

## OECD 보건정책 동향: 보건프로젝트(Health Project)를 중심으로

최윤정

OECD 아시아 사회정책 센터 책임연구원

### 1. 들어가는 말

지난 수십 년 간 경제협력개발기구(OECD, Organization for Economic Cooperation and Development) 국가들에서는 평균수명 증가와 더불어 의료비 규모도 커지고 있으며, 국가 경제 성장 속도에 비해 의료비 성장 속도가 더욱 빠르게 증가하고 있다. 2005년 보건데이터(Health Data 2005)에 의하면 1990년 OECD 국가의 평균 의료비는 GDP의 7.1%에서 2003년에는 8.8%로, 점차 국민소득 중 의료비의 비중이 증가하고 있다. 이러한 국가들의 새로운 의료서비스 개발과 의학의 발달로 보건수준이 지속적으로 향상되어 왔으며 소비자의 기대 또한 증가하여 각국의 보건의료제도에 대한 중요성은 더욱 부각되고 있다.

이러한 배경에서 OECD는 보건지출 증가와 관련하여 현황과약, 배분, 시계열 예측 등에 대한 정책연구를 진행하고 있으며 2005년 1월 보건협의체인 보건그룹(Group on Health)이 구성되어

보건연구를 위한 재정 및 인력의 기반구조가 강화되었다. 보건그룹은 보건분야의 시의적절한 주제를 선정하고 회원국의 참여로 연구를 진행하고 있는데 이를 보건프로젝트(Health Project)<sup>1)</sup>라 하며 본 글에서는 첫 번째 회의(2006년 1월 30~31일)에 이어 두 번째 회의(2006년 11월 14~15일)의 주요 내용에 대해 간략한 소개, 진행 내용 및 절차 등을 요약·제시하고자 한다. 다음 번 회의는 전반기 2007년 5월 24~25일과 후반기 2007년 11월 19~20일로 계획되어 있다.

이번 2006년 11월 두 번째 보건그룹 회의에서 사무국은 진행 중인 프로젝트의 경과보고와 향후 프로젝트에 대한 제안을 하고 각국 대표는 이에 대한 토의를 하였다. 주제로는 첫째, 보건데이터, 보건계정 및 보건의료의 질 지표(Health Data, Health Accounts and Health Care Quality Indicators)의 진행보고, 둘째, 질병예방의 경제학(Economics of Prevention)의 사업제안, 셋째, 약가정책(Pharmaceutical Pricing Policy) 중간보고가 진행되었다. 본 글에서는 위의 세 가지 주제

1) <http://www.oecd.org/health>.

를 중심으로 내용을 살펴보고자 한다.

그 외의 다음의 프로젝트에 대해서는 간략히 소개하고자 한다. 넷째, 스위스 보건체계 검토(review of the swiss health system), 다섯째, 보건 의료인력 부족 및 이주에 관한 연구(health workforce shortages and migration study), 여섯째, 노인의 장애추이 측정(assessing disability trends among elderly people), 일곱째, 보건의료 전달의 조율과 효율성(coordination of care and efficiency of health-care delivery), 여덟째, 보건 관련 혁신기술 개발정책(policy for developing innovative health-related technologies) 등에 대해서 소개한다.

한편, 2006년 OECD 자체 평가에서 보건그룹의 평가결과가 우수한 것으로 나타나, 향후 5년간 권한이 연장되었으며 이에 예산증액과 자발적 기여금에 의한 재정충당이 가능하게 되었다. 전체 예산규모는 예산위원회를 거쳐서 의회에 제출되어 있는 2007-2008년 예산안에 따르면 본 보건그룹사업(Health System Performance; Output Group 2.4)에 배정된 예산은 2007년 4.0백만유로, 2008년 3.6백만유로이었다(매년 838천유로가 Part 1예산). 우수한 평가로 part 1 예산이 791천 유로 증가할 것이며, 예정된 사업이 원활히 이루어지기 위해서는 두 해 동안 3.0백만유로 정도가 필요하다. 더불어 2007년 자발적 기여금 제공을 표명한 국가들은 대략 40~150천유로 정도이며 미국, 일본 등은 액수가 크며, 우리나라 경우는 2007년에 약 30천유로(약 37천만원) 정도의 지원이 가능할 것으로 생각된다.

