

국외출장 결과보고서

1 출장 개요

□ 출장목적

제158차 집행이사회 참석 및 의제 대응

□ 과제명

2026년WHO주요이슈분석및대응전략수립연구

□ 출장기간

2026.02.01.(일)~2026.02.06.(금)

□ 출장국가(도시)

스위스 제네바

□ 출장자

보건복지부 이형훈 제2차관, 심은혜 국제협력과 과장, 이민재 사무관, 김다현 주무관, 박혜나 에디터, 질병관리청 박해수 주무관, 김수진 연구위원

□ 일정요약

일자	국가(도시)	방문기관	면담자	주요 활동상황
02.01	세종/제네바	-	-	세종 출발/제네바 도착
02.02.-02.04	제네바	WHO 본부	회원국	제158차 집행이사회 대응 및 모니터링
02.05.-02.06	제네바/세종	-	-	제네바 출발/세종 도착

2 출장 주요내용

①	인천 출발/제네바 도착
일시	2026.02.01.(일)
장소	인천국제공항 → 스위스 제네바
참석자	전진아 선임연구위원

출국 및 숙소 도착	
②	제158차 집행이사회 참석 및 모니터링
일시	2026.02.02. (월) 09:00-18:00
장소	WHO 본부
참석자	대표단, 전진아 선임연구위원

Item 2. Report by the Director-General

○ DG 발언

- 지난 한 해는 전례 없는 재정적 압박으로 인해 인력 감축이 불가피했던 WHO 역사상 가장 어려운 시기 중 하나였으나, 이러한 위기 속에서도 조직의 회복력과 사명을 지켜냈다는 점을 강조함. 자금 삭감이라는 구조적 제약 속에서도 국제 보건 규정(IHR) 개정안의 발효를 이끌어냈으며, 비감염성 질환과 정신 건강을 주요 의제로 하는 정치적 선언을 채택하는 등 국제 보건 거버넌스 측면에서 의미 있는 성과를 달성함.
- WHO는 건강 증진과 질병 예방을 위한 전략적 접근의 일환으로, 각국이 외부 원조에 대한 의존을 줄이고 자국의 재정·제도적 역량을 기반으로 필수 보건 서비스를 지속할 수 있도록 자립 기반 구축을 지원하고 있음. 특히 담배, 주류, 설탕 함유 음료에 대한 건강세 도입을 촉진하는 이니셔티브를 통해 질병의 근본 원인을 구조적으로 해결하고자 함.
- 아울러 기후 변화에 회복력 있는 보건 시스템 구축을 주요 과제로 설정하고, 대기 오염 대응을 위한 글로벌 로드맵을 수립하는 한편, 외로움과 사회적 고립이 건강에 미치는 영향을 공중보건 의제로 공식화하여 이에 대한 대응 프레임워크를 마련함으로써 환경적·사회적 결정요인에 대한 통합적 접근을 강화함.
- 보건 시스템 강화와 서비스 제공 측면에서 WHO는 2030년까지 전 세계적으로 1,100만 명에 달할 것으로 예상되는 보건 인력 부족 문제에 대응하기 위해 WHO 아카데미를 설립하고, 250개 이상의 무료 강좌를 제공하며 역량 중심의 인력 양성을 확대하고 있음. 이를 통해 단기적 인력 공백 대응을 넘어 중장기적 시스템 회복력을 제고하고자 함.

○ 회원국 발언

- 다수의 회원국들은 WHO가 소수의 기부자에 대한 구조적 의존으로 인해 정책 우선순위 설정과 장기 계획 수립에 제약을 받고 있음을 지적하며, 정기 분담금 비중 확대를 포함한 지속 가능하고 예측 가능한 재정 구조로의 전환이 필요하다는 데 공감함. 아울러 이러한 재정 개편은 단순한 재원 확충을 넘어 WHO의 독립성과 신뢰성을 뒷받침하는 핵심 조건이라는 점이 강조됨(세르비아, 독일, 불가리아(EU), 나미비아, 잠비아, 보츠와나). 동시에 회원국들은 제한된 재원을 보다 효과적으로 활용하기 위해 의제 관리, 결의안 채택 절차, 내부 운영 구조 전반에 대한 거버넌스 개혁이 병행되어야 한다고 발언함. 결과 중심의 관리 체계 도입, 핵심 기능 중심의 역할 재정립, 조직의 민첩성 제고를 통해 WHO가 글로벌 보건의 비교우위를 명확히 해야 한다는 요구가 반복적으로 제기됨(세르비아, 독일, 이탈리아, 벨기에, 포르투갈).
- 여러 회원국들은 비감염성 질환과 정신건강 문제가 고령화, 만성질환 증가와 맞물려 국가 보건 재정과 사회 전반에 구조적 부담을 초래하고 있음을 지적하며, WHO가 해당 의제를 핵심 우선과제로 지속적으로 견인해야 한다고 강조함. 예방 중심 접근과 정신건강을 포함한 통합적 대응이 향후 보건 정책의 중심축이 되어야 한다는 인식이 공유됨(불가리아(EU), 이탈리아, 에집트, 대한민국, 바베이도스). 이와 함께 이러한 건강 과제에 효과적으로 대응하기 위해서는 병원 중심 체계를 넘어 일차 보

건 의료를 중심으로 한 보건 시스템 전환이 필수적이라는 점이 강조됨. 일차 보건 의료는 고령화, 감염병, 만성질환, 정신건강 문제를 포괄적으로 관리할 수 있는 핵심 기반으로 인식되었으며, WHO의 기술 지원과 국가 차원의 제도적 투자가 병행되어야 한다는 요구가 제시됨(폴란드, 대한민국, 에티오피아, 나이지리아, 남아프리카공화국).

- 코로나19 이후 회원국들은 팬데믹 협정의 조속한 마무리와 함께, 조기 경보·감시 체계, 지역 단위 대응 역량 강화를 WHO의 핵심 과제로 재확인함. 특히 감염병은 국경을 초월하는 위협이라는 인식 아래, 지역 감시 체계와 국가 간 정보 공유, 기술 협력이 필수적이라는 점이 강조됨(호주, 싱가포르, 우간다, 잠비아, 탄자니아).
- 여러 회원국들은 디지털 보건 기술이 보건 서비스 접근성과 효율성을 제고하는 핵심 수단임을 강조하며, WHO가 표준 설정과 조정 역할을 수행해야 한다고 발언함. 특히 의료 데이터 활용, 디지털 인증, AI 기반 맞춤형 치료 등은 향후 보건 시스템 전환의 핵심 요소로 언급되었으며, 국가 간 상호운용성과 신뢰 기반 데이터 활용이 중요하다는 점이 부각됨(대한민국, 폴란드, 일본, 싱가포르).
- 우크라이나와 가자 지구를 포함한 분쟁 상황에서 의료 시설과 보건 인력이 반복적으로 공격받고 있는 현실에 대해 다수의 회원국들이 강한 우려를 표명함. 회원국들은 “의료 시설은 공격 대상이 아니다”라는 국제 인도법의 기본 원칙을 재확인하며, WHO가 현장 대응뿐 아니라 국제 규범 수호와 책임 있는 목소리를 내는 역할을 지속해야 한다고 촉구함(우크라이나, 노르웨이, 벨기에, 에집트, 팔레스타인). 아울러 지정학적 갈등과 글로벌 보건 환경의 파편화가 심화되는 상황에서, 다자주의와 WHO의 중립적·조정적 역할이 그 어느 때보다 중요하다는 점이 강조됨. WHO는 정치적 긴장과 무관하게 증거에 기반한 기술 기구로서 기능해야 하며, 회원국 간 신뢰와 연대를 유지하는 핵심 플랫폼이라는 공감대가 형성됨(덴마크, 아일랜드, 독일, 나이지리아, 남아프리카공화국, 포르투갈).
- 회원국들은 WHO의 규범적·글로벌 기능을 지지하는 한편, 각국이 처한 보건 환경과 우선순위에 부합하는 맞춤형 기술 지원이 강화되어야 한다고 공통적으로 요청함. 고령화, 기후 변화, 감염병, 소도상국의 취약성 등 국가별 상황은 상이하나, WHO의 현장 중심·수요 기반 지원 역량 강화가 필요하다는 점에서는 공감대가 형성됨(대한민국, 에티오피아, 바베이도스, 에집트, 일본).
- 대한민국은 WHO의 제14차 일반 작업 프로그램(GPW 14)을 국내 보건정책에 반영하고, 고령화 대응을 위해 일차 보건 의료 강화를 핵심 전략으로 추진하고 있음을 밝힘. 또한 ‘마이 헬스(My Health) 이니셔티브’를 통해 개인 건강 데이터 기반의 AI 맞춤형 치료를 모색함으로써 보건 시스템의 지속가능성과 회복력 제고를 도모하고 있으며, 고(故) 이종욱 전 WHO 사무총장의 유산을 계승하기 위한 서거 20주년 기념 행사를 준비 중임을 언급함.

