

## 국외출장 결과보고서

### [ 출 장 개 요 ]

#### □ 출장목적

- 제23차 OECD 보건위원회 참석

#### □ 과제명

- OECD보건복지이슈분석및대응국내활용전략수립연구

#### □ 출장기간

- 2018.06.26.(화)~2018.06.30.(토)

#### □ 출장지역

- 프랑스 파리

#### □ 출장자

- 강희정 연구위원

#### □ 일정요약

출장일		국가	주요 논의사항, 습득사항
1일차	18.06.26. (화요일)	이동	• 인천→파리 (이동)
2일차	18.06.27. (수요일)	프랑스 파리	• 제23차 보건위원회 참석 및 현장대응
3일차	18.06.28. (목요일)	프랑스 파리	• 제23차 보건위원회 참석 및 현장대응
4일차	18.06.29. 18.06.30.	이동	• 파리→인천 (이동)

## 제23차 보건위원회(HEALTH COMMITTEE) 결과 보고

- ◆ 일시: 2017년 6월 27일(09:30~18:00), 12.13일(09:30~17:30)
- ◆ 장소: OECD Conference Centre, 2 rue André-Pascal, Paris 16, France
- ◆ 의장: Ms. Olivia WIGZELL
- ◆ 참석자
  - 한국대표단: (보건복지부) 장재원 과장, 안선미 주무관, 이슬비 에디터 (한국보건사회연구원) 강희정 연구위원, (건강보험심사평가원) 김지애 부연구위원, 임지혜 부연구위원
  - 기타 회원국(독일, 호주, 오스트리아, 벨기에, 캐나다, 칠레, 덴마크, 에스토니아, 미국, 핀란드, 프랑스, 그리스, 아일랜드, 아이슬란드, 이스라엘, 이탈리아, 일본, 라트비아, 룩셈부르크, 멕시코, 노르웨이, 네덜란드, 폴란드, 포르투갈, 슬로바키아, 체코, 영국, 슬로베니아, 스웨덴, 스위스, 터키, EU, 콜롬비아, 리투아니아) 대표단
  - 초청 국가 및 단체(아프리카, 아르헨티나, 브라질, 코스타리카, 러시아, 카자흐스탄, 페루, World Bank, WHO, the King's Fund) 대표단
  - BIAC, TUAC 대표단(안전 7과 8에 대해서만 참석)
  - OECD 관계자

### 1. 회의 의제 채택

- 제 23차 보건위원회 안전 채택
  - Item 1. 23차 회의 안전 채택
  - Item 2. 제22차 보건위원회 회의록 승인
  - Item 3. 사무국장 보고
  - Item 4a. 아르헨티나 보건부장관 발표
  - Item 4b. 유럽집행위원회(European Commission) 보건 및 식품안전 국장(DG sante)이 발표
  - Item 5. 환자보고지표조사(PaRIS): 새로운 국제 조사 제안
  - Item 6. 항생제 내성(AMR), BIAC/TUAC 참여 회의

- Item 7. 비만 및 신체 활동, BIAC/TUAC 참여 회의
- Item 8. (비공개) 라트비아 - 가입 후 후속 검토
- Item 9. 최근 기대수명에서 증가 둔화 또는 감소에 대한 국가 보고  
: 영국과 미국
- Item 10. 보건 지출과 제도적 특성
- Item 11. 지식기반보건시스템(KBHS)에 대한 고위급 회담
- Item 12. 병원 퇴원 연장에 대한 긴급현안(Fast Track)보고서
- Item 13. 환자안전 및 미래 작업 방향에 대한 보고서
- Item 14. 2019년 6월 발표 긴급현안(Fast-Track) 보고서 주제
- Item 15. 기타
  - 향후 회의 일정: 2018년 12월 5-6일
  - 2017년 12말 현재 2017-2018 예산 사업 진행 보고

## 2. 제22차 보건위원회 회의록 승인

### 3. 사무국 업무 보고

<고용노동사회국 국장, OECD ELSAC Director, Stefano Scarpetta>

#### ○ 지난 6개월경과 보고

- 보건지출(일인당의료비)이 지속적으로 경제성장 수준을 따르고 있음.
- 17-18년 자발적 기여금(VC)으로 11개 국가(호주, 캐나다, 에스토니아, 아일랜드, 일본, 독일, 한국, 멕시코, 노르웨이, 슬로바키아, 스위스)의 1900KEUR, 2019-20 예산 사업에 대한 DG Sante의 3개 보조금(Grants), IADB의 신규 VC
- 2017~18년 2년간 적자 0.5M EUR, 정신건강 벤치마킹, 환자중심 프레임 워크, 빅데이터 고위급 포럼 관련하여 추가가 적자 예상
- 2019-20 프로그램사업예산 완료 진행(사업 우선순위 조사 결과 반영 Part

1 예산 설정, 전년 기준 자발적 기여금 설정, 10월 이사회 제출, 연말 전 까지 이사회 승인 예정)

○ 지속 사업 현황

- 정신건강 성과 벤치마킹: 6월 29일 워크숍, 2019년 관련 보고서 발표 예정, 청소년 정신건강 관련 정책 브리프 준비 중
- Health at a Glance: Europe 2018에서 정신 건강 관련 별도 챕터 마련
- 2019년 영국에서 UK global Mental Health Summit 개최 예정
- 의약품 및 의료기기 관련 ‘Sustainable Access to Innovative Therapies’ 보고서 2018년 4분기 발간 예정, 새롭게 구성된 ‘Expert Group on Pharmaceutical and Medical Device’의 1차 회의(26-27 Mar)에 23개 회원국 전문가 참석
- Working Party on Health Care Quality and Outcomes의 1차 회의 (17-18 Mar)에 32개국 대표단 80명이 참석하여 기존의 AMI 등에 집중되었던 병원성과평가 확대를 위한 계획 등 논의
- Health System Performance, 양질의 의료에 대한( 사회경제적 수준이 다른 사람들의 접근도 보장에 대한 평가
- 오피오이드(Opioid) Project, 문제 있는 오피오이드 사용율이 가장 높은 미국, 캐나다 참여 기반 새로운 공중보건 위기로 접근, 관련 국제 전략 분석, 관심 이슈에 대한 조사 계획
- Public Health Reviews, 칠레(2017년 보고에 대한 평가와 권고), 일본 (2019 Q1), 한국 (2019 Q2), 라트비아(2019 Q3) 발표 예정

○ 기타 위원회 및 외부 조직과 협력

- 건강 독해력(Health Literacy) 관련 미국에서 국제행사, 2018년 OECD 위 킵페이지 발표
- OECD/ILO/WHO가 UNDP와 트러스트 펀드 구축을 위한 MoU 체결 (‘18.3.23)
- 노르웨이와 중국의 재정 지원, 보건의료이력 이동 플랫폼 관련 첫 회의

가 제네바에서 개최 예정('18.9.12), 보건의료인력 이주 데이터 및 모니터링에 대한 워크숍 예정('18.10.12)

- OECD Joint Network of Senior Budget and Health Officials

·페루, 필리핀, 남아프리카에 대한 사례연구 완료, 국가 비교 조사 진행 중, '19.2월 OECD 전체 회의, 코스타리카 주체 지역 회의 개최 예정

○ 기타 발간 안내

- 치매, 리투아니아에 대한 보건의료시스템 보고서, 주요 발간물 시리즈

- 2018 보건 통계, 새로운 데이터 시리즈 업데이트('18.6.28)

### <주요 논의>

○ (미국) 미국 보건부의 주요 관심 정책이며, 사람중심 보건의료시스템 구축의 핵심요소로서 건강 독해력(Health Literacy) 향상에 대한 국제 행사를 워싱턴에서 개최 예정이며, 행사 준비를 위해 OECD 사무국, 회원국 등이 참여하는 자문 그룹 구성을 위해 관심 국가들의 참여 의사 표명을 요청함.

### 4a. 아르헨티나 보건부 장관 발표

< Mr. Adolfo Rubinstein 보건부장관, 아르헨티나와 G20의 보건의료 의제 >

○아르헨티나의 보건의료 의제 개발과 실행

- 출산율 2.3, 기대수명 76.3세, 보건의료지출의 GDP 비중 10.2%(2016년)

- 공공분야(100%)/사회보험분야(의무보장 60%)/민간분야로 구성

- 주요 전략 목표 : 효과적 보편적 건강보장의 실행(패밀리 헬스, 정보시스템, 건강문제에 대한 우선순위 접근), 약가 설정(참조가격 등) 및 보장 정책 실행, 어린이 과체중 및 비만 중심의 만성질환 예방

- 효과적 보편건강보장의 실행을 위해 가족 및 지역사회 건강(일차의료와 병원에 대한 진료권 설정 등), 일차의료 중심의 통합 의료시스템 구축을 통한 건강보장(효과적, 형평적, 질적 측면), E-health 추진

·보편적 건강보장 로드맵을 통해 일차의료 중심 통합 의료 네트워크, 전자건강기록, 지방 보건의료시스템 통합 추진

- 의약품 가격 설정 및 보건의료기술평가 실행을 통해 접근성 보장 정책

·의약품에 대한 고정 및 참조 가격 실행, 공공분야 공동 협상 및 구매, 보건의료기술평가를 위한 국가 기구 설치, 의무급여영역, 사회보장 및 민간 기금의 통합, 고비용저발생 보건의료서비스 및 기술을 위한 보건 의료보장기금 마련

- 아동 과체중 및 비만 중심 만성질환 예방

·비만은 아르헨티나 포함 라틴아메리카에 있어서 심각한 건강문제로 과체중과 비만에서 사회적 불평등 크고 특히, 여성에서 지속

·아동 과체중 및 비만의 국가 예방 계획 실행: 영양 교육 촉진, 사회적 마케팅 및 지역사회 참여, 취약인구 식품 지원 프로그램의 질 향상 등

○ 10월 4일 G20 논의 의제

- 사람중심 보건의료시스템의 틀 하에서 보건시스템 강화, 항생제 내성, 어린이 과체중과 비만 중심 영양문제로 주제 세분

### <주요 논의 및 결과>

○(독일) G20의 의제를 지지하며 공중보건 이슈로 비만과 함께 AMR 이슈에 대한 중요성을 강조함.

○(사무국) 공공/사회보험 등 영역에 관계없이 사람들이 자신의 공급자를 선택할 수 있는 프로그램을 가지고 있는지에 대해 질문함.

○(아르헨티나) 사회보험영역과 민간영역이 서로 연결되어 있으나, 65%가 동시에 가입되어 있음. 지역단위 시스템이 작동하고 있고 상위 수준에서 상호 연계되도록 노력하고 있지만 단일 국가 시스템을 가지고 있지는 않음. 일차 의료를 기반으로 사회보험 보장을 확대하고 있으며 극단의 재난적 의료비 발생 위험을 보장하고 있음.

