

국외출장 결과보고서

---

# 제24차 OECD 보건위원회 참석

---

2018. 12.

# 1 출장 개요

## □ 출장목적

- 제24차 OECD 보건위원회 참석

## □ 과제명

- OECD보건복지이슈분석및대응국내활용전략수립연구

## □ 출장기간

- 2018.12.04.(화)~12.08(토)

## □ 출장지역

- 프랑스(파리)

## □ 출장자

- 강희정 연구위원

## □ 일정요약

일자	국가/지역	방문기관	면담자	주요 논의사항, 습득사항
2018.12.04. (화요일)	프랑스/파리			출국 - 도착
2018.12.05. (수요일)	프랑스/파리	OECD본부		1일차 보건위원회 회의 참석
2018.12.06. (목요일)	프랑스/파리	OECD본부		2일차 보건위원회 회의 참석
2018.12.07. (금요일)	프랑스/파리			출국
2018.12.08. (토요일)	한국/인천			도착

## 24차 보건위원회(HEALTH COMMITTEE) 결과 보고

- ◆ 일시: 2018년 12월 5일(09:30~18:00), 12월 6일(09:30~17:30)
- ◆ 장소: OECD Conference Centre, 2 rue André-Pascal, Paris 16, France
- ◆ 의장: Ms. Olivia WIGZELL
- ◆ 참석자
  - 한국대표단: (보건복지부) 이해희 사무관, (한국보건사회연구원) 강희정 연구위원, (건강보험심사평가원) 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, 체코, 영국, 슬로베니아, 스웨덴, 스위스, 터키, EU, 콜롬비아, 리투아니아) 대표단
  - 초청 국가 및 단체(아르헨티나, 러시아, 카자흐스탄, World Bank, WHO 대표단)
  - BIAC, TUAC 대표단(안전 6/7/8에 대해서만 참석)
  - OECD 사무국 관계자

## 1. 회의 의제 채택

- 제 24차 보건위원회 안전 채택
  - Item 1. 24차 회의 안전 채택
  - Item 2. 제23차 보건위원회 회의록 승인
  - Item 3. 사무국장 보고
  - Item 4. 환자보고지표조사(PaRIS): WP-PaRIS 워킹 파티 결과 보고
  - Item 5. 사람중심 보건의료시스템 - 분석 프레임워크 개발
  - Item 6. OECD국가에서 OPIOID 유행(epidemic) - 예방과 효과적 통제
  - Item 7. 제약 및 의료기기 전문가 그룹의 미래 작업 제안
  - Item 8. 보건의료인력 이동에 대한 국제 플랫폼 : 보건의료 인력 이동 패턴 및 의학 교육의 국제화에 대한 모니터링 진행
  - Item 9. 정신 건강 성과 벤치마킹
  - Item 10. OECD 국가에서 건강과 의료 접근에서 불평등 : 예비 결과
  - Item 11. 지식기반 보건의료시스템 관련 고위급 포럼
  - Item 12. 2030년까지 보건의료지출 예측
  - Item 13. 장기요양(LTC)의 적절성과 지속가능성: 장기요양 사회 보호 프로젝트 결과
  - Item 14. 2019년 12월 단기(Fast-Track) 보고서 주제 선택
  - Item 15. 의장단 선출
  - Item 16. 기타
    - 2019년 위원회 개최 일정
    - 사업예산보고 인준

## 2. 제23차 보건위원회 회의록 승인

## 3. 사무국 업무 보고

<고용노동사회국 국장, OECD ELSAC Director, Stefano Scarpetta>

### ○ 주요 발간물 소개

- AMR 관련 3번째 보고서 발간: Stemming the superbug Tide: Just a few dollars more
- Health at Glance의 지역 버전 발간(유럽 2018, Asia/Pacific 2018)

### ○ 예산

- 14개 국가 자발적 기여금 납부
- 지난 6월 23차 위원회에서 개정된 사업 예산으로 35K EUR 인준, PaRIS 사업 진행을 위한 추가 자원 필요

### ○ 주요 활동

- 보건통계 워킹파티 첫 회의: 10월 10-12일, 34개국 100여명 전문가 참여
- Health Care Quality and Outcome 워킹파티: 11월 8-9일
- 일차의료 전문가팀 관련 작업 진행, 단기 보고서 19년 발표 예정
- 공중 보건 검토: 칠레, 일본, 한국 참여 중
  - \* 비만, 위해 음주, 검진 및 이차예방, 공중보건 위기 등을 주제로 국가 검토 보고서 작성

### ○ 기타 위원회 및 외부 조직과 협력

- OECD 협력 네트워크 기반 공중보건 전문가 그룹 운영
- OECD Joint Network of Senior Budget and Health Officials: 2019년 2월 14-15일 개최 예정

○기타 활동

- 미국 대표의 제안으로 Health Literacy 관련 2020년 국제행사 추진 중
- 런던에서 치매 관련 고위급 회담이 G8 8차 회의로 진행
- 기타 최근 발간물 소개

#### 4. 환자보고지표조사(PaRIS): WP-PaRIS 워킹 파티 결과 보고

##### <사무국 보고>

○스웨덴 대표의 간략 결과 보고에 이어 사무국 안전 보고가 있었음.

- 워킹파티는 덴마크와 이스라엘의 관련 작업에 대한 보고에 이어 실현가능성에 대한 논의가 있었음.

○사무국 안전보고

- 25개 회원국, 유럽공동체, 아르헨티나, BIAC의 총 28명 대표 참석
  - 덴마크 이스라엘 네덜란드(의장), 미국으로 의장단 구성됨.
- 재정과 거버넌스에 대한 논의 진행
  - 국가별 전략과 연계 추진, 국제 프로젝트 매니저 선정에 대한 제안서 발표 예정('19년 6월, 선정된 국제 프로젝트 매니저 발표 예정)
- 단계별 진행 추진
  - 1단계 사업(2019년~2020년 중반), 2단계 사업(2020년~2023년, 보건위원회 인준조건)으로 구분, 국제적 비용은 위원회 사업 예산으로 충당(기존 사업예산과 2019년 초 자발적 기여금)
  - 1단계 작업 예산의 60% 확보, 파트 2의 시범 및 본 조사 시행 예산, 5,400K EURO
- 파트 2에 대한 재정 옵션 제안
  - 옵션 1. Bilateral Memorandum of Understanding에 의한 기여금 결정, 거버넌스 구조에서 변화 없음.
  - 옵션 2. 정규 보건위원회 사업 예산과 별도 기금 구성. 행정비용은

프로그램에서 총당, 참여 국가로 구성되는 별도 운영 기구 구성

- PaRIS 조사를 위한 국가별 역할 필요

- 프로젝트 관리, 조사표 번역 및 검증, 조사 시행 및 데이터 수집
- 사무국 지원: 국제적으로 사전에 검증된 조사도구 사용, 표본 추출 및 국가별 조정을 위한 참고자료, 데이터 수집 및 관리를 위한 컴퓨터 기반 플랫폼 사용. 국제 데이터베이스에서 데이터 분석