## 2. OECD 보건프로젝트(Health Project) 주제

### 가. 보건데이터, 보건계정 및 보건의료의 질지표 (Health Data, Health Account, Health Care Quality Indicator)

이번 보건그룹회의에서 사무국은 보건데이터, 보건계정, 보건의료의 질 지표에 대한 진행 사항을 발표하였다. 보건데이터에 관련한 내용에서는 2006년 보건데이터(Health Data 2006)가 발간되었고 추후 올해 7월에는 2007년 보건데이터(Health Data 2007)가 발간될 것임을 보고하였다. 여기에는 병원활동과 관련한 데이터가 추가되며, 질지표 작업결과가 반영되고, 장기요양 보호 수혜자에 대한 데이터가 추가될 것이다. 2007년 보건데이터에 추가될 질지표에 관한 장에서는 연간 변화가 크지 않은 몇 가지 지표들이 순환적으로 대체될 것이며, 지표의 경향을 볼 수 있는 그림과 해석이 포함되므로 국가간의 비교와 시간에 따른 변화를 더욱 구체적으로 살펴볼 수 있게 될 것이다.

보건계정과 관련한 내용에서는 OECD-EUROSTAT-WHO 공동 보건계정데이터(System of Health Account data) 수집작업이 성공적으로 수행(38개 국가 중 한국을 포함한 17개 OECD 국가와 5개 비 OECD EU국가가 데이터 제출)되어 양질의 보건계정 데이터베이스가 구축되었다. 2007~2008년 사업에서 SHA version 2.0이 3개 기구 공동 매뉴얼로 개발될 예

정이며 특히 이러한 작업결과와 확산으로 향후 보건계정 웹사이트에 국가별 데이터와 분석결과를 수록할 수 있을 것이고 또한 국가별 분석보고서(Technical Papers)와 국가간 비교분석보고서(Working Papers)가 발간될 것이다.

보건의료의 질 지표(HCQI) 과제와 관련하여서는 비교가능한 국가의 신뢰성 있는 자료를 확보하여 문제시 되는 보건의료 부분의 질 지표를 개발하고 궁극적으로 국가간 의료의 질적 차이를 파악하고자하는 목적을 설명하였다. 현재 HCQI 자료를 최신자료로 업데이트하고 있으며 추가될 지표를 개발 중임을 보고하였다. 2006년 11월 보건그룹의 결정사항으로 첫째, 진행 중인 지표의 지속 작업, 둘째, 환자안전과 정신건강에 대한 새로운 지표 작업, 셋째, 2007년 “한 눈에 보는 보건”(Health at a Glance 2007)에 특별장으로 포함하는 것에 대한 내용 등이 결정되었다. 이전 작업으로 2006년 국가간 비교분석보고서(Working Paper)로 보건의료 질 지표 보고서(HCQI, Initial Indicators Report, No. 22)와 개념적인 틀 분석보고서(HCQI, Conceptual Framework, No. 23)외에, 최근 권위있는 국제 보건의료의 질 저널(International Journal for Quality in Health Care HCQI supplement, September 2006)에 관련내용이 소개되었다. 또한, OECD 정보기술부서(Information Technology division)에 의해 HCQI 데이터베이스와 자료입력체계가 구축되었다. 사무국은 자료수집체계를 개정하여 기존 9개 및 새로운 7개 지표로 구성된 총 16개 중 초기 질지표 과제 셋

(initial HCQI Indicator set)에서 13개 지표를 수집하였고, OECD 보건데이터에서 유방조영술 실시율(Mammography rates), 자궁경부암 검진률(Cervical cancer screening rates), 노인 독감 예방접종율(Influenza vaccination rates for the elderly), 흡연률(Smoking rates)을 수집하였다.

