 4~5 퍼센트 포인트 증가를 보인 국가들은 빠른 고령화 국가들(한국, 칠레)와 현재 노동참여율이 낮아서 향후 공적 장기요양 수요의 급증이 예상되는 국가들(스페인, 멕시코)임.
- 반대로, 미국, 영국, 북유럽 국가들은 3 퍼센트 포인트 미만의 증가를 보임. 이 국가들의 인구 추세가 다소 안정적이기 때문임.

〈참고〉 Projection scenarios for public health and long-term care spending (in % of GDP)

	Health care			Long-term care			Total		
	Average 2006-2010	2060		Average 2006-2010	2060		Average 2006-2010	2060	
		Cost- pressure	Cost- containment		Cost- pressure	Cost- containment		Cost- pressure	Cost- containment
Australia	5.6	12.0	8.1	0.0	1.4	0.8	5.7	13.3	8.9
Austria	6.6	12.9	9.1	1.1	2.2	1.8	7.8	15.1	10.8
Belgium	5.8	11.6	7.7	1.7	3.0	2.5	7.5	14.6	10.2
Canada	5.8	12.2	8.3	1.2	2.5	1.9	7.1	14.6	10.2
Chile	3.1	10.2	6.3	0.0	2.3	1.5	3.1	12.4	7.8
Czech Republic	5.5	11.6	7.7	0.3	1.9	1.1	5.8	13.5	8.9
Denmark	6.3	12.2	8.3	2.2	3.3	2.8	8.5	15.4	11.1
Estonia	4.3	10.1	6.2	0.2	2.2	1.1	4.5	12.3	7.4
Finland	5.2	11.2	7.3	0.8	1.8	1.3	6.0	13.0	8.6
France	7.4	13.5	9.6	1.1	2.1	1.7	8.5	15.5	11.3
Germany	7.3	13.5	9.6	0.9	2.1	1.6	8.2	15.5	11.2
Greece	5.4	11.8	7.9	0.5	1.9	1.5	5.9	13.7	9.3
Hungary	4.8	10.6	6.7	0.3	2.0	1.2	5.0	12.6	7.9
Iceland	5.8	11.7	7.8	1.7	2.7	2.2	7.6	14.4	10.0
Israel	4.0	10.4	6.6	0.5	1.5	1.2	4.5	11.9	7.7
Ireland	5.5	11.9	8.0	0.4	1.3	1.1	5.9	13.3	9.1
Italy	6.1	12.6	8.7	0.7	1.9	1.5	6.9	14.5	10.2
Japan	6.1	12.5	8.6	0.7	2.0	1.4	6.8	14.5	10.0
Korea	3.3	10.9	7.0	0.3	2.3	1.6	3.6	13.2	8.6
Luxembourg	4.4	11.3	7.4	0.9	1.7	1.7	5.3	13.0	9.1
Mexico	2.5	9.4	5.5	0.0	2.2	1.5	2.5	11.6	7.0
Netherlands	6.4	12.7	8.8	2.3	3.7	3.1	8.7	16.4	12.0
New Zealand	6.4	12.7	8.8	1.3	2.6	2.0	7.7	15.3	10.8
Norway	5.1	11.2	7.3	2.1	3.1	2.7	7.2	14.3	10.0
Poland	4.1	10.5	6.7	0.4	2.2	1.4	4.5	12.7	8.0
Portugal	6.5	13.0	9.1	0.1	1.4	0.9	6.6	14.3	9.9
Slovak Republic	5.4	11.9	8.0	0.0	1.9	1.1	5.4	13.9	9.2
Slovenia	5.2	11.8	7.9	0.7	2.2	1.5	5.8	14.0	9.4
Spain	5.6	12.3	8.5	0.5	2.0	1.6	6.1	14.3	10.0
Sweden	6.6	12.4	8.6	0.7	1.6	1.1	7.2	14.0	9.7
Switzerland	5.7	12.2	8.3	1.2	2.5	1.9	6.9	14.6	10.2
Turkey	3.8	10.9	7.0	0.0	2.3	1.6	3.8	13.2	8.6
United Kingdom	6.5	12.4	8.5	0.9	1.8	1.4	7.4	14.2	9.9
United States	7.1	13.2	9.3	0.6	1.3	1.0	7.6	14.5	10.3
OECD average¹	5.5	11.8	7.9	0.8	2.1	1.6	6.2	13.9	9.5
Brazil	3.7	10.7	6.8	0.0	1.3	0.9	3.7	11.9	7.7
China	1.9	8.3	4.4	0.1	2.1	1.2	2.0	10.4	5.6
India	1.2	6.7	2.8	0.1	1.6	0.9	1.3	8.3	3.7
Indonesia	1.2	7.3	3.5	0.1	1.7	1.0	1.2	9.0	4.5
Russia	3.1	8.6	4.7	0.2	1.0	0.7	3.4	9.7	5.4
South Africa	3.2	8.4	4.5	0.2	0.9	0.6	3.4	9.2	5.1
Non-OECD average¹	2.4	8.3	4.4	0.1	1.4	0.9	2.5	9.8	5.3
Total average¹	5.0	11.3	7.4	0.7	2.0	1.5	5.7	13.3	8.9

1. Unweighted average.

Source: Secretariat calculations.

2. 의료지출의 증가요인: 정책개발 함의

(The drivers of health care spending: implications for policy making)

2-1. 의료비에 대한 비용절감정책의 영향: 최근 OECD국가들의 경험

The Impact Of Cost-Containment Policies On Health Expenditure: Evidence From Recent OECD Experiences

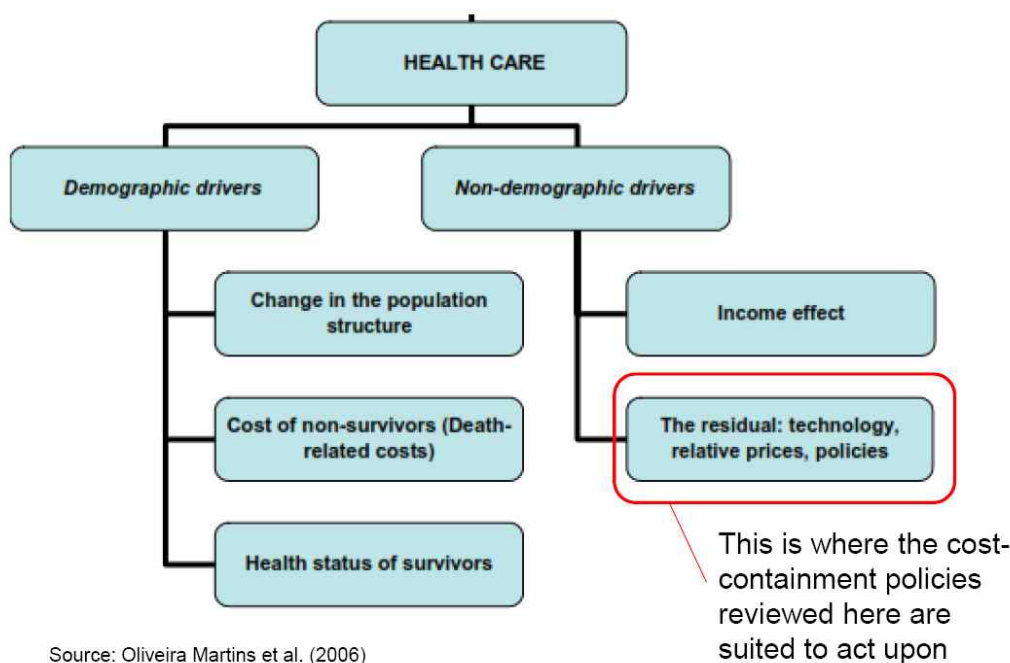
발표: Dr. Rodrigo Moreno-Serra, Center for Health Policy, Imperial College, London

■ 목적 및 배경

- 의료비지출에 대한 비용절감정책의 영향에 대한 경험적 근거 검토(OECD, 최근 수십년간)
- 국가 경험을 개혁 경로의 근거 정보로 활용함으로써 정책 수립 지원
- 초과 비용 증가(excess cost growth)을 억제하기 위한 사용된 정책 대안들의 제시

■ 지출 증가 요인들

- Oliveira Martins et al(2006)에 의하면, 의료비 증가요인은 인구학적 요인과 비인구학적 요인으로 구분되고, 인구학적 요인에는 인구구조에서의 변화, 사망자의 비용(사망관련비용), 생존자의 건강 상태가 포함되며, 비인구학적 요인에는 소득효과와 기타 잔차(residual) 효과로서 기술, 상대가격, 정책들이 포함됨.
 - 여기서 검토된 정책들은 잔차(residual) 부분에서 작용함.



■ 정형화된 경제적 모형

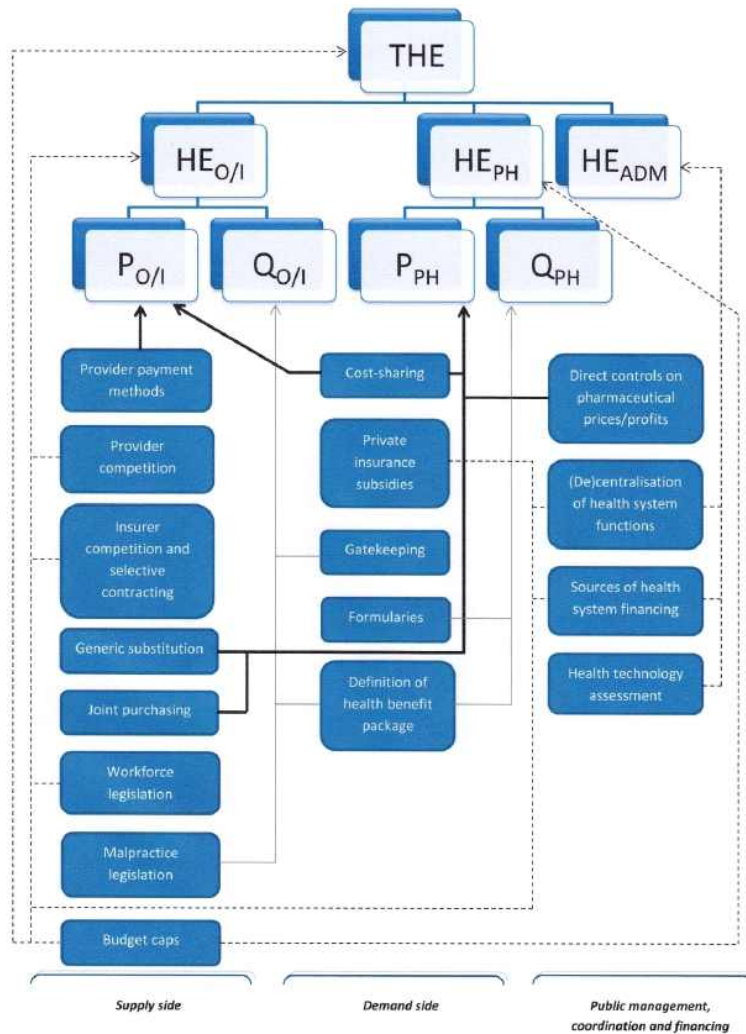
○ THE는 총의료비(Total Health Expenditure)를 의미함.

○ 의료비 구성 요소

- 외래와 입원서비스(O/I: outpatient & inpatient care)
- 약제비(PH: pharmaceutical sector)
- 공공행정(ADM: public administration)

○ 정책은 주로 다음의 기전을 통해 의료비에 영향을 미침.

