
해외출장 보고서

- 제19차 OECD 보건계정 및 보건데이터 전문가 회의 -

【국외출장 결과보고서】

- 출 장 자: 장영식 객원연구위원, 신정우 부연구위원
- 출장기간: 2017.10.10 ~ 2017.10.15.
- 출장목적: 제19차 OECD 보건계정 및 보건데이터 전문가 회의 참석
- 방문기관: OECD본부 (프랑스 파리)
- 참 석 자: OECD 회원국, 핵심파트너국, WHO, EUROSTAT 등
- 개 요:
 - 이번 회의에서는 보건통계와 관련된 두 개의 회의체(보건계정, 보건데이터)가 연이어 개최되었으며, 이에 앞서 OECD와 WHO가 공동으로 주관한 보건계정 워크숍이 실시되었고 한국의 사례 발표가 있었음
 - 내년부터는 두 개의 전문가 그룹이 결합되어 새로운 형태의 작업반(Working party covering Health Accounts and Other Statistics)으로 운영될 예정임
 - 2017년 수집된 보건통계 자료를 기반으로 작성된 'Health at a glance 2017'이 11월 10일(파리 시간 오전 11시)에 배포될 예정이며, 이어서 국가검토보고서(country review report)도 발행될 예정임

1. 보건계정워크숍

☐ 재원스킴(Financing Schemes)에 대한 이해

○ 사무국 보고

- SHA1.0에서 SHA2011로의 전환에서 가장 주요한 변화는 재원스킴(HF), 재원수입(FS), 재원에이전트(FA)를 구분하는 것으로, 이 정보가 생성됨으로써 유용한 분석이 가능해질 것으로 기대됨
- OECD은 이 자료를 산출하기 위해서는 세 가지 개념의 차이에 대한 이해가 우선되어야 하며, 이와 더불어 강제성(Compulsory)과 자발성(voluntary), 정부와 사회보험의 차이에 대한 이해도 뒷받침되어야 한다고 설명함

○ 주요 논의

- 오스트리아의 SHF(State Health Funds), 인도의 RBBY(빈곤선 이하의 가계를 위한 Health insurance scheme)의 재원스킴 분류 방법에 대한 사례 발표가 있었음

☐ 재원수입(Revenues of Schemes)에 대한 이해

○ 사무국 보고

- OECD는 재원수입의 분류 체계, 방법론적 이슈, 재원수입의 구분 방법 등에 대해서 설명하고, WHO는 GHED(Global Health Expenditure Database)에 탑재될 지표에 대해서 소개함
- OECD는 재원수입 정보를 구축하는 과정에서 발생주의에 따르고, 보건과 관련된 정보만을 포함시켜야 함을 강조하며, 재정수지를 처리함에 있어서 두 가지의 선택이 가능함($HF=FS$, $HF \neq FS$)을 설명함
- OECD는 FS.1을 일반세(general tax)와 목적세(earmarked tax)로 나누는 것을 제안하였으며, 현재의 재원수입 분류체계에 대한 회원국의 의견을 요청함

○ 주요 논의

- 분류체계에 있어서 한국은 용어의 차이에서 발생될 수 있는 오해(transfer와

subsidies)를 지적하였으며, OECD가 제안한 FS.1의 새로운 구분(일반세와 목적세)을 지지함

- 재정수지 처리 방법에 있어서 벨기에, 인도는 $HF=FS(\text{without operating balance})$ 를 지지함. 한국은 두 가지 방법 다 산출 가능하지만, 다른 국가들이 $HF \neq FS(\text{with operating balance})$ 를 제출하지 못한다면 국제비교의 관점에서 operating balance를 제거한 상태로 자료를 수집하는 것도 의미가 있을 것임을 언급함
- 벨기에는 재원수입의 분류체계와 관련하여 목적이 무엇이냐에 따라서 분류를 다시 할 수 있다고 언급한 반면, 브라질은 현재와 같이 국민계정체계(SNA)를 따르는 것이 합당하다고 주장함. 그밖에 헝가리, 룩셈부르크, 인도, 카자흐스탄은 분류에 있어서 자국의 상황을 설명함
- 영국은 세금과 보험료를, 칠레는 FONASA와 Voluntary private insurance(Social Health Insurance와 유사한 성격의 재원)를 예시로 들며 재원수입 항목의 분류 방법을 설명하였으며, 에스토니아는 external Funding을 FS.2와 FS.7으로 구분하지 말고 하나의 항목으로 묶기를 제안함