○ 논의 요청

- 2019년까지 자발적 기여금 요청, 2020년 중반에 시작하는 재정 옵션에 대한 의견, 일정에 대한 동의

<토의>

- 노르웨이, 프랑스, 리투아니아, 체코, 스웨덴 등 대다수 국가들이 옵션 1을 지지했으며, 가능한 많은 국가들의 참여 가능성을 강조했다.
- 스페인, 스위스, 이스라엘, 호주 등 일부 국가들은 옵션 2를 지지하고 참여 국가들의 적극적 참여를 통한 작업 진행을 강조했다.
- 덴마크는 이미 상당히 발전된 수준에서 일반의, 병원, 지역, 국가단위에서 환자보고지표를 사용하는 국가로서 프로젝트가 매우 포괄적인 접근과 시간이 필요한 사업임을 강조하고 관련 프로젝트에서 경험 공유를 환영했으며, 미국은 덴마크와 같이 환자보고 지표와 연계한 지불 모델들의 운영 현황을 공유하면서 국가 전략과 연계 필요성을 강조했다.
- 스페인, 체코, 이탈리아, 폴란드 등 대부분의 국가들이 일차의료의 향상을 위해 만성질환에 대한 PaRIS 작업의 필요성에 동의하였고, 스위스 등 일부국가는 일정이 다소 빠빠하다는 의견을 제시하였으며, 아이슬란드 등 일부 국가들은 서면으로 의견을 제시기로 함.
- 캐나다는 재정옵션에 따른 거버넌스의 차이, EU는 EU health interview survey와 차별성을 질문했음.

- 사무국은 옵션 1에 대한 대다수 국가의 지지를 확인하고 다음과 같이 프로젝트의 중요성을 강조하며 제시된 의견에 답변하고 관련 서면의견을 받기로 함.
  - 공정성과 형평한 기회라는 OECD 원칙을 바탕으로 프로젝트 진행과 외부전문가 참여에 있어서 사적 이해관계가 없도록 관리할 것임.
  - 현재는 1단계 사업 참여만을 확인한 상황이며, 국가별로 조사 도구의 검증에 대해서는 자율적으로 사업 수준의 조정이 가능함.
  - EU 조사는 인구집단을 대상으로 하는 접근이고 이 작업은 만성질환자를 대상으로 하는 세부 조사이므로 유사한 접근이지만 중복되지 않음.
  - 미국에서 제시한 바와 같이 국가 사업과 보완적인 관계를 가져야 한다는 것에 동의하며, 국가 상황에 가장 적합한 방식으로 진행되도록 기술적 지원을 할 것임.
  - 재정 옵션 2는 참여국가로 구성되는 별도 운영기구에 의한 거버넌스 구조를 갖는 차이가 있으며, 일정의 실현가능성에 대한 우려를 이해하지만 주제의 중요성을 반영하여 일정을 준수하고자 함.

## 5. 사람중심 보건의료시스템 - 분석 프레임워크 개발

### <사무국 보고>

- 사람중심 서비스 설계에 있어서 보건 분야는 타 분야보다 뒤쳐져 있으며, 노인인구 비중 증가, 복합만성질환자 증가, 신기술 비용 증가 등으로 재정적으로 지속가능하지 않음.
- 내·외부 전문가 의견을 반영하여 사람중심 프레임워크를 3개의 상호 연관된 요소(voice, choice, co-production)로 구성
- 관련 정책의 교환과 시스템 전환에 대한 점검을 위해 스코어카드 제안
  - 기존 지표와 새로 개발이 필요한 지표로 제안



- 보고서가 사람중심 시스템으로 변화 방향을 적절히 반영하고 있는지, 어떤 정책 분야가 우선되어야 하는지, 제안된 프레임워크 및 스코어카드에 대한 의견을 요청함.

### <국가 사례 공유>

- 전체 토의에 앞서 호주, 영국, 미국의 사람중심정책 사례를 공유함.
- (호주) OECD가 제안한 정책 틀과 매우 밀접한 관련성을 가지고 있으며 Health Literacy, Health Technology Assessment를 중요하게 다루고 있음.
  - OECD 설계 정책 관련해서 Health Care Homes, Digital Technology 정책에 우선순위를 두고 있음.
  - Health Care Home은 Patient Centered Medical Home에 기초하여 지역사회 서비스를 제공하는 구조로 설계된 것으로 환자 관리 팀을 통한 통합적 서비스 계획 수립, 전자정보기록 공유를 추진하고 있음.
  - 만성복합질환 관리 차원에서, 근거기반 정책 수립과 디지털 기술의 활용은 매우 중요한 접근임. 이는 공급자를 지원하고 환자의 참여를 촉진하는 필수적인 도구로서 지방이나 원격지 대상으로 디지털 기술을 이용한 비디오 자문 등을 확대하고 있음.
  - 근거기반 정신질환 원격 상담 이 환자중심 서비스 접근으로 중요하게 다루어지고 있으며, 이러한 도구를 이용한 환자, 개인 또는 사람 중심 서비스가 지역사회단위에서 확대되고 있음.
  - 시스템 전환의 진전 상황을 점검하기 위해 지표 측정은 매우 중요하지만 소비자 참여 영역에 있어서는 지표가 부족한 상황임. 환자 보고 경험 및 결과 지표들이 정책결정 뿐 아니라 임상 결정에서도 활용되고 있음.
- (영국) 개인 및 사람 중심 접근은 매우 광범위한 접근임. OECD가 제시한 구성 요소 중 환자의 의견(voice)과 선택(choice) 측면에서 현황을 공유함.

- 대부분 지역은 환자 그룹의 참여를 독려하고 있으며 특히, 장기요양, 사회서비스에서 별도의 조직 또는 기금 조성을 통해 서비스 이용자의 인식을 확인하고 있음. 노인을 대상으로 하는 인식 확인과 평가에 우선순위를 두고 있으며 발생하는 데이터 구축을 중요하게 다루고 있음.
  - 선택(choice) 차원에서는 질 평가와 결과 공개를 통한 인센티브와 시장 기전을 활용하여 선택을 활성화시키고 있음. 한편, 이러한 시스템 접근을 방해하는 장애물을 해소하는 노력이 필요함.
- (미국) 기본적으로 공동의 의사 결정을 촉진함으로써 환자와 가족 중심의 의료를 제공하는 것에 중점을 두어 왔음. 의사와 환자의 관계 정립, 의료 연계, 책무성 확대 등을 목적으로 여러 형태의 지불 모델을 개발하여 적용해 왔음.
- 주요한 요소는 질 향상과 책무성 확대이며, 이와 연계하여 진료량(volume)이 아닌 가치(value)에 기반을 둔 지불방식으로 변화하고 있음.
  - 환자 중심 의료는 정보 제공을 통한 환자와 소비자의 권리를 확장시키는 방식이며, 이를 위해 교육과 혁신을 지속하고 있음.
  - ACO, PCMH는 대표적인 사례로, 환자들에게 원하는 시기에 바라고 이해 가능한 방식으로 높은 질의 서비스가 제공되도록 하고 있음. CMMI(Center for Medicare and Medicaid Innovation)는 의료 및 사회 서비스 욕구를 통합적으로 제공하는 여러 유형의 혁신적 모델들을 시행하고 있음.

## <토의>

- (호주) 사람중심시스템을 위한 보고서의 방향은 여러 국가 시스템들의 비전을 제시함. 시스템 구축은 법적·거버넌스·문화적 문제와 관련되는데, 문화적 차이에 대한 고려가 빠져 있음. 의료 제공자들을 변화시키는 것이 중요한 과제이기 때문에 교육 및 수련과정, 일차 의료 의사의

역할 변화가 요구됨. 시스템 구축의 틀에서 교육 과정의 재설계와 수련과정에 대한 새로운 접근이 필요하며, 데이터 공유가 가능한 법적, 제도적 기반 구축도 필요함.