○ DG 발언

- 사무총장은 회원국 발언이 WHO의 전략 방향과 정렬되어 있음을 확인하고 조직에 대한 신뢰에 감사를 표함. 또한 WHO를 미래 적합형(future fit) 조직으로 전환하기 위해 사무국 변화와 회원국 주도의 지배구조 개혁이 병행되어야 함을 강조함. 아울러 WHO는 규범적·기술적 핵심 역량에 집중하고, 모든 이해관계자를 연결하는 역량을 강점으로 활용해야 한다고 밝힘. 끝으로 WHO의 힘은 회원국의 단결에 있으며, 조직의 미래는 회원국의 선택에 달려 있음을 강조함.

Item 3. Report of the regional committees to the Executive Board

○ 회원국 발언

- 여러 국가들은 글로벌 보건 목표 달성을 위해 WHO와 회원국 차원에서 지속 가능하고 예측 가능한 재정 기반이 필수적임을 강조함(카메룬, 레바논, 잠비아, 쿠바). 특히 외부 원조에 대한 구조적 의존에서 벗어나기 위한 자립적 재원 모델과 지역 간 불균형 해소가 병행되어야 한다는 점이 제기됨(카메룬, 잠비아). 아울러 자원 배분의 형평성은 단순한 재정 관리 차원이 아니라 사회 정의와 보건 형평성의 문제로 인식되어야 한다는 점이 강조됨(레바논, 쿠바).
- 다수 국가들은 감염병, 기후 위기, 인도적 위기 등 복합적 위협에 대응하기 위한 가장 핵심적인 수단으로 일차 보건 의료(PHC) 강화를 제시함(토고, 태국, 아이티, 소말리아). PHC는 보편적 의료보장(UHC)의 기반이자 보건 시스템 회복력의 출발점으로 인식되었으며, 이를 뒷받침하기 위한 보건 인력 역량 강화와 교육 투자의 필요성이 강조됨(태국, 아이티). 또한 취약국일수록 PHC를 중심으로 필수 보건 서비스의 지속성과 접근성을 유지하는 것이 중요하다는 점이 부각됨(소말리아, 토고).
- 회원국들은 팬데믹과 반복되는 감염병 위협에 대비하기 위해 국가 및 지역 차원의 탐지·대응 역량 강화가 시급하다는 데 의견을 같이함(잠비아, 태국, 아이티). 특히 콜레라, 에볼라 등 고위험 감염병에 대응하기 위한 대륙·지역 단위 대비 계획과 비상기금이 실질적 효과를 낼 수 있는 수단으로 제시됨(잠비아, 태국). 아울러 감염병 대응 과정에서 WHO의 기술 지원과 조정 역할은 국가 대응 역량을 보완하는 핵심 요소로 평가됨(아이티, 잠비아).
- 기후 변화, 정치적 불안정, 장기화된 분쟁은 취약국의 보건 시스템을 구조적으로 약화시키는 요인으로 지적됨(카메룬, 레바논, 소말리아). 이에 따라 필수 공공보건 기능의 유지와 회복은 기술적 과제를 넘어 인권과 사회 정의의 문제로 접근해야 한다는 인식이 공유됨(레바논, 카메룬). 국제사회와 WHO는 취약국이 위기 상황에서도 기본적인 보건 서비스를 제공할 수 있도록 지속적이고 일관된 지원과 연대를 강화해야 한다는 요구가 제기됨(소말리아, 카메룬).

○ RD 발언

- 각 지역사무소는 일차 보건 의료(PHC) 강화, 형평성 제고, 질병 예방·퇴치, 기후 변화와 보건 위기 대응, 재정 제약 속 효율성과 책임성 강화를 공통 핵심 과제로 설정하고 있다고 밝힘. 대한민국이 속한 서태평양지역사무소는 피지에서 열린 제76차 지역총회를 통해 인도네시아의 신규 가입을 공유함. 피지·파푸아뉴기니의 트라코마 퇴치, 일본의 풍진 퇴치, 태평양 도서국의 홍역·풍진 퇴치 등 감염병 퇴치 성과를 공유하고, 기후 변화 대응, 국제보건규정(IHR) 이행, 구강 보건의 일차 보건 의료(PHC) 통합을 핵심 활동으로 공유함.

Item 4. Report of the PBAC

○ 회원국 발언

- 회원국은 공통적으로 WHO가 재정적 제약 상황 속에서 투명성과 책임성에 기반한 우선순위 설정과 조직 개혁을 추진해야 한다는 점에 인식을 같이함. 특히 카타르와 짐바브웨는 2026 - 2027년 예산의 85%가 확보된 점을 평가하면서도, 남은 재원 확보의 어려움과 지역·국가 수준에서의 재정 불균형을 지적하며 유연하고 예측 가능한 재정 구조의 중요성을 강조함.
- 일부 회원국은 WHO가 모든 역할을 수행하기보다 표준 설정과 기술 지원이라는 핵심 임무(core mandate)에 집중해야 한다는 점을 제기하기도 함(카타르, 짐바브웨). 한편 러시아는 거버넌스 개혁의 필요성 자체에는 공감하면서도, 아직 회원국 간 합의가 충분히 형성되지 않았음을 지적하고, WHO 총회(WHA)와 집행이사회를 절약하기 위해서는 PBAC에서 주요 사안에 대해 심도 있고 수준 높은 논의가 이루어져야 한다는 점을 강조함.

③	제158차 집행이사회 참석 및 모니터링
일시	2026.02.03. (화) 09:00-18:00
장소	WHO 본부
참석자	대표단, 전진아 선임연구위원

Item 5. Report of the Standing Committee on Health Emergency Prevention, Preparedness and Response

○ 회원국 발언

- 회원국은 기후 변화와 분쟁, 인도적 위기의 확산으로 보건 비상사태가 빈번하고 복합적으로 발생하고 있다는 점을 공유하며, 이에 대응하기 위해 국가 수준의 실행력과 예측 가능한 재정 지원이 필수적이라고 강조함(불가리아, 엘살바도르). 또한 팬데믹 협정과 국제보건규정(IHR) 개정안 이행을 환영하면서, 일차 보건 의료(PHC)와 보편적 의료보장(UHC)에 기반한 지속 가능한 대비 체계 구축이 필요하다고 주장함(불가리아, 일본). 그리고 회원국은 WHO의 비상 대응 메커니즘이 감시와 현장 대응 과정에서 전문적 판단과 우선순위 설정을 적극 지원해야 한다고 요청함(엘살바도르).
- 회원국은 감시 체계를 글로벌 보건 안보의 핵심 기반으로 인식하며, 항생제 내성(AMR), 소아마비, 매개체 감염병 등 국경을 초월한 위협에 대해 보다 체계적이고 통합적인 대응이 필요하다고 지적함(불가리아, 북한, 멕시코). 회원국은 IHR 개정안의 완전한 이행과 함께, SHEPPR과 새로운 IHR 체계 간 중복을 방지하고 정합성을 확보해야 한다는 문제의식을 제기하기도 함(네팔, 일본). 회원국은 아울러 원 헬스(One Health) 접근과 환경 감시 강화, 높은 예방접종률 유지를 감염병 대응의 필수 요소로 강조함(멕시코, 북한).
- 회원국은 취약국과 소규모 국가의 경우 대비태세가 선택이 아닌 생존의 문제라고 인식하며, 위기 이후에도 대응 역량을 유지할 수 있도록 유연하고 예측 가능한 재정 지원과 현장 중심의 기술 지원이 필요하다고 강조함(아이티, 브루나이). 회원국은 기후 변화와 공적개발원조 축소로 개도국의 부담이 가중되고 있음을 지적하며, 기술과 자원에 대한 공평한 접근을 보장하는 국제 협력 강화를 촉구함(쿠바). 회원국은 또한 중소득 국가가 단기적 응급 대응과 장기적 보건 시스템 투자 간 균형을 고려한 차별화된 접근을 필요로 한다는 점에 공감함(도미니카공화국).
- 회원국은 가자지구 등 분쟁 및 점령 지역의 인도적 보건 상황에 깊은 우려를 표하며, 의료 시설과 보건 인력 보호가 국제 인도법에 따라 반드시 보장되어야 한다고 강조함(이집트, 튀르키예). 회원국은 의료진과 환자에 대한 폭력 사례를 언급하며, 국제사회가 과거의 실패를 반복하지 않고 인간을 중심에 둔 대응을 준비해야 한다고 호소함(팔레스타인). 회원국은 인도적 지원이 안전하고 방해 없이 전달될 수 있도록 지속적인 휴전과 국제적 책임 공유가 필요하다고 주장함(이집트, 튀르키예).
- 회원국은 WHO 내 비상 대응 관련 거버넌스 구조에서 권한과 기능의 중복을 해소하고 조정 기능을 강화해야 한다고 요구함(노르웨이, 러시아). 회원국은 SHEPPR이 투명성 제고와 정보 대응 측면에서 집행이사회와 총회 간 연결 역할을 수행해야 한다고 제안함(러시아). 회원국은 또한 예방 중심 접근과 단기적 비상 대응, 장기적 역량 강화 간 균형이 복원력 있는 보건 시스템 구축의 핵심이라고 강조함(파나마, 우루과이).