- 서비스 가격(P): 검은 실선
- 서비스 양(Q): 회색 실선
- 서비스 가격과 양(간접적으로): 점선



■ 공급측면 개혁: 결과와 함의

Cost-containment policy	Category	Primary effect on	Empirical evidence of cost-containment?	Main empirical evidence from	Notes
Fee-for-service reduction	Supply-side	Price	Yes	United States	Cost-containment effect partly mitigated by increase in service demand
Capitation payment	Supply-side	Price	Yes	United Kingdom	Combined with GP fundholding and gatekeeping No evidence of cost-shifting
DRG-based payment	Supply-side	Price	Yes	Several OECD countries	May affect quality of services
Hospital competition	Supply-side	Mixed price and quantity	Yes	United Kingdom, United States	Price-based competition linked to lower care quality
Insurer competition and selective contracting	Supply-side	Mixed price and quantity	Mixed	Netherlands, United States	Successful in the United States (combined with payment-for-performance) Less successful in the Netherlands (limited selective contracting and payment-for-performance)
Mandated generic substitution	Supply-side	Price	Yes	Canada, Sweden	
Joint purchasing of pharmaceuticals	Supply-side	Price	Yes	United States	Most evidence methodologically limited
Budget caps (sector and global)	Supply-side	Mixed price and quantity	Yes	Germany, United Kingdom	Most evidence methodologically limited Some evidence of cost-shifting due to sector budget
Workforce supply and wage controls	Supply-side	Mixed price and quantity	No	Canada, United States	Evidence of cost increases due to stricter entry legislation
Malpractice award limitation	Supply-side	Quantity	Yes	United States	Magnitude of cost-savings controversial

■ 수요측면 개혁: 결과와 함의

Cost-containment policy	Category	Primary effect on	Empirical evidence of cost-containment?	Main empirical evidence from	Notes
Cost-sharing extension	Demand-side	Price	Yes	Several OECD countries	Extended cost-sharing linked to reduced access to necessary and quality care Consequential deleterious impacts on inequalities and health outcomes
Private insurance subsidisation	Demand-side	Mixed price and quantity	No	Australia, Spain, United Kingdom	Subsidy removal probably cost-saving
Gatekeeping role for physicians	Demand-side	Quantity	Mixed	Several OECD countries	Most evidence methodologically limited
Pharmaceutical formularies	Demand-side	Quantity	Yes	Canada, United States	Most evidence methodologically limited
Definition of publicly funded benefit package	Demand-side	Quantity	Evidence unavailable		Direct restriction to services offered within the public health system Link to use of health technology assessment (see below)

■ 공공 관리(public management), 조정(coordination), 재정(financing) 개혁

Cost-containment policy	Category	Primary effect on	Empirical evidence of cost-containment?	Main empirical evidence from	Notes
Direct price control of pharmaceuticals	Public management, coordination and financing	Price	Yes	Several OECD countries	Magnitude of cost-savings from reference pricing schemes heavily context-dependent Long-run effects on costs controversial
Decentralisation of health system functions	Public management, coordination and financing	Mixed price and quantity	Mixed	Several OECD countries	Centralised funding associated with higher sub-national expenditures Evidence of aggravation of inter-regional spending inequalities
Recentralisation of health system functions	Public management, coordination and financing	Mixed price and quantity	No	Norway	Only one country-case, with concurrent change to provider reimbursement
Reforms to the mix of health financing sources	Public management, coordination and financing	Mixed price and quantity	Yes	Several OECD countries	Evidence of cost-savings from move away from social insurance contributions towards general taxes
Use of health technology assessment	Public management, coordination and financing	Mixed price and quantity	Evidence unavailable		Cost-containment impacts likely to arise from combination with other reforms, including definition of basic benefit package

■ 결론

- 많은 OECD 개혁들에서 강력한 비용절감 효과를 보임.
- 스포일러 경고: 마법의 탄환은 없음!
 - 많은 사례를 통해 환경에 의존적이며, 정책의 상호작용을 확인
 - 근거는 다른 환경 하에서 비용억제 가능성에 대한 중요한 통찰력(및 위험)을 제공함.

2-2. 의료 지출 추계: 재정정책관점

Health Spending Forecasts: A Fiscal Policy Perspective

발표: Mr. Dominique Tremblay, Chief Fiscal Policy Division, Economic and Fiscal Policy Branch of Department of Finance, Canada.

■ 캐나다 의료시스템

- 캐나다의 의료시스템은 실제 14개의 다른 의료시스템에 의해 운영되고 있음.
 - 보건의 공동의 책임영역이지만 의료서비스 제공은 주로 provinces/territories에 따라 결정됨.

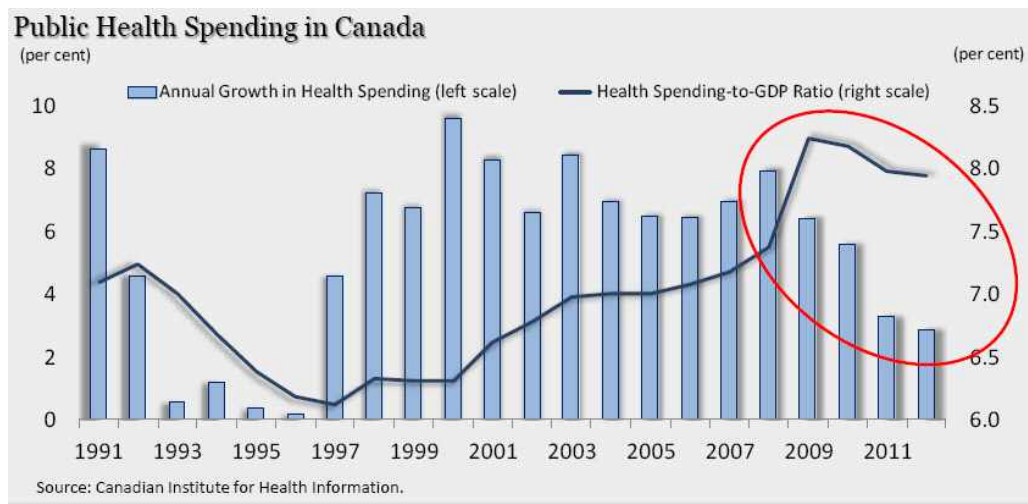


10 provincial insurance plans + 3 territorial plans + federal plan

○ 보건에 대한 연방정부와 지방정부의 역할

- 연방정부는 Canada Health Act의 보편성, 포괄성, 이동성, 접근성, 공공행정의 원칙을 준수하기 위하여 양도기금(transfer)을 통해 지방정부의 의료서비스 제공 지원
- 원주민 의료 등은 연방정부의 직접 관할 영역임.
- 지방정부는 의료서비스를 관리하고 제공하는 책임을 가지며, 의학적으로 필요한 병원과 의사 서비스에 대해 보편적이고 포괄적인 급여를 보장함.

○ 2000년대 공공 의료비의 GDP 점유율이 30%이상 증가했으나 최근 감소하는 추세를 보임.



○ 캐나다 의료시스템의 주요 고려사항

- 정치 - 분권화
- 사회 - 강력한 공적시스템의 보장
- 인구 - 고령화와 다민족
- 경제/재정 - 세계 경제 침체의 영향, 현재의 재정상황과 계획, 장기 경제 및 재정 전망
- 지리 - 넓은 영토

■ 추계 모형의 활용

○ 계량경제(econometric) 모델

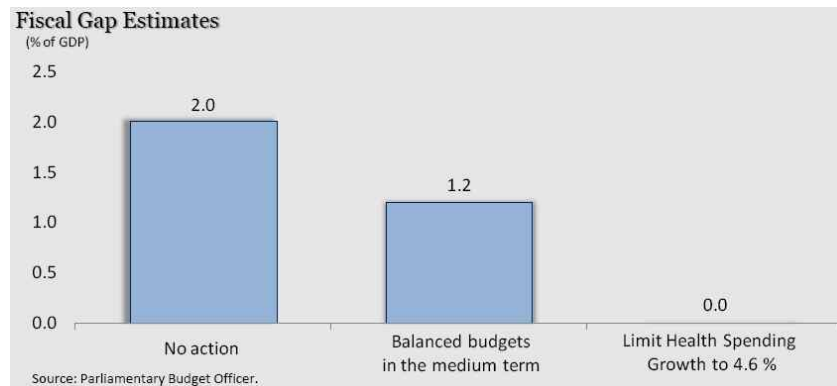
- 재정 변수가 포함될 때 의료비 증가에서 현재의 둔화를 설명할 수 있기 때문에 계량경제 모델이 단기 분석에 보다 유용함.
- 주요 의료비 증가요인별로 모수를 추정하는데 유용(예: 가격 탄력성).
- 일반적으로 연령효과가 너무 낮게 추정되고 가정할 수 있는 시나리오 수가 제한적임.

○ 구성요소/코호트(component/cohort) 모델

- 가정별 시나리오들(“what if” scenarios)를 평가하는데 보다 유용
- 일부 모수의 크기를 합의하기 어려움(예: 소득탄력성)

○ 구성요소/코호트 모델에 의해 캐나다 의료비 증가가 지속되는 것으로 추계되었음.

- 장기적으로 재정의 지속가능성을 보장하기 위해서는 비용 증가세에 대한 영구적 통제가 필요
 - 장기적 재정 안정성 확보를 위해 균형 예산으로 회귀, 의료비 증가를 4.6%까지 제한 필요

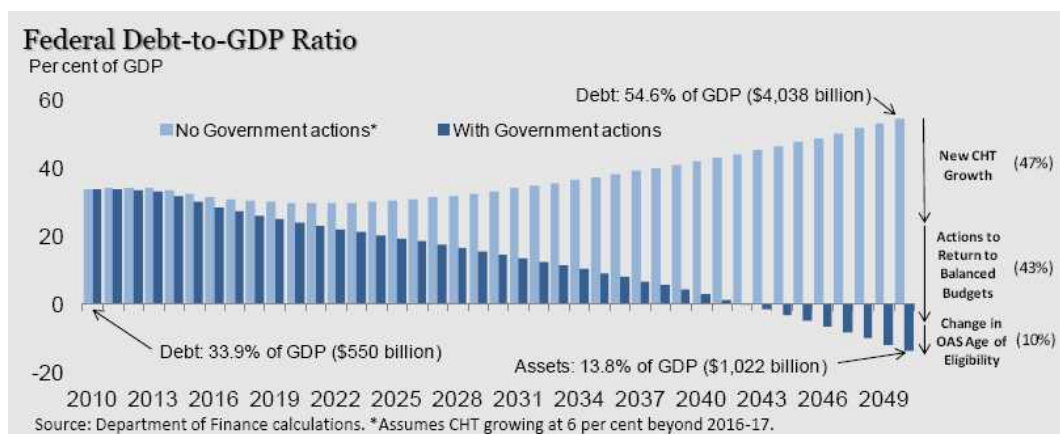


■ 캐나다 정부의 의료비 증가 통제 정책

- 일반의약품 가격 정책을 통해 지난 10년간 약제비 증가를 감소세로 전환
- 의료공급자 보상 통제: 1990년대 후반 이후 의사에 대한 지불 증가율이 가장 낮음.
- 지속 가능한 질 좋은 의료를 제공하기 위해 주 정부들 간 협력 증가
 - : 6개의 광범위하게 사용되는 일반의약품들에 대한 가격 결정에서 new coordinated approach

■ 캐나다 연방정부는 2016-17년까지 주정부에 대한 CHT(Canada Health Transfer)를 6%수준으로 계속 증가시킬 계획임.

- 새로운 CHT가 주정부에게 보다 지속가능한 경로로 의료시스템을 운영할 수 있는 안정성을 제공할 것으로 기대하고 있음.
- 새로운 CHT 법제화와 최근 정부의 비용통제 정책들이 결합하여 연방수준에서도 장기적인 재정 안정성을 확보할 수 있을 것으로 기대하고 있음.



SESSION 2: 국가들은 어떻게 보건 예산을 설정하는가?

1. OECD 국가 관점 : 의료시스템특성조사 예비결과

(A perspective across OECD countries: results from the health systems characteristics survey)

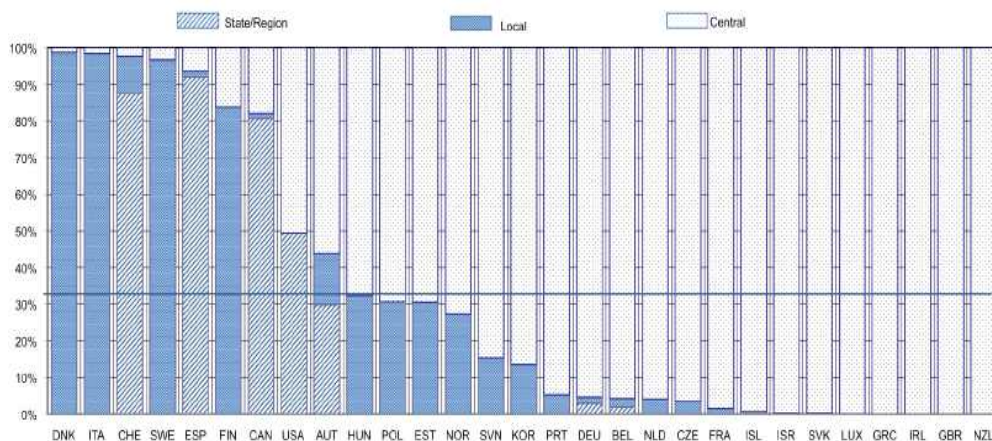
발표: Ms. Camila Vammalle, OECD Secretariat.