- (독일) 미래 역할에 대한 보다 구체적인 지침 제공이 필요함. 스코어카드가 랭킹 시스템이 되지 않도록 설계되어야 함. 기존의 개발 지표 사용에 동의하며, 흡연율과 신체활동 지표 등 예방 관련 지표와 환자 안전 지표의 포함을 제안함.
- (캐나다) 사업의 방향성과 내용 전반에 동의하지만 선택(choice) 측면에서는 논쟁의 여지가 있음. 시스템 간의 제도적 차이로 인해 포함된 지표 간 방향성이 일치하지 않고 모호할 수 있으며, 생애 말기 등 일부 서비스 영역은 선택의 범위가 넓어져 차원이 복잡해질 수 있음. 아울러, 보다 발전된 영역에서는 이송(transition) 케어에 보다 중점을 둘 필요가 있음.
- (한국) 사람중심 시스템과 디지털화의 결합이 고가의 맞춤형 의료서비스 창출을 촉진시키며 소득 계층 간 접근의 격차를 심화시킬 수 있음. 보편적 건강 보장의 틀에서 격차 감소가 필요하지만 예산 제약으로 보장성 확대에 한계가 있으며, 적정 보장 범위의 결정도 쉽지 않음. 관련하여 신의료기술평가의 역할 확대 방안에 대해 보다 구체적 논의를 제안함. 아울러, 스코어 카드의 세 가지 차원이 상호 연결되어 구분이 명확하지 않음. 첫 번째 목소리(Voice)에서는 공동의 의사결정에 대한 환자경험 조사 결과를 지표를 활용하는 것이 보다 직관적으로 이해 가능함. 보이스 차원에 포함된 건강정보 이해능력은 선택 차원에서 소비자를 지원하는 도구의 수준으로 포함시킬 것을 제안함.
- (일본) 노인에 대해 재정적으로 어떻게 효율적이고 효과적인 서비스를 제공할 수 있을지 관심이 높으며 관련하여 노인의 존엄성을 고려하여 지역사회 기반의 서비스가 단절 없이 제공되도록 정책을 추진하고 있음.
- (네덜란드) 맞춤형 의료와의 관련성에 대해 보다 구체적인 논의와 환자 안전 이슈의 포함을 제안함. 새로운 기술의 도입에 따른 고정비용을

낮추어 사람중심 의료에서 활용을 촉진할 필요가 있음. 스코어카드의 Choice 영역에 있어서 지표들의 방향성이 충돌할 수 있으므로 이러한 모호함이 정리될 필요가 있음.

- (카자흐스탄) 일차의료에 대한 국제적 협력에 있어서 지식, 의료인력, 기술 등의 요소 구성에 대해 동의함. 환자와 지역사회의 권한과 참여를 확대하는 것은 중요한 접근으로 새로운 국제적 협력을 통해 국내 정책 실행에 적용되기를 희망함. UHC 접근에서 일차의료 의사에 대한 투자 확대가 필요함.
- (WHO) 카자흐스탄 일차의료 컨퍼런스, OECD와 연계한 글로벌 협력을 지지함. 2019년 UN 고위급 회담의 주제와 관련되며, 국제적 실행 전략인 보편적 건강보장 측면에서도 사람중심 의료시스템의 논의는 일차의료의 역할을 강화하는 중요한 기회라고 생각함. 아울러, 사람중심 통합의료 제공의 관점에서 지역 협력 센터에서 역할을 공유함.
- (노르웨이) 환자를 보다 활동적인 파트너를 만드는 것이 핵심이며 가치 기반으로의 변화에 중점을 두어야 함. 그러나 변화는 시간이 필요하고 과정에서 학습네트워크 구축이 중요함. 환자가 원하는 것을 인식하고 알게 해주는 사람중심 의료시스템의 3가지 구축 요소(choice, voice, co-production)에 동의함.
- (세계은행) 중국과 OECD 협력 사업을 환영함. 디지털화는 시스템 혁신을 촉진하며, 경제성장 차원에서 관련된 인적자본투자의 중요성을 강조하고 관련 프로젝트를 공유함.
- (스위스) 결과와 비용을 대비한 가치 높은 의료서비스 제공이 중요함. 3개의 구성 요소들은 포괄적으로 관련 정책을 포함하고 있으나 지표의 관계가 명확하지 않음. 각 측면에 포함된 지표들의 수준이 다르고 일부 지표는 정의가 생략되어 있음. PREM과 PROM이 우선적으로 제시될 필요가 있으며, 관련 데이터 구축을 위한 투자가 필요함.
- (포르투갈) 인구 고령화로 인한 복합만성질환에 대한 관심이 높으며, 이러한 정책 실현을 위해 사전적으로 의료제공자 교육이 필요함.

- (프랑스) 세 가지 구성 요소가 너무 관련되어 있음. 리터러시(literacy) 측정은 Voice와 Choice 측면과 모두 관련되어 있고 Co-production의 지표와 측정 수준의 차이가 있음.
- (사무국) Choice 차원에서 문화적 차이의 반영 등 관련 이슈 정비는 어려운 문제임. 사전적으로 의료제공자 교육에 대한 필요성에 동의하며, 회원국 모두 명확히 채택 가능하도록 지표 간 관계와 지표 내 명확성 등 제기된 이슈를 포함하여 추가적으로 지표 선정에 대한 준비가 진행될 것임.

## 6. OECD 국가에서 OPIOID 유행(epidemic) - 예방과 효과적 통제

### <사무국 보고>

- 처방 오피오이드(prescription opioid)와 불법 오피오이드(illicit opioid) 사용의 두 개 범주로 논의
- 진통제 오피오이드의 이용가능성이 OECD 국가 간 차이가 큼. 미국 등 일부 국가에서 이용가능성이 매우 높음.
- 오피오이드 관련 사망 패턴에서 미국, 캐나다, 스웨덴의 사망 증가가 다른 국가들에 비해 상당히 큼.
  - 많은 유럽 국가들은 처방 관련 오피오이드로 인한 사망이 증가한 반면 일부 국가들에서는 불법적 사용의 결과로 확인됨.
- 오피오이드 유행의 주요 요인들은 다음의 4가지 측면에서 발생
  - 의료에서 오피오이드 처방의 부적절성 및 처방 과잉
  - 불법 오피오이드 시장의 활성화
  - 오피오이드 사용 장애 환자들의 치료 부족
  - 거시적 및 사회적 조건들
- 국가단위 정책 프레임워크
  - 의료 시스템: 처방 및 오피오이드 장애 치료, 위해 감소

- 사회정책: 주거, 고용, 거주지 기반 재활
  - 규제 및 강화:- 법적 처벌 강화, 사법 시스템
  - 정보 및 지식: 데이터 향상, 연구개발, 평가
- 16개 국가에서 오피오이드 관리를 위한 보건 및 사회정책 시행
  - 규제 및 처벌 정책이 다음의 측면에서 의료시스템과 연계·강화 필요
    - customs(세관), medication diversion(약물전환), law enforcement officials(법집행관), criminal justice system(형사사법제도)
  - 사전 정책으로 '치료로 인한 오피오이드 사용 장애(opioid use disorder)', '처방행태 수정 활동', '서비스 이용가능성 향상', '서비스 통합의 향상', '지식과 연구 개발의 확대'가 고려되어야 함.