Item 6. Follow-up to the political declaration of the high-level meeting of the General Assembly on the prevention and control of non-communicable diseases

- 회원국은 비감염성질환(NCD)이 전 세계적으로 조기 사망의 주요 원인이자 보건 시스템을 잠식하는 구조적 위협이라는 점에 인식을 같이하며, 이를 ‘조용한 팬데믹(silent pandemic)’으로 규정하고 범정

부적·범사회적 대응이 필요하다고 강조함(사우디아라비아, 벨기에, 독일). 회원국은 상업적 결정 요인, 초가공 식품, 알코올, 베이핑, 디지털 환경 등이 건강에 미치는 부정적 영향을 지적하며, 공중보건을 이윤보다 우선시하고 이해상충을 방지하는 정책 환경이 필요하다고 주장함(사우디아라비아, 벨기에, 네팔).

- 회원국은 질병별·파편화된 대응보다 일차 보건 의료(PHC)를 중심으로 한 보건 시스템 강화가 NCD와 정신건강 대응의 핵심이라고 강조함(노르웨이, 솔로몬제도, 소말리아). 회원국은 PHC 수준에서 예방, 조기 진단, 만성질환 관리, 정신 건강 서비스를 통합해야 하며, 가정의·지역 기반 인력이 핵심 역할을 수행한다고 설명함(북한, 소말리아). 회원국은 또한 UHC 달성을 통해 본인 부담을 완화하고 취약계층의 접근성을 보장해야 한다고 강조함(노르웨이, 일본).
- 회원국은 정신 건강을 신체 건강과 동등한 시급성을 지닌 핵심 보건 과제로 인식하며, 이를 비감염성질환(NCD) 대응과 생애주기 전반의 보건 정책에 통합해야 한다는 데 공감함(스페인, 독일, 폴란드). 회원국은 분쟁, 기후 변화, 사회적 불평등이 아동·노인 등 취약계층의 정신 건강 수요를 급증시키고 있음을 지적하며, 인간 중심의 전 생애 주기적 접근이 필요하다고 강조함(스페인, 폴란드). 동시에 회원국은 NCD와 정신 건강 대응에서 WHO가 규범 설정과 기술 지원, 국가 간 경험 공유를 주도하는 핵심 조정 기구로서 역할을 강화해야 한다고 재확인함(스위스, 중국, 아이티). 회원국은 제네바와 뉴욕 등 국제 논의가 중복되지 않고 상호 보완적으로 작동해야 하며, 결의안 채택 이후 실행 단계에서의 협력과 합의가 중요하다고 강조함(스위스, 러시아).
- 회원국은 빈곤, 교육, 주거, 기후 변화 등 사회적·환경적 결정 요인이 NCD와 정신 건강에 중대한 영향을 미친다고 인식하며 Health in All Policies가 필요하다고 주장함(파나마, 인도네시아, 카보베르데). 또한 기후 변화와 재정 제약으로 인해 이중의 부담을 겪고 있는 회원국이 있다고 지적하며, 데이터 시스템 강화와 의약품·기술에 대한 형평성 있는 접근을 촉구함(카보베르데, 아이티).
- 회원국은 선언과 합의에 그치지 않고 실행과 성과에 대한 책임이 중요하다고 강조하며, 자원 확보, 생애주기별 국가 프로그램, 학교 기반 신체활동 의무화, NCD 사망률 감축 목표 설정 등 다양한 혁신 사례를 소개함(바베이도스, 싱가포르, 카타르, 칠레).

Item 7. Mental Health

○ 회원국 발언

- 회원국은 정신 건강을 WHO 전반의 핵심 의제로 주류화해야 한다는 데 공감하며, 특히 소셜 미디어와 AI 등 디지털 기술이 아동·청소년의 정신 건강에 미치는 부정적 영향에 깊은 우려를 표함(불가리아(EU), 폴란드, 스위스, 벨기에). 회원국은 화면 중독, 사이버 불링, 자해·자살 위험 증가 등 구체적인 위협을 지적하며, 청년 참여형 플랫폼 구축, UNICEF와의 협력, 디지털 기업의 책임 강화, 온라인 유해 마케팅 규제 필요성을 강조함(폴란드, 스위스, 벨기에).
- 회원국은 정신 건강을 사람 중심·지역사회 기반으로 전환하고 PHC에 통합하는 것이 보편적 의료보장(UHC)의 핵심이라는 데 인식을 같이함(대한민국, 이스라엘, 스페인, 브루나이). 회원국은 데이터 기반 모니터링과 부처 간 협력, 계층적 지원 모델, 사회적 처방과 공동체 활동을 통해 예방과 회복을 강화해야 한다고 강조함(대한민국, 이스라엘, 스페인). 회원국은 낙인 완화와 예방 우선의 정신건강 아키텍처 구축을 제안하며 정신 건강을 신체 건강과 동등한 우선순위로 설정해야 한다고 주장함(브루나이).아일랜드).
- 회원국은 지속되는 분쟁과 기후 스트레스, 빈곤이 정신 질환 유병률을 높이고 있으나 재정 배분은

현저히 부족하다고 지적함(소말리아, 네팔). 회원국은 전쟁 이후 광범위한 정신 건강 문제와 알코올·약물 남용 증가를 언급하며, MHPSS를 응급 계획과 재정 지원의 필수 요소로 통합해야 한다고 강조함(우크라이나, 레바논). 회원국은 비상 상황에서 자원과 활동을 실시간으로 모니터링하는 플랫폼과 기후 회복력 있는 정신 건강 시스템 구축을 요청함(레바논, 네팔).

- 회원국은 온라인 도박 등 신종 디지털 위험이 공중보건과 정신 건강에 미치는 영향을 새로운 글로벌 과제로 인식하고 공동 대응을 제안함(브라질). 회원국은 국가 주도 이니셔티브와 디지털 혁신을 통해 원격 의료와 정신 건강 핫라인을 강화하여 농촌·위기 지역의 접근성을 높인 사례를 공유함(이집트, 카타르).
- 회원국은 인권 존중과 지역사회 생활 원칙에 기반한 법·제도 정비와 통합 케어를 통해 실질적 자살 감소 성과를 달성한 사례를 제시함(일본). 회원국은 정신건강법과 중장기 전략, ‘정신 건강 서비스의 해’ 등 국가 전략을 공유하는 한편, 최신 데이터 갱신과 QualityRights 교육을 포함한 인력 양성 강화를 WHO에 요청함(중국). 회원국은 정신 건강을 국가적 대의로 선포하고 범부처 협력을 통해 웰빙을 공공 정책의 핵심 목표로 삼아야 한다고 강조함(프랑스).

○ 사무국 발언.

- 사무국은 정신 건강 문제가 국가적 정책 의제를 넘어 많은 사람들의 가족과 일상에 직접적인 영향을 미치는 매우 개인적이면서도 공동체적인 과제임을 인정하며, 보편적 의료 보장(UHC)과 일차 보건 의료(PHC)에 기반한 공동체 중심 케어를 강력히 지지함. 사무국은 서비스 공급이 제한된 상황에서도 창의적 해법이 가능함을 강조함.
- 사무국은 정신 건강이 직장, 학교, 디지털 미디어, 약물 남용 등 다양한 영역에 걸쳐 있어 범정부적·다학제적 접근이 필수적이거나, 부처 간 칸막이를 허물고 실질적 협업을 구현하는 데 구조적 어려움이 존재함을 지적함. 이에 대응하기 위해 WHO 내부에 ‘증진·예방·관리 부서(Division of Promotion, Prevention, and Care)’를 신설하여 긴급 대응 프로그램, 과학팀, 보건 서비스팀, WHO 아카데미와 연계한 통합적 대응 체계를 구축했다고 설명함. 사무국은 또한 신경학, 정신의학, 심리학 등으로 분절된 전문가 공동체를 WHO 협력 센터(Collaborating Centers)를 통해 연결함으로써 정신 건강 분야에서도 학제 간 협력이 일상화된 과학적·정책적 생태계를 구축하겠다고 밝힘.