■ 보건을 위한 주요 자원

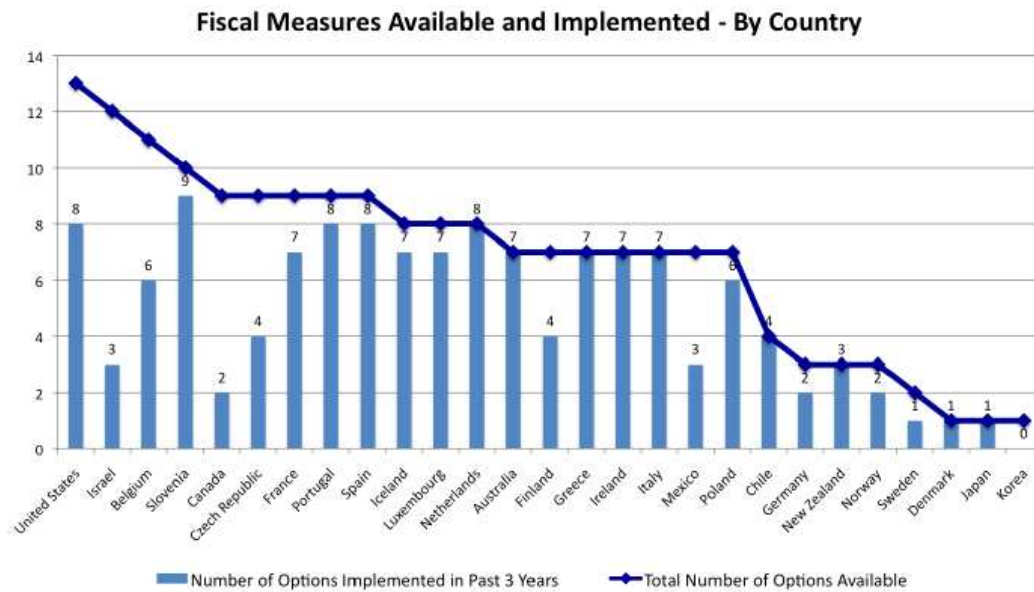
	General Taxation	Taxes earmarked to the health system	Payroll contributions to social health insurance	Mandatory health insurance premiums
Australia				
Belgium				
Canada				
Denmark				
Finland				
France				
Germany				
Greece				
Iceland				
Ireland				
Italy				
Japan				
Luxembourg				
Netherlands				
New Zealand				
Norway				
Portugal				
Spain				
Sweden				
Switzerland				
United Kingdom				
United States				

■ 정부 수준별 보건지출

Participation of Each Level of Government Health Spending, 2009.



■ 국가별 의료지출이 목표를 초과할 때 이용 가능한 예산 도구



2. 경기역행재정과 지출상한

(Establishing counter-cyclical financing and expenditure ceilings)

■ Estonia 사례

발표: Mr Ivar Sikk, Ministry of Finance, Estonia

- 2009년 경제 침체로 세수 감소 시 보건지출준비금(health expenditure reserves)의 사용 필요
 - 2011년 경기회복까지 수입이 10-15%감소
 - 균형예산을 위해 고려된 정책들
 - 적립금과 전년도 이전수입의 사용
 - 의료서비스 이용 감소
 - 의료서비스 가격 인하
 - 환자 현금 급여 감소
 - 정부는 재정 적자 시 준비금 지출이 장기적으로 지속가능하지 않기 때문에 예산 삭감으로 상황을 해결
 - 의료서비스 가격 6%인하, 전문의 진료에 대한 대기 허가, 단기 병가 및 치과급여 감소에 의해 건강보험 기금의 지출을 감소시킴
- 에스토니아 건강보험기금은 3가지 유형의 준비금을 규정함.
 - 법적 준비금(Legal reserve)
 - 잠재적인 거시 경제적 변화에 의해 발생할 수 있는 위험에 대비
 - 건강보험기금 예산의 6% 구성(매년 예산의 최소 2%를 준비금으로 이전)
 - 정부의 허가가 필요하며, 예외적인 상황에만 사용될 수 있음.

- 위험 준비금(Risk reserve)
 - 건강보험시스템 의무 이행에서 발생하는 위험에 대비, 건강보험기금의 예산으로 형성되며, 의료예산의 2%를 차지함.
 - 건강보험기금 감독이사회에 승인에 의해 사용될 수 있음.
- 현금 준비금(Cash reserve)
 - 전년도에서 이전된 수입으로 구성(예측된 예산보다 초과된 과세수입)
 - 이전수입의 사용은 감독이사회와 연간예산계획에 따라 결정될 수 있음.
 - 자문회의의 멤버인 재무장관은 의료지출 계획과 준비금 사용이 주 예산전략과 일치할 경우 따름.

○ 현재 상황

- 의료서비스 가격은 위기이전수준으로 회복됨.
- 에스토니아 건강보험기금은 연간 지출의 약 25%에 이르는 준비금을 보유하고 있음.

○ 교훈

- 비교적 짧은 기간에도 작은 개방적이고 유연한 경제에서 안정화 가능
- 위험을 평가하고 위기 전에 위기상황 준비
- 위기 상황에서는 합당한 행동을 지체 없이 시행
- 미래를 위한 버퍼 마련
- 삭감이 필요할 때 공급자와 피보험자간에 부담의 균형 유지
- 의료시스템의 지속가능성 유지

○ 계획

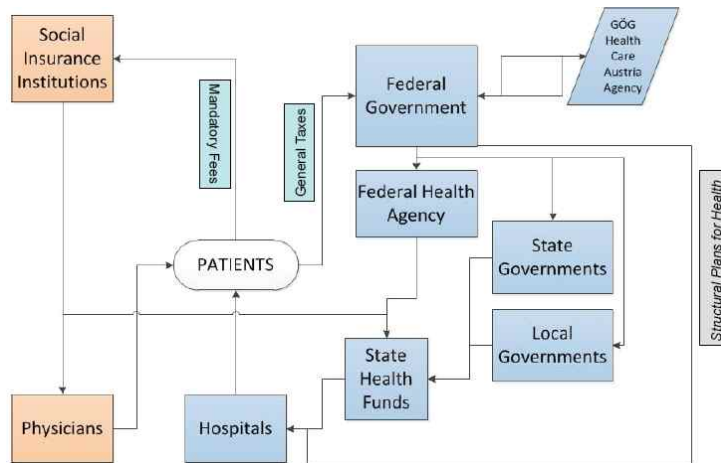
- 2014년부터 EU minimum fiscal requirement 시행
- 균형예산 위해 각 일반정부기관별로 재무규정 설정
- 건강보험기금의 예산 위상은 주 예산 전략에 맞추어야 하며, 국가 예산 법에 규정될 것임.
- 기금 준비금은 기금의 주요 활동관련 지불을 담당하는 State Treasury가 관리함.

■ Austria의 의료비 지출: 과제와 가능한 대안들

발표: Mr Tobias Orschnig, Federal Ministry of Finance, Austria.

○ 오스트리아 의료시스템은 사회보험방식으로 분절된 체계임.

- 인구의 98.3%가 사회건강보험에 가입되어 있고, 보험자는 23개(연방, 9 지역, 5개 전문직, 8개 회사)의 서로 다른 주체로 구성됨.

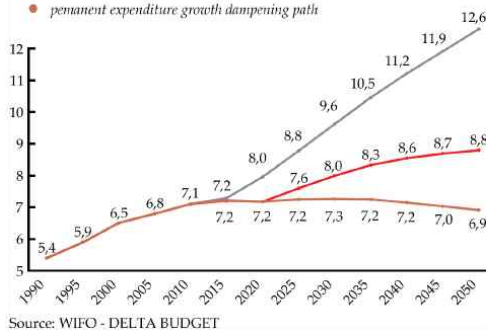


○ 오스트리아 공공의료비의 GDP 점유율 증가가 추계됨.

Scenarios for Austria's public HC expenditures

% of GDP

- high non-demographic costs
- basic scenario
- permanent expenditure growth dampening path



- **EC Ageing Report** (2012) : 7.4 – 9.1 % of GDP (2010-2060); HC +1.7 %
- **Austrian long-term model** (2013): 7.1 – 8.8 % of GDP (2011 – 2060); HC +1.7 %
- **IMF Fiscal Monitor** (2012, but based on a 2010 working paper): HC +3.2 % (2010-2030)

- 특히, 인구당 의사수, 병상수, 퇴원건수가 모두 기타 OECD 국가들보다 높아서 지출 통제의 필요성이 강조되어 있음.

○ 지난 10년간의 개혁들

- Gate keeping (compusory referral)
- Market mechanism: Choice of provider
- 지역 건강보험기금의 개혁 : 채무 면제
- 병원의 성과 지향 예산(Performance-oriented financing)
- ELGA: 2015년부터 모든 환자에 대해 전자건강기록시스템

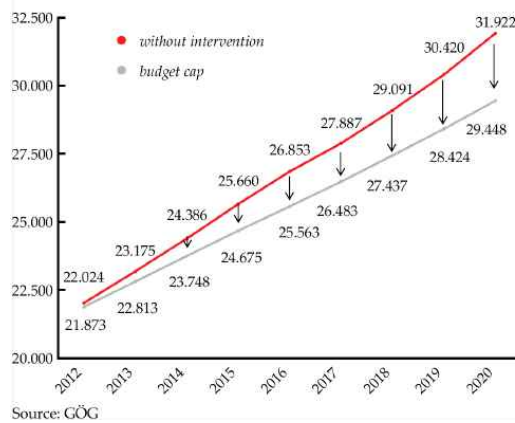
○ Health Care Reform 2012

- 지출총액 상한
- multi-professional and integrated delivery models 장려, 의료조직의 최적화 및 이해관계자간 협력 강화 : better coordination of public management

- 성과 모니터링
- 예방 확대

○ 지출 상한에 대한 합의

Scenarios for Austria's public HC expenditures
in million EUR



All concerned
social partners are
on board:

- Health insurance system
- Local, state and federal government

○ 향후 시행 가능한 대책들

- 병원: 입원환자수와 재원일수 감소, 외래분야에 집중
- 예방과 (직장) 건강증진
- 성과 지향 예산: 현재는 입원서비스에 대해서만 적용되지만 앞으로 모든 분야 병원으로 확대
- 성과 지향 관리
- best point of practice (gate keeping)

SESSION 3: 예산 관리와 의료지출의 단기 통제

1. 거시적 예산 타겟을 활용한 프랑스의 의료비 관리

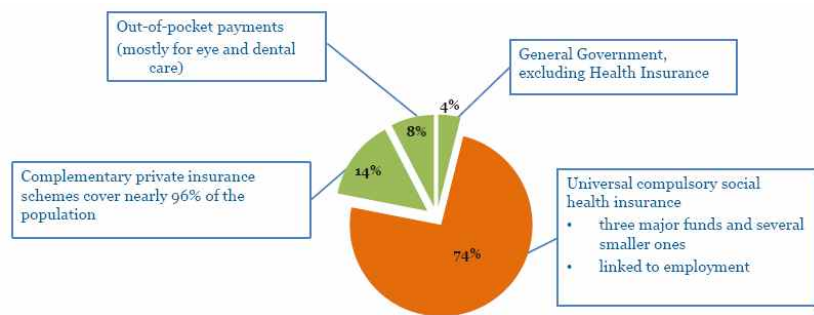
(Using macro-budgetary targets to corral multiple institutions: has France found a new way of managing health expenditure?)

발표: Mr. Ankit Kumar & Mrs. Delphine Rouilleault, OECD Secretariat; Ms. Dominique POLTON, Head of Strategy at the Caisse Nationale d' Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS), France.