## 4b. 카자흐스탄 보건부 장관 발표

### < Mr.Aleksei TSOY 보건부 차관, 보건의료 개혁 성과 >

- 독립이후 의료개혁을 통해 보건의료 성과 향상
  - 1995년: 평균수명 63.7세, 모성사망률 출생아 10만명당 77.3, 영아 및 아동 사망률 출생아 천명당 27.3, 사망률 인구 천명당 10.2
  - 2017년: 평균수명 73세, 모성사망률 출생아 10만명당 12.5, 영아 및 아동 사망률 출생아 천명당 7.93, 사망률 인구 천명당 7.15
- 의료비 지출 구성과 보건 재정의 문제
  - 전체 의료비 중 감염성 질환 4-5%, 비감염성 질환 95-96%
  - 병원에서의 지출 비중(48%)이 OECD 평균(37%)보다 높은 수준
  - 보건의료에 대한 정부 지출 GDP 비중 감소: 2009년 2.6%→2017년 1.9%
  - 민간 지출의 비중 증가: 2010년 30%→2015년 39%
- 2017-2019 보건 분야 현대화 프로젝트를 위한 6대 사업 진행
  - ①의무 사회보험 도입을 통한 효율성 제고, ②민간 보건의료조직을 위한 시장 자유화와 장벽 축소, ③투자 유인 및 공공-민간 파트너십 개발, ④단일 건강정보플랫폼 구축(디지털화), ⑤제약시장의 발전, ⑥의료 관광 및 수입 대체 개발
- OECD-카자흐스탄 협력
  - OECD의 카자흐스탄 보건의료시스템 검토와 카자흐스탄 국가보건계정 검토를 통한 주요 권고 실행을 통해 디지털화를 통한 일차의료 강화의 성과가 있었으며, 지방 폴리클리닉 시범 사업을 추진하고 있음.
- 1978년 알마아타 선언 40주년 기념으로 2018년 10월 25-26일 카자흐스탄에서 개최되는 일차의료 글로벌 컨퍼런스에 회원국들을 초청함.

### <주요 논의 및 결과>

(WHO) 카자흐스탄 개혁 성과와 행사 개최를 지지를 표명하고 비감염성 질환에 대한 보건의료시스템의 대응과 보다 형평한 보장의 중요성을 강조함.  
(의장) 보편적 접근을 보장하기 위한 일차의료 강화의 필요성을 지지함.

#### 4b. 유럽집행위원회 보건 및 식품안전 국장 발표

< Mr. Xavier Prats Monne, EU 정책 우선순위와 OECD와 협력 >

- EU-OECD 협력 우선순위 전략은 보건의료시스템과 성과에 대한 지식 강화, 사람 중심 운영, 보건의료시스템의 경제성 분석에 중점을 두고 있음.
  - 일차의료 강화에 적합한 보건의료인력의 기술 향상이 중요하며, 보건의료시스템의 아웃컴(outcomes)을 공유하는 것은 매우 의미 있음.
  - 상대적으로 부족한 아웃컴 정보 확대를 위해 PaRIS 사업을 지원하고 지속적으로 참여할 것임.
- EU-OECD의 협력은 회원국 뿐 아니라 전 세계 국가에 영향을 미침.
  - ONE Health 관점에서 다양한 영역과 연계한 AMR 사업추진이 중요함.
  - EU는 디지털 단일 시장으로서 E-health는 중요한 이슈임. EU 사례의 활용을 통해 사람중심 보건의료시스템 구축을 위한 보건의료 데이터 활용에 대한 논의 진전이 필요함.

#### <주요 논의 및 결과>

- (의장) AMR 관련해서 농업, 식품, 보건 분야의 협력적 접근이 진행되고 있는데 재정 등 어떤 다른 분야에 대한 연결이 필요한지에 대해 질문함.
- (EU국장) 유럽국가에서 백신(항생제) 사용 수준이 높은 문제를 제기하고 AMR 사업 추진과 관련된 국가별 상위수준에서 미시수준으로의 단계적 의사결정과 국제적 결정이 모두 협력적으로 이루어져야 함.

## 5. 환자보고지표조사(PaRIS): 새로운 국제 조사 제안

### Round 1: 설문 설계와 수행

#### <사무국 보고>

- (PaRIS 배경) OECD Next Gen Reform 2017 1월 17일 개최 (보건장관회의)
  - OECD 보건통계 고위급(High-Level Reflection Group on Health Statistics, HLRG) 보고서(2015년)의 제안에 근거하여, OECD 보건위원회가 국가 간 비교 가능한 환자 경험과 결과 지표 개발과 분석을 주도하도록 업무위임함.
- (PaRIS 설문 목적) 하나 이상의 **만성질환**을 가지고 있는 **일차/외래 의료서비스 제공자**로부터 **보건의료 서비스**를 받고 있는 **성인의 건강 결과와 경험에 대한 첫 국제 설문**
- 설문 대상 인구, 접근방법, which conditions, care setting (Primary/ambulatory), 데이터 수집, 샘플 디자인 등 고려 사항 많음.
  - 국가마다 보건시스템 차이로, 일차/외래로 나눔
  - 문화, 언어 바이어스를 없애기 위하여 노력함. 다행히 설문 설계 과정에서 과거 관련 경험이 존재함.
  - PaRIS는 국가비교를 위한 설문이지만 각국의 관심이 있는 내용을 설문에 추가하여 조사할 수 있으며 오버샘플링도 가능함.
  - 일차의료에 대한 정의가 국가마다 다양함. 일반의 중심의 일차 의료 강국도 있는 반면, 전문의 중심의 보건시스템도 있음. 모든 시스템을 포괄할 수 있는 계획은 불가능하므로 각국의 상황에 따른 개별 로드맵 구축 계획임.
  - 실행가능성(feasibility): 과거에 비해 제안이 단순해짐. 전자 기반이 아니며, 파편화된 보건시스템을 갖춘 국가도 참여 가능함.
  - 로드맵 구축 이후 비용 산정할 수 있음. 국가 설문의 단독 시행은 국제 설문보다 비용효과적인 면에서 불리함. 비용, 자원과 노력이 더욱 많이 소요됨. 국제설문인 PaRIS를 통해 이러한 노력과 비용을 줄일 수 있음.
- (수행) 세 단계로 진행됨 (5년)
  - Phase 1 (2018년 중순 - 2020년 중순) 설문 개발
  - Phase 2 (2020년 중순 - 2021년 중순) 현장 테스트

- Phase 3 (2021년 중순 - 2023년) 모든 OECD 국가 대상 설문 실시

○ (주요 질문)

- 관련 있고 비교 가능한 설문 내용

▶ 의견이나 만족보다는 **실제 결과와 경험** ▶ 강건한 근거 기반의 존재하는 도구상에서 개발 ▶ 각국의 니드에 따라 특정 그룹의 오버샘플을 위한 추가 모듈 및 질문 추가 가능

- 국가마다 보건의료 시스템의 차이

▶ 각국에 맞는 로드맵 : 타겟 인구 접근을 위한 가장 최상의 방식을 반영한 각국의 맞춤형 접근

- 표본추출, 부담등과 같은 측면에서 수행 가능한 설문 설계가 되어야 함.

<사무국 요청>

- 설문 설계와 수행에 대한 회원국의 **코멘트 요청**

- PaRIS-설문을 위한 단계별 접근의 동의 여부 요청

<주요 논의 및 결과>

○ (EC) PaRIS 태스크포스에 참여하고 있으며 BPC에 참가 표명함. PaRIS에 대한 강한 지지 표명. 전립선 암의 경우 유럽은 전반적으로 5년 생존률이 95%로 차이가 없으나, 다른 환자 결과(outcomes)를 보면 차이가 있음. 내년도 예산이 아직 승인되지 않았으나 현장 테스트 도움 필요한 국가를 지원할 의향이 있음. EC는 보건의료에 집중한 연구 개발 노력을 계획중.

○ (네덜란드) 네덜란드 대표로써 그리고 태스크포스 의장으로써의 의견과 레슨을 공유하고자 함. BPC 참여 표명함.

- 전문가 태스크포스 그룹을 운영하면서 여러 가지 도전 과제가 파악됨. 임상적 데이터를 수집하지 않고 자체 보고 의존과 일차의료 이슈 등 방법론적 측면 대해서 전문가 그룹(학계, common wealth, 영국 London School of Hygien등) 에서 지적함.

○ (미국)

- (질문) “정보 수집의 복잡성과 부담을 고려할 때, 환자를 넘어 의료 제공자와 클리닉 디렉터와 같은 추가 정보 수집의 목적은 무엇인가?”
- PaRIS 목적을 지지함. 인구 기반 접근, 효율적인 설문 실행을 위한 최적화된 방법론적 부분에서 좀 더 세심하기 바람. 미국에서 현재 수집하고 있는 Medicare 수혜자 (65세 이상) 데이터 사용 가능성에 대해서 감사하게 생각함. 각국의 상황에 맞는 맞춤형 경우, 국제 호환성이 줄어들 수 있으므로 유의하기 바람. 타임라인에 동의하며 계속해서 PaRIS에 관여하기 희망함.
- (프랑스) Stream 1에 참여하고 있으며 보고서 개선에 만족하고 있음. 워딩 (wording) 개선으로 내용이 좀 더 명확해졌음. 그러나 프로젝트 범위과 아 이템은 추가적인 설명이 필요함. 지역적 설문 수행과 비교를 제안함. 프랑스는 국가 설문을 실시하였음. 60개의 질문으로 10-20분이 소요되는 설문으로 너무 오래 걸린다는 의견이 있었음.
- (이태리) PaRIS initiative를 환영함. PaRIS 는 국가 목표와 맞음. 본 보고서는 보다 자세한 정보를 담고 있으며, 사람 중심 의료시스템으로의 초점을 제고함. 이태리 역시 유사한 이니시에이티브를 진행하고 있음. 시민들의 직접적인 기여를 통한 새로운 지표를 개발하려는 시도 중임. 현 시점에서 BPC 참여를 확정하기 어려움.
- (노르웨이) PaRIS 프로젝트를 지지하며, 설문 제안에 대하여 지지함. BPC 참여하겠음.
- (독일) 조금 더 자세한 정보가 필요함. 독일은 일차의료의 분산되어 있으므로, 이들을 대상으로 하는 포괄적인 PaRIS의 실행이 쉽지 않음. 또한 표본 추출과 관련된 방법론도 여전히 분명하지 않음. 설문 비교를 위하여 질환 단계를 어떻게 통제할지에 대해서도 불분명함. 최소 표본 규모에 대한 정도가 없음. 의사는 환자 모집에 많은 시간적 투자를 해야하는데 이러한 부분을 어떻게 보상할 수 있는지 고민해야함. 독일의 데이터 보호법으로 인해 PaRIS 프로젝트의 조기 참여가 힘들 수 있음.
- (덴마크) 보고서에 대하여 만족함. 만성질환자 대상과 PaRIS 수행에는 도전이 발생할 수 있음. Phase 1을 위한 BPC에 참여하도록 함. 그러나 Phase 2 & 3는 진행되는 것을 본 후 결정하도록 하겠음.