Item 8.Communicable diseases

○ 회원국 발언-예방접종 아젠다 2030(Immunization Agenda 2030)

- 회원국은 예방접종 아젠다 2030(Immunization Agenda 2030) 하에서 코로나19 이후 정기 예방접종 체계의 회복을 긍정적으로 평가하는 한편, 미접종 아동(Zero-dose children) 문제와 백신 거부감(vaccine hesitancy) 해소를 가장 시급한 과제로 인식함.
- 회원국은 취약 지역과 분쟁 지역을 우선 대상으로 설정하고 예방접종을 일차 보건 의료(PHC) 및 보편적 의료 보장(UHC) 체계에 통합해야 한다고 강조하며, 지난 수십 년간 예방접종이 구한 생명의 성과를 기반으로 국가적 책임을 강화해야 한다고 밝힘(대한민국, 인도).
- 회원국은 예방접종의 지속 가능성을 위해 국가 예방접종 예산을 재정 프레임워크와 연계하고, 하위 국가 단위의 세분화된 데이터를 활용해 책임성을 높여야 한다고 제안함(일본). 또한 회원국은 지정학적 불안정과 잘못된 정보(misinformation) 확산이 예방접종 성과를 저해하고 있음을 우려하며, 증거 기반 정책과 지역사회 참여를 통한 백신 리터러시 제고가 필요하다고 강조함(브라질, 싱가포르).

- 회원국은 자금 제약 상황에서도 국가적 주도권(country ownership)과 숙련된 보건 인력, 보건 시스템 강화를 통해 성과를 유지해야 한다고 주장함(캐나다, 영국). 회원국은 또한 WHO의 리더십 아래 국제기구 간 시너지를 강화하고, 예방접종 목표를 국가 보건 계획과 예산 주기에 정합적으로 연계해야 한다고 강조함(독일, 중국).

○ 회원국 발언-NTD

- 회원국은 소외열대질환(NTD) 로드맵 2021 - 2030 이행과 관련해 기후 변화로 인한 질병 확산 위험과 소외된 계층에 대한 인권 기반 접근을 핵심 쟁점으로 인식함. 회원국은 한센병을 포함한 NTD 대응 과정에서 차별과 낙인을 해소하고 인권을 보호하는 접근이 필수적이라며, WHO가 글로벌 파트너들과의 협력을 통해 이를 적극 뒷받침해야 한다고 강조함(일본).
- 회원국은 땀기열과 치쿤구니야 등 매개체 감염병 대응에서 지역사회 중심의 매개체 제어와 원 헬스(One Health) 접근이 효과적이라고 평가하며, 지역 주민의 참여와 동원이 성공의 관건이라고 주장함(프랑스).
- 회원국은 WHO의 중앙 조정 역할을 지지하는 한편, 엔데믹 국가들이 새로운 매개체 제어 도구와 백신 개발을 위해 연구개발(R&D) 투자와 국제 협력을 강화해야 한다고 제안함(인도). 회원국은 또한 로드맵 이행에 대한 지속적 정치적·재정적 지지를 재확인하고, 지구 온난화가 매개체의 발달과 확산을 촉진하고 있다는 점에 주목하며 실험실 네트워크와 감시 역량 강화를 주문함(캐나다, 불가리아).

○ 회원국 발언-결핵 퇴치 전략(End TB Strategy)

- 회원국은 결핵 퇴치 전략(End TB Strategy) 논의에서 신규 결핵 사례 증가와 2030년 이후를 대비한 차세대 글로벌 전략 수립의 필요성에 공감함. 회원국은 환자 수와 사망률 감소 속도가 목표에 미치지 못하고 있음을 우려하며, 지역사회 중심의 예방·검진·치료 서비스를 일차 보건 의료(PHC)에 통합해야 한다고 강조함(대한민국).
- 회원국은 결핵 신규 사례의 급증과 지정학적·경제적 불균형을 지적하며, 의약품의 지역 내 생산과 공평한 접근을 위한 국제 협력 모델을 공유함(브라질). 회원국은 결핵 퇴치 전략이 각국의 역학적 특성과 경제 여건에 맞게 유연하게 적용(tailor-made)되어야 하며, 자원이 부족한 고위험 국가를 위한 차별화된 접근이 필요하다고 주장함(러시아).
- 회원국은 변화하는 과학기술과 보건 환경을 반영한 포스트-2030 결핵 전략 수립과 새로운 백신의 효과적 배치, 이를 뒷받침할 지속 가능한 재정 지원이 필수적이라고 강조함(캐나다, 영국). 회원국은 또한 국민 참여 기반의 검진·치료 모델과 타 질병 퇴치와 연계된 현장 대응 경험이 결핵 대응 성과를 높이는 데 기여하고 있음을 공유하기도 함(인도, 프랑스).

○ 유럽지역처장 발언

- 지역처장은 예방접종(Immunization)이 공중보건의 초석으로서 팬데믹 이전 수준으로 접종률이 회복되고 신규 백신 도입 등 실질적 진전이 있었음을 평가하면서도, 예산 제약과 기부금 감소, 정책 우선순위 경쟁으로 인해 성과가 다시 후퇴할 위험이 크다고 우려함. 회원국은 최근 홍역 재유행 사례를 언급하며, 접종률의 미세한 하락조차 치명적 결과로 이어질 수 있음을 경고함.
- 지역처장은 소외열대질환(NTDs) 분야에서 약 60개국이 하나 이상의 질병 퇴치 성과를 달성했음에도 불구하고 여전히 약 14억 명이 서비스를 필요로 하는 현실을 지적하며, 기후 변화와 진단 장비 부족이라는 지속적 위협에 대응하기 위해 NTD 서비스를 보편적 의료 보장(UHC) 체계에 통합해야 한다고 강조함.
- 지역처장은 또한 결핵(TB)이 여전히 단일 감염원 사망 원인 1위를 차지하고 있고 세계가 2030년 목

표 경로에서 이탈한 상황임을 공유하며, 일차 보건 의료(PHC)와 사회적 결정 요인을 반영한 '포스트 2030 결핵 전략' 수립 과정에 회원국들의 적극적 참여를 촉구함.

○ 사무국 발언

- 사무국은 회원국과 지역처장의 문제의식에 전적으로 공감하며, 조직 재편 이후 WHO가 과학과 증거에 기반한 파트너십에 더욱 집중하겠다고 밝힘. 사무국은 예방접종을 둘러싼 회의론과 불확실성이 확대되는 현 상황을 심각하게 인식하며, 잘못된 정보(misinformation)에 수동적으로 대응하지 않고 백신 거부감이 백신 부인으로 확산되기 전에 적극 개입하겠다는 분명한 입장을 표명함. 사무국은 WHO가 GAVI, UNICEF와의 긴밀한 협력을 통해 인도적 위기 및 분쟁 지역의 미접종 아동(Zero-dose children)에게 백신이 실제로 도달하도록 통합 감시와 전달 체계를 강화할 계획임을 설명함.
- 사무국은 소외열대질환(NTD) 퇴치가 WHO의 핵심 정체성에 해당하는 과제임을 재확인하며, 기후 변화로 인한 질병 확산을 방지할 경우 되돌릴 수 없는 결과를 초래할 수 있다고 경고함.
- 또한 결핵 발생률이 팬데믹 이후 처음으로 감소한 점은 의미 있는 성과이나, 현재의 글로벌 보건 혼란이 지속될 경우 전파율 재상승과 약물 내성 확산이 나타날 수 있다고 우려함. 사무국은 끝으로 과학 기술의 발전 그 자체보다 중요한 것은 그 성과가 형평성(equity)을 확대하는 데 사용될 것인지, 아니면 격차를 심화시키는 방향으로 작동할 것인지에 대한 선택이라고 강조하며 발언을 마무리함.