■ 프랑스 의료시스템

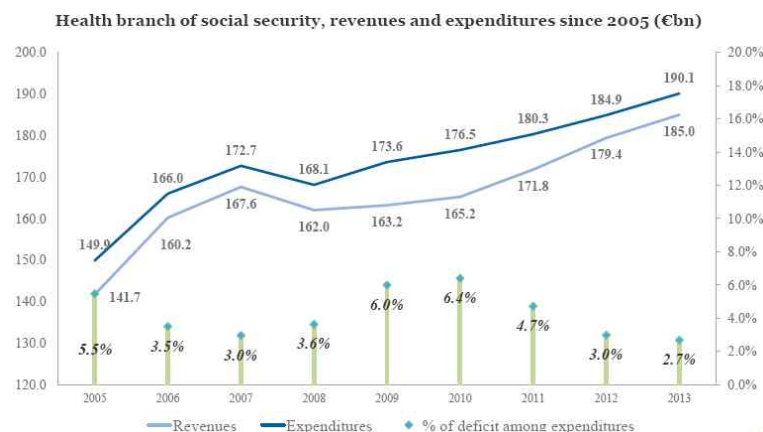
○ 공공과 민간 재원이 결합된 혼합 시스템

- 인구의 96%가 보충적 건강보험 가입
- 사회보험으로 건강보험 운영



○ 지난 10년간 적자 지속

- 보건 분야 적자가 사회보장 적자의 주요인이 됨.



○ 정부가 보건예산에 대해 높은 수준의 통제권을 가짐.

- 1996년 이후, 사회보장(보건포함)예산은 사회보장재정법(Social Security Financing Acts (LFSS))으로 알려진 법에서 결정됨.

- LFSS는 의료지출 타깃을 규정: ONDAM

이것은 전체 재정 목표를 달성하기 위해 다음과 같이 지출과 자원에 대한 새로운 대책들을 다루고 있음.

- 이전 계정에 대한 정밀 검토
- 향후 연도의 지출과 자원의 평가
- 향후 4년간의 추계

- 2007년 이후 보건 및 재정 부처의 공동 감독 하에 준비되고 의회의 승인을 받음.

■ ONDAM: 의료 지출을 위한 명확한 예산 목표 설정

○ ONDAM은 의료지출의 총액 목표로 6개의 항목으로 세분되며 프랑스 의료비의 대부분 포함

○ 개별 정책 조치별로 의료지출의 자연증가를 제외하고 계산

○ 강제적 타깃이 아니고 상한도 아님.

- 요구되는 비용절감정책의 양을 결정하기 위한 목표
- 공급자 선택 자유에 대한 강력한 선호가 있고 임상적 활동에 대한 제한이 거의 없음.

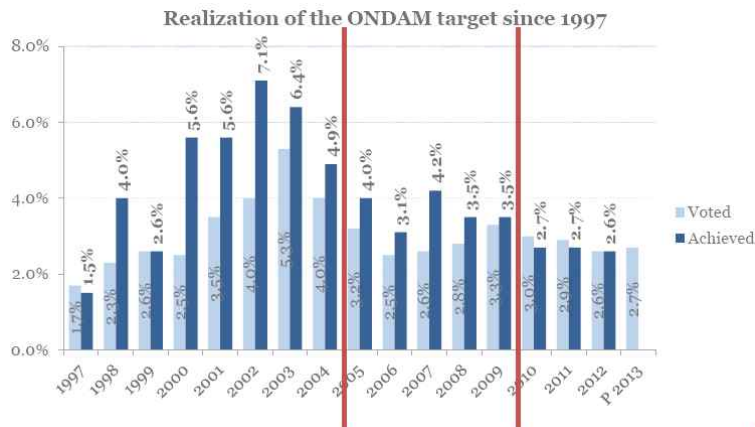
<i>in b€</i>	2013 Targets	Growth rates
Ambulatory care	80.5	2.6%
Hospitals	76.5	2.6%
<i>DRG based establishments</i>	56.7	2.4%
<i>Other</i>	19.8	3.1%
Medico-social	17.1	4.0%
<i>Elderly care centres</i>	8.4	4.6%
<i>Handicap centres</i>	8.7	3.3%
Other	1.3	5.9%
TOTAL	175.4	2.7%

○ ONDAM 타깃 모니터링 위한 “Alet Committee”

- 2004년, ONDAM 타깃 모니터링을 위해 “Alet Committee” 설치
- 위원회 임무
 - 건강 지출과 가능한 ONDAM 초과 추적
 - 필요한 경우 국회, 정부, 사회보험기금에 경고
 - 보완적 비용절감정책 장려(지출에 대한 직접적 권한은 없음)

- 보건 및 예산 부처와 독립적인 3명으로 구성
 - 지출총액 통제에는 부족한 것으로 평가되었고 경고는 2007년에 한번만 있었음.
- 위원회의 역할과 권한이 사후관리 과정에서 사전 도구로서 변화되었음.

- ONDAM 타킷은 초기에 자주 초과되었으나 2004년, ONDAM Alet Committee 설치 후 지출 증가율이 감소하면서 2010년 이후에는 3%미만까지 감소했음.



- ONDAM의 성과
 - ONDAM은 보건과 재정 부처가 모두 같은 방향으로 협업하게 하였고, 공급자와의 협상에 효과적으로 사용됨.
 - OECD 국가들 중에서 의료비 지출을 모니터하는 가장 포괄적인 제도 중 하나일 수 있음.
 - 하향식 예산 목표는 영향 있는 지출 통제 과정을 만들어낸 것으로 평가됨.

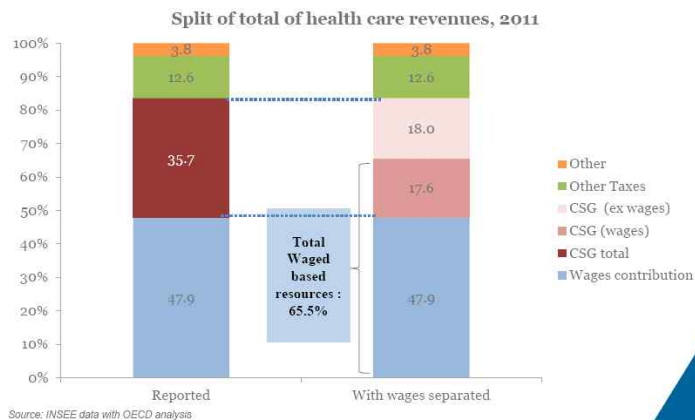
■ 보건재정의 새로운 접근

- 의료재원에 있어서 가장 큰 변화는 “Contribution Sociale Generalisee(CSG)”의 도입
 - CSG는 임금(wage)소득 뿐 아니라 광범위한 소득(income)에 대해 수입 유형에 따라 다른 비율을 적용하는 하나의 단일 세금(one single tax)임.
 - 초기 CSG는 사회보장의 추가적 재원 개발보다 전체 수입 재원들의 변화를 목적으로 했으나, 이후 재정적자의 지속으로 추가 재원을 결정하게 됨.
 - 1998년, 재원의 다양화를 위한 노력이 본격적으로 시작되면서 근로자 임금기반 보험료는 4.75퍼센트포인트 감소하고 임금소득과 자본소득에 대한 CSG가 4.1퍼센트포인트 증가함.

Wage based	CSG	Specific Taxes
→ Proportion of wages and salaries → Paid by: - Employees (€3.8bn) - Employers (€68.5bn)	→ Rates vary by source of income: - Earned income - Capital - Gambling - Pensions - Benefits - Low income people exempted from income taxation	→ Pharmaceutical taxes on: Turnover of pharmaceutical companies Advertising, Drug retailing → Alcoholic, sugary beverages → Tobacco taxes → Car insurances → Contribution from high turnover companies → Solidarity day (unpaid work day)

■ 프랑스 의료시스템의 자원 구성의 변화

○ 여전히 임금에 의존적: 임금기반이 전체조세의 65.5%



○ 재원의 다양화가 상당히 이루어졌지만 더 많은 진전 필요

- 이러한 프랑스의 수입재원 다양화는 초기 임금기반 재원에 의존적이던 사회보험방식의 건강 보험 순수모델에서의 이탈이라고 할 수 있음.

Tax	Amount raised 2012 (€bn)
Portion of VAT	10.6
Tax on tobacco	8.0
Taxes on complementary insurance	2.9
Tax on companies with net sales above 0,76 M€	1.4
Pharmaceutical taxes	1.1
Tax on motor insurance	1.1
Tax on alcohol	1.0
Tax on company cars	1.0
Gaming taxes	0.5
Tax on oils and flours	0.2
Total of earmarked taxes affected to Health	27.8

2. 의료비 통제를 위한 적극적 수가 설정: 일본 사례

(Using proactive fee setting to control health costs: the case of Japan)

발표: Professor Naoki Ikegami, Japan - World Bank Partnership Program Challenges and Opportunities for Achieving Universal Coverage, and Keio University.

■ 수가설정을 통한 비용 통제 기전

- 가격 요인 : 직접 통제
 - 서비스 가격(의사와 병원), 약제 가격이 동일한 수가표 안에서 설정됨.
- 비 가격 요인 : 간접 통제
 - 행위별수가제 기반 지불: 적절한 서비스 제공에 대한 전문성 존중, no hard budget
 - 그러나 높은 규제 환경 내에서의 자유, 수가표를 통해 행위 규제

■ 가격 통제

- 재무 및 보건 장관은 2년마다 global revision rate을 함께 설정
 - global revision rate: price revision rate은 수가표에 포함된 모든 서비스와 약제별 총량을 반영하여 결정됨.
 - 정부가 간접적으로 비가격 요인들(제공된 양과 항목들)을 통제하므로 총액예산제가 아님.
- global rate 설정에 있어서 고려되는 요인들
 - 정치적, 재정적 영향(의사의 정치력, 의료비가 전체예산의 10%)
 - 비가격요인들에 의한 증가
 - 약제가격 인하에 의한 절감액

■ 2012 수가 개정

- global revision rate: 0.004%
 - 약제 개정률 -6.00%
 - 의료서비스 개정률 1.55%
 - 치과서비스 개정률 1.70%
 - 조제서비스 개정률 0.46%
- Service revision rates
 - [global rate] + [약제 가격 조정으로 인한 절감기금]
 - 약제비 비중: 전체 의료비의 1/4
 - 의료서비스 개정률: $0.004\% + \frac{1}{4} \text{ of } 6.00\% = 1.55\%$

■ 약제비 인하

- 수가표상 tablet당 \$10에서
 - 시장 가격 조사 : ①10,000 tablets \$9.50, ②10,000 tablets \$9.00, ③10,000 tablets \$8.50
 - tablet당 수량가중평균가 $\$9.00 + 2\% \text{ margin} = \text{tablet 당 개정수가 } \9.18

- 공급자와 도매상 간 가격 인하에 대한 다음 협상의 출발 가격이 됨.

■ 전체개정률 설정에 따른 항목별 개정

- 서비스 개정율에 의해 설정된 규모내에서, 항목별 개정이 이루어짐.
 - 청구자료로 추정된 각 항목별 이용량
 - 2010년 항목별 개정 사례
 - 관절성형술 수가 인상: ₩265,000 → ₩398,500 (△₩135,500)
 - 영향: 월간 이용량 486 * △135,500 → 64,881,000
 - 의원 재진 수가: ₩710→ ₩690(▲₩20)
 - 영향: 월간 이용량 63,478,641 * ▲₩20 → 126,957,282
 - 위의 인상액과 감소액의 누적효과가 의료서비스 개정율 1.74% 증가와 동일해짐.

- 항목별 개정을 통한 정책 목표

- 재할당(reallocation): 재진료(repeat consultation fee) 인하, 외과 수가 인상 등은 새 정부가 일차의료의원에서 고도 병원들로 자원을 재할당하고자 하는 목적임.
- 인센티브(incentivization): 일차의료의사가 집에서 생애말기 의료 제공시 인센티브 수가 받음
 - 2006년, 집에서 사망한 환자에 대한 의사의 가정방문수가 십만원(천불) 도입 후 수가와 표준행위가 인센티브 제공을 위해 개정되고 있음.
- 비용절감(containing costs): MRI 수가가 2012년 수가개정에서 30%인하됨.
 - 불륨의 증가로 비용상승 둔화, 1994년부터 2010년까지 불륨 5배, 지출 3배 증가

■ 비 가격 요인들의 통제

- 비 가격요인들: 더 높은 수가 항목으로 이용량 증가 및 이동
- 추가 청구(extra billing) 통제: 효능이나 안전성 평가가 진행 중인 항목들에 대한 청구 제한
- 청구를 위한 환자의 상태를 포함하는 기준 설정
 - off-label 처방 금지
 - PET은 암이 확진된 환자에게만 허용

■ 일본 방식의 장점

- 항목별 개정과 청구조건의 설정을 통해 다음을 성취함
 - 환자지수 개정과 달리, 어떤 가격은 증가되고 일부는 인하되어 공급자들이 분리될 수 있음.
 - 양에서 빠른 증가를 보이는 항목들의 가격을 감소시킴으로써 비용 통제
 - 자원의 재할당과 보상금을 통한 의사 장려

SESSION 4: 의료 지출의 효율성을 위한 개혁 정책

1. 경쟁을 통한 의료비 통제: 네덜란드 경험

(Can competition be used to better control health spending? The Dutch Experience)

발표: Mr. Patrick JEURISSEN, Netherlands Ministry of Health, Gils VAN DER VLUGT, Netherlands Ministry of Finance and Stefan THEWISSEN, University Leiden.