### <토의>

- (캐나다) 매우 심각한 문제로 정책의 주요한 관심은 위해(harm) 감소를 위한 관리 강화에 있음. 1960~70년대 이후 의료적 통증관리를 위한 헤로인 사용이 확대되면서 펜타닐 이용이 증가됨. 펜타닐 등 유사 의약품 도입에 있어서 예방적 고려가 필요함.
- (이스라엘) 관련된 문제가 심각하지 않은 상황이지만 통증 관리를 위한 지역사회와 병원에 대한 포괄적 지침이 제공되고 있음. 국가 감시 프로그램이 진행 중이며, 전자 처방시스템을 통해 결과 측정이 가능해지고 관련 관리를 강화시킬 수 있음.
- (스웨덴) 국내 관련사망이 증가하면서 관심이 고조되고 있음. 국가 간 비교에서 지표의 비교 가능성과 관련 데이터의 적절성 검토가 필요함.
- (미국) 관련 장애로 인한 정신 질환 유병률이 증가하고 있음. 오피오이드 위기 해결을 최상의 과제로 다루고 있으며 더 좋은 데이터와 환자 관리를 통한 접근을 추진하고 있음. 오피오이드 대체 요법 개발 등의 연구, 국가 간 비교를 위한 표준화, 오피오이드 장애 치료를 위한 거주지 기반 접근이 확대되어야 하며 지역사회 기반 예방 프로그램 수립을

위한 의료와 비의료적 측면의 통합적 접근 개발이 필요함.

- (핀란드) recreational use와 illicit use의 연계된 용어 사용이 부적절함. 전자처방시스템의 처방 모니터링 프로그램을 통해 적절한 관리를 하고 있음.
- (스위스, 호주) 제시된 정책 외에 실시간 처방 모니터링, 감시 체계 구축 등이 필요함.
- (TUAC) 노동시장과 연계하여 opioid use disorder를 장애 측면에서 접근해야 함. 실업으로 인한 건강보험 자격 상실이 서비스 이용가능성을 낮추고 노동시장에 부정적 영향을 미치고 있음을 고려해야 함.
- (독일) 보고서는 국가들이 상호 학습하고 장기적 관점에서 예방할 수 있는 좋은 기회를 제공함. 오피오이드 증가는 노인 및 만성질환 증가에 의한 것일 수 있으므로 오용(misuse)의 증가로 바로 해석되는 것은 주의해야 함.
- (BIAC) 통증 치료를 위한 접근은 매우 복잡한 이슈이며, 부정적인 결과의 해결에 앞서 기본적으로 통증 치료에 대한 접근성이 제한되는 문제의 해결과 연계하여 접근해야 함.
- (EU) 미국과 캐나다의 위기 수준이 상대적으로 높은 것은 다른 국가들과 규제 및 마케팅 환경의 차이에서 비롯된 것으로 보임. 리스본에 있는 EU 의약품 모니터링 센터는 관련 상황을 포함하여 남용가능성이 높은 의약품에 대해 지속적으로 모니터링 하고 있음.
- (사무국) 국가등록시스템을 가진 경우가 제한적이라 비교가능한 데이터 구축의 과제 해결이 필요하며, 보다 적절한 용어 사용을 위해 검토하겠음. 기타 노동시장을 고려한 접근, 의약품 점검 시스템, 의료 질 향상 측면의 접근 등 제시된 의견을 반영하여 작업을 진행하겠음.

## 7. 제약 및 의료기기 전문가 그룹의 미래 작업 제안

### <사무국 보고>

- 혁신적 의약품에 대한 접근 보장의 후속 작업을 배경으로 의약품 및 의료기기 전문가 그룹이 구성되었으며 관련 사업 프레임워크를 제안함.
- A와 B 범주별 한 개 사업의 선택과 C범주에 대한 의견 요청
  - A1. 의료기기 성과 모니터링
  - A2. 의약품의 합리적 사용
  - A3. 희귀의약품 개발에 대한 인센티브 영향 평가
  - B1. 호라이즌 스캐닝(horizon scanning)
  - B2. 모바일 앱 사용의 촉진
  - B3. 유전체학 발전의 편익 실현

### <토의>

- A범주 관련해서 한국, 덴마크, 캐나다, 노르웨이, 이스라엘, 스웨덴, 리투아니아, BIAC 대표들은 A1 주제를 선호했고 네덜란드, 체코, 스위스, 멕시코, 프랑스, 일본, 아이슬란드, EU, 아르헨티나는 A2 주제를 호주, 오스트리아는 A3 주제를 선호했음.
- B범주에 대해서는 한국, 덴마크, 네덜란드, 오스트리아, 캐나다, 이스라엘, 이탈리아, EU, 아르헨티나가 B1 주제에 관심을 보였고 멕시코와 리투아니아가 B2 주제를 핀란드, 체코, 호주, 스위스, 노르웨이, 이스라엘, 프랑스, 스웨덴, 일본, 아이슬란드는 B3 주제에 관심을 보였음.
- C범주에 대해서는 대부분 국가들이 C3.제약 산업 활동 및 성과 모니터링에 대해 관심을 보였으며 프랑스, 일본 등 일부 국가가 C1.제약 지출의 보고 향상, C2.의료기기 구매 및 지출에 대한 정보 향상에 관심을 표명했음.
- (사무국) B범주는 B3로 의견이 모아지고 A범주에 대해서는 A1과 A2로



의견이 갈리지만 A2가 더 많은 것으로 보임. 많은 국가들이 일반의약품 및 바이오시밀러(Biosimilar) 사용에 관심이 높은 것을 확인했음.

## 8. 보건의료인력 이동에 대한 국제 플랫폼 : 보건의료 인력 이동 패턴 및 의학 교육의 국제화에 대한 모니터링 진행

### <사무국 보고>

- 지난 10년간 의료인력 이동을 모니터하고 부정적 영향을 최소화하기 위한 활동들이 있었음. 많은 회원국들이 베이비 붐 시대 의료 인력 퇴직으로 다가올 위험(looming crisis)에 대응해 왔음.
- 유엔총회 고위급회담에서 보편적 건강보장의 틀에서 의료인력 이동에 대한 이슈 선정, OECD-ILO-WHO 협력 진행
  - Working for health Programs: 국제 이동 플랫폼 구축, 인력 모집에 대한 WHO CODE 실행, 의료인력 기술 증진 관련 사업 진행
- 의료인력 공급 분석의 틀
  - 이주 인력과 국내 교육자들에 의한 의료인력 자원 분석
  - 자료원은 OECD 보건통계, OECD와 비OECD의 이민자들에 관한 OECD 데이터베이스 활용, 의학교육생에 대한 추가 자료 수집
- 분석 결과
  - 의료인력 부족에 대한 우려에도 불구하고 인구당 의사수는 모든 회원국에서 증가하고 있으며 간호사수도 같은 결과를 보였음.
  - 주요 증가 요인은 국내 졸업생의 증가였으며, 외국에서 수련한 의사와 간호사의 유입도 일부 국가(영국, 미국)에서 공급증가에 기여하였음.
  - 아일랜드, 폴란드, 프랑스, 루마니아 국가에서는 의과대학 졸업생수가 증가하고 있으며 국제 학생수의 증가가 기여했음.
  - 국제 학생들은 졸업 후 수련연계가 어려워 의료인력 증가에 기여하지 못하는 문제가 있음. 국제 학생의 수련 연계에서 장애는 인력 부

족이 있는 상황에서 인적자본의 낭비 위험을 초래함.