Item 9. UHC

○ 회원국 발언

- 회원국은 의제 9(통합 응급·중증·수술 치료를 위한 글로벌 전략, ECO Care 2026 - 2035)와 관련해 동 전략이 보편적 의료 보장(UHC) 달성을 위한 핵심 축이라는 데 폭넓은 공감대를 형성함. 회원국은 ECO 전략이 WHO GPW 14과 정합적으로 연계되어야 하며, 일차 보건 의료(PHC)를 기반으로 병원 전 단계 - 응급 - 중증 - 수술 - 조기 재활에 이르는 연속적 치료 체계(continuum of care)를 구축해야 한다고 강조함(노르웨이, 우크라이나). 회원국은 아프리카와 소도서국, 분쟁·인도적 위기 상황에서 ECO 케어가 생명 보호와 국가 회복력, 나아가 국가 안보와 직결된다고 평가하며 전략 채택을 강력히 지지함(토고, 바베이도스, 에티오피아). 회원국은 ECO 통합을 위해 숙련된 보건 인력 확보, 지속 가능한 재정 투자, PHC와 연계된 의뢰·회송 경로, 디지털 전환, 품질·안전 표준 확립이 필수적이라고 지적함(태국, 네팔, 브라질). 회원국은 각국의 응급의료체계 확충과 ICU·수술 역량 강화 성과를 공유하는 한편, WHO가 이 전략을 구체적 실행계획(action plan)과 증거 기반 지침, 실행 가능한 로드맵으로 전환하고 자원 동원을 주도해 줄 것을 요청함(탄자니아, 튀르키예). 회원국은 끝으로 PHC를 보건 시스템의 초석으로 삼아 여성과 소녀의 성·재생산 건강을 포함한 필수 서비스가 ECO 케어에 통합될 때 형평성과 효율성이 극대화된다고 강조하며, 차기 세계보건총회(WHA)에서 전략 채택이 이루어지길 기대함(프랑스, 파라과이, 인도).
- 회원국은 의제 9(인체 세포·조직·장기 이식의 가용성 증대, 윤리적 접근 및 감독)과 관련해 장기 부족이라는 구조적 문제와 윤리·거버넌스 강화의 필요성에 공통된 인식을 보임. 회원국은 가용 자원의 제약과 법·윤리적 쟁점의 복잡성을 고려할 때, 글로벌 전략 수립을 성급히 추진하기보다 충분한 검토와 단계적 접근이 필요하다고 지적함(노르웨이, 브루나이 다루살렘, 파라과이). 회원국은 특히 아프리카 및 저자원 국가에서 낮은 이식 역량, 법적 프레임워크 부재, 인력 부족, 장기 밀매 위험이 중첩되고 있음을 강조하며, 환자 보호와 불법 행위 방지를 위한 강력한 법·윤리 장치와 차별화된 지원

을 요청함(토고, 나이지리아, 도미니카 공화국). 회원국은 단순한 규제만으로는 불법 이식을 근절할 수 없다고 보고, 기증자 풀 확대, 감시 체계 구축, 데이터 투명성 강화 등 실질적 도구 개발의 필요성을 강조함(우크라이나, 인도). 회원국은 또한 사회문화적 맥락을 고려한 윤리적 감독을 위해 전문가 위원회 설치, 지역 협의, 국제 기준(ICD-11) 활용을 지지하며, 전략의 지속적 논의를 요청함(이집트, 튀르키예, 우루과이). 한편 교황청은 장기 기증을 ‘관대한 연대의 고귀한 행위’로 규정하며 인체의 비상업성 원칙을 분명히 하고, 이종 이식 등 기술 혁신 시 환자 안전·정체성 보전·실험동물의 윤리적 관리라는 엄격한 생명윤리 기준을 제시함과 동시에, 배아·태아 조직 활용을 배제하고 윤리적 대안에 집중할 것을 촉구함.

- 회원국은 의제 9(보편적 의료 보장, UHC) 중 희귀질환(Rare diseases) 논의에서 희귀질환을 글로벌 보건의 형평성과 포용을 가능하는 핵심 시험대로 인식하며, 진단·치료 격차 해소를 위한 글로벌 실행 계획(Global Action Plan)을 신속히 수립해야 한다는 데 폭넓은 공감대를 형성함. 회원국은 UHC 확대가 희귀질환 치료의 국가 간 불평등 해소로 이어져야 한다고 강조하며, 보건 시스템 강화, 표준 매핑, 기술 보고서, 데이터 공백 해소, 전문 센터(Centers of Excellence) 구축을 핵심 과제로 제시함(불가리아, 스페인). 회원국은 자원이 부족한 지역에서 데이터 부족, 진단 역량 미비, 치료 접근성 한계가 중첩되고 있음을 지적하며, 글로벌 전략 이행 과정에서 취약 지역이 소외되지 않도록 WHO의 적극적 옹호와 기술 지원을 요청함(토고, 이집트, 나이지리아). 또한 회원국은 희귀질환을 단순한 의료 문제가 아닌 구조적 형평성 문제로 규정하고, 조기 진단과 신생아 선별검사 확대, 유전 진단 역량 강화, 근거 기반 글로벌 규범 표준 수립이 필수적이라고 강조함(인도, 칠레). 회원국은 또한 공동 구매, 차등 가격제, 특허 풀, 자발적 라이선스 등 희귀의약품 접근성 제고를 위한 정책 수단과 국경간 의료 협력, 디지털 도구 활용, 환자 등록부(registry) 구축을 통한 데이터 품질 향상을 요구함(우크라이나, 룩셈부르크, 브루나이 다루살람). 회원국은 끝으로 환자와 가족, 시민사회, 임상의 등 이해관계자의 참여를 보장한 실행 계획이야말로 SDGs와 UHC의 정신에 부합한다고 강조하며, 사무국이 이를 2028년 제81차 세계보건총회(WHA)에 제출해 줄 것을 촉구함(파라과이, 아일랜드, 에콰도르).

Item 10. Primary healthcare

○ 회원국 발언

- 회원국은 일차 보건 의료(PHC)가 보편적 의료 보장(UHC)의 토대라는 데 폭넓게 합의하며, 2030년까지 예상되는 보건 인력 부족을 해결하기 위해 공정한 채용, 디지털 교육(WHO 아카데미), 신기술·AI 활용을 통한 역량 확충이 필요하다고 강조함(불가리아, 카타르, 중국). 회원국은 지리적 분산·자원 제약·기후 위기 등 맥락에 맞춘 맞춤형 재정 로드맵과 기후 회복력 있는 PHC 인프라 구축을 촉구하며, 지역사회 보건요원(CHW)과 가족의사, 비전문 인력의 업무 이관(task shifting)을 핵심 해법으로 제시함(솔로몬 제도, 짐바브웨, 우크라이나).
- 회원국은 디지털 전환과 데이터 기반 관리가 접근성·품질·책임성을 동시에 높이는 촉매라고 평가하며, 원격의료·정보시스템·대시보드로 재정·인력·품질에 대한 측정 가능한 공약을 관리해야 한다고 주장함(대한민국, 브라질, 나이지리아). 회원국은 예방·조기접근·연속진료를 PHC에 통합해 병원 쏠림을 완화하고 성·재생산 건강, NCD, 정신건강, 완화의료까지 필수 서비스로 포괄해야 한다고 강조함(독일, 아이슬란드, 캐나다).
- 회원국은 위기·분쟁 상황에서도 PHC가 회복력의 핵심이라고 지적하며, 의뢰·회송 체계와 응급·중증 치료(ECO)를 PHC와 결합해 효율을 극대화해야 한다고 밝힘(멕시코, 우루과이). 회원국은 아스타나·

알마아타 선언의 정신과 다부문 협력을 재확인하고, 지역·국경 간 협력과 WHO의 조정 리더십이 성과 확산의 관건이라고 평가함(카자흐스탄, 영국, 포르투갈).

Item 11. Health in the 2030 Agenda for Sustainable Development

○ 회원국 발언

- 회원국은 보편적 의료 보장(UHC)이 건강권의 핵심이자 SDG 3(건강과 웰빙) 달성의 결정적 수단이라는 점을 재확인하며, 현재 세계가 모성·신생아·아동 건강, 감염병 대응, 희귀질환 치료 등 주요 지표에서 목표 경로를 이탈하고 있다는 데 공통된 우려를 표함(불가리아, 중앙 아프리카 공화국). 회원국은 보건 인력 부족 해소, 재정적 보호 강화, 국가 간 치료 격차 축소를 통해 고영향 분야(high impact areas / system actions)에 자원을 집중해야 한다고 강조하며, 이를 뒷받침하기 위해 PHC 중심의 보건 시스템 강화, 윤리적 가이드라인에 기반한 디지털·AI 활용, 지속 가능하고 혁신적인 재정 조달, 그리고 보건 정보 시스템(CRVS, 전자건강기록 등) 투자가 시급하다고 주장함(북한, 인도네시아, 싱가포르).
- 회원국은 SDGs를 글로벌 공공재로 인식하고, 일차 보건 의료 제공과 데이터 기반 공중보건으로의 전환을 통해 마지막 2030 의제 이행 기간의 성과를 가속화해야 한다고 촉구함(벨기에, 태국, 페루).