- (콜롬비아) PaRIS initiative에 참여하고 싶으며, 국내에서 인식에 대한 설문  
을 진행했으며 본 프로젝트와 맞닿음.
- (슬로바키아) PaRIS 지지함. 제공받는 의료 서비스에 대한 환자의 견해 필  
요함. BPC에 참여 표명함
- (슬로베니아)선거가 막 있었으며 새로운 정부가 구성되었음. 따라서 PaRIS  
관련 결정은 이후에 할 수 있음.
- (핀란드)PaRIS를 지지하지만 목표가 지나치게 야심적임. 작은 스텝별 스텝  
의 접근이 중요함. PaRIS의 결과가 긍정적으로 나오는 몇 국가를 선정해  
실행해 보는 것이 좋을 것 같음.
- (호주)의료질과 안전을 제고할 수 있다는 점에서 PaRIS는 유용함. 국제 비  
교와 국내 활용 가능성으로 PaRIS를 높게 평가함. 환자, 의사, 매니저가  
수집한 데이터가 어떻게 사용되는지 알고 싶음. 최근 호주에서는 병원 대  
상 환자들의 경험 조사가 이루어졌음. 본 경험에 대한 공유를 하도록 하겠  
음. BPC에서 활동할 대표를 지명하겠음.
- (일본)일본은 새로운 설문시 국가 경제와 삶의 표준에 기여해야한다는 법  
규가 있음. 따라서 PaRIS 설문의 이러한 측면에서 기여 여부와 정책에 어  
떻게 활용될 수 있는가에 대한 보다 자세한 정보가 필요하며, 새로운 설  
문 시행을 위한 예산 가능 여부에 대해서 불분명함. 또한 일본은 정기적  
인 국가 행태 설문을 시행하고 있으며 상당한 부분이 PaRIS 설문과 중복  
되는 부분이 있음. 정책 활용을 위한 데이터 수집이 필요하나, 효용도와  
업무 로드등을 고려해야함. Phase 1의 결과를 지켜본 후, Phase 1 & 2 참  
가 여부를 결정하도록 하겠음.
- (한국) 한국은 지역기반 일차의료이 강하지 않으므로, 일차의료 기반  
PaRIS 설문은 다음과 같은 이슈를 발생하게 됨. 바이어스가 발생하지 않  
도록 충분한 규모의 표본을 확보하기 위한 일차의료 정의 및 범위에 대  
한 전략적 접근 필요함. 환자의 설문 응답률에 영향을 줄 수 있는 일차의  
료 제공자와 환자 간 신뢰 구축 정도에 대하여 불확실함. PaRIS 설문의  
성공적인 수행을 위해서는 일차의료 제공자의 PaRIS 의 중요성에 대한  
설득이 이루어져야하며 이를 위한 의료제공자들의 개입과 홍보 활동이  
PaRIS 진행전과 중에 지속적으로 이루어져야 함.

- (체코) PaRIS 프로젝트 지지함, 다음 단계 동의하며, BPC 참여 원함.
- (네덜란드) 복합 질환은 비용 등 중요한 이슈로 PaRIS와 같은 가치 측면에서의 설문 없다면 안타까울 것임.
- (영국) 복합질환은 보건의료 비용 상승의 주요 요인이므로 복합질환의 감소가 중요함. 일반의-환자 설문(GP-Patient Survey)을 보면 고용상태, 인종, 지역에 걸쳐 불평등이 목격됨. 따라서 이를 감안하기 위해서는 더욱 큰 표본 규모가 필요하므로, 추가 비용이 발생하게 됨. BPC 참가를 위한 적절한 대표를 지명하도록 하겠음.

### <사무국 피드백>

- BPC 참가 의사를 표명해준 국가들에게 감사함. 참가를 위한 내부 조정이 필요하다는 국가들에 대해서도 충분히 이해함. 추후 결정에 대해서 알려주기를 바람.
- 기술적 이슈에 대한 코멘트가 많았음. 현 단계는 설문을 제안하는 것이므로, 환자 표본 규모와 같은 기술적인 이슈에 대한 답변을 적절히 할 수가 없음. 예를 들어, 필요한 통계 파워는 도구가 일단 선정된 이후에 가능함. 이러한 기술적 문제는 국제 계약업체를 고용하고 기술적 전문가들과의 논의로 더욱 자세해질 수 있음.
- (미국 질문과 관련하여) PaRIS는 환자 중심을 위한 프로젝트임. 그러나 의료제공자에 대한 조사도 포함할 예정임. 이는 국가별 차이와 이를 설명할 수 있는 요인을 밝혀내기 위함. 의료 서비스 제공 상황을 위한 벤치마킹을 위한 것이 아니며 국가별 보건 시스템의 차이 요인을 알기 위함.
- (프랑스 질문과 관련하여) 보고서의 제안에서 언급되었듯이, 프랑스의 일부 지역에 집중 필요성에 대해서 동의하며 좋은 제안임. 질문 답변이 20분 이상 소요되지 않도록 할 예정임.
- 질문 시간을 최소화 하고 문항수를 줄이고 표본 추출도 의료제공자가 하도록 할 예정임. 효율적인 방법으로 시행할 예정임. 데이터 보호는 독일 뿐 아니라 다른 국가에서도 매우 중요한 문제임. 비용 산정을 위한 표본 추출뿐 아니라 일본의 코멘트처럼 규제등의 다양한 측면을 다루는 것도 중요함.
- 가능한 한 많은 국가들이 BPC에 참가하기를 바람. 오늘 제기된 자세한 사

항들은 BPC에서 논의할 문제들로, BPC 참가는 중요함. BPC 참가에 대한 단계적 접근을 하겠음. 국가들이 준비되었다고 동의하지 않는 이상 다음 현장 테스트와 같은 다음 단계로의 진행은 없을 것임.

- 도구 개발은 국제 계약업체가 담당하게 됨, 그러나 설문지 질문 내용은 회원국과 BPC의 의견이 많이 반영될 예정임.
- 데이터와 개인 정보 보호를 위한 최고 기준을 충족시키도록 할 것임
- 설문 방법과 실행 가능성 관련된 질문이 많아, 내일 12:30-1:15분 동안 상기 이슈에 대해서 좀 더 논의하도록 하겠음.

## Round 2 : 거버넌스 및 비용

### <사무국 보고>

- (거버넌스) PaRIS 설문 진행을 주도할 국가들로 이루어진 참가국 위원회 구성 (Board of Participating Countries, BPC) : PaRIS-설문과 관련된 모든 활동을 감독하는 중점 기구로 보건위원회에 보고하게 됨.
- (비용) Phase 1 : 약 1,640 K 유로 필요
  - 사용 가능한 자발적인 기부 (VC) : 60% 는 이미 커버되었음.
  - Phase 1을 위한 재정 갭(gap): 약 680 K 유로가 필요함.
    - ▶ 국가들에게 설문을 위한 재정 모델에 대한 조언 요청 예정 (VC vs 수수료 시스템 (fee system))
    - ▶ 수수료 시스템하에서, 모든 국가들이 참가하게 된다면 국가별 비용은 줄어들게 됨.
  - 국가당 연간 국제 비용은 23.5K 로 추정함(모든 국가가 참가한다고 가정시)
  - PISA & PIAAC의 수수료 시스템 예시를 참고할 수 있음.
    - ▶ Phase 2 & 3 국제 비용: 50% (기본 수수료) + 50% (변동요소 (소득 및 규모) 반영)
- Phase 1의 국내 비용 : BPC 참가와 관련된 비용. 소규모 파일럿 테스트를 위한 번역 비용

○ Phase 2 & 3 국내 비용

- 현장 테스트, 국가 프로젝트 매니저 고용

- 사무국은 Phase 1 동안 Phase 2와 3을 위한 비용 예산을 제공하도록 지속적으로 작업할 예정

○ (일정) 첫 BPC 회의가 11/7일에 파리에서 있을 예정이며, 9/15일 이전까지 첫 회의 참석 컨펌 바람. 2018/12월 입찰 요청 및 2019/6월 보건위원회에 낙찰 업체 보고.

○ PaRIS 주요 원칙

- ▶ 포괄적 개발, 사람 중심 시스템 지원 ▶ 국가적 방향성과 발의와의 조정
- ▶ 멀티 레벨 접근 ▶ 단계적 접근, 향후 사용을 위한 설계

< 사무국 요청 >

○ 타임라인에 대한 동의 요청

○ Phase 1을 위한 BPC 참여 동의 요청

< 주요 논의 및 결과 >

○ (칠레) 칠레는 최근 선거로 새로운 정부가 구성되었음. 결정된 사항이 없음

○ (벨기에) 본 프로젝트와 참가에 대하여 매우 관심이 큼. BPC에 참가를 표명하며 대표자를 지명하도록 하겠음. 벨기에에는 환자 경험 측정 부재로 PaRIS를 환영함. 벨기에 국가 구조와 일차의료의 복잡하지만, PaRIS 관련 정보를 국내에서도 활용할 수 있을 것으로 기대함.

○ (프랑스) 사무국의 세단계 Phase 접근은 매우 현명한 접근임. Phase 1 참가 의사 표명함. 환자 패널 참여등에 대해서는 매우 동의함. 그러나 의료 제공자의 개입이 없는 것은 다소 놀라움. 이후 참여를 위해서는 단기/장기 비용 추정이 필요함. 프랑스는 데이터 수집과 관련된 윤리적 이슈-데이터 및 개인정보 보호-에 대해서 매우 긴밀하게 주시하며 팔로업하도록 하겠음. 의료 제공자로 인한 에러나 바이어스 발생 문제에 대해서도 주시할 필요가 있음

○ (스위스) BPC 참가를 확정함. 조심스러운 PaRIS 수행- 타임라인이 충분한지, 모든 이해 관계자가 참여하는지등-이 필요함. PaRIS의 재정 소스가 너무 복

잡하므로 좀 더 단순하고 쉽게 할 필요가 있음.

- (라트비아) PaRIS initiative을 지지함. Phase 1의 참가에 반대는 없으나, Phase 2와 3의 참석은 내부 논의가 필요하며 서면으로 참여 여부를 전달하도록 하겠음.
- (이스라엘) 타임라인을 포함한 전반적인 제안에 동의하며, BPC에 참가 표명함.
- (캐나다) 캐나다 역시 벨기에 만큼 복잡함. 캐나다는 연구 기반 프로젝트는 시간이 많이 걸리므로, 인구 기반 모델링이 되어야 참가 가능함. BPC에 참가 여부 결정은 나중에 통보하겠음.
- (폴란드) 전문가가 갖춰야할 자격과 전문성에 대하여 사무국에게 질의함. BPC 참가 여부는 나중에 하겠음.
- (리투아니아) Phase 1에 참가하겠음. Phase 2 & 3 참여 여부는 내부 토의가 필요하므로 향후 알려주도록 하겠음.
- (칠레/멕시코/터키) BPC 참가 결정을 위해서는 정부를 설득할 수 있는 논거가 필요함. BPC 참가와 비용 부담의 연계, 후기 단계 참가에 대한 문제점에 대하여 사무국에서 질의함.