□ 세액 공제(Tax credit)에 대한 이해, 재원스킴-재원수입 테이블의 구축 등

○ 사무국 보고

- OECD는 2년 전 보건계정 전문가회의에서 세액 공제(Tax credit)와 조세특별조치(Tax allowance)에 대해 간략히 다루면서, 향후 이 문제를 다시 점검할 것을 공지한 바 있음. 이에 따라 세액 공제가 재원스킴(HF)과 재원수입(FS)에서 의미하는 바가 무엇인지에 대해서 자세히 설명함
- OECD는 재원스킴×재원수입($HF \times FS$) 테이블이 공식적으로 발표된 예산서 등의 기본 정보를 활용하여 작성 가능하며, 재원스킴(HF)에 대한 정보가 이미 갖추어져 있기 때문에 이를 잘 매핑하면 대부분의 재원수입(FS) 정보를 채울 수 있다고 설명함

○ 주요 논의

- 재원스킴×재원수입($HF \times FS$) 테이블을 작성하는 방법에 대한 한국의 사례발표가 이루어짐
- 참여국은 4개의 조로 나뉘어져 분임 토임을 실시하였음. 사무국이 제시한

가상의 상황을 놓고 재원스킴(HF), 재원수입(FS), 재원에이전트(FA)를 분류하는 작업을 실시함. 한국은 에스토니아, 러시아, 영국 등과 함께 1조에 배정되어 논의를 진행함

□ 보건계정 워크숍 요약

○ 사무국 보고

- 재원수입에 대한 정보를 추적하는 것은 정책적으로 매우 민감하고 중요한 작업으로, 이를 통해 정부의 보조금(subsidies)과 다른 재원스킴으로의 자금 이전(transfer)의 규모를 확인할 수 있음. 이와 같은 작업이 이루어지지 않는다면 근본적인 재원 구조를 이해하기 어렵게 됨
- OECD와 WHO의 작업(OECD-WHO project SHA2011 Financing)은 서베이, 워크숍, 사후 검토(자료원, 방법 등), 가이드라인의 작성의 과정을 거쳐 진행되고 있으며, 최종 결과는 향후 회원국에게 공유될 것임
- 사무국은 재원스킴(HF), 재원수입(FS), 재원에이전트(FA)의 구분 과정에서 발생주의 접근, 보건과 관련된 정보만의 포함, 재정수지 처리 방법(HF=FS, HF≠FS)의 선택이 핵심 사안임을 거듭 강조함

○ 주요 논의

- 헝가리의 재원수입 데이터 수집에 관한 사례 발표에 이어서 워크숍에 대한 평가가 이루어짐
- 이와 함께 HF×FS 테이블의 생산에 영향을 미치는 요인에 대한 각 국의 논의가 이어짐

2. 보건계정 전문가 회의

□ 2017년 보건계정 자료 수집 현황 및 2018년 보건계정 자료 수집 계획

○ 사무국 보고

- SHA2011(신규방식)을 적용한 보건계정 데이터의 제출률이 점차 높아지고 있는 가운데, 사무국은 t-1년 데이터(Preliminary estimate)의 생산을 강조함. 향후에도 지난해와 같이 회원국이 t-1년 데이터를 제출하지 못할 경우에는 OECD 사무국이 자체 추정하여 발표할 계획임을 언급함
- 2015년 데이터를 놓고 OECD가 추정한 값과 실제 값을 비교한 바, 두 수치가 큰 차이를 보이지 않는 것으로 확인됨
- t-1년 데이터를 완벽한 형태(세 가지 핵심 테이블의 모든 셀을 채운 경우)로 제출한 국가는 한국, 캐나다, 네덜란드, 노르웨이, 이탈리아 정도임. OECD는 다른 국가들도 최대한 자세한 정보를 생산해주기를 요청함
- 통계의 정책적 활용성을 강화하기 위해서는 추가적인 정보(HF×FS 테이블, HP×FP테이블, HK×HP테이블, 장기요양지출, 총 의약품비)들이 잘 수집되어야 함.
- OECD는 2018년 자료 수집을 지난해와 같은 일정으로 진행할 예정임을 안내하며, 회원국으로 하여금 제안된 일정 내에 자료를 제출해줄 것을 요청함. 자료의 일관성 여부, 이상치의 유무, 증가율, 자료의 수정과 구조 변화 내용, 방법론 등에 대한 검증(evaluation)도 함께 해줄 것을 요청함