Item 12 Substandard and falsified medical products

○ 회원국 발언

- 회원국은 불량 및 위조 의료제품(substandard and falsified medical products)이 공중보건과 국가 보건안보를 동시에 위협하는 중대한 글로벌 문제라는 데 인식을 같이하며, 특히 아프리카 지역이 그 피해를 가장 심각하게 받고 있음을 강조함(토고, 카메룬, 앙골라). 회원국은 공식 공급망뿐 아니라 비공식 시장·온라인 플랫폼·국경 간 유통망에 대한 평가와 감시를 강화해야 한다고 지적하며, 고위험 원료(excipients) 관리, 추적 시스템 도입, 표준화된 공급망 운영이 예방과 통제 핵심이라고 강조함(우크라이나, 중국, 튀르키예).
- 회원국은 자원이 부족한 국가를 위해 별도의 재정 지원과 혁신적 자금 조달 메커니즘(공동 기금)이 필요하다고 주장하는 한편, 스마트폰 기반 스크리닝 기술(EEON) 등 신기술의 다국어 지원과 신속한 도입을 지지함(토고, 카메룬). 회원국은 각국의 규제 역량 강화를 위해 국가 의약품 규제기관 설립, 위험 기반 점검, 전자적 획득·추적 시스템 구축 등 자국 사례를 공유하며 WHO의 지속적인 기술 지원을 요청함(바베이도스, 인도, 파라과이).
- 회원국은 끝으로 의약품 가격 부담이 비공식 시장을 확대시키는 구조적 요인임을 지적하며, 가격 안정화, 필수 성분 접근성 개선, 지역 공동 구매를 포함한 국제적 협력 프레임워크 구축이 필요하다고 강조함(코스타리카, 러시아).

④	제158차 집행이사회 참석 및 모니터링
일 시	2026.02.04. (수) 09:00-18:00
장 소	WHO 본부
참석자	대표단, 전진아 선임연구위원

Item 13. Report of the Expert Advisory Group on the WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel

○ 회원국 발언

- 회원국은 국제 보건 인력의 윤리적 채용에 관한 글로벌 코드가 보건 인력 이동을 관리하는 핵심 규범임을 재확인하며, 보건 인력 유출로 가장 큰 피해를 입는 송출국의 보건 시스템 보호와 형평성 확보가 시급하다고 강조함(EU, 폴란드, 짐바브웨).
- 회원국은 코드의 적용 범위를 모든 이동 보건 인력과 비상 상황까지 확대하고, 교육 - 훈련 - 유지(retention)를 아우르는 공동 투자(co-investment)가 필수적이라고 지적하며, 개발은행과 기부기관의 전주기적 재정 참여를 촉구함(짐바브웨, 네팔, 스리랑카).
- 회원국은 분쟁·경제 불안 지역의 특수성을 고려한 보호 장치와 디아스포라 참여, 지역적 연대 전략의 필요성을 언급하고, 송출국과 유입국 간 투명한 규칙과 공동 책임을 강조함(이집트, 우크라이나). 회원국은 코드의 무결성(integrity of the Code)을 유지하면서도 현실에 맞게 진화시켜야 한다는 데 공감하며, 보호 목록(safeguards list)에 대한 명확한 지침과 유연성, 데이터 기반 책임성 강화를 위해 세계보건총회 이전 회원국 간 비공식 협의를 요청함(독일, 영국).
- 회원국은 WHO 아카데미를 윤리적 채용과 인력 역량 강화의 핵심 플랫폼으로 평가하고, 리용 내 인적자원 우수센터 설치 및 지속 가능한 비즈니스 모델 확립을 통해 교육·훈련과 기술 지원을 확대할 것을 기대함(레바논, 크로아티아). 회원국은 끝으로 코드가 형평성(equity)을 담은 글로벌 공공재로 기능해야 하며, 윤리적 인력 이동을 보장하는 보다 실효성 있는 국제 협력과 연구·데이터 공유 체계 구축이 필요하다고 강조함(중국, 쿠바, 칠레).

Item 14 Draft updated global action plan on antimicrobial resistance

○ 회원국 발언

- 회원국은 항생제 내성(AMR)을 국경을 초월한 중대한 글로벌 위협으로 인식하고 인간·동물·환경을 포괄하는 원 헬스 접근에 기반한 공조 강화를 핵심 방향으로 제시함(스페인, 대한민국, 독일). 회원국은 거버넌스와 책임성이 강화된 업데이트된 글로벌 액션 플랜(GAP)을 환영하며 UN 총회 정치선언과의 정렬을 통해 대응의 일관성과 실행력을 높여야 한다고 강조함(스페인, 대한민국). 회원국은 WHO의 규범적 리더십과 국제적 감시·관리 표준의 통일이 각국 이행의 기준점이 되어야 한다고 언급함(독일, 스위스).
- 회원국은 분쟁과 취약 상황에서 AMR 부담이 빠르게 확대되고 있음을 지적하며 취약 국가에 대한 특별한 지원이 필요하다고 강조함(사우디아라비아, 우크라이나). 회원국은 실험실 감시 체계 강화와 감염 예방 및 통제(IPC), 항생제 사용 관리가 병행되어야 한다고 밝힘(카메룬, 북한). 회원국은 지속 가능하고 예측 가능한 재정 지원과 WHO의 기술적 조정 역할이 취약 국가 대응의 핵심이라고 언급함(이집트, 에티오피아).
- 회원국은 GAP의 실질적 이행을 위해 역할과 책임이 명확한 이행 프레임워크와 구체적인 모니터링·평가(M&E) 체계가 필요하다고 강조함(캐나다, 태국). 회원국은 팬데믹 협정과 국제보건규정(IHR) 등 기존 글로벌 보건 프레임워크와의 정합성을 확보해 중복과 비효율을 방지해야 한다고 언급함(나미비아, 독일). 회원국은 독립적 과학 자문과 협력 센터의 기능 강화를 통해 근거 기반 정책 결정을 뒷받침해야 한다고 제안함(일본, 싱가포르).
- 회원국은 기술 이전과 혁신 인센티브를 둘러싼 ‘자발적·상호 합의된 기술 이전(VMAT)’ 문구에 대해 형평성과 접근성 측면에서 이견을 표명함(브라질, 인도네시아, 파키스탄). 회원국은 해당 문구가 공공 - 민간 협력의 균형 장치가 될 수 있다는 입장과 동시에 개도국의 기술 접근성을 제약할 수 있

다는 우려가 병존한다고 지적함(사이프러스, 콜롬비아). 회원국은 총회 상정 전까지 추가적인 비공식 협의를 통해 문안 조정이 필요하다고 제안하였으며(네팔, 브라질, 에티오피아 등), 비공식 협의를 “자발적이고 상호 합의된 기술 이전 주제에 특별히 국한하여(specifically on the subject of voluntary and mutually agreed technology transfer)” 진행한다는 문구를 결정문에 명시했고, 수정된 결정문은 최종적으로 합의·채택됨.

Item 15 Harmonization of regulatory approaches, governance and standards for data, digital health and artificial intelligence in the health sector

○ 회원국 발언

- 회원국은 차기 글로벌 디지털 헬스 전략이 지역 간 격차 해소와 윤리적 데이터 거버넌스를 핵심 축으로 삼아야 한다는 데 공감함(불가리아, 카타르, 카메룬). 회원국은 AI 활성화의 전제 조건으로 신뢰 가능한 데이터 시스템, 상호운용성, 표준화된 거버넌스가 필수적임을 강조하고, WHO가 국제 표준화 기구와의 조화를 주도하며 환자 자율성과 안전을 보장하는 AI 알고리즘 평가·감독 프레임워크를 마련할 것을 촉구함(불가리아, 카타르, 카메룬).
- 회원국은 AI 전 주기에 걸친 책임성과 규제 설계가 필요하다는 점을 강조하며, 공식 규제를 보완하는 규제 샌드박스, 비용 대비 시스템적 가치에 대한 경제적 평가, 그리고 인권 보호를 포함한 규제 전략을 제안함(이스라엘, 칠레, 파나마). 회원국은 특히 상호운용성 강화와 윤리적·투명한 AI 활용, 기술 지식의 형평적 공유를 통해 예방 중심의 안전한 보건 시스템을 구축해야 한다고 주장함(칠레, 브라질, 포르투갈).
- 회원국은 디지털 헬스와 AI를 UHC 가속을 위한 실질적 수단으로 평가하면서도, 국가별 법·제도와 자원 맥락을 존중하는 유연한 이행 경로가 필요하다고 강조함(태국, 북한, 이집트). 회원국은 데이터 주권과 프라이버시 보호를 전제로 공공 인프라 투자, 디지털 리터러시 강화, 통합 전자의무기록과 원격의료 확대 등 국가 전략과의 정합성을 중시해야 한다고 밝힘(태국, 이집트, 조지아).
- 회원국은 소도상국과 취약국을 포함한 형평성 있는 디지털 전환을 위해 예측 가능한 자원, 지속 가능한 금융 모델, 보건 인력의 디지털 역량 강화가 병행되어야 한다고 촉구함(바베이도스, 에티오피아, 잠비아). 회원국은 디지털 도구 활용이 인간의 존엄성·환자 안전·형평성을 훼손해서는 안 되며, 공정한 이익 공유와 책임 있는 기술 이전, 국제 협력과 파트너십 강화를 통해 포용적이고 미래지향적인 글로벌 디지털 보건 생태계를 구축해야 한다고 강조함(잠비아, 네덜란드, 코스타리카).