#### <사무국 피드백>

- Phase 2&3 참가여부 확정을 하지 못하는 것에 대해서 이해함. Phase 1 참가 여부가 주요 이슈임.
- 국가의 보건의료 시스템 특성이 다르다는 것을 잘 알고 있음. BPC 외에도 전문가로 구성된 기술 팀 (technical team)이 따로 구성될 예정임. 따라서 BPC는 꼭 기술 전문가가 아니어도 되며, 각국의 일차의료 시스템 혹은 환자 중심 의료 시스템에 대한 이해가 있는 담당자를 지정할 수 있음.
- 포괄적 개발(Inclusive development)이란 모든 국가의 참여뿐 아니라 모든 이해관계자의 참여를 의미함. 따라서 의료 제공자의 참여에 대해서 확실히 하겠음.
- (45분 추가 회의 (6/28)) BPC 참가가 재정책임(financial obligation)과 연결되는 것은 아님. 현 단계에서 BPC 참가와 비용 부담은 다른 두 개의 별개 이슈임. 따라서 BPC 조기 참가 권고함. BPC 조기 참여는 설문 개발시 각국의 문화 및 언어를 반영할 수 있으므로 설문 시행시 문화와 언어 차이

로 인한 바이어스 가능성을 최소화할 수 있으며, 번역등과 같은 작업을 위한 충분한 시간을 확보할 수 있음.

## 6. 항생제 내성(AMR) 대응 : 경제성 및 공공 정책 , BIAC/TUAC 참여 회의

### <사무국 보고>

- AMR 보고서 발간을 앞두고 주요 결론 내용에 대한 검토 요청
  - 평가 및 권고, 복잡한 원인을 가진 공중보건 이슈인 AMR 사용에 대한 회원국에서의 추세와 부담, 대응 정책, 대응정책의 비용효과성
  - 향후 의견수렴을 통해 내용 추가하고 '18년 가을 최종보고서 발표 예정
- 2005년 이후 2030년까지 예측 분석 결과, 효과적 활동이 없다면 AMR은 지속적으로 증가할 것임.
  - 33회원국과 유럽 국가들의 보건의료시스템이 연간 3.5B USD PPPs 부담, 감염병 지출의 12-13%를 차지함.
  - 관련 정책을 수립한 국가는 많지만, 5개 국가만 AMR 액션 플랜을 개발하고 재정지원을 하고 있음.
- 처방 지연(delay prescription), 대중매체 캠페인, 스투어드십 프로그램 등 정책적 접근이 이루어지고 있음. 대응 공중보건정책이 회피가능하는 사망을 감소시키고 있으며, 일부정책에서 투입비용에 상응하는 병원감염비용의 감소 결과를 보임.
  - 항생제 내성은 회원국을 초월하여 증가하고 있으며, 2, 3 라인 항생제 내성에서 증가가 특히 문제임.
  - 위생 개선의 개입이 가장 긍정적인 효과를 보이거나 신중한 사용에 영향을 주지 않음.

○ 분석 내용, 관련 정책 사례 제공, 추가적 고려 사항에 대한 토의 요청

### <WHO, 원 헬스 측면에서 사업 추진 현황 발표>

○ 사업 추진의 목적

- 식품생산동물을 위한 농장 수준에서 항생제 내성의 편익과 비용 평가
- 가축 생산에서 항생제 사용을 최적화하기 위한 모범적 사례와 정책 인지
- 다양한 관점과 수준에서 단기와 장기적으로 비용과 편익의 비교
- 보다 건강한 동물 양성을 통해 음식 가격 인하, 안전한 식품에 기여

○ 대부분의 농장들이 근거 없이 주로 과거의 습관에 따라 항생제를 사용하고 있으며, 최근 생산단계에서 항생제 사용의 최적화 필요성에 대한 농부들의 인식이 확대되고 있음.

○ 중국의 사례 소개

- 식품동물생산에서 항생제가 중요한 역할, 글로벌 사용의 40%이상
- 동물용 항생제의 질(quality)에 대한 문제가 제기되고 있으나 지방 수준에서 전문가 부족
- 최근 가축 생산에서 항생제 사용을 낮추기 위해 처방에 의한 사용 등 규제, 인식 개선 중심의 교육 및 훈련이 확대되고 있음.

○ 결론 및 정책 제언

- 동물 생산에서 항생제 사용의 비용/편익에 대한 정보 제공 확대 필요
- 농장주와 수의사 대상으로 대안적 개입 및 비용에 대한 더 나은 정보와 훈련 제공 필요
- 실용적 규제 시스템 필요-특정 질병별 관련 항생제 접근 허용
- 교육과 자문, 동물·인간·환경에 대한 AMR의 부정적 외부효과에 대한 인식 확산
- 2019-20 프로그램 사업 예산에 관련된 두 개 프로젝트 추진 중

## <스웨덴, AMR 대응 국가 전략 발표>

○인간 및 동물의 건강을 위해 매우 중요한 이슈로 WHO의 One Health 접근에 따라 전략을 추진 중

- 상대적으로 항생제 내성에 대한 수준은 좋은 편임. 항생제 내성으로 인한 직접 피해 추정은 2018년 15,129명에서 2050년 70,954명으로 증가 예측, 비교 국가들에 비해 낮은 수준이지만 증가분은 추가적인 비용의 지출을 의미함.
- 1995년부터 지역단위에서 항생제 사용을 통제하는 정책 시작, 항생제 매출 등에 대한 데이터를 기반으로 정책을 추진함. 80년대 후반부터 동물분야에 적용
- 2016년 새로운 전략 시작, 인간과 동물에서 세균성 감염의 효과적 치료 가능성을 보전하기 위한 포괄적 목적 설정(감시, 예방, 대응적 사용, 연구 및 개발, 사회 인식, 구조 및 시스템, 국제적 리더십)

○One Health 접근

- 스웨덴 정부는 다양한 다른 관점이 정책 개발과 실행에 반영되도록 정교한 정부 절차를 가지며, 정부 전략 관련 분야 간 워킹그룹을 운영함.
- EU, 다자 및 양자 협력, 글로벌 액션 플랜, 유엔 총회 AMR 고위급 회의 등 국제적 참여도 확대
- 다른 영역과 연계 측면에서 AMR의 환경 영향에 대한 연구 등을 진행 중

## <주요 논의 및 결과>

○(TUAC) 비회원국의 역량 향상의 중요성을 강조하고 보건의료 인력에 대해 산업보건 관점에서 개입의 필요성이 논의되어야 함.

○(프랑스) 국가 간 정책 차이, 국내에서 정책 충돌의 조정이 필요함. 원 헬스 측면에서, 인간 건강 및 동물 건강 분야 많은 참여자가 결정요인에 대한 사례를 공유해야 함. 60-80% 임팩트를 차지하는 병원 분야에 대한 비용 감소 추정에 대한 연구가 필요함.

○(핀란드) 공중보건에 대한 부담 뿐 아니라 경제 성장에도 부정적 영향을 미

치고 있음. 국가 액션 플랜이 필요하며 OECD 작업이 도움이 될 것임.

- (덴마크) 경제적 영향 추정은 정책 추진에 도움을 줄 것임. 다른 정책 간 비용 효과성 비교는 매우 유용한 정보이며, 위생 수준 향상을 위한 의료인 교육의 필요성과 원헬스 측면에서 분야 간 연계의 중요성에 동의함.
- (노르웨이) 상대적으로 항생제 사용수준은 낮지만 높은 우선순위를 갖고 분야 간 통합적 정책이 추진되고 있음. 지난 해 말 기준으로 항생제 사용률이 15% 감소하여 정책성고가 확인되고 있으며, 감염질환에 대한 타깃팅 접근이 필요함.
- (네덜란드) 비용효과성 뿐 아니라 비용 절감 정책에 대한 중요한 근거를 제공하고 있으며, 국가 수준과 병원 수준에서 향상이 시스템 향상에 기여하도록 보고서 활용을 기대함.
- (영국) 원헬스 측면에서 우선순위 높은 정책으로 추진 중이며, 다분야를 연계한 연구결과를 환영함. 지불제도 차원에서 개입 정책 수립 등 보다 혁신적인 정책 제안을 위한 다음 단계 작업을 위해 G20 등과 국제적 협력 방안 모색을 제안함.
- (스위스) 원헬스 차원에서 다분야 연계 접근의 중요성을 지지하고 동물분야 항생제 사용 제한에 대한 시범사업을 보건 분야에 확대 적용하는 접근을 제안함.
- (월드뱅크) WHO 글로벌 액션 프레임워크 준수와 인간, 동물, 환경 분야에서 건강 증진을 위한 연계적 접근의 중요성을 강조함. 농업 분야 연구 개발 및 민간 분야 참여도 중요하게 고려되어야 하며 모범적 사례를 보고하는 스웨덴 정부의 보고서 및 관련 국제적 협력 구조의 활용을 제안함.
- (WHO) 챕터 5의 내용은 국가 실행 계획 수립에 기여할 것이므로 관심이 높음. 투자에 대한 경제성 평가가 유용한 정보를 제공하고 있으며, 공중보건조직 뿐 아니라 모든 분야 조직이 고려해야 할 현대 의학의 문제라고 생각하며 지속적인 상황 변화 추적이 필요함.
- (BIAC) 관련하여 10월 18일에 개최 예정인 제3차 BIAC 보건 포럼에 대한 관심과 참여를 요청함. OECD 뿐 아니라 G7과 협력 필요하며, 이 부분에서 관련 기업과 협력도 중요함. 백신을 통한 예방 등 감염병 통제 전략과 세부

액션 프로그램이 치료보다 중요한 접근임을 강조함.

- (벨기에) 적절한 항생제 사용에 대한 캠페인 등 높은 순위의 정책으로 추진하고 있음. 병원에서 적정 항생제 사용에 대해서도 정책을 추진하고 있음.
- (캐나다) 원헬스 접근의 AMR 대책 추진을 지지하며, 보건의료영역 뿐 아니라 관련 영역의 핵심 관계자들이 참여하는 정책 추진이 필요함.
- (EU) AMR은 핵심 정책 이슈로서 이에 대한 EU 액션 플랜이 추진 중임. OECD와 협력하고 있으며, 올해 말 관련 경제성 평가 보고서를 발표할 예정으로 회원국들의 정책 접근들을 공유할 수 있을 것임.
- (독일) 항생제 국가 행동계획을 관계 분야와 새로운 파트너십 구축을 통해 추진하고 있음.
- (남아프리카) 원헬스 기반에서 다분야 국가 전략이 진행 중이며, 항생제에 대한 보편적 접근, 적절한 처방, 안전한 항생제 공급 등 혁신적 대응 정책이 추진 중임.
- (사무국) 보고내용에 대한 긍정적 평가를 확인함. 국가수준에서 지역 수준으로 접근을 확대하는 네덜란드 사례가 향후 과제이며, 예방 전략이 중요함. 국제적 협력을 통해 포괄적인 접근. 지리적 경계를 초월한 접근 노력의 필요성에 동의함. 글로벌 협력 작업에 대한 지지를 기반으로 계량적 분석을 확대할 것임.
  - 많은 국제 조직들이 이 주제와 관련한 작업을 진행하고 있음. 개입전략의 비용효과성 분석의 차별성과 가치를 증가시키는 요소들에 대한 근거를 제공할 필요가 있음. 기계학습, 인공지능 등 혁신적 모델링을 통해 관련 근거를 생산하는 작업을 발전시킬 것임.
  - 회피가능 사망을 감소시키는 마이크로 시뮬레이션 모델링 등을 추진하고 있으며, 이를 기반으로 보다 강력한 근거를 제공할 것임.
  - 이 보고서는 관련 국제 조직과의 협력을 기반으로 한 의미있는 결과이며, 이를 기반으로 향후 포럼 개최를 기대하고 있음. 국제적인 구조에서 추가되어야 할 요소들에 대한 개발이 검토될 것임.