○ 주요 논의

- 폴란드, 아일랜드, 벨기에, 영국, 일본이 t-1년 데이터의 생산에 대한 자국의 현황을 소개하고, OECD의 역할을 지지함
- EU는 위원회규정(commission regulation)에 따라 EU회원국에게 2018년 4월까지 자료를 제출해 줄 것을 요청하였으며, EU의 자료 배포 계획을 설명하였음
- WHO는 SHA2011자료를 2017년 말에 GHED(Global Health Expenditure Database)에 최초 탑재할 계획임을 안내함. WHO는 다른 정보(기능, 공급자)보다도 재원구조와 관련된 정보(HF×FS)에 초점을 두고 GHED를 운영함으로써, 총 정부지출 중에서 보건 영역의 지출이 차지하는 비중을 파악하는

데 중점을 두고자 함. 또, Total Health Expenditure의 수치도 계속 수집할 계획임을 밝힘

- Total Health Expenditure 자료를 계속 수집하겠다는 WHO의 계획에 대하여 한국과 벨기에가 강력하게 반대함. 이는 Current Health Expenditure를 총계치 개념으로 사용하기로 한 매뉴얼(SHA2011)에 반한다는 것이 주된 논거임. 경상의료비(Current Health Expenditure)와 자본형성(capital formation)을 병행해서 제출하는 형식을 취할 것을 제안함

□ Primary care 비용의 측정

○ 사무국 보고

- 보건계정 자료(기능×공급자)를 기반으로 Primary care를 정의한 OECD의 작업이 소개됨. OECD는 협의의 개념에서의 접근과 광의의 개념에서의 접근을 나누어 설명하고, 1차적으로 산출된 결과를 회원국과 공유함

○ 주요 논의

- 러시아, 말레이시아, 인도, 호주가 OECD의 작업을 지지하였으며, 특히 호주는 이 결과를 결과지표(outcome 또는 output)와 비교할 필요가 있음을 제안함

□ 장기요양지출 추계의 향상

○ 사무국 보고

- 장기요양비용의 증가에 대한 국제 사회의 우려가 커져가는 가운데, 사회적 보호(social protection)를 측정하고자 하는 프로젝트가 시작됨. OECD은 이를 통해 니드(Needs)의 수준에 따른 공식적인 홈케어, 비공식적인 케어, 시설 보호의 규모를 측정해보고자 함. 현재 2차 라운드(2016-2019)가 진행되고 있는 바, OECD는 많은 국가의 참여를 요청함
- 장기요양비용은 정책과 밀접하게 관련되어 있기 때문에 이를 분석하고 추계작업을 개선하는 것이 중요함. 장기요양비용을 측정함에 있어서 데이터의 비교 가능성과 가용성이 문제가 되고 있음
- 장기요양으로 보고되지 않은 항목, HC.3와 HC.R의 잘못된 배분, 보건계정 범위 이외 항목의 포함 등으로 비교 가능성에 문제가 발생하고 있음

- 사무국은 LTC snap survey를 통해 장기요양에 대한 이해를 높이고, 깊이 있는 분석을 하고자 하는바, 회원국의 적극적인 참여를 요청함. 더불어, 최종 가이드라인의 업데이트와 보고서 발간을 예정하고 있음