Item 16. WHO's work in health emergencies

○ 회원국 발언

- 회원국은 보건 비상사태 대응에서 WHO의 중앙 조정 역할과 재정적 지속 가능성을 공통적으로 강조함(태국, 스위스, 스페인, 리소토). 회원국은 비상사태 예비기금(CFE)의 안정적 자원 확보, UPRR 체계의 강화, ECO 전략의 조속한 이행, 그리고 위험이 가장 높은 지역과 인구에 대한 전략적 자원 집중이 필요하다고 발언함(태국, 카메룬, 리소토, 스페인). 회원국은 또한 보건 시설 공격에 대한 기록·예방, 인도주의 인력 보호, 지리적 공백 없는 감염병 대응과 정보 공유의 중요성을 강조함(스위스, 호주, 일본).
- 회원국은 보건 비상사태 논의의 정치화에 대한 우려와 상반된 입장을 분명히 드러냄(이스라엘, 북한, 러시아). 회원국은 이란 내 보건 상황에 대한 별도 보고 요청, 대만 관련 정보 공유 문제, ‘하나

의 중국' 원칙, 그리고 비상사태 의제 설정의 기준과 형평성에 대해 상이한 견해를 제시하며, 보건 의제의 정치적 이용을 경계하거나 상호 비판함(이스라엘, 일본, 북한, 러시아). 이에 대해 일부 회원국은 가자지구 인도적 접근 보장과 국제법 준수를 촉구하며 이스라엘의 발언을 강하게 반박함(이란, 파키스탄).

- 회원국은 재정 감축 환경 속에서도 비상 대응의 질과 형평성 유지가 필수적이라고 강조하며, 성·재 생산 건강·권리(SRH/SRHR)의 통합, 기후 변화 대응과 보건 시스템 강화의 연계, 그리고 EMT 자 급자족 역량과 거버넌스 제도화 등 실행 중심의 개선 과제를 제안함(핀란드, 영국, 캐나다, 에티오피 아). 회원국은 WHO가 비교우위가 있는 핵심 기술 기능에 집중하고 지역 조직과의 협력을 통해 회 복력과 시너지를 높여야 한다고 당부함(캐나다, 영국).

○ 사무국 발언

- IOAC 위원장은 2025년이 WHO 보건 비상사태 프로그램에 있어 조직 개편, 인력 감축, 재정 제약이 중첩된 매우 도전적인 한 해였다고 평가하며, 특히 회원국들이 WHO에 부여한 비상 대응 권한과 역 량이 예산 삭감으로 실질적으로 침식되고 있다는 점에 깊은 우려를 표명함. 2025년 한 해 동안 WHO는 33개국에서 발생한 24건의 비상사태 대응을 위해 2,940만 달러를 지출했으나, 같은 기간 기 부금은 12개국으로부터 1,060만 달러에 그쳐 비상사태 예비기금(CFE)이 사실상 지급 불능 상태 (insolvency)에 이르렀다고 경고함. 이는 개별 프로그램 차원의 문제가 아니라 글로벌 보건 안보 전 반에 대한 직접적인 위협이라고 강조함. 아울러 보건 비상사태 프로그램의 진화 과정, 현재의 대응 역량, 그리고 WHO에 부여된 비상 대응 권한이 현 상황에 적절한지를 점검하기 위한 10개년 종합 검토를 진행 중임을 보고함.
- 사무국 담당자는 파나마, 콩고민주공화국(DRC) 등 일부 국가들이 자체적인 보건 안보 역량을 점진 적으로 강화하고 있는 점을 긍정적으로 평가하면서도, 여전히 국가 간 대응 역량의 격차가 매우 크 며 이러한 불균형이 글로벌 보건 안보의 구조적 취약점으로 남아 있다고 지적함. 국가 역량이 강화 됨에 따라 WHO의 역할 역시 조정·지원 중심으로 진화할 수 있으나, WHO가 담당하는 글로벌 정보 (intelligence), 감시, 조기 경보 및 대응 기능은 대체 불가능한 핵심 공공재로서 반드시 보호되고 유 지되어야 한다고 강조함. 또한 비상사태 예비기금(CFE)의 재정 상황이 위험한 수준에 이르렀음을 재차 확인하며, 감염병 위협과 인도주의적 위협에 동시에 대응할 수 있도록 WHO의 핵심 기능을 지탱하기 위한 회원국들의 재정적 지원을 강력히 호소함.

Item 17. Strengthening the evidence base for public health and social measures

○ 회원국 발언

- 회원국은 팬데믹 기간 PHSM이 생명 보호에 기여했음에도 불구하고 자원 부족 국가와 소도상국에 서 증거 생산·분석·공유의 구조적 격차가 존재했음을 지적하며, 국가 맥락을 반영한 증거 기반 거버 넌스 구축의 필요성을 공통적으로 강조함(카보베르데, 네팔, 인도). 회원국은 이를 위해 상호운용 가 능한 데이터 시스템 구축, 국가 차원의 데이터 과학·모델링 역량 강화, 실시간 의사결정을 지원하는 디지털 공공재 접근성 확대가 우선되어야 한다고 제시함(네팔, 싱가포르).
- 회원국은 PHSM 효과 평가가 역학에 국한되어서는 안 되며, 경제학·인류학·행동과학을 포괄하는 다 학제적 연구와 대중 신뢰 및 가짜 뉴스 대응을 위한 소셜 리스닝 체계가 병행되어야 한다고 주장함 (불가리아). 또한 회원국은 WHO 주도의 국제 협력과 학습 공유를 통해 평시부터 연구·분석 역량을 축적하고, 정책과 현장 적용에 직결되는 PHSM 연구에 전용 재정 지원을 확대해야 한다고 촉구함

(카보베르데, 싱가포르).

- 회원국은 분쟁 상황에서는 PHSM 논의 이전에 보건 접근성 자체가 위협받고 있음을 환기하며, 가자 지구에서 의료 인프라와 백신 접근이 지속적으로 차단되고 있는 현실을 강하게 규탄함(팔레스타인).

○ 사무국 발언

- 사무국은 PHSM의 증거 기반 강화에 대한 회원국들의 요구를 명확히 수렴했음을 밝히며, 향후 기술과 인공지능(AI)이 제공하는 새로운 기회를 적극 활용해 PHSM의 과학적 근거를 축적·정교화해 나가겠다고 설명함. 이를 위해 각국 공중보건 기관과 노르웨이에 위치한 WHO 협력 센터를 포함한 전 세계 협력 센터 네트워크와 긴밀히 협력하여 국제적 지식 축적과 분석을 추진하겠다고 약속함. 다만 PHSM을 포함한 보건 비상사태 대비 및 대응 전반이 심각한 재정 부족에 직면해 있으며, 특히 비상사태 예비기금(CFE)이 고갈 단계에 이르렀음을 언급하며, 회원국들의 추가적인 재정적 기여와 지원을 강력히 요청함.

Item 18. Global Health and Peace Initiative

○ 회원국 발언

- 회원국은 보건과 평화의 연계가 단순한 인도주의 의제가 아니라 본질적으로 정치적 선택의 문제임을 분명히 하며, 분쟁의 결과를 관리하는 접근을 넘어 근본 원인(root causes)을 해결하는 정책적 결단이 필요하다고 강조함(중앙아프리카공화국). 회원국은 보건 서비스와 특히 정신 건강 및 심리사회적 지원(MHPSS)이 사회적 결속과 긴장 완화에 기여할 수 있다는 WHO의 접근에 공감하면서도, 지속 가능한 평화를 위해서는 침략과 폭력의 종식이 선행되어야 함을 분명히 함(우크라이나).
- 회원국은 보편적 의료 보장(UHC)과 GHPI가 형평성과 평화를 증진하는 경로임을 재확인하고, 보건이 사회적 신뢰와 응집력을 매개하는 핵심 수단이라는 점에서 이니셔티브를 전폭 지지함(카메룬, 스위스). 회원국은 분쟁 지역에서 예방접종을 가능하게 한 ‘평온의 날(days of tranquility)’ 사례를 들어 보건의 중립성과 소집권(convening power)이 신뢰 회복에 실질적으로 기여함을 강조하며, 분쟁민감성에 기반한 프로그램 설계와 평화 배당금에 대한 증거 축적을 요청함(레바논).