## 7. 비만 및 신체 활동, BIAC/TUAC 참여 회의

### <사무국 보고>

- 지난 한해 OECD 사무국은 비만, 건강하지 않은 음식, 신체 비활동 이슈 해결을 위한 혁신적 효과성 또는 비용효과성 확인된 검토를 통해 다음의 결과를 발표함.
  - OECD Health Working Paper number 100 “Diet, physical activity and sedentary behaviors: 일부 OECD 국가 대상 추세, 불평등, 클러스터링 분석
  - OECD Obesity Update 2017: 비만 추세와 최근의 정책 개발에 대한 최신의 통찰 제공
  - Healthy people, healthy planet: G7 보건부 장관 회의와 연계한 정책 브리프
  - The FRESHER explore online platform: 유럽 보건 정책 규제 프로젝트의 예측과 모델링 작업의 일부로 OECD가 잠재적 건강 시나리오와 3개 유럽 지역에서 정책 영향 분석을 위해 모델링 플랫폼을 사용함.
- 사무국은 비만과 관련한 추가 작업으로 비만의 주요 결정요인에서 추세와 불평등을 검토하기 위한 데이터 확장하고, 비만, 건강하지 않은 음식, 신체 비활동 해결의 효과적 근거에 대한 작업을 시작하고, 혁신적 정책 옵션에 대한 효과성 및 비용효과성을 평가하는 마이크로시뮬레이션 플랫폼을 개발을 진전시켰으며, 주요 위험요인, 관련된 비감염성 질환, 이러한 위험요인에 대한 공중보건 활동의 광범위한 경제·사회적 요인 분석 작업을 시작함.
- 이 보고서는 다음의 측면을 중심으로 주요하게 진전된 작업내용을 제공함.
  - 비만과 관련 위험요인의 추세, 노동시장과 교육 성과에서 비만의 영향, 건강한 생활습관을 촉진시키는 정책의 효과성, 비즈니스와 산업에 대한 정책의 영향(사례연구로 재구성)
  - OECD 인구는 지나치게 좌식 행태를 가짐: 프랑스의 시간 사용에서 평균 24시간 중 앉아서 있는 시간이 33%, 활동시간 7%
  - 건강하지 않은 행태로 인한 비감염성 질환은 노동시장 결과에 부정적 영향을 미치고, 유럽에서 비감염성 질환 관련 낮은 고용확률(고혈압 0.94 당

노 0,86)이 조사되었고, 2013-14년 회원국에서 BMI가 높은 아동의 나쁜 학교 성과가 보고되었음.

○건강하지 않은 생활습관을 통제하는 풍부한 공중보건활동 존재

- 일차의료, 정보 제공(모바일 앱, 대중매체 캠페인), 식품 라벨링 등

○식품 재조합(food reformulation)의 효과성을 포함하여 공중보건정책이 산업에 미치는 영향에 대한 보고가 있음.

○2019년 후반에 발표된 새로운 비만 보고서 준비를 위해 내용의 확장되고 보완될 것임.

- 마이크로시뮬레이션 분석 등 분석 모형 정교화와 산업에 미치는 영향 분석 수행, 건강과 영양 등 포괄적 접근을 위해 Food Chain Analysis Network와 작업 등

○분석 결과에 대한 의견, 노동시장 결과 및 사업, 산업에 미치는 영향에 대한 정책적 의미에 대한 의견, 관련된 최근 국가 정책 사례 제공, 향후 작업에 대한 의견 요청

### <프랑스, 신체활동 촉진에 대한 정책 사례 소개>

○3백만 국민의 신체활동에 대해 3가지 전략을 기반으로 국가 정책 추진

- 세가지 전략은 참여자 지원, 운영자 지원, 균형적 접근

- 참여 지원 전략은 시설 지원, 생애적 접근 (school to university)과 여성, 노인, 장애인 등 타깃팅 접근을 위해 지역단위 재정 지원

- 운영자 지원 전략은 주요한 재정운영 단위인 지역 당국, 민간 분야 여러 단체 지원

- 균형적 접근은 국가적 범주에서 스포츠 부처와 관련 조직들이 모두 중요한 역할을 하도록 유도

○프랑스 스포츠 부는 모든 주체 지원, 새로운 참여 유도, 새로운 형태의 스포츠 육성을 바탕으로 정책을 추진하고 있음.

### <주요 논의 및 결과>

- (호주) 다중의 위험요인을 고려한 여러 정책들에 대한 선택의 근거를 제공하는 포괄적 검토 보고서이며 식품 라벨링(labeling)은 좋은 사례임. 당함유 비알콜 음료의 라벨링 확대를 추진 중에 있음.
- (영국) 비만에 초점을 맞춘 일련의 정책이 시행되고 있음. 당함유 음료 감소 정책은 매우 성공적 정책이지만 식품 재조합(reformulation)은 다국적 접근이 요구됨. 2030년까지 비만 아동을 절반으로 감소시키는 정책을 추진 중으로 어린이 대상 고열량 고당 음식에 대한 규제 강화에서 라벨링 정책이 확대되고 있음.
- (한국) 최근의 과체중 및 비만 감소를 위한 국가 정책이 추진되고 있으며, OECD 연구가 슈가 택스(sugar tax) 같은 규제 정책 도입의 근거를 제공할 것으로 기대함. 관련하여 초등학교 1, 2학년 대상 영양 교육을 하는 방과후 어린이 돌봄 사업이 진행되고 있으며, 지역사회 기반 모바일 앱을 통한 신체활동 촉진 프로그램을 추진 중에 있음. 최근 건강보험공단 추계에 따르면 GDP의 0.6%가 비만으로 인한 부담으로 추정됨.
- (덴마크) 비만이 비감염성 질환 뿐 아니라 공중보건에 미치는 영향 분석이 필요함. 국가적 관심이슈로 교육과 과체중과의 관계가 강조되어야 함. 건강한 선택이 쉬운 선택이 되도록 건강관련 영양이 중요한 핵심 레이블이 되도록 식품 산업과 재조합(reformulation) 확대 노력 필요함. 이를 위해 사회 전반에서 중요성을 인지하고 책임감을 갖는 것이 필요함.
- (미국) 저소득 어린이 대상 교육 성과에 대한 비만의 영향 분석을 제안하며, 신체활동과 스포츠에 대한 정책 비교를 위한 가이드라인이 필요함. 식품 개선을 위한 공공과 민간의 파트너십 구축(스위스, 호주, 멕시코)이 중요하며 시장에서 재조합이 확대되기 위한 시간을 제공해야 함.
- (BIAC) 산업의 참여와 협력 기회 제공에 감사함. 산업의 자발적 규제 확대를 위해 공공분야와 산업분야의 협력은 매우 중요하며, 헬스 리터러시와 건강 관련 행태들이 모두 함께 고려되어야 함.
- (TUAC) 좌식 행태는 개인의 문제일 뿐 아니라 작업장과 관련된 이슈로서 사회적 대화, 단체협상 등을 통해 작업장 개선을 유도하는 공동의 노력이 필요함. 공중보건의 비즈니스 및 산업에 미치는 영향 분석은 비즈니스와 산업이 보건정책과 생활습관 형성에 영향을 미칠 수 있음을 의미하므로 관련

광고 제약 등 관련 정책의 검토가 필요함.

- (핀란드) 9월 23일 미국에서 개최되는 비감염성 질환 대응 비만에 대한 국제 행사에 관심을 촉구함. 2012년 이후 관련 정책을 추진 중에 있으며 체중 관리 등 건강한 생활습관에 대한 가이드라인 제공, 건강한 행태에 대한 경제적 인센티브 제공을 시행하고 있으며 올해 말에 성과 보고서가 발표될 예정임.
- (프랑스) 산업 분야 라벨링 시스템으로 ‘뉴트리 스코어’ 제도 도입을 소개함. 긍정적인 건강 선택을 유도하는 정책 사례로서 비만 등 비감염성 질환의 유병률을 유의하게 감소시키는 성과 기전으로 평가되고 있음. 국가수준에서 통합 조정되는 실행 전략이 필요하며, 건강한 식습관과 신체활동, 영양 관련 여러 부처들의 협력이 중요함.
- (이태리) 유럽국가 중 가장 높은 비만 수준이지만 최근의 전략 추진으로 긍정적 지표 변화가 있음. 초등학교 어린이에 대한 교육 프로그램이 실효성을 보였음. 분야를 관통하는 정책 추진과 협력이 중요하며, 시민에게 권한 위임과 생애주기적 접근이 중요함. 주요 식품 협회들과 협력하여 고염, 고당 식품 등에 대한 라벨링 사업의 추진 뿐 아니라 글로벌 마켓에서의 추진도 필요함. 특히, 어린이 보호를 위한 가이드라인 개발이 중요함.
- (일본) 40세 이상 인구 건강검진, 대사성 질환 고위험 집단에 대한 건강한 행태 선택을 위한 경제적 인센티브 제공. 대기업에서 건강보험과 연계하여 공공분야 직원에 대한 검진 확대, 75이상 노인에 대한 신체활동 지원이 진행되고 있음.
- (라트비아) 노인, 아동, 장애인, 지방을 우선적 타깃 집단으로 설정하고 있으며, WHO, EU, 다분야 협력을 통해 국가적 로드맵을 추진하고 있음. 학교 뿐 아니라 일반 인구에서 신체활동 촉진을 위한 사업을 추진 중임.
- (멕시코) 가장 중요한 정책 이슈로 당뇨와 비만을 health emergency로 규정함. 교육부 등 관련부처와 포괄적인 예방 전략을 추진 중으로 식품 라벨링, 고당음료에 대해 학교 내 판매 규제와 Tax 부과 정책이 시행되고 있음.
- (네덜란드) 비만이 높은 수준은 아니지만, 중요한 이슈로 다루어지고 있으며 대사성 질환과 관련성을 고려할 필요가 있음. 관련 정책 수립과 추진을 위해 많은 이해당사자 참여와 합의가 필요함. 모델링 관련 포괄적 요인을

포함을 통해 비만유병률 감소에 대한 정책 기인성 등 결과의 활용성 제고를 요청함.

- (사무국) 정책적 접근 방식과 모델링 작업에 대한 대표단의 의견을 인지하고 향후 작업을 추진키로 함.