2006년 10월 16~17일 전문가회의에서 13개의 기존 지표에 신장이식 당뇨병환자의 시력검사 백분율(Percent diabetic patients receiving retinal eye exams), 성인 천식 입원율(Adult admission rate for asthma) 지표가 추가되었다. 개정4판인 “한 눈에 보는 보건”(Health at a Glance)의 제6장 보건의료의 질 지표에 대한 특별장(Special chapter: Health care quality indicator)에는 아래 표와 같이 8개의 지표가 포함되었다.

표 1. 2007년 “한 눈에 보는 보건”에 포함될 지표들

- “한 눈에 보는 보건”의 제6장 특별장에 포함될 지표들
- 1) 유방암 생존 및 검진(Breast cancer survival and screening)
  - 2) 자궁경부암 생존 및 검진(Cervical cancer survival and screening)
  - 3) 천식 진료(Asthma care)
  - 4) 심혈관 진료(Cardiovascular care)
  - 5) 어린이 면역과 예방가능한 질병의 발생률(Childhood immunisation and incidence of vaccine preventable disease)
  - 6) 노인의 독감 예방접종(Influenza immunisation for the elderly)
  - 7) 당뇨 진료(Diabetes care)
  - 8) 수술의 적시성(Timeliness of surgery)

또한, 두 개의 국가간 비교분석보고서가 발간될 예정이다(2006 Update on HCQI Indicators 및 2006 State of Patient Safety Data Systems in the OECD). 질 지표 사업은 보건그룹의 작업 중 가장 우선순위가 높은 핵심 사업이며 추후 추가작업이 진행될 것이다. 그러나 참가 대표자들은 보건지표가 갖는 한계점으로 인한 불분명한 인과관계와 국가 간의 상황 차이로 인한 결과의 해석을 왜곡하지 않아야 하며 국가별 비교는 피해야 할 것임을 강조하였다. 사무국은 “한 눈에 보는 보건”에서는 데이터 정의 및 산출에 관한 국가별 편차를 가능한 한 자세히 적시하기 위해 노력하고 있으며 객관적인 분석과 기술에 주력하며 정책 권고(policy recommendation)는 하지 않았음을 설명하였다.

참고로, 우리나라는 본 프로젝트에 최근 참여하여, 관련 지표를 산출하여 제출한 상태이며 추후 작업에 지속 참여할 예정이다.

#### 나. 질병예방의 경제학(Economics of Prevention)

OECD 국가의 만성질환에 대한 부담이 점차 증가하는 것에 대한 우려에서 본 과제는 2004년 1월 OECD 보건 협의체 대표단에 의해 향후 사업으로 강력한 지지를 얻었다. 비전염성질환의 예방이 이를 치료하거나 관리하는 것보다 가치가 있는 것인지를 판단하고, 이로서 비전염성질환의 영향을 줄이고 건강증진 정책개발과 평가에 기초를 둔 개념적이며 분석적인 틀을 제안할

것이다. 특히, 나쁜 식습관(poor diet)과 신체활동의 부족(lack of physical activity)으로 초래되는 질병을 예방하는 것에 관심을 두고 있다. 질병예방의 범위에서 규제(regulation), 재정적 정책(fiscal policy), 직접적 규정(direct provision)에 대한 것들이 포함되어 있다. 결과적으로 일차, 이차와 삼차 예방으로 유병과 사망을 막고 건강향상을 가져올 수 있는 효율적인 방안을 마련하고자 하며 건강교육과 경제적 수단들(economic instruments), 자발적 행동 유도(encouraging voluntary action)와 질병예방 경제성의 비용효과성(cost effectiveness)과 형평성(equity)을 다룰 것이다. 이는 향후 관련정책 입안 시 정치적 및 경제적 관점에서 방향을 제시하는데 증거자료로 활용될 수 있을 것이다. 본 프로젝트는 2006년 상반기에 시작되었으며 2년간 진행될 예정이다.