○ 주요 논의

- 영국은 장기요양지출이 정책과 밀접한 관련이 있음에 동의하면서도 bed blocker(장기 환자의 병상 점유) 문제, 장기요양 의약품비의 처리 문제 등으로 규모 파악에 어려움이 있음을 언급함. 더불어, 국내적으로 이해되고 있는 용어(social care)와의 혼선 문제도 지적함
- 아일랜드는 장기요양지출의 규모가 큰 가운데 대부분이 보건 지출로 집계되고 있음을, 일본은 최근 자료를 갖추에 따라 장기요양비용의 세분화가 가능해졌음을, 벨기에는 장기요양서비스가 통합적으로 제공되기 때문에 사회서비스비용과 보건비용의 구분에 어려움이 있음을 언급함
- OECD는 장기요양지출을 파악하는 것이 힘든 작업임에 동의하면서, 장기요양보건지출(LTC health expenditure)과 장기요양사회지출(LTC social expenditure)의 구분을 국제사회가 합의한 ADL과 IADL의 기준에 따라 해줄 것을 회원국에게 요청하면서, 벨기에의 경우처럼 통합적으로 제공되는 경우에는 배분 정보를 활용하여 둘을 구분해볼 것을 제안함. 한국은 보건부분만 추계되어 보고되는 국가에 속함이 확인됨

□ 기타 작업

○ 사무국 보고

- 경제적 부담과 질병에 관한 위험요인을 예측하는 연구, 비만과 알코올에 의한 의료비 지출 추정, 손상 비용에 관한 데이터 수집 등 OECD-ELS의 작업에 대한 소개가 이루어짐

3. 보건계정 전문가 및 보건통계 병행 세션

☐ OECD의 현재와 미래 활동 점검 (보건분야)

○ 사무국 보고

- OECD 보건장관회의와 보건위원회에서 지표의 강화, 비교 가능성의 향상, 정책적 영향력의 강화가 강조됨에 따라 기존 데이터의 관리와 신규 데이터의 수집이 요구됨
- 관련하여 사무국은 PaRIS(Patient-reported indicator survey, 환자보고지표) work plan을 소개함. OECD는 이를 통해 환자가 보고하는 경험, 임상 지표의 수집을 강화하고, 정보의 부족을 줄여갈 계획임
- 비만과 알코올 소비를 중심으로 위험 요인을 분석하는 모델(예방)을 만들고, 의료비를 전망할 예정임. 더불어 병원서비스의 가격과 볼륨을 분석하는 방법론을 정교화해갈 것임
- OECD는 데이터의 수집과 공유에 있어서 Eurostat, WHO뿐만 아니라, 다른 기구들(유럽연합, 세계은행 등)과의 협력도 강화해 나갈 것임. 의료 질과 재정에 초점을 두고 지속가능발전목표(SDGs)를 모니터링 하고자 함.
- 보건위원회의 임기가 2017년에 만료됨에 따라 위원회와 하위 그룹을 변경하고자 함. 하위 그룹은 4개 영역(① Working party covering Health Accounts and Other Statistics, ② Working party on Health Care Quality and Outcomes, ③ Expert group on Public Health, ④ New Expert group on Pharmaceuticals and Medical devices)으로 구성됨

☐ Health at a glance 2017과 EU country health profile의 소개

○ 사무국 보고

- Health at a glance는 총 35개 회원국과 9개 파트너국의 정보를 담고 있으며, 건강수준과 건강에 영향을 주는 위험요인에 대한 Dash Board를 포함하여 11개의 장으로 구성됨
- 2017년 11월 10일(파리시간 11시)에 웹사이트, Country notes, chart pack 등으로 배포될 예정임
- 'EU국가별 보고서'는 건강과 의료제도에 대한 분석을 담고 있음

○ 주요 논의

- 미국은 EU국가별 보고서 작성을 지지하며, 미국과 같은 유럽 이외의 국가에도 이 작업이 확산되었으면 좋겠다고 발언함

□ 정신보건 정보의 향상

○ 사무국 보고

- 정신건강관리(Mental Healthcare)와 관련된 정보의 향상이 요구됨. 특히 비용과 관련된 정보가 공급자 단위(HP.1.2와 HP.2.2)와 질병 단위로 생산되어야 함
- 정신건강 관련 정보의 생산에 있어서 국가 간 격차가 크고, 비교 가능성에 문제가 있음. 정보가 더 세밀하게 구축되어 정책적으로 활용되어야 함. 정신보건과 관련된 지표들이 보다 풍성해질 필요가 있음