## 8. (비공개) 라트비아 - 가입 후 후속 검토

### <사무국 보고>

- 2016년 3월, 보건위원회의 라트비아 가입에 대한 보건위원회 공식 의견은 라트비아 보건시스템이 더 적은 자원으로 국민에게 효과적이고 효율적인 의료를 제공하고 있다고 할 수 있지만, 보건시스템의 지속적 성과향상이 필요하므로 가입 후 2년 내 주요 권고에 대한 이행사항을 보고하도록 요청함.
- 보건위원회의 5가지 주요 권고사항은 데이터기반 보건의료시스템 구축, 의료접근성 강화, 의료의 질 향상, 예방의료의 효율적 제공, 인구당 보건지출의 증대였음.
- 라트비아의 권고 이행 현황에 대한 검토 후 공식적 가입 후 검토 과정의 종결에 대한 의견 요청

### <라트비아 보건부의 권고 이행 현황 보고>

- 데이터 기반 시스템
  - 관련 e-health 정책을 추진, 중요한 데이터 연계 통합을 위한 데이터 저장 시스템 구축, 보건시스템 성과 평가 시스템을 구축함.
  - Data Storage-Tool of Business Intelligence: 심층적 정책 분석을 위해 중요한 데이터 연계 통합. 병원 100%, GP 92%가 시스템에 참여
  - HSPA(Health System Performance Assessment)관련 OECD와 프로젝트 진행 중
  - 관련하여 위해사고 보고 시스템을 지역적으로 병원 단위에서 운영, 향후 국가적으로 시스템 통합 계획

○ 의료 접근도

- 일차의료 강화, 의약품 재정지원(state funded medicine), 지역중심 의료, 지역으로 의사 이동 지원(5 month alary, --maonth salary for a family registration) 등을 통해 접근도 개선
- 대기자 40% 감소 성과

○ 의료의 질

- 질과 환자안전에 대한 개념 도입(2017), 전략적 구매(암치료 중심 2018시작), DRG, profiling hospitals, HSPA, 일차의료 P4P를 통한 질 향상 확대

○ 보건의료 분야에 대한 정부 예산 23.6% 증가

<주요 논의 및 결과>

- 에스토니아, 핀란드, 아이슬란드, 덴마크, 네덜란드, 스웨덴의 성과 개선에 대한 긍정적 평가와 가입 후 검토 종료에 대한 지지 발언이 있었음.
- 의장은 공식적인 가입 후 검토 과정 종료 진행에 대한 보건위원회 동의를 확인함.

**9. 최근 기대수명 증가 둔화 또는 감소에 대한 국가 보고: 영국과 미국**

<미국 CDC RObert N.Andrson, PhD, 기대수명의 최근 감소>

- 연령보정 사망률이 1900-2016 감소 추세, 1970년 이후 지속적 감소 추세
  - 2015년 이후 기대수명이 감소함. 20세기에는 감염병(인플루엔자), AIDS 발생 증가 등으로 기대수명 변동 추세가 있었음.
  - 2년 연속 감소가 1961-63년, 2015-16년에 보임.
  - 0.1년 감소의 원인은 연령그룹별 비교에서 25-34세, 35-44세에서 사망 증가가 상대적으로 요인으로 분석됨.
- 주요 감소 사인은 비의도적 상해(unintentional injuries)로 중독(poisoning), 자동차 사고가 주로 차지하고 자살 등이 포함됨.

- 특히, 약물중독으로 인한 연령보정사망률이 급격히 증가하고 있으며 오피오이드(opioid)로 인한 증가도 같은 추세를 보임.
- 10년전 평균수명 증가(2005-2006)에서는 비의도적 상해가 상대적으로 적은 영향을 미쳤고 심장 질환에 의한 사망 감소의 수명 연장 효과가 더 컸음.
- 2014-2016년 기대수명 감소는 주로 15-34세 연령그룹에서 사망률 증가와, 비의도적 상해, 특히 약물 중독에 의한 사망 증가로 분석됨.
- 그간의 급격한 사망률 개선도 최근에는 유지되고 있음.
  - 심장질환 사망률은 특히 더 느린 속도로 감소하여 정체되고 있으며 고도 비만의 증가가 기여한 것으로 추정됨.
- 2017년 예비 자료 분석결과, 약물중독과 자살 사망율이 증가하고 심장질환 사망률은 유지되거나 약간의 감소가 예측되고 있음.
  - 2014-2017년의 3년 연속 감소가 예측되며, 인플루엔자 유행 이후 처음임.

#### <UK 킹스 펀드 Veena S Raleigh, 영국인구의 사망률 추세와 이슈>

- 수십 년 동안 기대수명 향상 이후 2010년 이후 거의 변동이 없으며 이례적으로 2015년 기수명이 감소함.
  - 노령인구(75세이상 사망의 67% 차지)의 사망이 정체되고 이하 연령에서의 사망률 감소도 줄어들고 있음. 이러한 추세는 고령 남성보다 고령 여성에서 더 악화되고 있으며 주요한 원인은 당뇨병으로 추정되고 있음.
  - 연령보정사망률이 모든 연령에서 2001년 이후 2017년까지 분기별 추세에서 지속적으로 감소하다가 2010년 이후 변동을 보이며 정체되고 있음.
- 한편, 이러한 추세의 원인으로 긴축(austerity)에 대한 논란이 있음.
  - 일부 보고서가 복지급여 축소, 대기시간과 등의 NHS 성과 지표 악화, 퇴원 지연 증가, 보건 및 복지지출 통제 등의 긴축(austerity)을 원인으로 제기함.
  - 그러나 아직 인과 관계는 증명되지 않고 있음. 영국 통계청은 대부분의 초과 사망이 인구 증가와 고령화 때문으로 추정하고 있으며 2015년 기대수명 감

소는 기타 EU 국가에서도 관찰되고 부자 및 빈곤지역 모두 이러한 추세를 보인다는 반론이 있음.

- 예외적으로 심각한 지출 삭감에도 불구하고 기대수명 증가를 보이는 그리스와 스페인을 제외하고 2008년 이영국, 독일, 스웨덴 등 북유럽 국가에서 동일한 추세 확인
- 긴축이 사망률에 큰 영향을 미치지 보다는 기대수명에서 컨버전스에 의한 변화라는 추정이 있음.

○ 플루(flu)의 역할은?

- 유럽 사망률 모니터링 시스템(EuroMOMO)을 통한 24개 국가의 실시간 추세에서 3개 겨울 시즌에서 초과 사망이 확인됨.
- 2011년 이후 사망률 감소는 여러 국가에서 확인되나 영국에서 감소수준이 더 낮으면서 2011년 이후 더 악화되고 여성에서 더 큰 변화가 확인됨.

○영국 특이적인 원인과 유럽 전반의 원인 가능성 제기, 잠재적 기여요인으로 인구학적 변화(인구 규모 고령화, 코호트 효과 등), 역학적 변화(복합만성질환 증가), 플루 등이 제기됨.

○연령, 성별, 지역 구분을 통한 보다 포괄적인 국제 비교와 심층 분석 필요

## <주요 논의 및 결과>

○(이탈리아) 기대수명은 가장 단순한 결과 지표 중 하나로 분석 방법의 문제일 수 있음. 이러한 분석은 자료의 정확도와 질, 감시체계에 등록하는 정보의 질에서 이질성 문제 해결을 요구함. 이탈리아는 기대수명이 가장 증가하는 국가 중 하나이지만 사망 위험 분석에서 지역 간 불평등 문제가 확인되고 있음. 사망은 보건의료 분야 밖의 영향을 받을 수 있으므로 사회시스템, 건강정신 프로그램 등 다양한 영향을 고려하여 OECD, EU 등이 협력하는 공통의 접근이 유용할 것임.

○(캐나다) 오피오이드 중독과 사망에 대한 국가적 관심이 높음. 이와 관련 OECD 프로젝트(policy intervention on opioid)에 대한 관심과 조사 참여를 요청함.

- (포르투갈) 재정긴축에도 불구하고 기대수명이 증가하고 있는 상황이지만 건강하지 않은 고령화(unhealthy ageing)에 영향을 미칠 수 있음. 부적절한 약물 사용, 헤로인 등 중독 문제에 대한 관심이 높음. 사회복지, 정신과 등 다양한 분야의 참여와 협력이 필요한 주제임.
- (영국) 미국과 영국의 심장병 사망률 감소 추세는 유사하나 영국에서 기여 요인으로 2010년 이후 플루의 영향을 고려하는 부분에 차이가 있음. 복합만성질환, 치매, 알츠하이머 등의 영향을 고려해야 하는 어려운 과제임.
- (일본) 지속적으로 평균수명이 증가할 것으로 예측되는 국가임. 현재의 정책목적은 단지 기대수명만 증가시키는 것이라 건강수명을 증가시키는 것임. 건강수명 향상 전략은 건강한 장수와 건강 불평등 감소에 있으며, 시도단위로 스마트 라이프 프로젝트 추진을 통해 건강한 생활 습관(건강검진, 식습관 개선 등)을 유도하고 있음.
- (멕시코) 만성질환 증가로 기대수명이 감소하는 추세이며 폭력 등의 문제가 심각함.
- (네덜란드) 평균수명 증가율 감소를 경험하고 있음. 여러 문제들이 고려되고 있음. 사회적 경제 수준에 따른 차이를 질문하고 기타 인종적 차이, 이주민 문제 등 광범위한 문제로 이어질 수 있음.
- (칠레) 재정 긴축에도 포르투갈처럼 기대 수명의 감소가 없는 경우가 있어 긴축의 기여도는 빈약함. 미시 수준의 근거 개발을 제안함.
- (미국) 미국 정부는 오피오이드 문제를 심각하게 다루고 있음. 의료의 질과 통증 관리 측면에서 적절한 사용을 유도하고 처방에서도 규제를 도입하고 있음. 통증관리에 대한 연구를 통해 대안적 접근들을 제시하고 있음. 더 좋은 치료 약품에 대한 접근 보장과 과이용에 대한 문제를 적절히 통제하기 위한 접근이 필요함. 관련 정책 개발과 권고를 위한 OECD 작업이 필요함.
- (호주) 영국의 경우 치매가 두 번째 사인으로 증가하고 있는 것이 차별적이므로 이에 대한 고려가 필요함.
- (미국 발표자) 정보의 질은 확신할 수 없는 과제이긴 하지만 장기간 분석을 통한 안정적 추세를 볼 때 보완적 문제이고 치매로 인한 사망 증가 현상은 관찰이 필요함. 사회경제적 구분에 따라 차이를 보이는 패턴이 확인됨. 지

방에서 더 높은 사망률을 보이고 있지만, 최근 연구에서 백인의 더 높은 중독률 보고를 고려할 때, 인종적 차이는 분명하지 않음.

- (영국 발표자) 치매의 증가에 대한 주의 관찰의 필요성에 동의함. 2015년 사망률 감소는 일부 국가에서만 확인되나 겨울에 사망률 증가에 대해서는 공통의 추세이고 긴축과 관련해서 부분적 영향의 가능성은 플루 치료에 대한 접근성 제한을 통해 발생할 수 있음. 있음.
- (OECD 사무국) 약물 과이용에 대한 문제는 명확하게 확인되지만 보다 분명한 원인 분석의 필요성이 보임. 긴축은 복잡한 구조로 보건 및 사회복지 분야에 나쁜 영향을 미칠 가능성 있음. 아울러, 영국에서 심장 질환 사망을 감소의 정체는 하한선(downward limit)에 이른 이유일 수 있음. 향후 최근의 근거를 통합적으로 수집하여 주요 결과를 가져온 원인에 대한 통합적인 분석을 제안함.