■ Phase 1 (2006 – 2011): a ‘market’ with few ‘losers’

- 높은 사회연대 원리
 - 강제가입, 공개 등록, 집단을
 - 위험 조정(좁은 보험료 범위 유도)
 - 저 소득자에 대한 Health care allowance, 어린이 무료
 - deductible (2006년 165유로, 2013년 350유로)
- 안정된 정치적, 전문적 운영을 통한 변화
 - 조직관리: 주요 관심 그룹들과 공동 운영
 - 총액예산 (법적 시행 없이 점진적으로)
 - professional gatekeeper를 통한 의료
- 의료 구매(purchasing) : 재량권의 증가
 - 새로운 안전망: DTCs¹⁾, (이용량)초과, 위험 균등화
- 초기 결과: 혁신적이고 재정 건전성이 증가되었다고 평가됨
 - 병원 생산성 증가, 행정비용 감소, 공급자와 보험자의 재정건전성수준 향상, 보험료 인상 (2006-8)

■ Phase 2 (2012): creating a real ‘market’

- 새 행정부가 출범하면서 2006년 개혁의 문제를 보완하며 2012년을 새로운 전환점으로 세움.

■ 보건과 재정 부처간의 협력 과정

- ‘Coalition Cycle’ medium term framework
 - 협력기간동안, the Bureau for Economic and Policy Analysis (CPB)가 4-5년의 예산 틀 설정
 - 원칙적으로 지출은 경제적 쇼크에 독립적으로 고정시킴.
 - 자동안정: 수입이 경제 주기를 따를 수 있다는 것을 의미함.
- ‘Spring Cycle’ ; the annual budgeting process
 - 보건과 재정 부처의 공동 TF(Joint MoH MoF Taskforce) 운영
- 재정과 보건부처는 예산 틀 설정과 매년 예산 결정 과정에 공동으로 참여하여 합의함

1) Dutch version of DRGs

2. 가격정책을 통한 병원 효율성 향상: 호주의 최근 개혁

(Using pricing to increase hospital efficiency in a federal health care system: recent reforms in Australia)

발표: Ms. Sue Vroombout, Australian Treasury.

■ 호주 개혁의 배경(2011년 10월 합의)

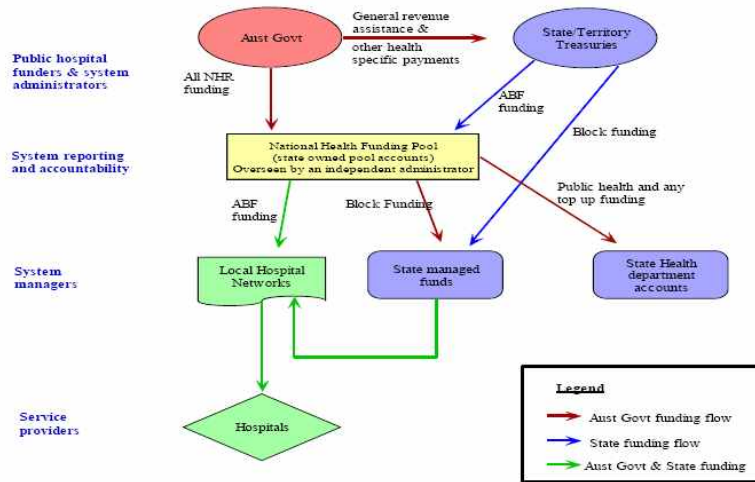
- 호주 정부는 private doctors, allied health care practitioners, medicines, aged care에 대해 직접 보조하고 주정부의 의료서비스 제공 비용을 지원하는 보조금을 제공함.
- 재정의 지속가능성과 의료결과 향상을 위해 추진
- 재정의 지속가능성
 - 의료비는 지난 50년간 예산 점유율이 2배 이상 증가
 - 수직적 재정 불균형
 - 주 정부는 많은 지역에 대한 서비스 책임을 갖지만 제한적이고 비효율적인 수입기반을 가짐.
 - 반면, 호주정부는 보다 광범위하고 효율적인 수입기반을 갖고 강력한 재정 권한을 가짐.

■ 개혁 요소

- 새로운 연방 재정 정책
 - 공공병원 지출 증가에 대한 호주 정부 자금 증가
 - 병원 활동과 National Efficient Price (NEP)²⁾에 기반한 증가
소규모 지방 및 지역병원, 교육, 수련, 연구, 공공보건활동에 대한 자금이 계속 차단되고 있음.
 - 상한 없는(uncapped) 자금 증가로 전환
 - 6년간 추가 자금으로 최소 16.4억불 보장
 - 초기 2년간 상한, 2014-15년부터 제한 없음
 - 다음 2년동안 효율성 증가의 45%, 2017-18년부터 효율성 증가의 50%
- Activity based funding
 - 병원 서비스는 가격 가중치 적용
 - 원격지, 복합질환자 등에 대한 부담 인정
 - NEP가 초기 평균 가격 설정, 주정부가 반드시 NEP를 사용하지는 않아도 되지만 NEP가 변화를 유도하기 위한 비교치는 제공함.
- Local governance
 - Local hospital networks가 운영관리 책임
 - 주정부가 전반적인 시스템 관리 책임
 - Medicare locals이 일차의료 제공을 조정, 서비스 제공의 격차 확인 및 해결책 마련

2) NEP set by independent hospital pricing authority

○ Financial governance arrangements



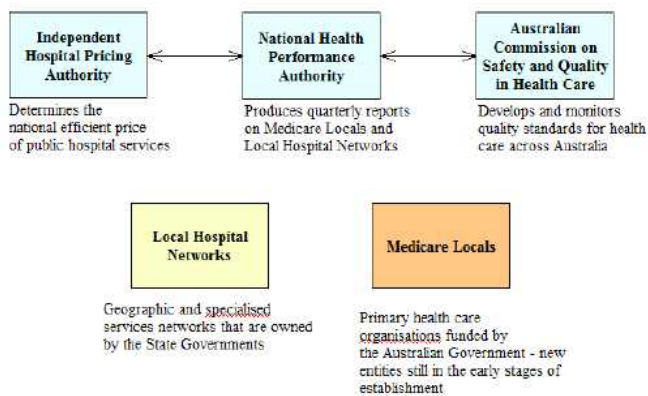
○ Increased transparency

- National Health Funding Pool을 통한 Local Hospital Networks에 대한 지불의 투명성
- 호주 정부와 주 정부 간 책임의 명확화

○ 독립적 모니터링

- National Health Performance Authority
- Australian Commission on Safety and Quality in Health Care
- 지나친 비용 삭감 강조에 대응

○ National health system governance framework



SESSION 5: 지출 관리 도구

1. 정보기술의 활용을 통한 의료 지출 합리화

(Using information technologies to rationalise health expenditure)

발표: Susanne Duus, Senior Advisor, Danish Agency for Digitization, Ministry of Finance

■ 지출 통제를 위한 IT 사용의 배경

- 정부의 New Growth Plan 2020
현대화와 전자화를 통해 공공분야 지출 절감 목표 설정
- 텔레메디신 확산을 위한 National Action Plan의 일부로 Foot Ulcer Care Project 선정

■ Telemedical ulcer assessment

- 시의 간호사와 지역 병원간의 협력
 - tele-solution(web care record, cell phone, digital images)을 통해 평가 후 임상전문가가 가정 방문
 - 이송 없이 환자에게 좋은 의료를 제공, 의사는 아주 복잡한 케이스만 진료함.

■ 사업 계획 및 성과

- 2012-17 전국적으로 확산
- 2년간 ROI 기대(실행비용은 아직 추정되지 않았음)
 - 병원외래 방문 감소 등으로 치료기간이 30%감소
 - 정부 투자액 : 4백만유로, 추정 순 절감액: 실행 후 연간 33백만유로

2. 공공조달을 통한 의료비 감소: 멕시코 의약품 관리

(Using public procurement to reduce health costs: the case of pharmaceuticals in Mexico)

발표: M. Janos Bertok, OECD Secretariat.

■ 의료지출의 상당한 양은 조달과정을 통해 이루어짐.

- 공공조달은 OECD국가들에서 평균적으로 정부 지출 규모 중 3번째에 해당됨.
- OECD 국가에서 공공의료비는 2005년에서 2050년 3.5%에서 6% 수준으로 증가될 것임.
 - 낭비, 부정, 부패가 상당한 자원의 손실을 초래하며 제공되는 서비스의 수준과 질을 제한함.

■ 의약품 구매에서 비용 절감 : 경쟁의 역할

- 유럽에서 일반의약품에 대한 2011 프랑스 사회보장 연구
 - 표준단위별로 74개 주요 일반약제의 평균 가격이 유럽에 300%까지 차이를 보임
 - 할인제도(discount system)에 의해서보다 경쟁적 조달 과정(competitive procurement process)을

통해 더 높은 절감액을 얻을 수 있음.

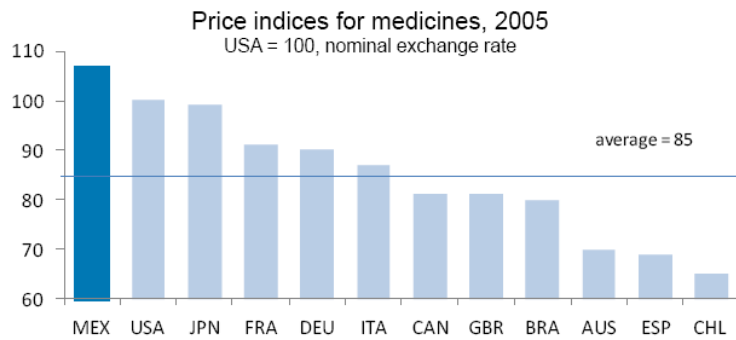
■ 의약품 구매에서 비용 절감 : 경쟁의 역할

○ 유럽에서 일반의약품에 대한 2011 프랑스 사회보장 연구

- 표준단위별로 74개 주요 일반약제의 평균 가격이 유럽에 300%까지 차이를 보임
- 할인제도(discount system)에 의해서보다 경쟁적 조달 과정(competitive procurement process)을 통해 더 높은 절감액을 얻을 수 있음.

■ 멕시코 의료분야에 대한 OECD 공공조달 검토 결과

○ 2005년 멕시코의 약제가격은 12개 조사국가들 중 가장 높았음.



○ 멕시코는 최근 통합과 경쟁의 증가를 통해 가격을 인하시킴

- 내부 통합(중앙정부에서 발주되는 통합 계약)
- 특허 약품에 대해 국가 단일 가격으로 공동 협상
- 비특허 의약품과 의료장비의 공동 경쟁
- 역경매 활용을 통한 경쟁 확대

Estimated savings from reverse auctions by IMSS (2009-2011)
(USD million)

Year	Category	Contract value	Estimated savings	% of estimated savings
2009	Medicines	605.6	64.9	10.7
2010	Medicines	185.3	4.7	2.5
2010	Health material	3.6	0.9	27.4
2010	Mammography	4.4	0.2	3.2
2010	Vehicles	41.9	2.4	5.8
2011	Medicines			
Total		840.7	73.0	8.8

SESSION 6: 오늘의 과제와 내일: 재정 건전성과 생산성 향상

1. 재정 건실화를 위한 의료 지출

(Using health spending to achieve fiscal consolidation objectives)

발표: Mr. Tamas Evetovits, WHO Europe; Ms. Evdoxia Andranopoulou, ministry of Finance, Greece.