○ 주요 논의

- 호주는 70여개에 해당되는 정신건강 관련 지표를 웹사이트와 보고서를 통해 배포하고 있음을 안내함. 이와 함께 5th Plan national health and suicide prevention plan에 대해서도 소개함
- 핀란드는 덴마크, 핀란드, 노르웨이를 비롯한 7개의 노르딕 국가가 정신건강 관련 작업을 실시하고 있으며, 정신건강에 관한 통계를 생산하고 있음을 소개함. 향후 정신건강에 관한 비용, 외래서비스(현재는 입원, 의약품만 수집), 정신적 웰빙, 질 지표도 강화해 갈 계획임을 밝힘
- 덴마크는 노동시장에서의 정신건강 문제를 새롭게 검토해볼 수 있음을 제안하였고, 영국은 best practice를 공유할 것을 제안하였으며, 핀란드는 정신건강 치료를 받고 난 이후에 일어난 일에 관한 자료를 수집할 것을 제안함

□ 미래 작업의 구상: 질 좋은 의료서비스에 대한 형평적인 접근

○ 사무국 보고

- 사회인구학적인 특성이나 근로 여건과 상관없이 질 좋은 의료서비스에 형평적인 접근이 가능한 의료제도가 되어야 함. OECD는 ① 사회인구학적 특성에 따른 불평등과 이것이 문제가 되는 이유, ② 양질의 서비스에 대한 접근, ③ 재정적 보호와 보장(coverage)에 대해서 살펴보고자 함

- OECD는 국가마다 의료서비스에 대한 접근 수준이 다른 가운데, 이를 무엇으로 측정할 것인가에 대한 고민을 하고 있음. 일반적으로 미충족 욕구(unmet needs), 의사방문(doctors visit) 등을 측정하는데, 조사마다 다른 결과를 보이고 있어서 이를 어떻게 설명할 수 있을지, 그리고 과연 이 지표가 믿을 만한 것인지에 대한 고민을 하게 됨. 각종 지표들을 어떻게 조화시킬지, 혹은 어떻게 결합시킬 수 있을지에 대한 것도 주요한 고민거리임
- OECD는 재정적 보호와 보장 문제와 관련하여 비록 보편적 의료보장을 성취하더라도, 의약품과 서비스에 대한 접근성 수준이 다를 수밖에 없음을 지적함. 특히 과부담의료비(catastrophic expenditure) 문제, 제네릭 의약품과 특허 의약품의 가격 차이에 대해서 다룸

○ 주요 논의

- 영국, 캐나다, 벨기에, 호주, 프랑스, 아일랜드, 칠레 등이 관련 지표의 생산 현황과 가능성에 대한 발언을 함
- 핀란드는 접근성의 측정과 관련하여 의료시설까지의 거리(distance) 지표를 제안하였고, 프랑스는 접근 시간, 영국은 PROMs(환자의 치료 결과) 지표를 제안하였음
- 재정적 보호 문제와 관련된 논의에서 한국은 소득 수준에 따른 의료보장 수준을 확인할 수 있는 자료를 보유하고 있는 국가임이 언급됨

□ 병원 재원일수와 비용의 차이에 대한 이해

○ 사무국 보고

- OECD는 급성심근경색을 비롯한 8가지 주요 질환을 대상으로 병원별 재원일수와 비용(cost)을 측정하고, 재원일수의 차이가 발생한 이유를 국가 단위와 병원 단위에서 찾고 그 의미를 해석하고자 함
- 1차 조사는 5개 국가를 대상으로 실시되었고, 2차 조사는 12개 국가를 대상으로 진행 중임