식품소비(food consumption)와 신체활동에 대한 결정요인과 질병발생간의 관계에서 첫째, 국가간 및 국가내 현황 및 증거자료를 조사하고 비만 분포 및 경향을 비교분석, 둘째, 주요 결정요인 분석, 셋째, 시장실패의 해결책과 보건의료체계의 일차, 이차와 삼차 예방 개입에 대한 분석, 넷째, 보건의료체계 내외의 정부 예방개입에 대한 효율성과 확산의 영향을 평가, 다섯째, 보건개입의 비용효과성 증거를 확보하고 정책입안 시 방향과 잠재적 역할제시, 여섯째, 관련국의 설문조사로 정책자료 확보, 일곱째, 질병예방 개입에 대한 보건의료재정체계의 영향 검토, 여덟째, 위험요인을 감소시키기 위한 정책강화 방안 도출 등이 포함될 것이다.

2006년 이번 보건그룹회의에서 영국의 런던 경제 스쿨(LSE, London School of Economics and Political Science)의 프랑코 사시(Franco Sassi)가 질병예방 경제학의 개념 및 분석 틀을 개발하고 이에 비만이라는 주제를 적용하는 과정을 제시하였다. 만성질환 예방, 영양 및 운동 관련 질환 예방에서 정부개입의 정당성(rationale)은 무엇인지, 효율성과 분배 양 측면의 정책 평가, 생애주기접근(life-course approach) 등이 언급되었다. 특히 영국과 캐나다에 대한 비만의 소득계층별, 성별 분포에 대한 기존연구를 소개하면서, 건강의 분포도(distribution of health)에 관한 논의의 필요성을 강조하고 저소득층에게는 건강증진정책보다는 재정적 정책지원이 더욱 중요함을 강조하였다.

또한, 회의에서는 연구주제의 명확한 범위 설정과 비만 이외의 주제에 대한 연구의 필요성을 제기하였다. 질병예방에 대한 국가개입 형태는 다르며 상황에 따라 차별적임을 강조하였다. 사무국은 우선적으로 예방경제학 전반적인 틀에 대한 포괄적 접근을 할 것이며 우선 비만에 적용하는 방안을 잠정 결정하였다.

우리나라도 질병예방 및 건강증진 중심의 보건의료 정책이 점차 영역을 넓히고 있으며 검진과 예방접종, 각종 예방사업 등에서 활발한 진행이 이루어지고 있다. 본 프로젝트에 관심을 갖고 참여 및 적극 활용할 경우 효율적인 정책 입안을 할 수 있을 것으로 본다.

#### 다. 의약품 가격 정책(Pharmaceutical Pricing Policy)

2005년 5월 OECD 이사회는 OECD 국가간 약가정책에 대한 정보를 교류하고, 국제비교의 분류체계와 평가 틀/framework for assessment)을 마련하기 위해 본 프로젝트를 수행하기로 결정하였다. 참여국은 약가정책의 특색이 있는 국가 기준(시장의 크기, 제약산업의 중요성, 의약품가격과 보상정책의 다양성 등)에 해당하는 최소한의 국가수를 선정하였으며 이렇게 선정된 국가의 참여 의지가 있을 경우 사례국가로 결정된다. 이러한 국가의 약가 경제성평가가 문헌고찰, 약가 및 연구개발의 영향과 가격수준, 의약의 접근성을 분석할 것이다.