■ 보험기능과 공공재정

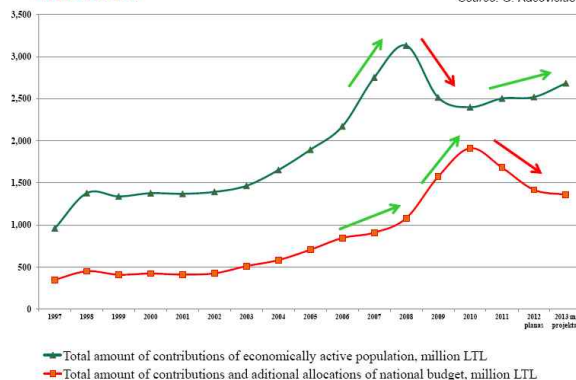
- 보건의 공공예산에서 큰 항목인 이유는 공공재정의 기능에 대한 기대 때문임.
 - 공공 재정은 더 높은 재정 보호와 의료 접근의 형평성을 달성할 수 있음.
 - 지불 능력이 아닌 필요(need)에 따라 의료보험을 보장할 수 있음.
 - 이러한 목적들에 의해 재정정책 뿐 아니라 불가피할 때 지출 삭감도 추진해야 함.

■ 경기침체기의 대응

- 의료 지출의 경기역행재정정책(counter-cycle fiscal policies)의 합리적 근거
 - 경제 위기에 의료 필요는 증가
 - 공공지출 감소는 민간지출을 증가시켜 의료필요도가 높은 빈민에 대한 재정 보호기능 감소
 - 경제 위기에 의료 필요는 증가하지만, 서비스 이용과 의료의 질은 감소
- 보전에 대한 경기역행지출 대안
 - 준비금 누적 후 위기 시 사용
 - 적자 재정 선택(if fiscal „health” allows)
 - 정부 예산 내 재할당 또는 새로운 죄악세 신설 (그리고 보건예산으로 배정)
 - 의료분야 내에서 대응전략
 - 의료시스템의 효율성 향상
 - 분야 내 재할당
 - 급여혜택 감소(마지막 수단으로서)
- 경기역행공공지출 사례
 - 에스토니아 HIF 준비금, 리투아니아

Counter-cyclical public spending at work in Lithuania

Source: G. Kacevicius



2. 국가보건제도에서 생산성 향상: 영국 사례

(Increasing productivity in National Health Systems: the case of England)

발표: Ms. Anita Charlesworth, Nuffield Trust

■ 공공의료 예산 규모

- 영국은 세금에 의해 재정이 조달되고, 단일 지불자가 의료서비스를 제공하는 의료시스템임.
 - 2010년 GDP의 9.6%로 OECD 평균 9.5%와 유사한 수준임. 공공의료지출의 비중이 83.2%로 OECD 평균 72.2%보다 높음.
 - 의료지출은 모든 공공지출의 17.5%를 차지하면 지난 35년간 빠르게 증가해오고 있음.

■ 의료지출의 주요 통제 요소

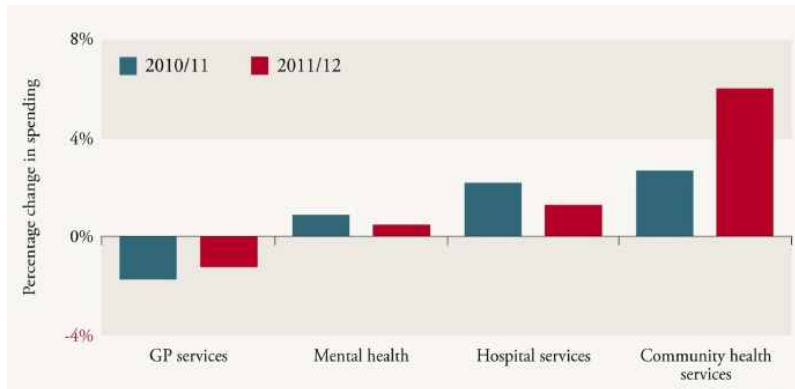
- 영국정부는 향후 4년간 의료비 관리를 위하여 다음의 정책을 시행함.
 - A cap on total public health spending
 - Reducing input pressure
 - Focusing funding on front-line delivery
 - Improving productivity
- 과제
 - 투입 비용의 감소
 - 국가 공공분야 임금 정책 / 행정비용 절감
 - 기술적 효율성의 향상
 - 병원의료를 위해 지불되는 단가의 실질적 감소 / 의약품 관리
 - 배분적 효율성의 향상
 - 병원에서 지역사회로 돌봄의 이동 / 의료의 바람직한 통합 / 수요 관리

○ 2011-12년 인력(종일근로자 기준)의 변화

	Change 2010-2012	% Change 2011-12
Total NHS workforce	- 19,669	-1.7%
Medical and Dental	+3,263	+3.3%
Qualified Nursing	-4,028	-1.24%
Scientific, therapeutic and technical	+1,558	+1.2%
Support to clinical staff	-8,383	-2.8%
NHS infrastructure	-15,368	-7.6%

○ 의료 유형별 지출 점유율 변화

- 지역사회 보건 서비스 분야 증가가 확인됨.



■ 결론

- 영국의 공공의료지출은 지난 2년간 감소
- 2015-16년까지 지출 상한이 영국 NHS 지출 증가 제한
- 공공영역 임금정책이 중요한 기여
- 생산성 향상에 대한 증거는 없음.

SESSION 7: 보건을 위한 수입의 증가

1. 사회적 의료공급 재정에 대한 고령화의 효과

(The effects of ageing on the financing of social health provision)

발표: Professor Chris Heady, University of Kent and Fellow at the Institute for Fiscal Studies, United Kingdom.

■ 수입 증가를 위한 효율적 방법들

- 최근 OECD 연구결과
 - 소득세에서 소비세로, 주거재산에 대한 세금이 대부분의 국가들에서 경제성장을 가져옴.
 - 개별 세금 설계의 개혁은 경제적 성과를 향상시킬 수 있음.
 - 급여대상자 개혁은 대부분 세금 기반을 확대시키고 세율을 낮추는 방안들로 구성됨.
- 경제적 성과 감소 측면에서 개인소득세의 영향과 사회보장기여금의 영향에는 차이가 없었음.

■ 사회보장기여금(social security contributions) 활용의 비효율적 방법

- 개인별 사회보장기여금의 증가는 의료의 질을 증가시키지 않음. 따라서 개인소득세와 같은 부정적인 영향을 가짐.
- 사회보장기여금은 상한 때문에 중하위소득자들보다 상위소득자들에게 더 적은 비율을 부과함.
 - 저소득자에게 부담이 더 많고 이들의 노동소득에 대한 조세부담을 증가시킴.
- OECD jobs study는 높은 조세부담이 노동참여율을 감소시키는 것을 보여줌.

■ 사회적 의료 지원의 리스크

- 고령자는 노동연령 인구보다 더 높은 수준의 의료 자원을 이용함.
- 그러나 많은 세금(특히, 사회보장기여금)은 주로 노동연령인구가 부담함.
 - 노동연령인구는 노인의료 재정을 지원하기 위한 세금 증가에 반대할 것임.
- 과세의 효율성 비용을 최소화시키고 노인 부담 세금 비중을 증가시켜 리스크 감소
 - 사회보장기여금 보다 폭넓은 기반의 세금이 요구됨.

■ 죄악세(Sin taxes)

- 일부 국가들은 excise duty revenue를 의료 재정으로 배정하고 있음.
 - 운동이 종종 건강에 해로운 상품에 부과되기 때문임.
- 그러나 이런 종류의 세금들이 대부분의 OECD국가들에서 시간의 흐름에 따라 증가하기보다 감소하는 경향을 보임.
 - 또한 이러한 부과금의 증가는 상당히 경제적 효율성을 감소시킬 수 있음.

■ 결론

- 폭넓은 기반(base)과 왜곡성(distortionary)이 적은 세금이 공공의료의 증가하는 재정을 충당하는 최선의 수단
- 사회보장기여금의 사용은 특히, 지나치게 의존적인 국가들의 경우에 적절하게 조정되어야 함.
- 최악세는 일정정도 역할은 할 수 있지만 인구고령화로 발생하는 재정문제를 해결하지는 못함.

2. 건강증진에서 상품세의 역할

(The role of commodity taxes in health promotion)

발표: Mrs. Analisa Belloni, OECD Secretariat.

■ 건강증진을 위한 세금

- 담배, 알콜, 소금 및 기타 재화에 대한 세금
- 역사적으로 주요 목적은 수입 발생
- 최근 몇 년 세금 증가가 부분적으로 공중보건 문제로 제기되고 있음.

■ Earmarking

- 38개 국가들이 담배세의 일부 또는 전부를 특수 프로그램에 배정하고 있음.
- 담배세 수입을 금연사업에만 배정하는 정부는 거의 없음.

■ 결론

- 건강관련 상품세에 대한 관심이 증가하고 있음.
- 공중보건측면의 타당성 필요
- 산업이나 노동에 대한 역진적 영향 및 효과 고려

SESSION 8: Health-SBO Network의 활동과 미래방향에 대한 토의

- 의료지출에 대한 재정과 보건 분야의 통합적 접근에 대한 국가별 경험 공유가 유용했다는 평가가 있었으며, 차기 회의는 2014년 4월로 예정하고 폐회하였음.

IV. 제 2차 보건의료 재정 지속가능성 연례회의 참석자

Chair	Mr. Geert VAN MAANEN, Secretary General, Ministry of Health, Welfare and Sports, Netherlands	
Australia/Australie	Mrs. Sue VROOMBOUT	Tel: +33 1 40 59 33 73
	Minister - Counsellor (Economic)	Fax: +33 1 40 59 33 94
	Permanent Delegation	sue.vroombout@treasury.gov.
	Mr. Tobias ORISCHNIG	Tel: +43 1 51433 50 22 26
	Budget Expert	tobias.orischnig@bmf.gv.at
	Budget	
	Federal Ministry of Finance (BMF)	
	Ms. Marion GRATT	Tel: +33 1 53 92 23 39
Belgium/Belgique	Counsellor for Budget, Education, Public Governance, Health and Science	Fax: +33 1 40 50 87 05
	Permanent Delegation	marion.gratt@bka.gv.at
	Mr. Luc COOSEMANS	Tel: +32 2 576 39 27
	Adviser General of Finance	Fax: +32 2 579 50 78
	Service Public Fédéral des Finances	luc.coosemans@minfin.fed.be
	Mr. Dirk MOENS	Tel: +32 2 528 63 26
	Conseiller	Fax: +32 2 528 69 67
	Direction générale Soutien Stratégique	Dirk.Moens@minsoc.fed.be
Canada	Service Public Fédéral Sécurité sociale	
	Mr. Dominique TREMBLAY	Tel: +1 (613) 992 6932
	Chief, Fiscal Policy Analysis	Fax: +1 (613) 992 5773
	Fiscal Policy Division	dominique.tremblay@fin.gc.ca
	Finance Canada	
	Economic and Fiscal Policy Branch	
	Mr. Thomas LEISEWITZ	Tel: +56 2 826 26 13
	Advisor to the Director	Fax: +56 2 671 38 14
Chile/Chili	Budget Office	tlv@dipres.cl
	Ministry of Finance	
	Mr. Antonio LEMUS	Tel: +33 (0)1 45 27 81 77
	Counsellor	alemus@minrel.gov.cl
	Permanent Delegation	
	Dr. Emilio SANTELICES	Tel: +56 2 57 49 994
	Head Department of Strategic Development	esantelices@minsal.cl
	Ministerio de Salud/Health Ministère	
Czech Republic/République tchèque	Ms. Helena CIZKOVA	Tel: +33 1 46 47 29 54
	First Secretary	Fax: +33 1 46 47 29 44
	Permanent Delegation to the OECD	helena_cizkova1@mzv.cz