## 10. 보건 지출과 제도적 특성

### <사무국 보고>

- 패널 데이터셋(panel dataset) 구축을 통한 새로운 분석 시도
  - 보건의료시스템 조사(2008, 2012, 2016)→지표 구축→패널 데이터 구축→ 16개 국가 대상 분석과 해석
  - 거버넌스와 자원 배분 지표에서 거주기반 국가와 기여기반 국가들에서 보건의료급여범위 정의에서 차이가 컸음. 거주기반 국가에서 시계열 기간 동안 상대적으로 기여기반국가보다 가격 규제를 강화하는 변화를 보임.
- 지출의 가치를 비교하는 4사분면 접근 제시
  - 회귀분석의 회귀계수를 이용하여 보건의료지출과 평균수명에 미치는 영향에 대한 계수를 4사분면에 배치시킴으로써 정책별 가치 평가
- 기본 보장의 폭을 확대(Greater depth of basic coverage)하는 정책과 일차 의료에 대한 가격규제 강화(Higher degree of regulation of prices for primary care)가 비용대비가치가 높은 정책으로 분석됨.

- 기술평가는 평균수명을 향상시키면서 비용도 증가시키는 것으로 분석
  - 의료의 질에 대한 인센티브 확대는 평균수명 향상에 대해 유의한 영향 없이 지출 증가에 기여하는 정책으로 분석
  - 병원서비스 가격 규제 강화는 평균수명 향상에 대해 유의한 기여 없이 비용 감소에 기여하는 정책으로 분석
- 이 작업 결과와 정책적 의미에 대한 의견과 국가별 비용대비 가치에 대한 정책 효과의 근거와 연계되는 정도에 대한 의견 요청

### <주요 논의 및 결과>

- (영국) 기대수명을 종속변수 사용하여 두 시점(2008-2011과 2013-2016)의 변화를 비교하는 영국 분석 결과를 소개하고 기대수명에 미치는 다양한 보건의료 외부 요인에 대한 고려가 필요함을 제안함.
  - 첫 시기에는 흡연을 감소가 중요한 영향을 미치고 지출이 긍정적 효과를 보였으나 두 번째 시기에서는 지출의 증가가 부정적 기여를 했음.
  - 2015년 평균수명 모형에서 설명되지 않은 부분의 기여가 상당히 증가함.
- (노르웨이) 일차의료 게이트키퍼(gate keeping) 효과에 대한 정책적 기대가 높은 상황에서 결과에 대한 세부적인 설명을 요청함.
- (한국) 문재인 케어의 핵심인 기본보장의 확대와 경제적 위험 보호 정책의 비용대비가치효과가 높게 평가된 결과를 환영함. 다만, 의료기술평가 정책, 민간 시장의 확대 정책들은 결과와 다른 정책적 기대를 갖는 정책이므로 세부적인 토의가 필요함. 아울러, 질기반 인센티브 강화 정책 또한 행위별 수가 기반 국가들에서 비용대비가치를 높이는 접근으로 확대하고 있고 문헌에서도 혼합된 결과를 보고하고 있는 만큼 상세한 토의가 추가되기를 기대함.
- (스위스) 일부 정책에 대해서는 주의 깊은 추가 설명이 필요하며, 국가들을 단지 두 개 그룹으로 구분하여 분석한 접근에 의문을 제기함.
- (네덜란드) 지표별 점수부여가 실제 네덜란드 상황을 정확히 반영하지 못하고 있어 추가 정보제공을 통해 확인을 요청함. 아울러, 체계적 문헌고찰에

서 의료연계가 매우 중요한 정책적 이슈로 확인되고 있는 상황에서 이 데이터 셋에서는 부정적 관련성을 보이고 있음. 보다 광범위한 관점에서 결과의 타당성을 확인할 것을 제안함.

○(체코) HTA 관련 정책은 급여범위 결정과 관련된 주요 정책으로 추진되고 있음. 기대와 다른 결과에 대해 정책 간 상호작용에 대한 고려를 제안함.

○(칠레) 결과의 강건성(robustness)에 대한 검토를 통해 결과의 유용성을 증가시킬 것을 제안함. 기술평가는 비용편익분석을 통해 이루어지므로 평균수명에 대한 기여가 없다는 결과는 상충될 수 있음. 마이크로 데이터를 활용한 미시적 근거를 추가할 것을 제안함.

○(사무국) 제시된 의견과 제안을 반영하여 향후 모형 교정을 진행기로 함.

- OECD 보건의료시스템 조사의 질문은 국가별로 응답이 어려운 경우가 있을 수 있으므로 지표 구축의 정확도 문제 개선의 필요성에 동의
- 정책 간 상호작용에 대한 고려 등 제안의 필요성에 동의함. 게이트키퍼 등 일부 지표는 케어 코디네이션과 지불제도가 결합된 지표로 이와 같이 여러 정책의 영향이 결합된 결과가 도출될 수 있음. 질 기반 성과지불모형 정책의 평가도 기타 영역의 영향이 결합된 결과일 수 있음.
- 분석모형의 기술적 측면에 대한 의견에 대해서는 역인과성(reverse causality), 상호작용(interaction) 등을 극복하기 위한 모형 교정 필요
- 주성분 분석 등 정교한 방식으로 클러스터 세분을 검토하고 지표별 점수 부여에 대해서는 공개된 데이터를 검토를 통해 의견 제시를 요청함.

## 11. 지식기반보건시스템(KBHS)에 대한 고위급 회담

### <사무국 보고>

○지식기반보건의료시스템 구축의 스키마

- 데이터(보건시스템 내/외부) → 정보(공공, 환자, 공급자 관리자 정책수립가) → 지식(행태, 활동, 연계) → 활동(임상, 관리, 정책, 행태)의 환류를 통해 지속적 시스템 개선 유도

- 케어모델, 보건의료인력, 보건의료시스템 거버넌스의 연계하여 추진
- 2019년 고위급 포럼 계획
  - 5개 패널 구성(1.디지털 시대 건강: 과대광고와 현실, 2.사람중심 보건의료 시스템, 3.기회 극대화와 위험 최소화를 위한 데이터 관리, 4.디지털 혁신에 대응하기 위한 보건의료노동시장의 혁신, 5.보건의료시스템 생산성과 향상을 위한 지식)
- 고위급 회담 개최에 대한 동의, 제안된 프로그램에 대한 의견, 추가 제원의 필요성 인지, 행사 지원에 대한 관심 표명, 대안적 재원에 대한 의견을 요청함.

### <주요 논의 및 결과>

- (스웨덴) 고위급 회담 개최를 지지하고, 프로그램 관련하여 3. 기회 극대화와 위험 최소화를 위한 데이터 관리 세션에서 개인 데이터 사용의 보호와 활용에 패널 토론 추가를 제안함.
- (스위스) 고위급 회담 개최에 동의하며, 토의 주제를 줄여 집중 토의 방식의 운영과 패널 3에 대한 심층 토의와 패널 5에서 교육시스템 개선에 대한 논의 포함을 제안함.
- (프랑스) 2019년 G20 개최국이며, 추가 정보를 바탕으로 결정하겠음.
- (덴마크) 고위급 회담 개최를 지지하며, 디지털 혁신에 대해 심층 및 실용적 토의를 위해 관련 학계와 고위급 전문가 구성의 필요성을 강조하고 고위급 회담을 주최하기 위한 요건 안내를 요청함.
- (에스토니아) 고위급 회담 개최에 동의하고 이슈의 중요성을 고려하여 중요한 이슈에 집중한 프로그램 구성을 제안함. E-health 실행을 위한 데이터 상호운용성, 데이터 소유권 등 민감한 이슈의 해결을 위한 논의를 포함하여 이 주제에 대한 국가적 관심이 높음.
- (폴란드) 덴마크와 같이 회담 주최에 대한 요건 안내를 요청함.
- (호주) 패널 3에 대한 집중과 패널 2에서 헬스 리터러시(health literacy)와 공익적 목적의 1차 및 2차 데이터 사용에 대한 논의 필요성을 제안함.

- (일본) 공익적 목적의 2차 데이터 이용에 대한 집중을 제안하고 국가수준에서 검진, 의료, 장기요양 관련 분산된 데이터의 통합적 관리 사업을 추진한 일본의 경험이 고위급 회담에서 공유되기를 희망함.
- (사무국) 프로그램 구성이 데이터 보안, 정부와 공익 목적의 활용을 중심으로 집중되어야 한다는 의견을 확인함. 기계학습과 같은 기술적 혁신과 정치적 혁신이 결합될 필요가 있으며, 디지털 리터러시(digital literacy) 관점에서 헬스 리터러시의 문제는 중요한 이슈임에 동의함.
  - 전체적으로 회담 개최에 대한 동의를 확인하고 세부 내용을 다음 회의에서 공유기로 함.
  - 의장은 덴마크와 폴란드가 추가 정보 확인을 조건으로 고위급 회담 주최에 관심을 표명한 것에 감사함.

## 12. 병원 퇴원 지연에 대한 긴급현안(Fast Track)보고서

### <사무국 보고>

- 사무국은 병원 퇴원의 개선을 위해 실행되고 있는 국가별 정책과 퇴원 지연 모니터링 현황 등을 포함한 보고서의 주요 결과를 발표하고 대표단에 검토의견과 퇴원지연에 대한 추가 정책 사례 등을 요청함.
- 재입원과 퇴원 지연이 깊은 관련성이 있으므로 조사와 인터뷰는 OECD와 Harvard Global Health Institute, LSE의 병원 재입원 프로젝트와 연계하여 수행되었음.
- 퇴원 지연은 보건의료시스템에 비용부담 초래
  - 높은 재원일수, 높은 입원지출 비중, 퇴원 지연이 미치는 환자의 건강상 위해 등
  - 퇴원이 필요한 환자의 재원일수 연장은 전체 병원서비스 지출의 30%
- 퇴원 지연이 장기요양 및 지역사회 기반 돌봄을 포함한 퇴원 후 관리체계의 연계 문제에 기인하므로 병원성과를 넘어서 국가 의료 및 사회적 돌봄 시스템의 성과 지표로 다루어져야 함.