○ 지역 처장

- 동지중해 지역 처장은 전 세계 인도주의적 부담의 약 절반을 차지하는 지역의 현실을 근거로, 보건과 평화의 연계가 단순한 개념이 아니라 긴급한 실천 과제임을 강조함. 해당 지역에는 전 세계적으로 도움이 필요한 인구의 약 1억 1,500만 명이 집중되어 있으며, 지난 한 해 전 세계 보건 시설 공격의 약 40%가 이 지역에서 발생했음을 지적함. 처장은 이러한 상황에서 보건 서비스가 평화의 징검다리 역할을 할 수 있도록 가자지구와 수단 등 분쟁 지역에서 18개 UN 기구와 협력하여 지역 보건 연합(Regional Health Alliance)을 이끌고, 보건 대응의 우선순위를 조정하고 있다고 설명함. 동시에 최근의 자금 삭감으로 인해 지역 내 보건 비상 인력이 약 50% 감축되면서 중환자실, 투석, 암 치료 등 약 250만 건의 필수 치료가 중단될 위기에 처해 있으며, 이는 평화 구축을 뒷받침하는 보건의 토대를 근본적으로 약화시키는 심각한 위협이라고 경고함.

○ 사무국 발언

- 사무국은 회원국들의 개입을 종합하여 보건과 평화가 상호 강화되는 교차점(mutually reinforcing intersection)에 있음을 재확인하며, 향후 WHO의 보건 비상사태 대응과 정책 옹호 전반에서 이 관점을 지속적으로 강조하겠다고 밝힘. 특히 보건을 평화의 매개체(vector for peace)로 인식한 회원국들의 문제의식을 적극 수용하여, 해당 의제에 대한 옹호 활동에 가용 자원을 전략적으로 집중하겠다고

고 언급함. 아울러 회원국들이 제시한 구체적인 권고 사항들을 사무국 내부 검토는 물론 외부 파트너들과도 공유·검토하여, 적절한 제도적·운영적 메커니즘을 통해 단계적으로 반영해 나가겠다고 답변함.

Item 19. Poliomyelitis

○ 회원국 발언

- 회원국은 '소아마비 없는 세상 유지 전략'과 인증 전략 개정을 전반적으로 환영하면서도, 미접종 아동 해소·감시 공백 방지·국경 간 조율 강화를 핵심 과제로 공통 인식함(리소토, 이집트). 회원국은 아프리카 지역에서 cVDPV 발생이 감소하고 DRC의 사례가 급감한 성과를 평가하는 한편, 최근 자금 삭감으로 인한 감시 약화와 분쟁·불안정 상황에서의 재확산 위험을 우려하며 국가 주도권과 국내 재정 확보, 예측 가능한 국제 재원을 촉구함(리소토, 소말리아, 잠비아).
- 회원국은 엔테믹 국가가 단 한 곳이라도 남아 있을 경우 글로벌 위험이 지속된다는 점을 재확인하고, 가자지구·우크라이나 등 분쟁 상황에서도 정치적 관여와 파트너십을 통해 예방접종과 감시를 유지한 사례를 언급하며 기술적 대응을 넘어선 정치적 지원과 접근 보장의 중요성을 강조함(이집트, 우크라이나, 팔레스타인).
- 회원국은 위험 기반·통합 예방접종 전략과 PHC 통합, nOPV2 비축과 장기적 철수 전략, IPV 공급 보안, 환경 감시 및 국경 간 협력 강화를 제안하고, 지역사회 참여와 신뢰 구축, 물류·조달 개선을 통해 소외되는 아동이 없도록 해야 한다고 발언함(대한민국, 태국, 바베이도스, 네팔, 호주, 인도네시아, 브라질, 앙골라, DRC, 카타르).

○ 지역 처장

- 동지중해 지역 처장은 전 세계에서 소아마비가 여전히 남아 있는 유일한 지역의 책임자로서, 파키스탄과 아프가니스탄 간 국경을 넘는 협력을 강화하고 있음을 보고함. 구체적으로 '파키스탄 - 아프가니스탄 보건 대화'와 '소아마비 레거시 챌린지'를 통해 고위험 지역에 대한 감시와 정치적·사회적 관여를 지속하고 있다고 설명함. 동시에 최근의 자금 삭감으로 아프가니스탄 내 450개 클리닉이 폐쇄되거나 운영이 중단되어 약 400만 명이 영향을 받고 있으며, 이러한 의료 공백이 소아마비 대응 역량을 심각하게 위협하고 있다고 경고함.

○ 사무국 발언

- 사무국은 WHO와 글로벌 소아마비 퇴치 이니셔티브(GPEI)를 대표하여, 30년 이상 지속된 국제적 노력의 결과 소아마비 퇴치가 가시권에 진입했으며 현재 야생 소아마비 바이러스 전파가 파키스탄과 아프가니스탄의 제한된 지역으로만 국한되어 있다고 보고함. 사무국은 소아마비 퇴치가 단순한 기술적 과제가 아니라 정치적 공약과 접근성 보장의 문제임을 강조하며, 인도주의적 공간이 확보될 때에만 아동에게 백신이 도달할 수 있다고 설명하고 가자지구에서의 백신 캠페인을 사례로 제시함.
- 또한 '2026 글로벌 소아마비 퇴치 이니셔티브 액션 플랜'이 최종 단계 이행을 위한 효율적 프레임워크를 제공하나, 이를 위해 지속적인 정치적 헌신과 예측 가능한 재정 지원이 필수적이라고 언급함. 아울러 UAE 주최 기부 행사와 사우디아라비아의 재정 기여 등 국제적 연대에 감사를 표하며, 소아마비 퇴치는 질병 제거를 넘어 강화된 예방접종 및 감시 체계를 남기는 공중보건의 지속 가능한 유산이 될 것이라고 확인함.

Item 20. Implementation of resolution WHA75.11 (2022)

○ 회원국 발언

- 우크라이나를 포함한 다수의 서방 국가 및 유럽연합(EU) 회원국들은 우크라이나의 입장을 전폭적으로 지지하며, 러시아의 침략을 국제법 위반으로 규정하고 의료 시설 및 에너지 인프라에 대한 공격을 강력히 규탄함. 이들 국가는 전쟁이 우크라이나 보건 시스템에 초래한 구조적 붕괴와 인도주의적 피해를 증대한 글로벌 보건 이슈로 인식하고, 차기 세계보건총회(WHA)를 대비한 업데이트된 보고서 제출과 회원국 대상 공식 브리핑이 필요하다는 우크라이나의 요청을 지지함.
- 우크라이나는 러시아가 전력·난방·용수 시스템을 체계적으로 공격하여 병원을 무력화하는 ‘국가 테러 정책’을 수행하고 있다고 규탄함. 2026년 1월 기준 2,500건이 넘는 의료 시설 공격이 확인되었음을 보고하며, 불가리아(EU 및 한국·호주 등 42개국 대표), 호주, 폴란드, 일본, 몰도바, 독일, 영국, 캐나다, 프랑스, 아일랜드 등은 러시아의 침략이 민간인과 의료 인프라에 미친 치명적 영향을 구체적 수치로 제시함. 이들 국가는 의료 시설 공격 증가, 민간인 사상자 확대, 인도적 지원 의존 인구 증가가 아동·노인 등 취약계층에 특히 심각한 영향을 미치고 있음을 강조하며, 우크라이나 인접국들은 피난민 보건 접근성을 지원하는 WHO 현장 팀의 역할에 사의를 표함.
- 반면, 아이티는 우크라이나 보고서가 제시한 위기의 심각성에는 공감하되, 이를 특정 국가의 침략 책임을 묻는 정치적 논쟁보다는 장기화된 위기와 불안정이 보건 시스템의 지속성에 미치는 구조적 문제로 접근함. 우크라이나의 사례가 자국이 직면한 불안정한 보건 환경과 유사하다고 언급하며, 취약국의 보건 시스템 강화를 위해서는 정치적 비난보다 예측 가능한 재정 지원과 국제적 연대가 더욱 중요하다는 점을 강조함.
- 논의 과정에서 북한은 우크라이나 상황을 별도 의제로 다루는 것이 WHO의 정치화를 초래한다며 보고서 주목(note) 여부에 대한 표결을 요구함.
- 표결 결과 34개 집행이사국 중 찬성 21표, 반대 2표, 기권 8표, 부재 3표로 해당 보고서는 noted되는 것으로 결정됨. 이에 따라 사무국은 차기 세계보건총회 이전에 회원국 대상 브리핑을 개최하기로 합의함으로써, 회원국 간 정치적 입장 차이에도 불구하고 우크라이나 보건 상황에 대한 WHO 차원의 지속적 보고와 정보 공유가 유지되는 방향으로 정리됨.

⑤	귀국
일 시	2026.02.05.(목)~06(금)
장 소	제네바 출국 및 귀국
참석자	전진아 선임연구위원
◆ 제네바 출국 및 한국 귀국	