이번 2006년 보건그룹회의에서 사무국은 그간의 작업진행과 임시 분석결과 및 향후의 작업 방향을 제시하였다. 그동안 약가정책의 국제비교와 이러한 정책의 영향에 대한 평가 틀을 개발하였고 이와 관련한 기존자료를 검토하고 EC의 약가 및 보상 정보(PPRI, Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Information) 프로젝트와의 협조사항을 설명하였다. 프로젝트 내용으로 첫째, 국가별 약가 및 보상정책, 시장진입절차, 의약 처방과 조제, 지적재산권 등의 정책을 비교분석, 둘째, 국가별 의약시장의 특성을 분석하며 약가수준을 비교한다. 이것에는 구체적으로 지출, 재정, 판매수익, 상품출시와 무역 등이 포함된다. 셋째, 사례국의 의약정책 목표에 대한 성취도를 평가하는데 이것에는 이용가능성, 접근



성, 지출의 효율성, 정책과 그 결과에 대한 소비자 만족도 등이 포함된다. 최종적으로 사무국은 포괄적 약가정책, 시장환경에서 약가 및 보상정책과 혁신(innovation)간의 모델을 제시하였다. 이 모델은 3가지 측면에서 살펴볼 수 있는데, 첫째, 약가지출의 요인을 설명하고, 둘째, 이러한 지출이 어떻게 의약산업에서 국제 판매수익으로 전환되는지를 검토하며, 셋째, 국제 판매수익과 혁신간의 관계를 살펴 볼 것이다.

현재, 국가별 사례 연구가 진행 중이며 캐나다 및 멕시코의 연구결과는 금년 말에 발간될 것이고, 현재 진행 중인 스웨덴 및 스위스는 2007년 1사분기 중에 발간될 것이다. 독일에 대한 연구가 2006년 10월말 시작되었고 여섯 번째 국가가 2006년 12월 중 시작될 것이다. 2006년 12월에 2차 전문가회의, 2007년 봄에 3차 전문가회의가 예정되어 있으며 2007년 겨울에는 심포지엄(Symposium on pharmaceutical pricing and reimbursement policies) 개최와 함께 최종보고서가 출간될 예정이다.

본 프로젝트와 관련하여 우리나라는 최근 약가정책의 국내외 환경의 커다란 변화 등으로 인해 참여하지 않기로 결정하였으며 향후 새로운 과제가 실시 될 경우 참여의지를 표명하였다.

약가정책 연구의 중요성은 의약부분의 특성상 의약 산업과의 연관성과 신약 등장 등으로 인한 비용의 증가에서 그 이유를 찾을 수 있을 것이다. 우리나라에서도 전체 국민의료비 중의

약이 차지하는 비율이 점차 증가하였는데 2005년 보건데이터에 의하면 2003년 일인당 약제비는 OECD 평균보다는 낮았으며(우리나라 309 USD, 평균 380 USD), 국민의료비 중 약제비 지출은 평균보다 높았다(우리나라 28.8%, 평균 17.5%). 한편 1997~2003년 일인당 약제비의 연평균 증가율은 8.6%로 평균 5.6%보다 높았다. 우리나라는 현재 약가정책에서 포지티브 시스템 및 약가수준 결정 등을 위한 합리적인 방안 마련을 위해 개혁을 실시하고 있으며 이러한 정책이 성공적으로 정착하여 우리나라 의약산업의 투명성과 발전이 기대된다. 또한, OECD 연구와 같이 국제사회의 협력을 통해 의약산업 및 의약정책의 흐름에 유연하게 대처해야 할 것이다.

**라. 이외의 주제들**

국가별 보건의료제도와 관련하여 스위스 보건의료제도(Reviews of health care systems)<sup>2)</sup>의 보고서가 한국, 멕시코, 핀란드에 이어 발간되었다. 이 보고서는 WHO에서 예방과 의료의 질을 담당하여 공동작업을 수행한 첫 번째 국제기구 간 협력 사례로서의 의미를 갖는다. 다음의 대상 국가로는 터키가 예정되어 있다. 스위스는 26개 칸톤(canton)이 각각 다양한 제도 틀을 가지고 운영되며 제도에 대한 환자의 만족도는 높지만 비용이 많이 들고 의료의 질에 대한 조정과 모니

터링 기능이 약한 것으로 평가되었다.