	Mr. Jan MICHALEK	Tel: +420224972767
	Head of Unit	Palackeho Namesti 4
	analytical and advisory unit	128 01 Prague
	Cabinet of the Minister	jan.michalek@mzcr.cz
	Ministry of Health	
	Mrs. Marcela MINARIKOVA	Tel: +420732768823
	External expert	marcela.minarikova@gmail.com
	Ministry of Health	
	Mr. Tomas ROUBAL	Tel: +420224972733
	Analyst	Tomas.Roubal@mzcr.cz
	Ministry of Health	
	Mr. Jan RUZICKA	Tel: +420 224 972 597
	Director of Department	Fax: +420 224 923 798
	Cabinet of the Minister	jan.ruzicka@mzcr.cz
	Ministry of Health	
Denmark/Danemark	Ms. Susanne DUUS	Tel: +45 33 95 10 50
	Senior Advisor	sud@digst.dk
	Agency for Digitisation	
	Mr. Mads HANSEN	Tel: +45 72 26 94 22
	Senior Advisor	Fax: +45 3292 7849
	Danish Ministry of Health	mha@sum.dk
	Mr. Rasmus LONBORG	Tel: +45 22 78 41 27
Estonia/Estonie	Head of Division	ral@sum.dk
	Danish Ministry of Health	
	Ms. Triin HABICHT	Tel: +372 517 55 97
	Head of department of Health Care	triin.habicht@haigekassa.ee
	Estonia Health Insurance Fund	
	Ms. Pille PRUUNSILD	Tel: +33 1 56 64 04 66
	Counsellor for Financial Affairs	Pille.Pruunsild@mfa.ee
Finland/Finlande	Permanent Delegation	
	Mr. Ivar SIKK	Tel: +372 611 35 46
	Head of Delegation/ Deputy	
	Secretary-General for State Fiscal Policy	Fax: +372 611 36 64
	Ministry of Finance of Estonia	ivar.sikk@fin.ee
	Mr. Antero KIVINIEMI	Tel: +33 1 45 24 73 12
	Counsellor (Social Affairs, Health and Insurance)	Fax: +33 1 45 20 63 04
France	Permanent Delegation	antero.kiviniemi@formin.fi
France	Mr. Olivier BOMMELAER	Tel: +33 (1) 1 43 17 58 23

Conseiller économique et agricole	Fax: +33 1 43 17 57 60
Délégation Permanente	olivier.bommelaer@diplomatie.
Mr. Emmanuel CHION	Tel: +33 1 40 56 79 11
Chef du bureau économie de la santé	emmanuel.chion@sante.gouv.fr
Ministère des Affaires sociales et de la Santé / Ministry of Social Affairs and Health	
Mrs. Sylvie COHU	Tel: +33 1 40 56 83 25
Chargée de mission	sylvie.cohu@sante.gouv.fr
Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques	
Ministère des Affaires sociales et de la Santé / Ministry of Social Affairs and Health	
Mrs. Marine DARNAULT	Tel: +33 1 43 17 58 25
Première Secrétaire	marine.darnault@diplomatie.gouv.fr
Représentation Permanente de la France auprès de l'OCDE	
Mr. Jean-Christophe DONNELIER	Tel: +33 1 43 17 57 72
Ministre-Conseiller pour les affaires économiques	Fax: +33 01 43 17 57 60
Délégation Permanente	jean-christophe.donnellier@dgtresor.gouv.fr
Mrs. Violette FISCHER	Tel: + 33 1 40 56 81 33
Chargée de mission internationale	Violette.fischer@sante.gouv.fr
Ministère des Affaires sociales et de la Santé / Ministry of Social Affairs and Health	
Mr. Claude GIRARD	Tel: +33 143175701
Conseiller	Fax: +33 143175832
Délégation Permanente	claudio.girard@diplomatie.gouv.fr
Mr. Dimitri GRYGOWSKI	Tel: +33 1 44 87 11 75
Adjoint au chef de secteur OCDE et au chef de secteur FIN	dimitri.grygowski@sgae.gouv.fr
Premier Ministre	
Mrs. Audrey LAFON	Tel: +33 1 40 56 79 28
Chargée d'études sur les comparaisons internationales	Fax: +33 1 40 56 59 98
Direction de la sécurité sociale	audrey.lafon@sante.gouv.fr
Ministère des Affaires sociales et de la Santé / Ministry of Social Affairs and Health	
Mr.Grégoire de LASGAGNERIE	

	Direction générale du Trésor	
	Mrs Dominique POLTON	Tel: +33 1 72 60 11 82
	Directrice de la stratégie, des études et des statistiques	dominique.polton@cnamts.fr
	Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS)/ National Health Insurance Fund for Salaried Workers	
Germany/Allemagne	Dr. Dirk GOEPFFARTH	Tel: +49 228 619 1680
	Head of Risk Adjustment Unit	Fax: + 49 228 619 1841
	Risk Adjustment	dirk.goepffarth@bva.de
	German Federal Insurance Agency	
	Ms. Irene KEINHORST	Tel: +49 30 20640 3211
	Senior Advisor	Fax: +49 30 20640 1808
	Division for Global Health	irene.keinhorst@bmg.bund.de
	Federal Ministry of Health (BMG)	
	Mr. Thomas RENNER	Tel: +49-3018-441-1332
	Head of Division	Thomas.Renner@bmg.bund.de
	Federal Ministry of Health (BMG)	
	Mrs. Viktoria RABOVSKAJA	Tel: +49 61 96 79 14 45
	Project Advisor	viktoria.rabovskaja@giz.de
	GIZ	
	Dr. Dirk GOEPFFARTH	Tel: +49 228 619 1680
	Head of Risk Adjustment Unit	Fax: + 49 228 619 1841
	Risk Adjustment	dirk.goepffarth@bva.de
	German Federal Insurance Agency	
Greece/Grèce	Mrs. Evdoxia ANDRIANOPOULOU	Tel: +30 210 33 38 275
	Official, General Government Budget Directorate	Fax: +30 210 33 38 206
	General Accounting Office	e.andrianopoulou@glk.gr
	Ministry of Finance	
Hungary/Hongrie	Mr. István MIKOLA	Tel: +33 1 53 65 65 00
	Ambassador, Permanent Representative	Fax: +33 1 47 55 80 60
	Permanent Delegation	imikola@mfa.gov.hu
	Mr. Péter TÓTH	Tel: +33 1 53 65 65 00
	Economic and Financial Counsellor	Fax: +33 1 47 55 80 60
	Permanent Delegation	ptoth@mfa.gov.hu
Iceland/Islande	Mr. Bjorn Thor HERMANSSON	Tel: +354 545 92 00
	Head of Division, Budget Department	Fax: +354 545 92 99
	Ministry of Finance	bjorn.thor.hermannsson@fjr.is
	Mr. Michael FORBES	Tel: +33 1 44 17 67 84

	Ambassador,	michael.forbes@dfa.ie
	Permanent Representative	
	Permanent Delegation of Ireland to the OECD	
	Permanent Delegation	
	Mr. Fergal LYNCH	Tel: +353 1 635 41 66
	Deputy Secretary General	fergal_lynch@health.gov.ie
	Department of Health	
Israel/Israël		
	Professor Ronni GAMZU	Tel: +972 2 6705705
	Director General	ronmig@moh.health.gov.il
	Ministry of Health	
	Mr. Eran POLITZER	Tel: +972 (73) 2042653
	Economist, Public Sector Unit	Eran.Politzer@boi.org.il
	Research Division	
	Bank of Israel (BOI)	
Italy/Italie		
	Mr. Giovanni FINO	Tel: +33 1 44 39 21 50
	Attaché for Budgetary Affairs	giovanni.fino@esteri.it
	Permanent Delegation	
	Mr. Hermes MORGAVI	Tel: +39 06 47 61 61 05
	Statistician	hermes.morgavi@tesoro.it
	State General Accounting Department - IGESPES	
	Ministry of Economy and Finance	
	Ministero Economia e Finanze - RGS - IGESPES V	
	Mr. Fabrizio OLEARI	Tel: +39 6 59 94 28 66
	Director General, Head of Public Health and Innovation Department	Fax: +39 6 59 94 39 75
	Ministry of Health	f.oleari@sanita.it
	Mrs. Daniela RODORIGO	Tel: +39 6 59 94 29 51
	Director General, Directorate General for European and International Relations	Fax: +39 6 59 94 25 41
	Ministry of Health	d.rodorigo@sanita.it
	Dr. Giuseppe RUOCCO	Tel: +39 65 99 42 878
	Director General	Fax: +39 65 99 43 278
	Directorate General for Prevention	g.ruocco@sanita.it
	Ministry of Health	
Japan/Japon		
	Mr. Junji UEDA	Tel: +81 3 3581 3027
	Director	Fax: +81 3 5251 2118
	Policy Research Institute	junji.ueda@mof.go.jp
	Ministry of Finance	
	Mr. Masao YAHARA	Tel: +33 1 53 76 61 70

	Counsellor	masao.yahara@mofa.go.jp
	Permanent Delegation	
	Mr. Yohei ITO	Tel: +33 1 53 76 61 32
	First Secretary	yohei.ito@mofa.go.jp
	Permanent Delegation	
	Mr. Hirotugu SHINKAWA	Tel: +81 3 35 81 20 27
	Budget Examiner for Health, Labour & Welfare	Fax: +81 3 52 51 21 17
	Budget Bureau	takamichi.yamashita@mof.gov.jp
	Ministry of Finance	
Korea/Corée	Mr. Youngkwi YUN	Tel: +33 1 44 05 21 90
	First Secretary	y2k324@hanmail.net
	ELSAC, Health committee, LEED	
	Permanent Delegation	
	Ms. Seng Eun CHOI	Tel: +82 2 21 86 22 88
	Head, Center for Long-Term Fiscal Projections	Fax: +82 2 21 86 23 09
	Korean Institute of Public Finance	sechoi@kipf.re.kr
	Ms. Hee Chung KANG	Tel: +82 2 380 86 54
	Research Fellow	Fax: +82 2 354 48 35
	Korea Institute for Health and Social Affairs	kanghj71@khasa.re.kr
	Dr. Eun Kyeong LEE	Tel: +82 (2) 21 86 22 31
	Economist	Fax: +82 2 21 86 23 09
	International Cooperation Division	eklee@kipf.re.kr
	Korean Institute of Public Finance (KIPF)	
	Mr. Jin Ju PAEK	Tel: +82 2 20 23 73 92
	Deputy Director	Fax: +82 2 20 23 73 90
	Ministry of Health & Welfare	peakjj@naver.com
	Mr. Sugn-Joo YOON	Tel: +82 2 21 86 22 20
	Associate Fellow	Fax: +82 2 21 86 23 09
	Korea Institute of Public Finance (KIPF)	sjyoon@kipf.re.kr
Morocco/Maroc	Mrs. Hajar CHERKAoui	Tel: +212 669 080 919
	Responsible for Health & Social Developments Folders	Fax: +212 537 677 530
	Budget Directorate	cherkaoui.hajar@db.finances.gov.ma
	Ministry of Finance and Privatization (FIN)	
Mexico/Mexique		
	Mr. Ernesto HERRERA LOPEZ	Tel: +33 (1) 56 59 29 29

	Councillor	Fax: +33 (1) 45 63 03 63
	Permanent Delegation	eherrera@delegamexocde.org
	Mr. Gerardo FRANCO BARRALES	Tel: +33 1 56 59 29 16
	Policy Analyst	Fax: +33 1 45 63 03 63
	Permanent Delegation of Mexico to the OECD	gfranco@delegamexocde.org
Netherlands/Pays-Bas	Mr. Geert VAN MAANEN	Tel: +31 70 340 65 30
	Secretary General	Fax: +31 70 340 76 61
	Ministry of Health, Welfare and Sports	gh.v.maanen@minvws.nl
	Mr. Edmond WELLENSTEIN	Tel: +33 1 45 24 99 31
	Ambassador, Permanent Representative	Fax: +33 1 45 24 99 38
	Permanent Delegation	eh.wellenstein@minbuza.nl
	Mr. Patrick JEURISSEN	el: +31 70 340 71 73
	Coordinator, Strategy, and Knowledge Management Group	pp.jeurissen@minvws.nl
	Economic Affairs and Labour Market Policy Department	
	Ministry of Health, Welfare and Sport	
	Mr. Bastiaan VAN DEN BERG	Tel: +31 70 340 74 31
	Policy Advisor	b.vd.berg@minvws.nl
	International Affairs department	
	Ministry of Health, Welfare and Sport	
	Mr. Gijs VAN DER VLUGT	Tel: +31 64 21 11 164
	Senior Policy Advisor	g.vlugt@minfin.nl
	Financial and Economic Policy Directorate (AFEP)	
	Ministry of Finance	
New Zealand/Nouvelle-Zélande	Mr. James BEARD	Tel: +33 1 45 01 43 43
	Economic Counsellor	james.beard@treasury.govt.nz
	Permanent Delegation	
Norway	Ms. Cathrine MELAND	Tel: +47 481 00 768
	Director General	Fax: +47 22 24 95 78
	Ministry of Health and Care Services	Cathrine.Meland@hod.dep.no
	Mr. Petter SKARHEIM	Tel: +33 1 45 24 97 86
	Counsellor	Fax: +33 1 45 20 08 82
	Permanent Delegation of Norway to the OECD	Petter.skarheim@mfa.no
Portugal	Mr. Pedro LIBERATO	Tel: +33 1 45 03 31 00
	Conseiller	Fax: +33 1 45 03 22 03
	Permanent Delegation	pedro.liberato@ocde-portugal.com