- 출생국가→교육국가→졸업후 수련국가→활동국가로의 복잡한 이동 패턴을 보이며 보다 정교한 데이터 수집과 분석을 위한 정책 대화가 필요함.
- 의료인력 이동에 대한 국제 플랫폼은 국가 정책을 지원할 것임.

○보고서와 후속 작업에 대한 의견을 요청함.

### <토의>

- (스웨덴) 이주 인력과 국내 교육을 통해 의료인력은 증가하고 있으나 보건의료 분야에서 전문인력의 부족은 여전히 존재하고 있음. 따라서 인력수급을 원활하게하기 위해서는 지역별 인구대비 필요 인력에 대한 검토를 기반으로 인력의 활용계획이 있어야 장기적으로 효율적인 인력 양성이 가능함.
- (영국) 이주민 의사인력의 증가를 예방하기 위해 16년 전부터 정책적으로 의대 지원자 중 연간 최대 25%까지 자국민으로 충당할 것을 권고하고 있음. 인력 플랫폼 구축 이후 국가별 활용 방향에 대한 검토가 필요함.
- (TUAC) 인력과 관련한 자료 수집을 위해서는 무엇보다도 인력을 계수하는 기준 또는 범위가 중요하므로 이에 대한 정의가 선행되어야함. 실제로, 간호사 인력은 활동 간호사인지 아닌지, 정규대학과정 졸업자인지 아닌지, 전일제 간호사인지 파트타임 간호사인지, 전문 간호사인지 일반 간호사인지 등에 따라 총 인력의 수가 달라질 수 있음.
- (아일랜드) 이민자 대상 양질의 의학교육을 위해서는 정책적, 경제적, 문화적 측면에서 차별화된 프로그램이 필수적이며, 자료수집 및 분석 프레임 구축, 필요인력에 대한 시뮬레이션 등을 통한 체계적인 접근이 필요함.
- (오스트리아, 캐나다) 의료 인력의 부족과 관련된 문제는 복잡하고 논쟁의 여지가 많음. 특히, 환자중심의 진료가 요구되는 일차의료에서는

의사의 역할이 중요하므로, 인적자원의 유출에 대한 고민이 필요함.

- (룩셈부르크) 이민자 의료 인력의 활용이 높고 활용성이 높은 국가의 경우, 의학교육의 국제화를 위해서는 고등학교 과정부터 이민자를 유입하여 대학교육까지 연계되도록 유도하는 것이 중요할 것임.
- 사무국은 국가별 다양한 상황에 대한 설명과 향후 작업 및 의학교육 방향에 대한 의견을 반영하여 추가 검토기로 함.
  - 간호 인력의 범주 및 기준 설정의 중요성은 동의하지만, 구분하는 과정과 용어를 결정하는 것은 매우 민감한 문제이므로 검토가 필요함.
  - 전문 인력 유출과 관련하여, 필요인력을 정확하게 추계할 수 없다는 문제가 있으므로 예방 또는 보전의 수준을 결정하기에는 어려움이 따름.
  - 다만, 플랫폼을 구축하는 것은 충분한 인력을 확보하여 교육을 시킬 수 있고, 일부 국가 교육 시스템이 미비한 국가들에게는 교육시스템 구축에 대한 유인을 제공할 수 있으며, 국제적 의료현장에서 인턴십을 경험하게 하는 측면에서 의미를 찾을 수 있을 것임.

## 9. 정신 건강 성과 벤치마킹: 진행 보고

### <사무국 보고>

- OECD 국가에서 6명중 1명 이상이 정신장애를 가지고 있지만 관련 정책의 실행은 부족한 상황임.
- 프로젝트는 OECD의 정신건강 성과 프레임워크 개발, 성과 파악을 위한 지표 수집, 정책 연계로 구성됨. 국제 전문가 워크숍을 통해 사람 중심, 높은 질의 의료 접근성 향상, 좋은 거버넌스, 통합적 다분야 접근, 미래지향적 접근과 혁신 등의 정책 방향을 설정함.
- 정신건강 성과 프레임워크는 주요 영역과 세부 원칙에 따라 개별 지표를 연계하고 있으며, 현재 지표를 파악하고 개발하는 단계임.

- 국제적으로 수집되는 지표, OECD 비교 지표, 2017 OECD 정신 건강 아틀라스 데이터, 2019년 관련 조사 시행 등을 통해 자료원 구축
- 다음 단계 작업은 신규 및 기존 지표에 의한 국가 비교와 모범적 정책 사례 파악을 통해 2020년 중반까지 벤치마킹 작업을 완료하고 정책 브리프를 제공할 계획임.

○정신영역 성과의 주요 원칙들이 국가들의 정책 의제를 잘 반영하고 있는지와 제시된 프레임워크와 지표에 대한 의견을 요청함.

### <국가 사례 공유>

○(캐나다) 정신건강에 가장 높은 정책 우선순위를 두고 있는 캐나다의 정신건강, 정신질환, 중독에 대한 서비스 제공의 경험을 공유함.

- Mental Health Commission of Canada가 2007년 준정부기관으로 설립되어 관련 국내 정책을 수립하고 추진하고 있음. 정신질환에 대한 스티그마(stigma)와 관련 차별의 해소를 위한 Bell Let's Talk Campaign을 진행하고 있으며, 정신 건강을 위한 인식 확대와 청년의 정신건강 케어 모델을 운영하고 있음.

- 조기 개입과 인식 개선이 추진되고 있으며, 2017년 모든 지방(provinces)과 테리토리(territories)에서 공통 원칙이 합의되고 매년 6개 지표가 국가 단위에서 보고되고 있음.

○(영국) 2018년 10월 개최된 Global Mental Health Summit 개최를 통해 세계의 정치 지도자, 정책 전문가, 시민사회 대표 등이 정신 건강 및 사회 심리적 장애에 대한 가장 효과적이고 혁신적인 접근법을 공유하고 정신 건강에 대한 정치적 리더십을 결의한 글로벌 선언을 소개하며 관련 OECD의 기여와 글로벌 협력의 기회를 강조함.

- 조기 개입, 공중 보건, 스티그마 해소, 서비스 접근성 개선 등을 포함하는 포괄적 정책 접근과 아동과 청년의 정신 건강 증진에 필요성을 공유함.

- (네덜란드) 2019년 암스테르담에서 개최되는 정신건강 국제회의 개최를 소개하고 정신 건강 증진을 위한 적절한 보건의료시스템 구축을 위해 민간 영역이 참여하는 국제 협력 기회의 확대를 강조함.

## <토의>

- 대부분의 국가들이 사무국이 제안한 정신 건강 성과 벤치마킹 프레임워크에 동의하며 향후 지표 구성에 대한 추가적 제안을 하였음.
  - 캐나다는 구성된 영역별 지표의 지속적인 관련성 제고 필요성을 강조함.
  - 미국은 프레임워크를 구성하는 6개 원칙이 사람중심 보건의료시스템 구축 방향과 일치성 측면에서, 지역사회 단위의 다분야 협력을 통한 통합적 접근과 환자 및 시민사회단체 등의 참여를 확대하는 거버넌스 개선, 관련 교육과 훈련 개선의 필요성을 강조함.
  - 체코, 슬로베니아는 자국의 정책 우선순위와 일치하며 서비스 제공시스템의 정교한 구축의 필요와 이와 연계한 지표 포함을 제안함.
  - 이스라엘 등은 환자보고지표의 활용성을 강조하였고 EU는 ‘EU-Compass for Action on Mental Health and Well-being’의 지표 활용을 제안하였으며, 포르투갈은 홈 케어의 중요성을 반영한 지표 구성의 개선 필요성을 제시하였음.
  - 아이슬란드는 일차의료의 역할과 사회적 파트너의 참여를 강조함.
- 제안된 벤치마킹 프레임워크에 동의하면서, 핀란드, 프랑스 등 일부 국가들은 지표 산출과 데이터 이용이 당장에 가능하지 않은 어려움 등을 제기하고 관련 시간 투입과 지표의 타당성 제고 등의 필요성을 강조하였음.
  - 핀란드는 지표 개발을 위해 정신질환 환자의 안전, 예방, 증진 등 서비스 이용 정보를 수집할 수 있는 환자등록시스템 구축을 제안함.