의료인력 부족 및 이주와 관련하여 사무국은 인구고령화, 의료기술발전으로 의료수요가 증가하고 베이부세대의 의료인력이 퇴직하게 되어, 이 문제에 대응하지 않으면 20년 후 OECD 국가의 의료인력 부족이 심각해질 것이라는 문제인식에서 출발하였다. OECD 국가 보건의료 인력의 규모를 파악하고, 인력이동 현황과 정책을 분석하며, 인력의 유출 및 유입 국가 모두에게 유익한 정책을 제시할 것을 목표로 하고 있다. 향후 미국, 영국, 프랑스, 뉴질랜드, 이태리, 일본, 캐나다 등의 심층분석을 할 계획이다. 2007년에 종합보고서가 제출될 것이며 2007~2008년 사이에 WHO와 공동으로 고위정책회의(High Level Policy Conference on Workforce Planning Strategies)가 개최될 것이다.

노인의 장애 추이의 측정에 대해서 사무국은 세 가지 주요 목표를 제시하였다. 첫째, 국가별 노인 장애율의 현황 분석, 둘째, 노인의 장애에 영향을 주는 의학적 또는 비의학적 요인 분석, 셋째, 노인의 장애인구 비율 예측 등이다. 현재 프랑스, 일본, 네덜란드, 스웨덴 등이 참여하여 진행 중에 있다. 사무국은 노인 중증 장애 변화 추이에 대한 1990년대 후반의 연구를 업데이트 하고 이러한 변화에 대한 중간결과를 발표하였다. 영향요인으로는 주요 만성질환의 유병률 추이, 교육수준 등 사회경제적 변화를 관찰하였다. 장애의 확대(Expansion of disability) 국가(벨기에, 일본, 스웨덴)와 축소(Compression of disability)

국가(핀란드, 이태리, 네덜란드, 영국)를 구분하고 이러한 경향의 외삽(extrapolation)에 대한 추정도 병행하였다. 사무국은 장애 발현의 요인 분석에 초점을 맞추고 있으며, 향후 장기요양제도의 수요측면에 이어 공급 및 제도 측면에 대한 작업이 진행될 것임을 밝혔다.

케어의 조정 및 의료서비스전달의 효율성(Care Coordination)과 관련하여 사무국은 효율성은 전반적인 보건의료체계에서 접근되어야 하며 케어의 조정에 관한 작업이 2007년 봄에 완료될 것임을 보고하였다. 특정 케어 조정 프로그램은 질의 향상은 가져오지만 비용을 감소시키지는 않는다는 점(조정외 지정, 다부문케어 증대, 일차의료제공방식 개선, 비의료 제공자의 활동 증대, ICT 등 정보 확산, 행정 분열주의 개선 등을 통해)을 논의하였다. 조정력을 증가시킴으로 의료제도의 효율성을 높일 수 있다고 보고하였다.

**3. 나오며**

본 보건그룹회의의 내용을 살펴보면 OECD에서 보건분야의 비중이 사업진행 및 예산 배정에서 가시적으로 확대되고 있음을 확인할 수 있다. 향후 우리나라에서도 이러한 정책적 사업에 관심을 갖고 참여하여야 할 것으로 생각된다. 우리나라는 현재 보건계정(Health Accounts)사업에 적극 참여하고 있으며 보건의료의 질지표 자료도 제출하였으나, 이외의 개별단위 프로젝트

2) 이 보고서는 Francesca Colombo, Pascal Zurn, Howard Oxley. OECD 보건의료체계 보고서: 스위스 초판(OECD Health System Reviews: Switzerland Initial Draft), DELSA/HEA(2006)1로 일부를 요약·정리한 것이다.

로 질병예방의 경제학, 노인장애 추이측정 등은 참여하고 있지 않다. 또한, 약가정책과제는 우리나라의 현재 정책상황에서 참여할 수 없는 이유를 밝히고 불참을 표명하였다. 국내에서도 보건 분야에 대한 정부지출의 규모가 확대되며 건강에 대한 국민의 관심이 증가함을 고려하여 최소한 국내에서 이슈가 되고 있는 주제(예, 약가정책, 노인장애, 질병예방의 경제학 등)에 대해서는 논의 결과를 국내정책에 유용하게 활용하고 국제적으로도 경제수준에 걸맞은 역할을 해야 할 것으로 생각된다.