Slovak Republic /République slovaque	Ms. Kristina GENDOVA RUZSIKOVA	Tel: +33 1 56 26 50 96
	Third Secretary	kristina.gendova@mzv.sk
	Permanent Delegation	
	Mr. Michal ZAJICEK	Tel: +421 91 19 64 996
	Economist	michal.zajicek@mfsr.sk
	Ministry of Finance	
Slovenia/Slovénie	Mrs. Elda GREGORIC ROGELJ	Tel: +
	Director-General	Elda.Gregoric-Rogelj@gov.si
	Health Care Economics Directorate	
	Ministry of Health	
	Ms. Eva Helena ZVER	Tel: +386 1 478 10 16
	Secretary at Social Welfare & Social Development Division	Fax: +386 1 478 10 67
	Institute of Macroeconomic Analysis and Development	eva.zver@gov.si
South Africa/Afrique du Sud	Mr. Mark BLECHER	Tel: +27 21 464 61 19
	Chief Director - Health & Social Development	Fax: +27 12 395 65
	National Treasury	mark.blecher@treasury.gov.za
Sweden/Suède	Ms. Jennie HULTH	Tel: +46 8 405 33 94
	Deputy Director	jennie.hulth@gov.se
	Ministry of Health and Social Affairs	
	Mr. Pontus JOHANSSON	Tel: +46 70 358 28 64
	Deputy Director	Fax: +46 8 405 48 97
	Coordination Secretariat, Analysis and statistics	pontus.johansson@regeringskansliet.se
	Ministry of Health and Social Affairs	
Thailand/Thaïlande	Mr. Chalermphol PENSOOT	Tel: +66 2 273 9999 ext. 1867
	Budget Analyst,	Fax: +66 2 298 66 56
	Prime Minister's Office,	phol.pen@hotmail.com
	Bureau of the Budget	
	Mrs. Buddhima TRAKARNVANICH	Tel: +66 2 273 9999
	Budget Analyst	Fax: +66 2 618 50 49
	Prime Minister's Office,	buddhima@bb.go.th
	Bureau of the Budget	
	Mr. Thanissorn TUCHINDA	Tel: +66 2 265 19 36
	Budget Analyst,	Fax: +66 2 273 94 18
	Prime Minister's Office,	ttuchinda@hotmail.com
	Bureau of the Budget	
Turkey/Turquie	Mr. Hakan AKSU	Tel: +90 50 55 90 76 43

	Ministerial Advisor	Fax: +90 31 25 73 72 10
	Ministry of Health	hakan.aksu@saglik.gov.tr
	Dr. Volkan CETINKAYA	Tel: +90 312 585 68 59
	Adviser to the Minister	Fax: +90 312 585 68 69
	Ministry of Health	volkan.cetinkaya@saglik.gov.tr
	Mr. Nurettin KOSE	Tel: +90 312 415 14 55
	Head of Department	Fax: +90 312 425 09 73
	DG Budget and Fiscal Control	nurettin@bumko.gov.tr
	Ministry of Finance	
	Mr. Celalettin SAHIN	Tel: +90 312 415 14 55
	Head of Department	Fax: +90 312 425 09 73
	DG Budget and Fiscal Control	
	Ministry of Finance	
	Mr. Ahmet Oguz SARICA	Tel: +90 312 294 61 14
	Head of Department	Fax: +90 312 294 61 77
	Social Security Financing Department	asarica@dpt.gov.tr
	Ministry of Development	
	Mr. Celalettin SIVACI	Tel: +90 312 415 14 78
	Finance Expert	Fax: +90 312 425 09 73
	DG Budget and Fiscal Control	celalettin@bumko.gov.tr
	Ministry of Finance	
	Mr. Nurullah TURK	Tel: +90 53 24 64 36 46
	Financial Services Assistant Expert	Fax: +90 31 25 73 70 85
	Chairmanship of Strategy Development	nurullah.turk@saglik.gov.tr
	Ministry of Health	
	Mr. Seyit YALÇIN	Tel: +
	Expert - health	seyit.yalcin@kalkinma.gov.tr
	Ministry of Development	
United Kingdom/Royaume-Uni	Mr. John HENDERSON	Tel: +44 20 79 72 12 04
	Economist	Fax: +44 20 79 72 42 66
	Public Health Directorate, Health Protection & International Healthcare	john.henderson@dh.gsi.gov.uk
	Department of Health	
	Mr. Mirko LICCHETTA	Tel: +44 (0) 20 72 70 44 91
	Head of Fiscal Economics and Sustainability	mirko.licchetta@hmtreasury.gsi.gov.uk
	HM Treasury	
	Mr. Alex SKINNER	Tel: +44 20 72 70 57 47
	Deputy Director, Fiscal Statistics and Policy	Alex.Skinner@hmtreasury.gsi.gov.uk

	HM Treasury	
	Mr. David STURROCK	Tel: +44 20 72 70 60 97
	Assistant Economist	david.sturrock@hmtreasury.gsi.gov.uk
	HM Treasury	
United States/États-Unis		
	Mr. Gregory GARRAMONE	Tel: +33 1 43 12 74 94
	Advisor	GarramoneGG@State.Gov
	Permanent Delegation of the United States to the OECD	
European Union/Union européenne		
	Ms. Boriana GORANOVA	Tel: +352 4301 38374
	DG SANCO, C2	Fax: +352 4301 31050
	DG Health and Consumers (SANCO)	boriana.goranova@ec.europa.eu
	Mr. Federico PAOLI	Tel: + 32 2 29 95 94 87
	Socio-economic analyst	Fax: + 32 2 29 51 363
	DG Health and Consumers	federico.paoli@ec.europa.eu
	Unit C5 Health strategy and health systems	
	European Commission	
	Dr. Ana XAVIER	Tel: + 32 2 298 82 54
	Policy Coordinator	ana.xavier@ec.europa.eu
	DG Economic & Financial Affairs (ECFIN), Unit C2 Sustainability of Public Finances	
	European Commission	
Business and Industry Advisory Committee (BIAC)/Comité consultatif économique et industriel (BIAC)		
	Ms. Jennifer CAIN BIRKMOSE	Tel: +41 61 324 64 26
	Director Payment Policy	Fax: +41 61 324 24 44
	Global Public and Government Affairs	jennifer.cain@novartis.com
	Novartis International AG	
	Ms. Tabea KÖLBEL	Tel: +(33-1) 42 30 09 69
	Policy Manager	koelbel@biac.org
	Business and Industry Advisory Committee to the OECD (BIAC)	
	Ms. Jennifer SON	Tel: +33 1 42 30 09 60
	Intern	Fax: +33 1 42 88 78 38
	Business and Industry Advisory Committee to the OECD (BIAC)	son@biac.org
World Bank/Banque mondiale		
	Mrs. Naoko MIAKE	Tel: +81 3 35 97 66 86
	Research Coordinator / Health Economist	Fax: +81 3 35 97 66 95
	The World Bank	nmiake@worldbank.org
	Mrs. Cheryl CASHIN	Tel: +1 510 926 95 91

	Health Financing Consultant	cheryl.cashin@yahoo.com
	The World Bank	
World Health Organization (WHO)/Organisation mondiale de la santé (OMS)	Dr. Tamas EVETOVITS	Tel: +34 93 241 82 70
	Senior Health Financing Specialist	Fax: +34 93 241 82 71
	WHO Barcelona Office for Health Systems Strengthening	tev@euro.who.int
	World Health Organisation	
EXPERTS	Dr. Anita CHARLESWORTH	Tel: +44 20 7462 0544
	Chief Economist	Fax: +44 20 7631 8451
	The Nuffield Trust	Anita.Charlesworth@nuffieldtrust. org.uk
	Professor Christopher HEADY	Tel: +44 (0) 1227 824155
	Professor of Economics	Fax: +44 (0) 1227 827784
	School of Economics	C.J.Heady@kent.ac.uk
	University of Kent	
	Professor Naoki IKEGAMI	Tel: +81 3 5363 3773
	Professor	Fax: +81 3 3225 4828
	Department of Health Policy & Management	nikegami@a5.keio.jp
	Keio University, School of Medicine	
	Dr. Rodrigo MORENO-SERRA	Tel: +44 (0) 2075949180
	Research Fellow	r.moreno-serra@imperial.ac.uk
	Centre for Health Policy	
	Imperial College London	
	Centre for Health Policy - Imperial College Business School	
	Professor Peter C. SMITH	Tel: +44 78 34 54 23 85
	Professor of Health Policy	peter.smith@imperial.ac.uk
	Imperial College Business School	
Academics	Dr. Zeynep OR	Tel: 01 53 93 43 41
	Institute of Research in Health Economics	Fax: 01 53 93 43 50
	Maître de recherches / Research Director	or@irdes.fr
	Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES) /	
	Mrs. Y Ling CHI	Tel: +
	The Oxley-Wright House - The Queen's College	yling.chi@gmail.com
	University of Oxford	
	Mr. Mark STABILE	Tel: +33 6 20 28 27 66
	Professor and Director	mark.stabile@utoronto.ca
	Ecole de politique publique et de gouvernance	

	University of Toronto, School of Public Policy	
Consultant	Mr. Stefan THEWISSEN	Tel: +31 6 81 84 16 34
	Consultant	stefan.thewissen@gmail.com
Other	Mr. Boris AZAÏS	Tel: +32-2-776-65 06
	Director of European Governmental Affairs	Fax: +32-2-776-64 82
	MSD (Merck & Co., Inc)	boris_azais@merck.com
OECD		
Public Governance and Territorial Development Directorate	Mr. Rolf ALTER	Tel: +33-1 45 24 14 10
	Director	Fax: +33 1 44 30 63 34
		rolf.alter@oecd.org
	Mr. Mario MARCEL	Tel: +33-1 45 24 16 45
	Deputy Director	Fax: +33 1 44 30 63 34
		mario.marcel@oecd.org
Budgeting and Public Expenditures Division (GOV/BUD)	Mr. Jon BLONDAL	Tel: +33-1 45 24 76 59
	Head of Division	jon.blondal@oecd.org
	Ms. Camila VAMMALLE	Tel: +33 1 45 24 91 67
	Economist	Fax: +33 1 44 30 63 34
		camila.vammalle@oecd.org
	Ms. Hélène LECONTE-LUCAS	Tel: +33 1 45 24 90 63
	Assistant to the Head of Division	Fax: +33 1 44 30 63 34
		helene.leconte-lucas@oecd.org
Public Sector Integrity (GOV/PSI)	Mr. Janos BERTOK	Tel: +33-1 45 24 93 57
	Head of Division	Janos.bertok@oecd.org
Reform of the Public Sector (GOV/RPS)	Mr. Edwin LAU	Tel: +33-1 45 24 80 36
	Head of Division	Edwin.lau@oecd.org
Regional Development Policy Division (GOV/RDP)	Mr. Joaquim OLIVEIRA MARTINS	Tel: +33-1 45 24 88 53
	Head of Division	joaquim.oliveira@oecd.org
Directorate for Employment, Labour and Social Affairs Health Division (ELS/HD)	Mr. Mark PEARSON	Tel: +33 1 45 24 92 69
	Head of Division	mark.pearson@oecd.org
	Mr. Michael BOROWITZ	Tel: +33-1 45 24 92 55
	Senior Health Policy Analyst (Health systems)	michael.borowitz@oecd.org

	Mr. Ankit KUMAR	Tel: +33-1 45 24 93 70
	Policy Analyst (Health system reform)	ankit.kumar@oecd.org
	Ms. Delphine ROUILLEAULT	Tel: +33-1 45 24 84 50
	Trainee (Health systems)	delphine.rouilleault@oecd.org
	Ms. Judy ZINNEMANN	Tel: +33 1 45 24 13 80
	Assistant	Judy.zinnemann@oecd.org
	Ms. Barbara KISKOVSKI	Tel: +33 1 45 24 88 39
	Trainee (Health systems)	barbara.kiskovski@oecd.org
Economics Department Public Economics Division (ECO/PED)	Mr. Mauro PISU	Tel: +33-1 45 24 87 04
	Economist	mauro.pisu@oecd.org