- 호주는 프레임워크의 정교성과 비교가능성 제고를 위해 지표에 대한 구체적 정의 등 제공 정보의 확대가 필요하며, 현재 유럽 중심으로 제안된 지표 구성의 개선을 제안함.
- 독일과 노르웨이는 개인 중심의 영역 간 서비스 연계와 정신 건강 증진 및 정신 질환 예방 정책의 중요성을 반영한 지표 구성을 지지하였고, 덴마크는 전체 인구나 청년 패널로 이원화된 조사 체계를 소개하며 청년 대상 정책 개입과 관련 정책에서 시민사회 참여의 중요성을 강조함.
- 네덜란드는 포용적 서비스제공시스템 구축을 바탕으로 개인 중심 장기요양 서비스 제공의 성과를 측정하는 지표로서 저소득 노인에서 더 낮은 치료 경험을 보이는 근거에 기초하여 장기요양서비스 이용자의 본인부담비율 지표를 제안함. 아울러, 의료 및 사회 서비스의 통합적 연계 관점에서 적절한 정신질환 치료 서비스에 대한 접근성 확대를 위한 혁신적 방식의 도입과 아동의 정신 건강에 대한 관심 확대를 강조함.
- 한국은 제안된 정신건강 프레임워크의 6가지 원칙에 동의하고 최근 진행 중인 정신질환자의 지역사회 정보시스템과 관련 의료와 복지시스템의 통합과 혁신 정책을 소개함.
- WHO는 SDG를 통한 성과 추적 체계를 공유하고, OECD의 벤치마킹 틀이 국가의 정신건강 수준 향상보다 관련 보건의료시스템의 성과 향상에 국한되지 않도록 궁극적 정신 건강 증진의 틀에서 다분야 간 협력적 접근과 통합적 전략수립의 성과를 반영하도록 개선 방향을 제안함.
- 사무국은 제시된 정신건강성과 벤치마킹 프레임워크의 6가지 원칙에 대한 전반적 동의와 지지를 확인하고 제기된 지표에 대한 질문, 평가 대상의 명확한 정의, 관련 데이터 수집의 문제 등에 대해 답변함.
  - 현재 제시된 지표 구성은 단기 검토를 통한 예시로서 향후 의견을 반영하여 지속적으로 정교화 작업을 추진할 것임.

- 데이터 수집 등 향후 일정의 실현가능성 우려에 대해 참여 국가들의 부담을 고려하여 진행할 것이며, 구체적으로 제안된 의견은 전체 프레임워크의 설정 단계보다 세부 지표 선정에서 반영될 것임.

## 10. EU 및 기타 국가에서 건강과 의료 접근에서 불평등 : 비교 평가

### <사무국 보고>

- EU Health Interview survey와 미국 등 일부 참여국가의 정보를 활용하여 건강과 노동시장 성과의 관련성 검토
  - 보건의료시스템에서 사회경제적 수준의 낮은 이들에게 불리한 불균형 존재, 더 좋은 건강이 더 좋은 노동시장 성과와 관련
  - 흡연과 비만 위험은 교육수준이 낮은 그룹에서 더 높고, 이들에게서 나쁜 건강수준은 최소 40%, 미국 등 6개 분석 대상 국가에서 교육수준이 낮은 그룹과 높은 그룹에서 3배 이상의 차이를 보임.
- 관찰되는 불평등을 조정하는 보건의료시스템이 역할 평가
  - 덴마크를 제외하고 모든 국가들에서 고소득층의 예방서비스 접근율이 더 높았음. 그러나 의료시스템에 접근 한 이후 의료 이용의 소득계층 간 차이는 거의 없어짐.
  - 설문조사를 통해 확인된 저소득층의 미충족 의료 발생의 주요 원인에는 대기 시간과 비용 부담이 있었음.
  - 8개 유럽 국가에서 가구의 5%가 재난적 지출을 경험하고 있음.
- 국가별 관련된 현황 공유, 추가 분석의 제안, 분석에 추가 참여에 대한 의견을 요청함.

### <국가 사례 공유>

- (리투아니아) 유럽 국가 중 건강불평등 수준이 높은 국가로 불평등 감소를 위한 국가 전략으로 취약 계층의 역량을 강화 지원 정책, 어린이와 성인 대상 조사를 통한 지표 기반 모니터링과 관련 플랫폼 운영을 소개함.
  - 음주, 영양, 신체활동, 정신건강, 의료서비스 접근 중심의 정책 추진을 통해 성과가 향상되고 있음.
  - 의료전문가 뿐 아니라 기타 전문가들의 협력을 바탕으로 성과 개선을 모니터링하고 관련 교육을 확대하고 있음.
- (스웨덴) 경제성장을 위한 건강증진의 긍정적 기여를 바탕으로 건강위험요인을 예방하고 의료서비스의 질을 높은 정책을 추진하고 있음. 예방정책의 일환으로 공공장소에서 금연 등 규제 정책의 도입과 기술 격차, 소득 격차 등 다양한 수준의 모니터링 기반 정책 추진을 소개함. 향후 불평등 감소를 위한 OECD 정책 설계에서 실행가능성을 고려한 정책 제시를 강조함.

### <토의>

- 대부분의 국가들이 보편적 건강보장의 틀에서 OECD 작업을 지지하고 관련된 정책 현황의 공유와 작업 결과의 정책적 의미 도출을 주문하였음.
  - 프랑스는 치과 영역 등 일부 비급여 서비스에 대한 높은 본인부담 문제를 해결하기 위한 정부의 가격 협상 정책과 최근 이주민 확대를 반영하기 위해 보편적 보장의 대상 인구를 확대하는 정책 추진을 소개하며 향후 분석의 정책적 의미 도출의 필요성을 강조함.
  - 그리스는 경기침체로 인한 재정적 어려움과 최근 이주민과 난민의 증가로 불평등 개선 조건이 악화되고 있지만 이들을 포함하는 보편적 보장을 추진하고 있음을 공유함.
  - 이스라엘은 국가별 정책 모듈을 보다 정교화 시키는 근거 활용의 기회로서 OECD 작업 결과를 지지함.