본 글에서는 최근 OECD 보건의료에 대한 중점영역과 연구 방향을 제시하고자 하였다. 따라서 OECD의 보건의료분야 의사결정 협의체인 보건그룹에서 수행하는 주요 보건프로젝트를 중심으로 그 내용을 살펴보았다. 현재 수행 연구는 OECD 국가 보건의료체계의 전반 구조 분석 및 효율적인 운영에 대한 측면을 다루고 있다. 세부적으로 보건의료의 경제적 측면과 의약과 보건의료기술 등의 발전과 더불어 이러한 기술의 흡수에 대한 측면을 다루고 있는 것을 알 수 있다.

구체적으로 OECD의 보건프로젝트는 데이터 및 지표 연구와 정책분석연구로 구분할 수 있다. 데이터 및 지표 연구는 주로 자료생산 기준에 준거하여 수량적 자료를 생산한다. 이것에는 보건 데이터, 보건계정 그리고 보건의료 질 지표(HCQI)과제가 해당된다. 장기적인 국가별 보건의료의 데이터를 OECD 기준에 따라 수집 생산하여 정책자료 등의 기초 증거자료로서의 역할

을 수행하고 있으며 최근 보건의료의 질을 반영하는 지표를 개발하고 있다. 한편 정책분석 과제에는 첫째, 질병예방의 경제적 분석(economics of prevention) 연구로 향후 추진 사업으로 강력한 지지가 있었으며 그 중 나쁜 식습관과 신체활동 부족에 초점을 맞추고 있다. 예방 및 증진 차원에서 질병에 이환되기 이전에 건강한 생활을 유지하는 노력은 모든 인구계층과 사회경제적인 측면에서 다루어져야 할 것이다. 둘째, 약가정책에 대한 국제비교 연구에서 현재 우리나라 정부에서는 약가정책의 개선을 체계적으로 시행하고 있으며 더 나아가 OECD의 국제적인 약가정책 및 산업 분야에서도 내실 있는 관계를 유지하여야 할 것으로 생각된다.

셋째, 개별 국가의 보건의료체계를 분석하여 정책보고서를 출간하여 현재까지 스위스, 핀란드, 멕시코, 한국 등이 분석되었다. 넷째, 의료인력 부족 및 이주에서 OECD 국가 보건의료 인력의 규모, 이동현황과 정책을 분석하여 인력의 유출 및 유입 국가 모두에게 유익한 정책을 제시할 것이다. 다섯째, 고령의 장애 추이 측정에서 노령화와 더불어 노인성질환의 증가로 인한 장애요인분석과 이에 대한 수요·공급자 측면의 예측작업이 이루어 질 것이다. 이와 관련하여 노령화가 가속화된 우리나라도 이와 관련한 연구에 관심을 기울여야 할 것이다. 여섯째, 보건의료 전달의 조정과 효율성 향상은 병원구조의 효율화와 일차보건의료와의 관계에서 서로의 기능을 최적화 할 수 있는 방안이 모색될 것이다. 일곱째, 보건관련기술혁신 개발정책에

대한 효율적인 개혁과 보건성과의 제공 등에 대한 연구에서 문제로 인식했던 것과 같이 우리나라도 신의료기술의 도입 및 사용에 있어 합리적인 절차가 보건의료체계 내에 마련되어야 할 것이다.

위에 언급한 과제들은 국제적으로 변화와 개혁이 요구되는 보건의료분야의 주제들이며 이

러한 문제를 해결하기 위한 각국의 노력은 간과해서는 안 될 것이다. 우리나라의 상황에 따라 과제의 중요성은 다를 수 있을 것이지만, OECD에서 진행하고 있는 보건의료분야의 과제에 더욱더 관심을 갖고 사업에 참여하여야 할 것으로 생각된다. **GSST**