- 퇴원 지연 감소를 위한 정책적 접근
  - 지역사회기반 및 장기요양서비스 역량 확대
  - 의료 연계(코디네이션) 및 퇴원 향상: 많은 국가에서 관련 P4P 시행
  - 퇴원 지연에 대한 모니터링 강화
- 병원에서 퇴원지원에서 대한 측정의 개선 방향
  - 측정은 퇴원지원 감소를 위한 핵심 요소, 최소 10개 회원국들이 방법은 다르지만 퇴원지원 모니터링을 수행 중
  - 기대이상의 장기 재원일수에 대한 시범 지표 개발 중

### <노르웨이, 지자체 수준의 정책 접근 사례>

- 2012년 지자체(municipality) 수준에서 의료연계 개혁 추진
  - 퇴원이 필요한 환자 정의, 퇴원 후 지속적 서비스 필요 환자의 퇴원 과정에 대한 규제
  - 퇴원 지연에 대한 벌금 부과를 통해 병원의 재정적 책임 강화
    - 전문의 등의 평가에 기초한 임상적 기준으로 퇴원 지연 정의
- 개혁 추진 이후, 재입원에 증가 없이 퇴원지연건수와 전체 재원일수 감소
- 재정적 인센티브 사업이 초기에는 정신건강 및 약물 남용 부분이 제외되었으나 2013년부터 확대 계획을 발표하고 2019년부터 적용 예정

### <네덜란드, 재원일수 감소 정책 사례>

- 국가적인 퇴원계획은 없지만 병원 퇴원 이후 적절한 의료 연계의 필요성이 확인되어 3개 정책 추진
  - 모니터링 활동 강화, 중간 시설 확대, 노인의 지역사회 계속거주(aging in place) 정책 확대
  - 노인의 지역사회 계속거주 정책은 통합적 지원 케어(integrated supported care), 비공식적 보호자(informal care givers), 적절한 주거(adequate housing)의 3개축으로 구성
- 정책 추진으로 재원일수 감소 성과 확인

## ○주요 정책 전략

- 보험자와 지역사회가 정기적 협력, 혁신 기금 구조- 집에서 디지털 케어, 일차의료와 EMR에서 노인병 전문의 확대, 일시적 재원에 대한 지역적 연계, 퇴원 후 조정된 의료 이송, 단기 재원 또는 게스트 케어(guest care)에 대한 시범사업, 대안적 형태의 생활 지원(연간 10개 새로운 사업)

## <주요 논의 및 결과>

- (아일랜드) 퇴원지원에 대한 전문가 워킹 그룹을 운영하고 있으며, 홈케어, 장기요양, 일차의료의 세 분야에 대한 투자 확대와 역량 개선, 관련 모니터링 강화를 통해 퇴원지원 문제 개선을 추진하고 있음.
- (캐나다) 보건의료시스템의 한계와 통합의 부족으로 장기요양시설로 이송된 후 영속 재원으로 이어지는 문제가 있음. 보고서에서 제안된 중간 돌봄 시설이 부족한 상황이므로 추가 시설과 새로운 기능을 통한 시스템 개편과 홈케어 강화를 위한 투자 확대를 추진 중임. 그러나 홈케어에서 해결할 수 있는 부분과 환자가 필요로 하는 부분간의 차이(gap)을 줄여야 하는 과제가 있음. 아울러, 퇴원계획 수립 및 의료연계 조직 또는 팀의 기능 수행과 적시의 정보 및 필요 서비스 제공, 보호자 교육 등을 포함하는 통합적이고 협력적인 병원-집 이송 전략을 추진하고 있음.
- (영국) 캐나다와 같이 분산된 시스템에서 서로 다른 인센티브의 충돌과 사회복지재정 축소의 문제가 있음. 보건부 장관이 지방단위에서 퇴원 후 연계 개선을 위해 목표 설정을 통한 개별 병원성과 관리 사업을 추진하고 있음.
- (사무국) 적시성 있는 보고서 주제라는 의견을 확인하고 국가별 정책 사례에 대한 업데이트 요청함.

## 13. 환자안전 및 미래 작업 방향에 대한 보고서

### <사무국 보고>

- 기존의 작업과 연계하여 ‘Delivering quality health services’ 보고서 발간
- 환자 위해에 따른 비용은 크지만 70%까지 예방 가능

- 유병률과 사망률의 14번째 요인, 병원에서 위해 발생은 OECD국가 입원 활동의 15%, 일차의료에서 위해 발생은 OECD국가 병원 활동의 6%이상

○조정된 투자와 정책 노력을 통해 감소 가능

- 환자의 참여와 보고, 정보 인프라, 인적 자본, 거버넌스가 결합되어야 하며 기저에 리더십과 문화가 구축되어야 함.
- 측정이 기반이 되도록 기존 지표의 유용성과 활용성 확대, 의료 연속선상에서 안전 지표의 확장

○추가적 측정 작업을 위한 선택

- 1.회원국 지표 개발을 위한 국가 지원, 2.과정과 결과지표 결합, 3.급성기 영역에서 측정 접근 확장, 4.장기요양으로 측정 확장, 5.안전 문화 측정 역량 구축, 6.안전사고 보고에서 환자 의견 반영

○추가 작업의 선택의 우선순위 등 의견 제시 요청

<덴마크 최근 환자안전 활동>

○환자안전과 관련하여 다양한 지표를 운영하고 있으며, 이를 통해 환자안전의 중요성을 고취시키고 있음. 최근 환자안전에 대한 경제적인 효과에 대한 분석을 통해 환자안전을 위한 경제적인 투자는 환자안전을 향상시킨다는 결론은 산출하였으며, 12가지 개입 우선순위를 소개함.

- 환자안전 개선을 위한 가장 효과적인 개입은 수술 전 손씻기, 수술 후 회복 관리 등과 같은 안전교육(education)이었으며, 그 다음으로는 질 개선 활동(quality improvement work), 그리고 환자안전 문화 구축 등으로 나타남.
- 특별히, 환자안전 문화 구축을 위한 노력은 1992년부터 시작되었고, 2004년에 환자안전 법안이 제정되었음. 그리고 환자안전과 관련하여 ① 보고자에 대한 비난 금지(no sanctions against reporters), ② 전체 보고 의무(full reporting duty)의 두 가지 원칙에 근거하여 운영하고 있음.

<월드뱅크, 국가 수준에서 최근 보고서 내용 소개>

○중간소득국가(middle income countries)의 의료서비스 질 향상과 보편적 의

료보장(UHC) 달성 측면에서 의료서비스 수준을 측정한 OECD 공동 보고서 내용을 소개하고 있음.

- 정책 분석을 위해 OECD의 아젠다인 ① 의료서비스 질 정의, ② 실제 의료서비스 수준과 질 향상 활동(투자), ③ 자료수집 및 정책 사례 등의 세 가지 방법에 근거하여 접근하고, 국가단위 및 지역단위에서 분석함.
- 중간소득국가들은 ① 지식과 임상(현장)의 차이, ② 자료수집의 문제 등으로 인해 의료서비스의 질적 차이가 크게 나타남을 확인하였으며, 의료서비스의 질적 수준의 하락은 보편적 의료보장 달성을 저해하는 보건의료 시스템의 실패로 분석됨.
- 따라서 중간소득국가들을 중심으로 지역수준에서의 의료서비스 전달체계 구축은 물론, 환자안전과 의료서비스 질 측정이 가능한 수준으로 의료서비스 시스템을 개선하기 위한 국제적인 전략이 필요함.

### <주요 논의 및 결과>

- (노르웨이) 제안된 우선순위와 관련하여 첫째, 장기요양 진료까지 환자안전 지표 확대, 둘째, 급성기 진료 측정을 위한 회원국 지원, 셋째, 환자안전 과정지표와 결과지표의 연계 순으로 우선순위가 높음.
- (캐나다) 첫째, 장기요양 진료까지 환자안전 지표 확대, 둘째, 환자안전 문화 구축, 셋째, 환자안전 과정지표와 결과지표의 연계, 넷째, 급성기 진료 지표 산출을 위한 회원국 지원 순으로 우선순위를 제안함. 장기입원 환자들에게는 다양한 질환적 문제가 있으므로 현재 사용하고 있는 interRAI 이외에 장기입원 시설의 적용 가능성과 현재 캐나다 병원의 환자안전 문화 수준을 고려하였음.
- (포르투갈) 첫째, 전문가의 환자안전 교육의 중요성을 고려하여 환자안전 문화 구축, 둘째, 진료 과정이 환자안전 결과에 미치는 영향을 고려하여 과정지표와 결과지표의 연계, 셋째, 환자안전 의견 수렴에 있어 환자 참여 순으로 우선순위를 제안함.
- (프랑스) 의료서비스 질 향상과 환자안전 개선을 위해서는 리더십이 가장 중요하므로, 환자안전 문화 구축을 가장 우선으로 제안하고, 환자안전 지표

의 목적에 따라 결과에 영향을 미치므로 두 번째는 과정지표와 결과지표의 연계를 제안하며, 셋째, 환자안전 의견 수렴 시 환자 참여의 순으로 제안함.

- (일본) 6가지 우선순위가 모두 중요하지만, 일본의 경우에는 첫째, 급성기 진료 지표 산출을 위한 회원국 지원, 둘째, 환자안전 문화 구축, 셋째, 장기 요양 진료까지 환자안전 지표 확대의 우선 도입이 필요한 것으로 제안함. 일본은 환자안전 관련 국제회의 이후 환자안전 지표 측정을 위한 선도국으로 OECD와 함께 환자안전에 대한 관심과 지지를 아끼지 않을 것임.
- (남아시아공화국) 남아시아공화국의 경우에는 환자안전에 대한 개념뿐 아니라 지표에 대한 정리가 필요한 실정임. 그러나 우리는 국민건강보험 시스템을 보유하고 있으므로 환자안전 측정은 임상적으로 중요한 영역으로 판단됨. 따라서 우리는 환자안전 지표를 통한 개입을 지원하고자 하는 OECD의 정책을 환영함.
- (호주) 환자안전 측정을 시스템 수준에서의 정보수집과 환자 위원회의 구성이 매우 중요하며, 정보의 갭으로 인한 문제를 고려하여 수직과 수평적 측면에서의 접근이 동시에 이루어져야 함. 우선순위에 있어서 호주의 경우에는 인구의 고령화가 가속화 되고 있으므로 장기요양 진료까지의 지표 확대를 통한 안전 케어가 필요하고, 환자문화 구축에 기반하여 안전 진료와 안전 정책의 통합적인 운영이 필요할 것임.
- (한국) 2018년 4월, 환자안전 보고 및 학습 시스템 구축 등 1차 국가 환자안전 계획 발표, 국가 계획에서 과정과 결과지표 결합, 안전 문화 구축 역량, 환자 경험과 의견 반영에 중점을 두고 있음. 향후 의무적 위해보고시스템 구축을 계획 중임.
- (사무국) 이미 국제적인 회의를 통해 논의된 내용과 오늘 논의된 의견을 반영하여 2020년부터는 환자안전 지표 측정 활동을 시작하기로 함.
  - 우선순위와 관련하여 제안한 내용을 참고하여 다양한 문제점들을 해결하기 위해 노력하고, 지속적으로 참여 국가들의 의견을 수렴할 예정임.
  - 또한, 환자안전 지표 산출 초기에는 상호 협력을 위해 월드뱅크와 함께 지표산출 프로그램을 구축해 나갈 예정임. 자료수집 프로그램과 연계된 지표 산출의 표준화, 러닝 시스템 구축 및 구체적인 실행 가이드라인 작성을 통해 지표산출 시 가능한 혼선 없이 업무가 이루어지도록 하겠으며,

사무국과 연계를 통해 지속적인 피드백이 가능하도록 할 예정입니다.

#### 14. 2019년 6월 발표 긴급현안(Fast-Track) 보고서 주제

##### <주제 후보>

○ 대화형 원격의료보다 비용-효과적이고 통합적이며 환자중심적인 의료로 이어지는가?

(Is interactive telemedicine leading to more cost-effective, integrated and patient-centred care in the OECD?)

○ 보건 서비스 대기 시간(Waiting times for health services)

○ 병원성에서 변이: CEO를 비난할 수 있나?

(Variations in hospital performance. Can we blame the CEO?)

○ 의료도서관 앱(A library of healthcare Apps)

##### <주요 논의 및 결과>

○ 다수결에 의해 1번으로 결정됨.

#### 15. 기타

○ 차기 위원회 일정이 다음과 같이 결정됨.

2018년 12월 5-6일

○ 2017년 12월 기준 2017-18년(2년간 사업)의 진행보고는 서면안건대로 통과