- 스페인 등 일부 국가들은 분석 결과를 바탕으로 의료시스템 접근의 형평성을 제고에 있어서 사회적 지원과 연계한 포괄적 접근과 예방 서비스 확대의 필요성을 강조하였음.
  - 스페인은 당뇨 환자의 관리를 통한 노동시장 생산성 향상 경험을 공유하고 의료시스템 뿐 아니라 교육 및 소득 지원을 위한 사회적 접근의 연계와 표적 집단에 대한 예방 서비스의 접근성 확대를 강조했음.
  - 영국은 금연 정책 등에서 가격탄력성을 고려한 효과적 예방정책 수립의 중요성을 강조함.
- 캐나다, 호주 등은 건강 증진과 노동시장의 성과 향상을 연계하는 사회경제적 격차 해소 정책의 필요성을 지지하고 OECD 작업을 통해 관련 모니터링과 데이터 구축의 경험 공유를 제안함.
- 네덜란드 등 일부 국가들은 방법론적 개선 의견을 제시함.
  - 네덜란드는 대부분 유럽 국가들의 불평등 수준이 절대적으로 낮기 때문에 절대 차이가 아닌 상대 차이를 보는 것은 적절하지 않을 수 있다는 의견을 제시했음.
  - WHO는 내년 3월 관련 보고서 발간 예정을 소개하고 보다 장기적인 근거 생산의 틀 구축을 제안함. 포용적 성장을 위해 보건정책과 고용정책을 연계하는 차원에서 장기요양 등에 대한 분석을 추가하고 노인 등 취약 계층의 재정적 보호 성과에 대한 추세 파악의 필요성을 제안함.
  - 독일은 여성에 대한 불평등 문제의 추가를 제안함.
- 사무국은 장기적 측면에서, 포용적 성장을 위한 관련성 있는 연구의 시작으로 작업의 의미를 강조하고, 단기적으로 건강과 교육의 관련성에 초점을 맞추고 있으나 포용적 성장의 범위로 확대시켜 나갈 것이며, 분석 방법과 내용에 있어서도 검토의견을 반영하여 다양한 측면의 격차 등을 포함하는 세부적 내용을 포함하여 작업을 진행하겠다고 답변함.

## 11. 지식기반 보건의료시스템 관련 고위급 포럼

### <사무국 보고>

- 전자적 건강 정보 데이터가 축적되면서 지식→활동→데이터→정보의 순환체계가 작동하는 지식기반 보건의료시스템 구축의 중요성이 확인되고 있음.
- 2017년 보건장관회의 결의의 후속으로 사무국은 고위급 정책 포럼 개최를 기획하고 의견을 요청함.
  - 2019년 9월, 덴마크, 15-200 참석 규모, 토론 방식의 패널 구성, 장관급 오찬, 선언문 발표, 부대 행사 등에 대한 의견 요청
  - 특히, 포럼 운영 예산 부족을 충당할 재정 기여에 대한 의견 요청
- 포럼의 테마와 패널 토의 주제
  - 통제권 부여(people in contro), 성과와 생산성, 기술과 문화, 개인정보와 동의, 협력과 신뢰로 구성
  - 지식기반 시스템은 지식과 권한의 재분배를 유도하며, 국가별 데이터 인프라 구축 수준이 다른 상황에서 개선 방향, 강력한 리더십과 거버넌스 축에 기여
  - 국가별 혁신 경험 공유, 토의 진행을 위해 Issue Note 공유 예정

### <지정 토의>

- 고위급 정책 포럼의 개최 의사를 밝힌 덴마크는 주제의 중요성을 강조하고 예산 부족을 충당하기 위한 회원국들의 재정적 기여와 참여를 촉구함.

### <토의>

- 이슈 범위에 대해 핀란드는 데이터의 일차사용과 이차사용의 목적을 구분하여 주제 구성을 제안하고 프랑스는 장관회의에서 결의된 이슈의 점검 목적에 맞게 주제를 좁힐 것을 제안함.

- 프랑스와 스위스는 2019년 9월 이후 프랑스에서 개최 예정인 글로벌 펀드 회의를 고려하여 일정을 조정할 것을 제안함.
- 사무국은 의견을 반영하여 일정 조정과 우선순위를 고려한 주제 선정을 검토하기로 하고 추후 관련 협조를 요청하였음.

## 12. 2030년까지 보건의료지출 예측

### <사무국 보고>

- 보건의료시스템의 재정적 지속가능성 수준을 파악하기 위해 신뢰성 있고 투명하며 정책 관련성 있는 방식으로 2030년까지 보건의료 지출을 예측함.
  - 보건통계 워킹그룹의 분석 모듈을 바탕으로 인구학적 요인, 소득 분포 등을 반영하여 모형을 정교화 함.
  - 시나리오별 의료지출의 예측을 GDP 대비 점유율로 비교함.
  - 대부분의 OECD 국가에서 모든 시나리오에 대해 의료비 지출의 GDP 비율이 증가하는 것으로 예측됨(현 상태 시나리오로 2030년 10% 도달). 다만 국가별로 차이가 존재함.
- 결과적으로 모든 국가들에서 보건 지출의 동결은 어려우나 지출 증가 속도를 제어하기 위한 정부의 역할은 중요함.
  - 정책수립가는 보건 지출의 증가에 대비한 지출 계획을 수립해야 하며, 어떻게 재정을 충당할 것인지에 대한 고민도 필요함.

### <토의>

- 대부분의 국가들의 분석결과의 활용성을 지지했으며, 지출 예측에서 사람중심 보건의료시스템으로 변화에 따른 정책 변화 반영, 분석 방법과 결과 설명의 추가 보완에 대한 요청이 있었음.
  - 독일은 비교 가능성 측면에서 국가별로 사용된 데이터의 적절성 검

토를 요청하고, 노르웨이, 그리스, 스웨덴 등은 분석 방법 또는 분석 결과에 대해 보다 구체적인 설명 보완을 요청함.

- 프랑스, 아일랜드는 분석 방법의 정교성 검토를 요청했고 관련하여 스웨덴은 마이크로시뮬레이션 예측 모형을 소개하고 검토를 제안함.

- 한국은 효율성 확대정책의 적용에도 불구하고 현 상태 시나리오 보다 지출 감소 효과가 적은 국가들의 정책 대응을 위한 추가 설명을 요청함.

○영국, 스위스, 슬로베니아 등 일부 국가는 생산성 확대 적용 시나리오에서 과소 또는 과대 추정의 오류 가능성을 지적하고 관련된 추가 설명과 보완을 제안함.

○일본은 인구 고령화로 인한 장기요양 지출의 세부적 반영과 정기적인 결과 산출과 제공을 제안했음. 관련하여 라트비아와 호주도 정기적인 결과 업데이트의 필요성에 동의함.

○사무국은 비교 가능성과 방법론 관련 의견에 대해 다음과 같이 답변하고 향후 지속적으로 보고서를 보완키로 함.

- 방법과 데이터에 대해 보다 세부적으로 기술하고 EU 등 외부 기구의 작업 결과와 연계하여 결과를 보완하겠음.

- 다만, 장기요양 지출의 세부적 반영은 전체 지출의 방향을 예측하는 보고서의 목적에 우선순위를 두고 국가별 차이를 고려하여 필요성을 검토하겠음.

### 13. 장기요양(LTC)의 적절성과 지속가능성: 장기요양 사회 보호 프로젝트 결과

#### <사무국 보고>

○회원국 전반에서 노인에 대한 돌봄 욕구가 증가하고 있으나 관련 재정과 서비스 제공은 한계에 이르고 있음.

- 장기요양시스템의 재정이나 구조가 국가마다 차이가 있으며 정부 지출은 전반적으로 높지 않은 상황임.
  - 이러한 문제 해결을 위해 사람들이 직면하는 비용, 그들이 받는 급여와 서비스의 충분성을 LTC 욕구, 소득, 재산 수준에 따라 추계하여 비교함.
- 저소득 장기요양 노인에게 장기 요양서비스의 재정적 부담이 크게 작용함.
- 모든 시나리오에서 저소득층의 비용부담이 가장 높았음.
  - 본인부담(고/저)과 욕구(고/저) 수준에 따라 국가 배치 시, 높은 본인 부담금과 높은 욕구 수준에 한국이 위치함.
- 사무국은 결과와 추가 분석에 대한 의견을 요청함.