○ 주요 논의

- 프랑스는 분석 단위의 표준화가 필요하며, 영국은 운영 관리의 질적 수준에 대한 고려가 필요함을 언급함. 덴마크는 불륜을 감안해야 함을 언급함

4. 보건데이터 전문가 회의

□ 2017년 OECD/Eurostat/WHO의 비금전적 보건의료 통계 수집 결과 보고

○ 사무국 보고

- 의료 인력과 교육, 의료 인력의 이동(migration), 의료자원, 의료 활동에 관한 통계의 수집 결과를 공유함
- OECD국가의 평균 자료 제출률은 69%이고, 한국은 80%(9위)임. 제출률이 가장 높은 국가는 이스라엘(93%), 가장 낮은 국가는 그리스(37%)임
- 한편, 제출 자료를 가장 많이 보강한 국가는 독일, 핀란드, 일본임
- OECD는 주요 의료 인력(의사, 간호사, caring personnel) 자료를 ① 임상(practicing), ② 전문(관련)분야 활동 professionally active), ③ 면허소지(licensed to practice)의 세 가지 개념으로 구분하여 수집함
- 시계열 자료를 구축하지 못하고 있는 경우에는 유사한 성격을 띤 다른 자료의 변화율을 적용하여 자료를 산출해 주고, 자료의 시계열이 단절을 보이는 경우에는 이를 조정해 달라고 요청함
- 병원 인력에 관한 지표 중에서 머릿수(Head count)와 전일환산인원(FTE) 정보를 보강하였으면 함. 현재 두 가지 지표를 모두 생산하는 국가는 16개이고, Head count는 9개, FTE는 2개 국가임
- OECD는 의사, 간호사 등 의료 인력의 이동(migration)과 관련된 정보를 제출해 주기를 요청함. 이 정보를 통해 인력의 구조를 보다 잘 이해할 수 있을 것으로 기대됨

○ 주요 논의

- 스위스는 의료 인력을 집계함에 있어서 '면허는 가지고 있지만 은퇴한 경우'를 포함한 통계가 무슨 의미가 있는 것인지에 대해서 검토해줄 것을 요청하였고, 소유주체(공공과 민간)의 구분이 필요한 것인지에 대해서도 의문을 제기하였음. 한편, OECD는 소유주체에 따른 인력의 구분이 중요한 분류임을 다시 한 번 강조함
- 독일은 정신건강과 관련된 정보가 보강되었으면 한다는 의견을 제시함
- 체코, 아일랜드, 스위스는 자료 제출을 위한 노력을 계속 이어갈 것임을 약속함

- 유럽연합 집행위원회는 공공 보건 데이터의 비교가능성을 향상시키기 위한 EU의 계획을 발표함. 구체적으로 Health at a glance Europe 2018의 발행, 워크숍, 질문서의 변경 등에 대해서 언급함

□ OECD의 우선적인 작업

○ 사무국 보고

- OECD는 의료 인력의 이동을 확인하고, 변화되는 요구(기술, 능력)에 대해 이해하고, 의료인력 통계의 가용성과 비교가능성을 높이는 것이 중요하다고 언급함
- 관련하여 WHO는 세계보건총회의 결의안 등 국제사회의 요구에 따라 국제 노동기구(ILO)와 협력하여 진행 중인 국가보건인력계정(National Health workforce accounts)의 구축 작업을 소개함
- ILO는 노동시장에 대한 사회적 보호(social care)의 영향력이 커져가는 가운데, 의료 인력의 이동을 확인하는 작업이 중요함을 설명함. 한편, 노동 조사 자료가 여러 가지 한계를 가지고 있기 때문에, 이를 보완하기 위해서는 등록 자료, 행정자료 등을 활용해야 함을 언급함
- OECD는 Data chaos에 대응하기 위해서 국제기구가 상호 협력해야 함을 재차 강조함

□ 2018년 OECD Health Data의 수집 계획

○ 사무국 보고

- OECD는 데이터 수집에 대한 회원국의 부담을 줄이고자 함. 정책과의 관련성, 데이터의 가용성과 비교가능성, 다른 기관 자료와의 중복성을 고려하여 조정 대상을 검토하였음
- 검토 결과, 의료장비 중에서는 혈관조영촬영기(angiography units), 요로쇄석기(lithotripter) 항목을 삭제하고, 수술 중에서는 신장이식, 2차 고관절치환 항목을 삭제하고자 함
- 감염병 자료(pertussis, measles, hepatitis B)를 ECDC에서 추출(유럽국가)하고, 알코올 소비량은 WHO통계로 대신하고자 함. 그리고 12세의 우식경험 영구치(decayed missing filled teeth)는 수집하지 않고자 함
- 한편, OECD는 2018년 데이터 수집에 있어서 '자료원과 방법'에 대한 설명