### <국가 사례 공유>

- (핀란드) 빠르게 고령화가 진행되고 있음. 사회보장에서 모든 거주민이 사회 서비스를 보장 받음. 사회복지와 의료서비스 제공에 대해 지역 당국이 책임을 가지며, 사회 및 보건서비스 재정에서 중앙정부가 25% 개인부담이 7%를 차지하고 있음. 주요 정책 목적은 고령자의 효율적 서비스 이용과 서비스의 질 향상에 있음.
- 지역사회단위로 분산된 정책결정을 이루어지고 있으며, 중앙에서 질 지침 등을 제공하고 있음.
  - 거주기반 서비스 이용률이 90%에 이르며, 비공식 돌봄에 대해 월별 정액의 지원이 있고 돌봄자의 연령이 고령화 됨에 따라 관련 지원 정책을 시행하고 있음.
  - 아울러, 보건 및 사회 서비스의 통합적 제공을 위한 서비스 제공자 선택권 확대, 장애 관련 법 개정, 자기 결정권에 대한 개정 등이 추진됨.

○(네덜란드) 환자 중심성과 재정적 지속가능성의 제고를 위한 장기요양 제도 개혁을 공유함.

- 장기요양정책은 개인 및 사회적 책임의 확대, 거주지 기반 고령화 (ageing in place, ageing at home), 돌봄 서비스 접근성 확대, 지출 삭감(긴축)의 4가지 축으로 구성됨.

- 홈 케어에 대한 본인부담은 없으며, 너싱 홈(nursing home) 등 비용 부담이 높은 영역에서 부담 감소와 서비스 질 향상을 유도함.

### <토의>

○(독일) 분석의 기술적인 측면에서 살펴볼 때, 질병이 과소분류된 것 같아 보이므로 질병분류에 대한 기준 제시, 소득 산출에 대한 공식이 보이지 않으므로 극단치 등 처리 방법 등을 포함한 설명 필요, 분석 시 사회적 지원에 대한 내용과 OECD 국가들의 고용자 부담에 대해서도 고려가 필요함.

○(미국) 사회보호 데이터 수집과 활용에 있어서 노인의 인구 구성 고려가 중요함. 성별에 따라 지원금 배분이 달라지기도 하며, 경제적 상황에 따라 서비스 요구가 달라질 수 있음. 돌봄 제공자에 대한 측정값이 축소된 것 같아 동의하기 어려움. 미국의 경우 노인 돌봄에 있어 돌봄 제공자의 요구가 크며, 많은 여성들이 참여하고 있음. 또한 분산된 장기요양 시스템은 효과가 적고, 지역적인 차이를 많이 보이므로 장기요양 관련 통계 산출시 별도 조사를 통한 정보수집이 필요함.

○(포르투갈) 데이터 수집 과정에서 포르투갈에 대한 설명이 충분하지 않음. 포르투갈은 사회서비스 네트워크에 기반하여 장기요양 서비스를 제공하고 있으며, 공공과 민간이 함께 참여하고 있음. 일반적으로, 국가가 개입하는 국가 네트워크는 거주자의 사회보장을 목적으로 재할을 포함한 장기요양과 급여를 관리하며, 사회 네트워크는 의료적 측면에서 홈 케어, 입원환자, 외래환자를 관리하고 있음. 이러한 내용이 좀 더 반영되길 바라며, 자료수집 내용은 서면으로 제출하겠음.

- (한국) 보고서의 그림 5의 국가별 비교에서 한국이 가장 낮은 장기요양 부담 여력을 보여주고 있음. 이는 한국의 노인평균 소득이 너무 낮아서라고 설명하고 있지만, 비교 가능성 측면에서 한국의 극단적 사례를 제외하는 것에 대한 검토를 요청하고 세부 검토 의견을 서면 제출하겠음.
- (리투아니아) 보고서에서 제시한 재정적 측면의 국가 비교는 국가별 제도적 차이를 고려하지 못하고 있으므로 해석에 주의가 필요함.
- (사무국) 분석 방법 및 보고서 기술상의 의견을 반영하여 추가 검토키로 하고 기한 내 서면의견 제출을 요청함.
  - 비용 측정은 사회보호와 장기요양 시스템의 문제를 해결해야 하는 핵심 주제와 연계되며, 독일 등에서 제시한 방법론적인 문제에 대해서도 많은 토론 과정이 있었으며 추가적으로 검토할 것임.
  - 한국은 예외적인 사례에 해당되지만 평균 소득에 미치지 못하는 노인의 낮은 소득이 낮은 장기요양 부담여력과 연계되는 현상 자체는 의미가 있을 수 있음. 추후 비교가능성 측면에서 한국의 요청사항을 검토하겠음.

#### 14. 2019년 12월 단기(Fast-Track) 보고서 주제 선택

##### <주제 후보>

- 1) OECD 국가의 백신예방접종운동에 대한 대응(How OECD countries are responding to the anti-vaccines movement and how could be counted?)
  - 백신의 편익에도 불구하고 정책수립가들은 계속해서 백신에 대한 불신과 잘못된 정보에 대한 일부의 주장에 직면하고 있음.
  - 단기 보고서는 적정 예방접종률을 보장하기 위한 관점을 제공할 것이며 세부 목적은 예방접종을 주저하게 하게 주요한 원인 분석과 예방접종률을 증가시키는 효과적 정책 대안을 파악하고 모범사례를 토

의하는 것임.

2) 보건의료시스템은 인공지능에 대비하고 있는가? OECD 국가들에서 규제적 환경 탐색(Are health systems prepared for artificial intelligence? Exploring the regulatory environments in OECD countries)

- AI의 역동적 과정은 안전성과 환자·보건의료시스템·공공에 어떤 가치를 제공하는 지에 대한 결정을 위해 새로운 규제 모형을 요구함.
- 보고서는 OECD 국가들이 보건 분야에서 AI 도입에 어떻게 적응해 가고 있는지 규제적 환경에 초점을 맞추어 파악하고 AI에 대한 법적 틀과 규제 구조에 대한 국제적 관점을 제시할 것임.

3) 보건의료 서비스 대기 시간(Waiting times for health services)

- 이 제안은 2018년 6월 선택에서 2위 주제였음.
- 보고서는 OECD 국가들에서 대기시간 감소를 위해 개발된 최근 정책을 검토하고 대기시간의 지속적 감소를 위한 유망한 접근 방식과 성과'를 확인하고자 함.

### <투표 결과>

○각 안별로 6 : 11 : 12로 3)의 주제가 선정됨.

## 15. 의장단 선출

○다음과 같이 2019년 의장단(Bureau)이 확정됨.

- 의장(Chair): Olivia Wigzeli(Sweden)
- 의장단(Bureau Members)

Patrick Jeurissen(Netherlands), Stefan Spycher(Switzerland),  
Kazuhisa Takahashi(Japan), Gavin Brown(Canada)



## 16. 기타

- 2019년 위원회 개최 일정
  - 2019년 6월 19-20일, 2019년 12월 11-12일
- 2018년 6월 기준 2017-18년(2년간 사업)의 진행보고는 서면 승인됨.