자료를 간략화 하고자 함. 회원국이 기존의 데이터를 수정할 경우에는 OECD 사무국에 이를 알려주기를 요청함. 수집 자료는 6월에 발표된 이후, 통계포털, 웹사이트 등을 통해서 배포될 예정임

○ 주요 논의

- 룩셈부르크는 자료에 p(잠정치)를 표기하는 문제를 지적했고, OECD는 p표기를 많이 하지 않았으면 한다는 의사를 표명함
- 스위스는 OECD의 이와 같은 계획(자료 축소 및 다른 데이터베이스 활용)을 지지하면서, 추가적으로 상담(consultation)과 방문(visit)을 구분해서 자료를 수집하는 것에 대해서도 검토 요청을 함
- 핀란드, 아이슬랜드는 감염병 자료를 ECDC에서 추출하겠다는 OECD의 계획을 지지함

□ 알코올 소비량

○ 사무국 보고

- OECD가 수집한 자료와 WHO의 GISAH(Global Information System on Alcohol and Health) 데이터베이스의 자료가 다소 차이를 보이는 가운데, OECD는 그 원인을 확인하고자 함
- 이와 관련하여 WHO는 GISAH의 산출 자료원(Global survey on Alcohol and Health, 국가 보고서 및 국가별 통계, 산업자료 등)과 산출 방법을 소개함. GISHA는 기록된 자료(맥주, 와인, 증류주 등)와 기록되지 않은 자료(집에서 제조한 것, 밀수 알코올 등) 모두를 포함하고 있으며, 불륜에 대한 조정도 이루어진 것임
- WHO는 체코, 영국, 아일랜드, 에스토니아 데이터의 문제점을 함께 점검하고자 하였으며, 지금까지 데이터베이스를 자주 업데이트 하지 못하였지만, 앞으로는 정기적으로 업데이트를 실시할 것임을 밝힘

□ 피할 수 있는 사망

○ 사무국 보고

- OECD는 피할 수 있는 사망(Avoidable mortality)의 목록을 새롭게 만들고자 함. 피할 수 있는 사망은 개념적으로 치료로 중재가 가능한 것

(Amendable morality)과 예방으로 피할 수 있는 것(Preventable morality)으로 구분되는 바, 각각에 있어서 Nolte & Mckee(2004, 2008, 2011), CIHI(2012), EU(2014)의 목록을 참고함

- 세 가지 목록에 따른 구축 결과가 대체적으로 유사한 가운데, 큰 차이를 보이는 경우도 일부 있음. 특히, IHD나 CVD, Diabetes의 경우에는 정의의 차이로 산출 결과의 차이가 크게 나타나고 있지만, OECD는 다음 1년간 관련 프로젝트를 진행하여 합리적인 목록을 제안할 예정임

○ 주요 논의

- 핀란드, 캐나다, 호주, 영국, 러시아는 OECD의 프로젝트에 참여 의사를 표명함
- 일본은 OECD의 활동을 지지하며, 이 자료가 의료비 자료와 결합된다면 활용도가 더 커질 것이라고 언급함
- 유럽연합도 전 유럽 국가를 대상으로 회피할 수 있는 사망 목록의 정의, 데이터터를 확인하고 있음 (2015-2018)

□ 종합

- Health at a glance 2017은 11월 10일에 발표될 예정이며, EU country health profile은 11월 23일에 발표될 예정임
- 2018년 보건 통계 데이터터의 수집을 위해서 OECD는 2017년 12월 초-중순에 질문지를 발송하고, 2018년 2월까지 자료를 제출 받아서 검증 절차를 진행 (3월-5월)하고자 함. 2018년 보건 통계는 6월 말에 공표될 것임
- 내년 회의는 새로운 형태(Working party covering Health Accounts and Other Statistics)로 2018년 10월 10일-12일에 개최될 예정임